

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Se revisa literatura científica sobre metrorragia menopáusica desde la última publicación del protocolo.

INDICE

1. Definición e incidencia
2. Factores de riesgo de cáncer de endometrio
3. Diagnóstico
 - a. Anamnesis
 - b. Examen del tracto genital inferior
 - c. Pruebas de evaluación endometrial
4. Situaciones especiales
5. Algoritmo diagnóstico

1. DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA E INCIDENCIA

La metrorragia menopáusica se refiere a cualquier sangrado uterino en una mujer menopáusica (amenorrea > 12 meses), sin que ésta esté en relación a la toma de terapia hormonal sustitutiva. Representa hasta el 5% de las consultas ginecológicas.

A pesar de que la causa más común de metrorragia menopáusica es la atrofia endometrial, estas mujeres deben ser evaluadas correctamente para descartar patología maligna, dado que será el origen del sangrado en aproximadamente el 10% de los casos.

En los primeros años de la menopausia, la hiperplasia endometrial, los pólipos y los miomas submucosos también son etiologías comunes. Otras causas poco habituales son: adenomiosis, patología de órganos adyacentes (vejiga y recto), iatrogena (postradioterapia), tratamiento anticoagulante, suplementos herbales y dietéticos (soja y otros fitoestrógenos) o infecciones locales.

La incidencia de metrorragia menopáusica es del cuatro al 11% de las mujeres post menopáusicas. La incidencia de sangrado se correlaciona directamente con el tiempo transcurrido desde la menopausia.

2. FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

Factores de riesgo para cáncer de endometrio	RR
Exposición a estrógenos exógenos	10-20
Riesgo familiar o genético (Sd. Lynch II)	5-20
Tamoxifeno	2-3
Obesidad (IMC ≥ 30)	2-5
Edad (>40-45 años)	2-3
Diabetes Mellitus	1,3-3
Hipertensión arterial	1,3-3

PROCOLOS ASISTENCIALES

Metrorragia menopáusica

Menopausia tardía	2-3
Síndrome de ovarios poliquísticos	1,5
Ciclos anovuladores	
Nuliparidad	3
Historia de esterilidad	2-3
Menarquia temprana	1,5-2
Antecedente de cáncer de mama	>5

3. DIAGNÓSTICO

A. ANAMNESIS:

Debe comprender los siguientes apartados:

- Antecedentes personales médico-quirúrgicos
- Factores de riesgo de cáncer de endometrio (Tabla 1).
- Factores precipitantes si los hay (ejemplo: traumatismo)
- Comienzo del sangrado
- Patrón de sangrado: cantidad, duración, relación con el coito
- Síntomas asociados: dolor, fiebre, cambios urinarios o digestivos.
- Tratamiento médico habitual: hormonal, anticoagulante
- Suplementos herbales o dietéticos que contengan soja.

B. EXAMEN DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

- Exploración macroscópica de genitales externos, vagina y cérvix.
- Citología cervical: comprobación de la adherencia al programa de cribado de cáncer de cérvix. Realizar nueva toma en caso de que no se haya realizado la de cribado o si existe una alta sospecha de patología cervical.
- Tacto rectal en caso de sospecha de rectorragia.

C. PRUEBAS DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL.

Ecografía transvaginal

La línea endometrial debe medirse en el corte sagital desde el borde anterior al posterior en su punto de mayor grosor, excluyendo cualquier fluido dentro de la cavidad. La ACOG recomienda la realización de biopsia endometrial en aquellos endometrios engrosados mayores o iguales a 5mm. En caso de visualizar lesiones focales se recomienda la realización de histeroscopia para extirpación o biopsia dirigida.

Biopsia endometrial a ciegas (con cánula de Cornier).

