

DOI: 10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.833-844

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2553>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 833-844




Sangrado uterino anormal debido a alteraciones hormonales. Reporte de caso

Dysfunctional uterine bleeding due to hormonal imbalances. A case study

Hemorragia uterina disfuncional debido a desequilibrios hormonais.
Um estudo de caso

Paulina Vanessa Mera Morales¹

RECIBIDO: 28/01/2025 **ACEPTADO:** 25/02/2025 **PUBLICADO:** 17/03/2025

1. Médica Cirujana; Posgradista de Ginecología y Obstetricia en la Universidad Internacional del Ecuador; Cuenca, Ecuador; vanessa.mera.27m@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9054-521X>

CORRESPONDENCIA

Paulina Vanessa Mera Morales
vanessa.mera.27m@gmail.com

Cuenca, Ecuador

RESUMEN

El sangrado uterino anormal (SUA) se manifiesta como una condición compleja y de etiología multifactorial, exigiendo una evaluación exhaustiva para discernir su causa subyacente, que puede variar desde desequilibrios hormonales hasta anomalías estructurales o trastornos de la coagulación. Se presenta caso clínico de mujer de 33 años, que desde hace aproximadamente 15 días inicia con sangrado menstrual en abundante cantidad con presencia de coágulos, el cual no cede por lo que acude a centro de salud, luego de la exploración física, exámenes de laboratorio e imágenes, se diagnostica un sangrado uterino anormal, debido a alteraciones hormonales. El SUA es una condición común que requiere un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y manejo. La evaluación exhaustiva, el diagnóstico preciso y el tratamiento individualizado son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen esta condición.

Palabras clave: Sangrado, Útero, Tomografía, Coágulos, Hormonal.

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding (AUB) manifests as a complex condition with a multifactorial etiology, demanding a thorough evaluation to discern its underlying cause, which can range from hormonal imbalances to structural abnormalities or coagulation disorders. A clinical case of a 33-year-old woman is presented, who approximately 15 days ago began with abundant menstrual bleeding with the presence of clots, which did not subside and thus she went to a health center. After physical examination, laboratory and imaging tests, abnormal uterine bleeding was diagnosed, due to hormonal alterations. AUB is a common condition that requires a multidisciplinary approach for its diagnosis and management. Thorough evaluation, accurate diagnosis, and individualized treatment are essential to improve the quality of life of women suffering from this condition.

Keywords: Bleeding, Uterus, Tomography, Clots, Hormonal.

RESUMO

A hemorragia uterina anormal (SUA) manifesta-se como uma condição complexa, de etiologia multifatorial, exigindo uma avaliação exaustiva para discernir a sua causa subjacente, que pode ir desde desequilíbrios hormonais a anomalias estruturais ou distúrbios da coagulação. 1 Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 33 anos de idade, que há cerca de 15 dias iniciou um sangramento menstrual abundante com presença de coágulos, que não cedia, pelo que se dirigiu a um centro de saúde. Após exame físico, exames laboratoriais e de imagem, foi diagnosticado sangramento uterino anormal, devido a alterações hormonais. A SUA é uma condição comum que requer uma abordagem multidisciplinar para o seu diagnóstico e tratamento. Uma avaliação minuciosa, um diagnóstico preciso e um tratamento individualizado são essenciais para melhorar a qualidade de vida das mulheres que sofrem dessa condição.

Palavras-chave: Hemorragia, Útero, Tomografia, Coágulos, Hormonal.

Introducción

Una de las patologías prevalentes que alteran notablemente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la mujer está representada por el sangrado de origen genital. La hemorragia uterina anormal se define como cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual en frecuencia, cantidad y duración. El sangrado uterino anormal categoriza al sangrado procedente de la cavidad uterina cualquiera sea el ciclo vital de la mujer (1). El sangrado uterino anormal es un motivo de consulta de mujeres en edad reproductiva, con una prevalencia de 11 a 15% en no embarazadas. Tiene repercusiones físicas, sociales y emocionales en la calidad de vida de las pacientes. En las adolescentes la prevalencia es de 12.1 a 37% e interfiere con el rendimiento escolar (2). Se considera que una frecuencia es normal cuando el ciclo menstrual dura entre 24 a 38 días o, visto de una forma más práctica, entre 31 ± 7 días. Una duración normal es la menor a ocho días (3).

