



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Barón González de Suso, L.; Piris Borregas, S.; García Rebollar, C.
Metrorragia persistente en los primeros ciclos menstruales
Pediatría Atención Primaria, vol. XV, núm. 57, enero-marzo, 2013, pp. 57.e11-57.e13
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638747007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Metrorrágia persistente en los primeros ciclos menstruales

L. Barón González de Suso^a, S. Piris Borregas^a, C. García Rebollar^b

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

• ^bPediatra. CS Calesas. Madrid. España.

Publicado en Internet:
20-marzo-2013

Luisa Barón González de Suso:
luisabgs8@yahoo.es

Resumen

La metrorrágia en adolescentes suele ser consecuencia de ciclos anovulatorios característicos de las primeras menstruaciones, los cuales producen episodios de hemorragia uterina disfuncional. Solo en algunas ocasiones subyace una lesión orgánica.

Se presenta el caso de una adolescente de 12 años que consulta por menstruaciones abundantes, que se prolongan en el tiempo con anemia ferropénica secundaria. En una ecografía abdominal se objetiva la presencia de una masa anexial derecha compatible bien con endometrioma ovárico, bien con folículo hemorrágico.

La persistencia del sangrado más allá de tres o seis meses, desde el momento de la primera consulta, debe ir acompañada de una analítica y un estudio de imagen, en general, una ecografía. Debe valorarse la derivación a Atención Especializada.

Palabras clave:

- Metrorrágia
- Folículo hemorrágico
- Masa anexial
- Trastornos menstruales

Abstract

Metrorrágia in teenagers is often caused by anovulatory cycles, characteristic of the first menstruations, that produce episodes of dysfunctional uterine bleeding. Only sometimes there is an underlying organic lesion.

We present a 12 years old teenager who consulted for heavy bleeding during menstruation that extended in time, with secondary ferropenic anemia. An abdominal ultrasound showed a right adnexal mass compatible with an ovarian endometrioma or a hemorrhagic follicle.

The persistence of bleeding beyond 3 to 6 months from the first consultation makes mandatory an abdominal ultrasound and a blood test. The referral to a specialist should be considered.

Key words:

- Metrorrágia
- Ovarian follicle
- Adnexal mass
- Menstrual disorders

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la menstruación son un motivo de consulta común entre las adolescentes menores de 14 años y, entre ellos, los episodios de metrorrágia son los que más preocupan. Es fundamental la labor del pediatra de Atención Primaria en su valoración y manejo, ya que la mayoría ceden de forma espontánea y no precisan valoración por

el especialista. Es igualmente necesario conocer las situaciones en las que se deben solicitar pruebas complementarias para tratar de identificar la etiología del proceso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 12 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, salvo macrocefalia constitui-

cial sin ninguna repercusión, que acude a consulta en noviembre de 2010 por dolor abdominal, polihipermenorrea y astenia general.

En la exploración física destaca palidez moderada, sin hirsutismo, signos de sangrado ni bocio y el abdomen por palpación es blando, no doloroso y sin masas. Tiene un índice de masa corporal normal, habiendo mejorado el sobrepeso prepupal que presentaba previamente. Antecedentes ginecológicos: menarquia a los diez años, con reglas prolongadas y frecuentes. Nuligesta.

Se solicita hemograma y bioquímica objetivándose anemia (hemoglobina [Hb] 8 g/dl) con microcitosis (volumen corpuscular medio [VCM] 71 fl), hipocromía (concentración de hemoglobina corpuscular media [CHCM] 20,7 g/dl) y ferropenia (ferritina 4 µg/dl y hierro 20 µg/dl). Se pauta hierro oral con buena respuesta hematológica en un mes (Hb 12,2 g/dl; VCM 85,7 fl; CHCM 27,2 g/dl) y se recomienda mantenerlo durante tres meses hasta nuevo control.