Consiste en la obtención de una muestra endometrial generalmente de forma ambulatoria, mediante mecanismos de aspirado tipo cánula de Cornier. Se trata de una técnica barata, eficiente y con sensibilidad y especificidad cercanas al 100% para el diagnóstico de carcinoma endometrial. Aunque se ha descrito que las muestras insuficientes o nulas no llegan al 5% de las tomas, las biopsias no diagnósticas pueden estar asociadas con pólipos, miomas, cáncer de endometrio u otras lesiones que ocupan un área del útero que no fue biopsiada. Por esta razón, se debe realizar

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Metrorragia menopáusica

una evaluación endometrial adicional si el sangrado uterino anormal persiste después de una biopsia endometrial “benigna”. La histología benigna del endometrio incluye: atrofia, endometrio proliferativo, endometrio secretor, endometrio desordenado o disincrónico y endometritis.

Histeroscopia

Aunque la histeroscopia con toma de biopsia se considera el gold estándar para el diagnóstico de cáncer de endometrio, el alto coste que conlleva hace que su disponibilidad sea más limitada de lo deseado y en muchas ocasiones el diagnóstico viene dado por la biopsia a ciegas por aspirado ya que es una técnica más rentable y eficiente

Histerosonografía

La histerosonografía sirve únicamente para apoyar a la ecografía transvaginal en el estudio preliminar de anomalías focales endometriales como pueden ser pólipos o miomas submucosos. Al no obtenerse muestra para estudio histológico, no debe considerarse una prueba de diagnóstico definitivo.

Legrado uterino

El legrado uterino ha quedado relegado actualmente a indicaciones terapéuticas.

4. SITUACIONES ESPECIALES

Sangrado persistente o de repetición

Se ha demostrado que hasta el 20% de las pacientes con biopsias negativas para malignidad con sangrados persistentes fueron diagnosticadas finalmente de hiperplasia compleja atípica o cáncer endometrial. Por lo tanto, en estas mujeres, se recomienda una evaluación diagnóstica adicional siendo de elección la histeroscopia

Mujeres menopáusicas en terapia hormonal sustitutiva (THS).

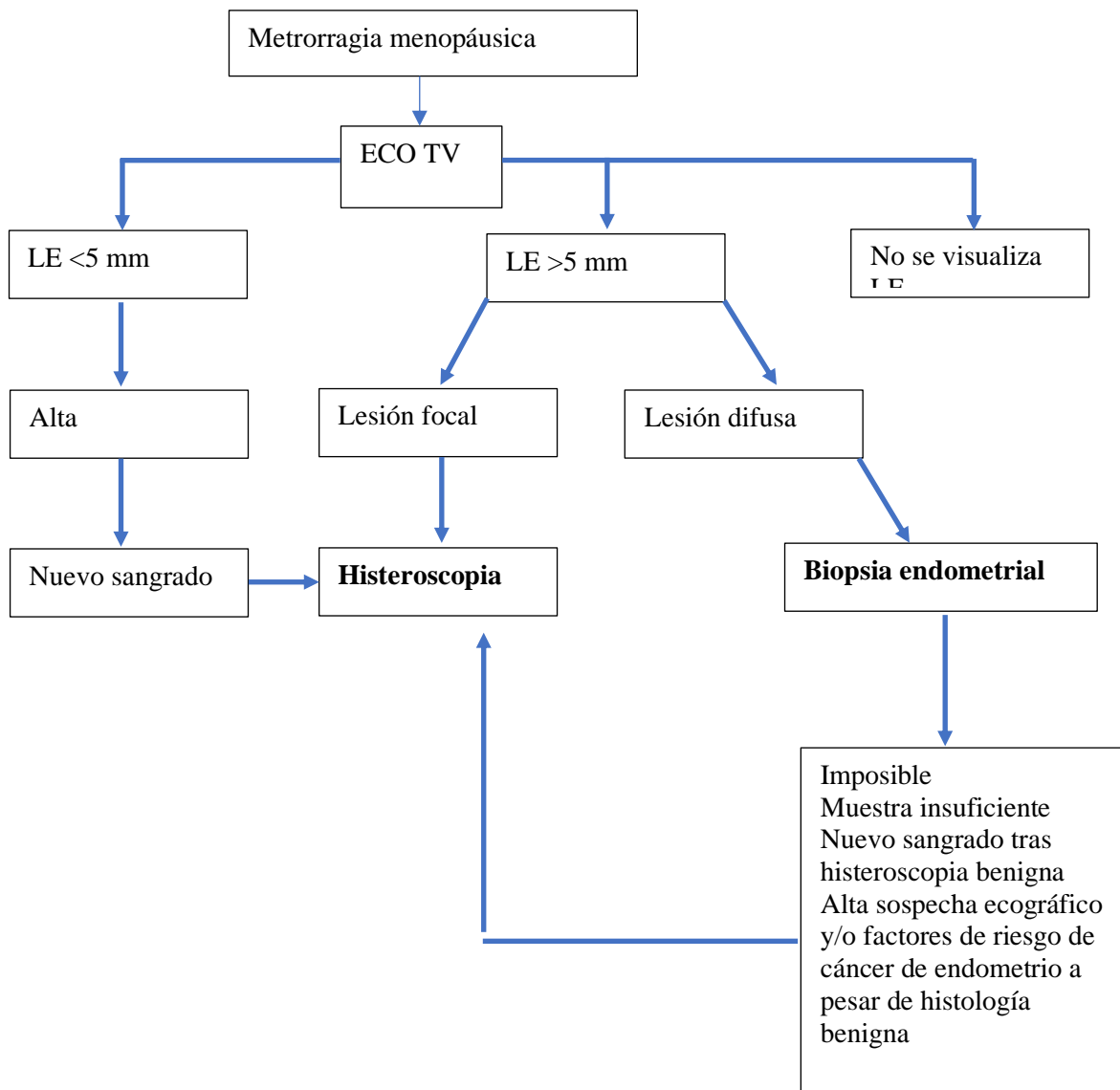
Debe realizarse ecografía endometrial +/- biopsia endometrial en los casos en los que el sangrado uterino no desaparece o si reaparece tras varios meses de THS.