El Sistema 1 de la FIGO para hemorragia uterina anormal presenta una guía para evaluar el sangrado menstrual, diferenciando entre parámetros normales y anormales. En cuanto a la frecuencia, se considera normal un ciclo de 24 a 38 días, siendo infrecuente si supera los 38 días y frecuente si es menor a 24. La duración normal del sangrado es de hasta 8 días, considerándose prolongado si excede este tiempo. La regularidad se evalúa por la variación del ciclo, siendo normal si es de 7-9 días y anormal si supera los 8-10 días. El volumen del sangrado, determinado por la paciente, se clasifica como leve, normal o abundante. El sangrado intermenstrual, que ocurre a mitad del ciclo, se considera anormal si es ocasional o cíclico y predecible, pudiendo presentarse al inicio, a mitad o al final del ciclo. Finalmente, en pacientes bajo tratamiento con progestinas y esteroides gonadales, cualquier sangrado inesperado se considera anormal (González García, 2020).

En el Ecuador existe una prevalencia de entre el 30% al 50% de casos de mujeres que presentan sangrados uterinos anormales durante su edad fértil o postmenopáusica; su causa principal es el desarrollo de miomas uterinos no detectados a tiempo; además, se esclarece que mientras más edad presente la mujer, mayor es la probabilidad de que se desarrolle este tipo de padecimientos. De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha planteado una clasificación enfocada en la etiología de los sangrados uterinos anormales, 2 estableciendo 2 grandes grupos, el primero (PALM) engloba todos los componentes estructurales, es decir, las perturbaciones anatómicas; mientras que el segundo grupo (COEIN) integra los componentes no estructurales, los cuales requieren exámenes de laboratorio o de carácter hormonal para su diagnóstico (5). Sistema PALM: Pólipos, Adenomiosis, Leiomiomas, Neoplasia maligna e hiperplasia. COEIN: Coagulopatía, Ovulatoria, Disfunción endometrial, Iatrogénica, No clasificado (6).

El sangrado anormal se considera crónico cuando ha ocurrido durante la mayor parte de los seis meses anteriores, o agudo cuando un episodio de sangrado abundante justifica una intervención inmediata por el impacto hemodinámico de la paciente (7). El sangrado uterino crónico es el que tiene más de 6 meses de evolución y depende del cuerpo uterino. No solo es anormal en duración sino también en volumen, frecuencia o regularidad menstrual (González García, 2020). La causa exacta del SUA no estructural es incierta, pero se cree que expresa una alteración del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal-uterino. La mayoría de los episodios se deben a una alteración de la función ovárica. Alrededor del 80% son causadas por anovulación, y un 20% por un endometrio atrófico o disfunciones del cuerpo lúteo. Aunque el útero es a menudo la fuente, cualquier parte del tracto reproductivo femenino puede resultar en sangrado vaginal. Tanto el comienzo de la menstruación

como el cese de la misma involucran mecanismos múltiples y complejos. Algunos de estos mecanismos están influenciados por los estrógenos y la progesterona, mientras que otros, son independientes de los niveles hormonales, y están relacionados con la función plaquetaria normal, con la liberación de sustancias vasoconstrictoras, y con el sustancial proceso de reepitelización de la superficie endometrial (7).