Cinco meses después de la consulta inicial, tras comprobar, por una parte, la persistencia de la ferropenia (Hb 12,7 g/dl, VCM 96,7 fl, CHCM 31,9 g/dl, ferritina 7 µg/dl y hierro 73 µg/dl) a pesar del tratamiento con hierro oral, que ha cumplido rigurosamente y, por otra, que mantiene un ritmo menstrual con una fórmula 9/21, acompañada de dismenorrea, se solicita una ecografía abdominal y pélvica. La prueba de imagen muestra una formación quística de 84x48 mm en zona anexial derecha, que presenta un polo sólido de unos 26 mm (**Fig. 1**). Dicha formación es compatible con endometrioma o quiste hemorrágico según el informe ecográfico.

Ante este hallazgo, se decide derivación a Ginecología para completar el estudio, donde se repite la ecografía abdominal, que confirma el hallazgo, y se solicita una resonancia magnética (RM) abdominopélvica y marcadores tumorales. La RM se informa como lesión quística dependiente de anejo derecho con probable contenido hemorrágico en su interior. Los marcadores tumorales presentan un ligero aumento del Ca 125 (66,74 U/ml) con Ca 19-9, alfafetoproteína, fracción beta de la gonadotropi-

Figura 1. Imagen ecográfica de masa anexial



na coriónica humana y lactatodeshidrogenasa normales.

Se recomienda tratamiento analgésico durante la menstruación y anticoncepción oral para regularización de su fórmula menstrual, a la espera de ver la evolución de su imagen ecográfica, con el diagnóstico de endometrioma ovárico frente a folículo hemorrágico.

Dado el aumento del tamaño de la masa quística y la clínica persistente se decide tratamiento quirúrgico nueve meses después de la consulta inicial. Se realiza quistectomía ovárica derecha por laparoscopia sin incidencias; informe anatopatológico: cistoadenofibroma mucinoso.

Dado el carácter benigno de la tumoración y la mejoría clínica de la paciente, se decide alta definitiva en Ginecología y seguimiento por el pediatra de Atención Primaria.

DISCUSIÓN

Los trastornos menstruales son muy comunes durante los primeros años tras la menarquia. El pediatra debe tener presente que es una etapa de cambios madurativos y recordar la confidencialidad y la especial vulnerabilidad de estas pacientes¹.

En muchas ocasiones, las adolescentes y sus familias están inseguras sobre lo que puede considerarse un patrón menstrual normal en cuanto a duración, frecuencia y cantidad de flujo, lo cual puede

llevar a no consultar por considerar normal una fórmula menstrual que no lo es. Por este motivo es adecuado que conozcan los patrones estándar: intervalos menstruales de 21 a 45 días, duración de la menstruación alrededor de una semana y volumen de sangrado de 30-40 ml (límite alto de 80 ml), que en la práctica supone un uso de entre tres y seis compresas o tampones al día¹. Así mismo, es importante informar desde Atención Primaria acerca de la alta frecuencia de menstruaciones irregulares durante el primer año de la menstruación, que pueden persistir hasta cinco años después, en alrededor de un 20% de las adolescentes^{2,3}.

Los principales problemas ginecológicos que afectan a las mujeres adolescentes son^{2,4}:

- Dismenorrea (25%): dolor suprapúbico irradiado a zona lumbar, fosas ilíacas y abdomen desde unas horas antes de la menstruación y con máxima intensidad en el día posterior.
- Síndrome premenstrual (20%): conjunto de manifestaciones funcionales que tienen lugar durante los cuatro días anteriores a la regla.
- Alteración en la duración del ciclo (15%): ciclos menores de 21 días (polimenorrea) o mayores de 45 (oligomenorrea).
- Menstruación escasa u oligomenorrea (4,8%).
- Menstruación abundante, menorragia o metrorragia (4,6%).