Mujeres que toman tamoxifeno

Se conoce que las mujeres que toman tamoxifeno presentan con mayor frecuencia líneas endometriales engrosadas. No existe en estas pacientes un límite claro para el grosor endometrial normal o patológico, es por eso que no está recomendado el seguimiento endometrial ecográfico en estas pacientes.

En pacientes que toman tamoxifeno y presentan sangrado se recomienda, por lo general, la histeroscopia diagnóstica.

5. ALGORITMO DIAGNÓSTICO



PROCOLOS ASISTENCIALES

Metrorragia menopáusica

6. INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Es tándar
Tiempo promedio desde la consulta inicial al diagnóstico	Suma total de los tiempos diagnósticos / total de mujeres evaluadas	Diraya	<40 días
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de metrorragia menopáusica que completan el protocolo diagnóstico (ecografía, biopsia o histeroscopia)	Número de pacientes que completaron las pruebas diagnósticas (ecografía y/o biopsia y/o histeroscopia) / total de pacientes con metrorragia menopáusica	Diraya	>90%

7. BIBLIOGRAFÍA

- Pickar JH, Archer DF, Goldsetin SR, Kagan R, Bernick B, Mirkin S. Uterine bleeding with hormone therapies in menopausal women: a systematic review. *Climacteric*. 2020; 23: 550-8.
- Li JXL, Chan F, Johansson CYM. Can a higher endometrial thickness threshold exclude endometrial cancer and atypical hyperplasia in asymptomatic postmenopausal women? A systematic review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2022;62:190-197.
- Long B, Clarke MA, Morillo ADM, Wentzensen N, Bakkum-Gamez JN. Ultrasound detection of endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: Systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2020. 157:624-633
- Oncoguía SEGO: Cáncer de Endometrio 2016. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Febrero 2016.
- ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol*. 2018;131:124-129.

Autores	Dra Naveiro Fuentes / Dr Fernández Parra		
Fecha elaboración	1/11/24	Vigencia	01/11/27