La etiología más diversa de SUA se relaciona con las pacientes en edad reproductiva, con mayor probabilidad de una variedad de patología endometrial. Clínicamente, el sangrado uterino anormal puede presentarse como polimenorrea, oligomenorrea, hipermenorrea, metrorragia, menometrorragia o sangrado intermenstrual. En la etapa reproductiva de la mujer, siempre debe descartarse la posibilidad de embarazo. En la perimenopausia y menopausia, el sangrado uterino anormal es un motivo frecuente de consulta médica, debido a las fluctuaciones en las concentraciones hormonales; es necesario descartar la presencia de neoplasia. En mujeres posmenopáusicas, se presupone etiología neoplásica de la hemorragia uterina anormal hasta que no se demuestre lo contrario en el estudio histológico endometrial.

El embarazo, el postparto, la lactancia y la menopausia se consideran como causas fisiológicas frecuentes de amenorrea, sin embargo, la prevalencia de amenorrea debido a adenomas hipofisarios es de aproximadamente 2% a 5%, además Chacón A. menciona que en los últimos años gracias a los avances de la tecnología y la accesibilidad de los estudios los porcentajes de diagnóstico de adenomas hipofisarios han incrementado, con un hallazgo del 14.4 al 22,5% posterior a estudios de imágenes o post-mortem, en el continente asiático el predominio de estos adenomas se halla más en mujeres mayores de 40 años con predominio de microadenomas con un 69% de presentación. En América del norte y Latinoamérica la tasa de incidencia es mayor en mujeres

con un porcentaje entre 64 y 86%. Asimismo, García I. menciona que, en Ecuador en un estudio descriptivo que valoro 250 casos con adenomas en la hipófisis entre el 2012 hasta 2016, determinó que el microadenoma presentaba mayor tasa de aparición con un 65%, del cual un 54% eran prolactinomas, con mayor predominio en mujeres de raza mestiza a diferencia de la acromegalia y los adenomas no funcionantes (8).

La evaluación de una paciente con SUA tiene como objetivo principal identificar la causa subyacente del sangrado, comenzando con una historia clínica detallada que abarque el patrón, cantidad y duración del sangrado, el uso de medicamentos y anticonceptivos, antecedentes ginecológicos y familiares, así como síntomas de enfermedades sistémicas. Seguido de un examen físico minucioso que incluya la inspección del tracto genital inferior, la especuloscopia para confirmar el origen del sangrado y descartar lesiones, y la palpación bimanual para evaluar el útero y los anexos. La combinación de estos elementos permite al médico obtener una visión completa de la situación y determinar el tratamiento adecuado (9).

Como factores de riesgo para padecer dicha entidad se encuentra la obesidad, es un problema de salud pública en el mundo occidental que se asocia a un incremento de hasta cinco veces mayor. En mujeres premenopáusicas, la obesidad y el síndrome de ovario poliquístico están asociados a ciclos anovulatorios, y como consecuencia de ello, el endometrio se encuentra expuesto a la acción de los estrógenos en ausencia de la acción reguladora de la progesterona. En la posmenopausia, la obesidad conlleva a exposición del endometrio a cantidades elevadas de estrógenos provenientes de la transformación periférica de la androstendiona (A4) a estrona (E1) y estradiol (E2), los cuales, en ausencia del efecto regulador de la progesterona, estimulan la proliferación endometrial que puede progresar a hiperplasia endometrial (10).

La evaluación de la metrorragia implica una combinación de exámenes de imagen y laboratorio para determinar la causa subyacente del sangrado. La ultrasonografía transvaginal es el método de primera elección, permitiendo visualizar el útero y los anexos para detectar anomalías como fibromas o pólipos, mientras que la histeroscopia y la histerosonografía se utilizan en casos específicos. Los exámenes de laboratorio, como la prueba de embarazo, el hemograma completo y el coagulograma, son esenciales para descartar otras causas de sangrado y evaluar el estado general de la paciente. El grosor endometrial medido por ultrasonido es un indicador clave de posibles patologías, siendo un grosor de 7 mm o menos considerado normal, y espesores mayores sugieren hiperplasia o carcinoma endometrial. Cuando se obtiene un resultado ecográfico en el que se muestre alguna patología endometrial se recomienda realizar el estudio histopatológico para obtener el resultado certero y poder tratarla lo más pronto posible. El legrado diagnóstico actualmente sigue siendo el método para estudiar a las mujeres con diagnóstico de hemorragia uterina anormal debido que por este medio se puede localizar el sitio donde se está produciendo el sangrado y nos permite tomar una muestra de una gran parte del endometrio. Las indicaciones más frecuentes son la hemorragia uterina anormal, sangrados copiosos y/o inestabilidad hemodinámica con hematocrito menor de 30%, alteraciones menstruales y sospecha de otra patología uterina, especialmente carcinoma de endometrio (11).