Los episodios de metrorragia durante los primeros ciclos menstruales, aunque no sea la patología ginecológica más prevalente en la adolescente, constituyen uno de los motivos de consulta ginecológica que más preocupa en este grupo de edad.

La causa más habitual de hemorragia anormal e irregular es la hemorragia (o sangrado) uterina disfuncional (HUD), término que incluye un conjunto de alteraciones menstruales por exceso, originadas por la existencia de ciclos anovulatorios (90% de los casos) o de alteraciones de la función del cuerpo lúteo, secundarias a inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico. La HUD no es más que un síntoma, común en los extremos de la vida reproductiva, cuyas manifestaciones clínicas son la

menorragia y la polimenorrea. Se considera HUD⁴⁻⁶ cualquier sangrado uterino anormal no atribuido a una causa orgánica específica. Es por definición un diagnóstico de exclusión que obliga a descartar cualquier etiología orgánica:

- Trastornos de la coagulación.
- Trastornos endocrinos: tiroideos, suprarrenales, síndrome de ovario poliquístico, etc.
- Procesos infecciosos y enfermedad inflamatoria pélvica.
- Medicación intercurrente: anticonceptivos orales, anticoagulantes, etc.
- Traumatismo genital, cuerpo extraño vaginal.
- Patología cervical: pólipos, carcinoma.
- Patología uterina: anomalías congénitas, pólipos de endometrio, etc.
- Patología ovárica: quistes, tumores.
- Endometriosis.

La mayor parte de los casos de HUD en la adolescencia suelen ceder de forma espontánea en menos de tres meses³. Por ello, en principio, está indicada una actitud expectante durante 3-6 meses. Solo en una pequeña proporción persisten los episodios de menstruaciones abundantes. Hay que considerar que es más probable que las menstruaciones regulares intensas o prolongadas guarden relación con una lesión anatómica o un trastorno hemorrágico que con anovulación. Las hemorragias intensas, una anemia significativa o la necesidad de ingreso hospitalario para controlar la hemorragia aumentan la probabilidad de que la causa no sea disfuncional⁶. En estos casos, para el diagnóstico de una HUD se hace imprescindible la exclusión de patología orgánica, lo que exige la práctica de una exploración física completa (inspección general y genital, la palpación del tiroides, de la mama, del abdomen y de los genitales internos), la medición de la tensión arterial, del peso y de la talla, y la evaluación del estado de la coagulación sanguínea, de la función renal (urea y creatinina) y de la función hepática (transaminasas y bilirrubina), además de la prueba de embarazo. La utilización de otras pruebas complementarias de-

penderá de los hallazgos obtenidos en la exploración física. Salvo la ecografía abdominal, disponible en Atención Primaria, el resto de estudios puede realizarse en un segundo nivel (estudio endocrinológico, legrado diagnóstico, histeroscopia y/o laparoscopia, que no son imprescindibles, salvo en aquellos casos en los que las exploraciones básicas no sean concluyentes).

Resulta útil conocer el algoritmo correcto de manejo en estas situaciones (Fig. 2), además de valorar individualmente a cada paciente. Se evitarán preocupaciones y pruebas innecesarias cuando los episodios de metrorragias finalicen con la maduración e instauración de ciclos ovulatorios. Pero en un porcentaje variable, cuando esto no suceda, se

debe buscar una causa que justifique el sangrado en estas pacientes, para poder tratar la base orgánica subyacente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

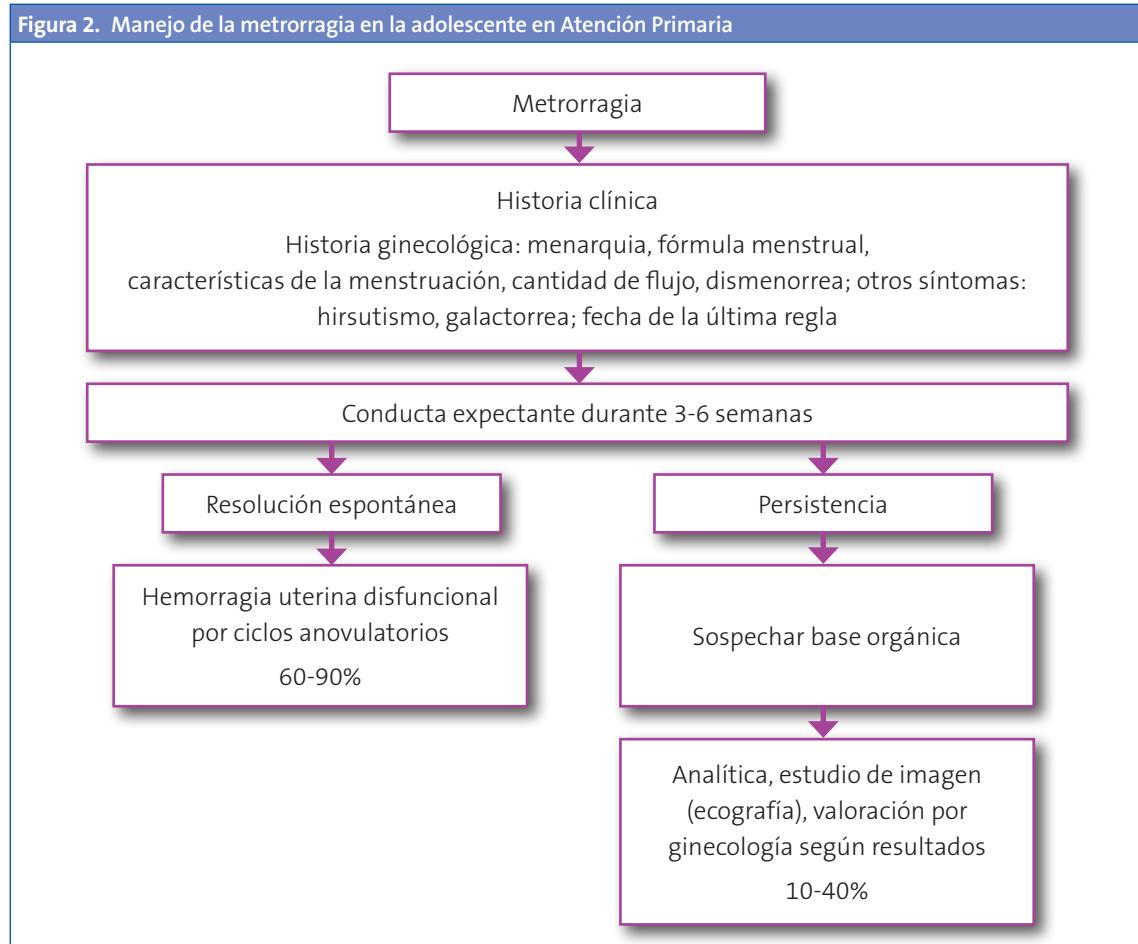
ABREVIATURAS

CHCM: concentración de hemoglobina corpuscular media

• **Hb:** hemoglobina • **HUD:** hemorragia uterina disfuncional

• **RM:** resonancia magnética • **VCM:** volumen corpuscular medio.

Figura 2. Manejo de la metrorragia en la adolescente en Atención Primaria



Fuentes: Strickland J, et al., 2006; Art MJ, et al., 2010.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brañas P. Trastornos ginecológicos de la adolescente. Orientación para el pediatra. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;12:69-87.
2. Art MJ, Doerfler D. Incidences of menstrual cycle abnormalities in adolescence, and matches between the age at menarche and the development of menstrual cycle abnormalities. Wien Med Wochenschr. 2010;160(15-16):406-13.
3. Thibaud E, Samara-Boustani D, Duflos-Cohade C. Meno-metrorrhagia in adolescents. Arch Pediatr. 2008;15(5):584-5.