El tratamiento del sangrado uterino anormal (SUA) se adapta a la gravedad y cronicidad del cuadro, priorizando la estabilización hemodinámica en casos agudos mediante cristaloides, hemoderivados o transfusiones, y utilizando terapias hormonales como estrógenos o progesterona, o no hormonales como AINEs o ácido tranexámico para controlar el sangrado. Para el manejo crónico, se prefieren las píldoras anticonceptivas combi-

nadas o progestágenos, con opciones como el DIU-LNG que demuestran alta eficacia. En casos de falla o contraindicaciones, se recurre a tratamientos no hormonales como agonistas de GnRH o, en última instancia, a procedimientos quirúrgicos como la ablación endometrial o la histerectomía, siempre considerando la preservación de la fertilidad. La suplementación de hierro es crucial para corregir la anemia asociada (6).

Los anticonceptivos hormonales combinados representan el tratamiento de primera línea en mujeres sin deseos reproductivos ni contraindicaciones para el uso de estrógenos.^{5,12} Los anticonceptivos hormonales combinados, con estrógeno (generalmente etinilestradiol [EE]) y progestágeno (una progesterona sintética) suprimen la ovulación, regulan el ciclo menstrual y reducen el flujo sanguíneo menstrual en 32-69% de los casos a 3 meses y de 35-72% a los 12 meses. Existen varias formulaciones, con diferentes regímenes, para el uso de anticonceptivos hormonales por vía oral. La mayor parte de los estudios comparativos demuestran excelente eficacia con el uso de anticonceptivos hormonales combinados monofásicos. La composición más frecuentemente descrita contiene etinilestradiol (0.03 mg) y levonorgestrel (0.15 mg); sin embargo, un ensayo aleatorizado describió que los anticonceptivos orales combinados que contienen 1 mg de noretindrona disminuye los días de sangrado y manchado que las preparaciones con 0.1 mg de levonorgestrel, por su virtud de proveer estabilidad endometrial. Aunque la reducción del sangrado es efectiva con todos los anticonceptivos hormonales combinados por vía oral, la única fórmula aprobada por la Unión Europea y la FDA en pacientes con sangrado menstrual abundante o prologado sin patología es la combinación de valerato de estradiol (E2V) y dinogest (DNG) (12).

El tratamiento para adenomas hipofisarios puede variar entre tratamiento farmacológico, quirúrgico y radioterapia, de los cuales el tratamiento farmacológico más utilizado

suelen ser los agonistas dopaminérgicos de los cuales se suele usar en pacientes que tengan microadenomas, ya que este tipo de tratamiento suele reducir el tamaño del adenoma normaliza la secreción hormonal, mientras que el tratamiento quirúrgico se suele utilizar en pacientes de adenomas de gran tamaño la técnica quirúrgica suele retirar el adenoma, la hipófisis en caso de metástasis resecciona las estructuras afectadas, mientras que la radioterapia se usa para controlar a largo plazo el crecimiento del adenoma y se recomienda utilizar en pacientes que no respondan al tratamiento tanto farmacológico como quirúrgico, el manejo de las amenorreas a causa de este tipo de adenomas suele ser muy complejo es por ello que muchas veces necesitaremos un enfoque multidisciplinario, lo cual nos anima a seguir indagando sobre nuevas técnicas de manejo para este tipo de pacientes (8).

Reporte de caso

Mujer de 33 años, sin antecedentes patológicos personales, familiares y quirúrgicos, sin alergias, no consume alcohol ni drogas, no fuma, que desde hace aproximadamente 15 días inicia con sangrado menstrual en abundante cantidad con presencia de coágulos, el cual no cede por lo que acude a centro de salud. Se realiza examen físico, con los siguientes signos vitales al ingreso: presión arterial: 90/60, temperatura 36.4, frecuencia cardiaca: 62 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 95% aire ambiente, paciente consciente, afebril al ingreso, orientada, cabeza: pupilas isocóricas, reactivas, escleras anictéricas, palidez generalizada, tórax: simétrico, movilidad y expansibilidad preservadas, no doloroso, corazón: rítmico, no se auscultan soplos, pulmones: murmullo vesicular conservado bilateralmente, no ruidos sobreañadidos, abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación e hipogastrio, RHA presentes no signos peritoneales, región genital: al examen especular cérvix central no se observa masas, sangrado moderado con presencia

de coágulos, extremidades: pulsos simétricos, no edema, llenado capilar distal, preservado. Examen neurológico elemental: escala de coma de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas, reactivas de 2mm.

Primer plan de acción:

- CSV + SANGRADO GENITAL CADA 8 HORAS.
- REPOSO RELATIVO.
- CUIDADOS DE ENFERMERIA.
- DIETA GENERAL
- LACTATO DE RINGER 1000 ML PASAR A 40 ML /H.
- ECO TV.
- PARACLINICOS.
- INTERCONSULTA HEMATOLOGIA.

Los exámenes paraclínicos a la fecha de ingreso fueron los siguientes: HCTO: 18,3, HB: 6,1, PLT: 398.000, LEU: 4,580, NEU: 39.5, LIN: 50,4, EOS: 5,6, MONO: 3,5, BAS: 1.0, HCM: 28,9, CMHC: 33,3, TP: 11,4, TTP: 28,4, INR: 1.13, GLU: 82,7, UREA: 29,3, CREA: 0,9, BUN: 13,67 VDRL: NO REACTIVO, BHCG: NEG, HEP B: NEG, HIV: NO REACTIVO. Estos resultados evidencian hematocrito y hemoglobina baja. El resto de los exámenes presentan valores normales.

- Se realiza transfusión de 2 paquetes globulares

Al siguiente día se repiten paraclínicos con los siguientes resultados: HCTO: 28,5, HB: 9.3, PLT: 365.000, LEU: 5,13, NEU: 46.3, LIN: 43.7, EOS: 6, MONO: 3,4, BAS: 0.6, HCM: 28,8, CMHC: 37,6, PRL: 114.65, TSH: >100. Estos segundos estudios muestran una mejoría en los niveles de hematocrito y hemoglobina con respecto al día anterior. Pero se evidencia una baja en la concentración de hemoglobina corpuscular media, la prolactina elevada y la hormona estimulante de la tiroides muy elevada, lo que sugiere un hipotiroidismo primario.

A los dos días de ingreso se realiza perfil tiroideo con los siguientes resultados:

- TSH: >100
- T3: 0.88
- T4: 0,4.

Se mantiene la hormona estimulante elevada, y niveles bajos de T3 (Triyodotironina) y T4 (Tiroxina), que confirma una fuerte sospecha de hipotiroidismo primario. En base a los índices de hematología como consecuencia del sangrado, se agrega otro diagnóstico de anemia grave normocítica normocromica post hemorrágica aguda.

Luego de la evaluación por el departamento de endocrinología de los paraclínicos, determina que la paciente presenta sintomato-

logía clínica compatible con hipotiroidismo TSH: >100 concordante con disfunción de ejes de prolactina y gonadal por lo que se inicia tratamiento sustitutivo y revaloración de tratamiento funcional.

El manejo de esta condición requiere:

1. Levotiroxina solido oral 125 mg VO 6 am
2. Cabergolina 0,5 mg VO semanal
3. Resonancia magnética s/c de silla turca
4. Antitiroglobulina
5. Control con resultado.

Resultados

ANTI-TPO: 31,9

Estudios de imagen:

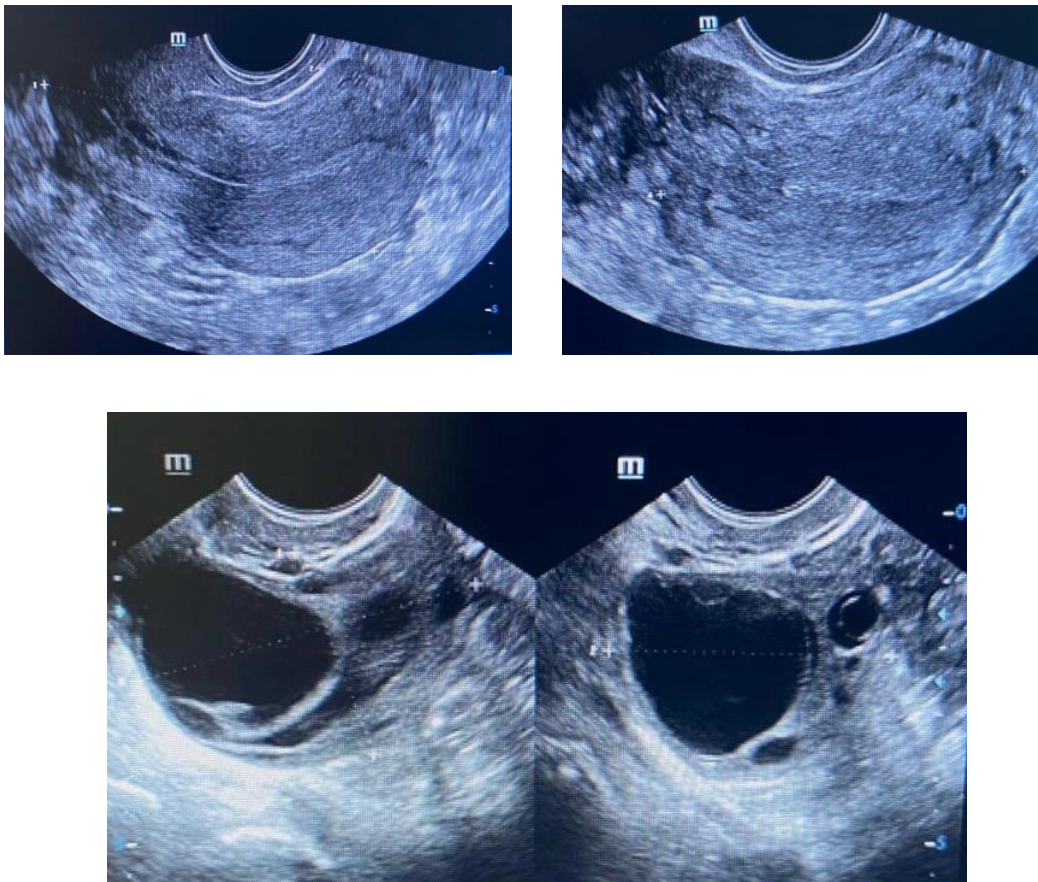


Figura 1. Ecografía transvaginal

Hallazgos en eco:

Utero en avf, contornos externos normales, cervix tamaño normal, 86x62x40mm volumen 112 ml

Miometrio: homogéneo sin evidencia de masas

Endometrio: ecogénico, con línea endometrial lineal, unión endometrio miometrial regular con espesor de 5,5 mm

Ovario derecho: presencia de quiste de paredes finas, bien delimitadas que miden

1. 24mm
2. 35 mm

Conclusión: quiste de aspecto funcional en ovario derecho, útero de apariencia normal.

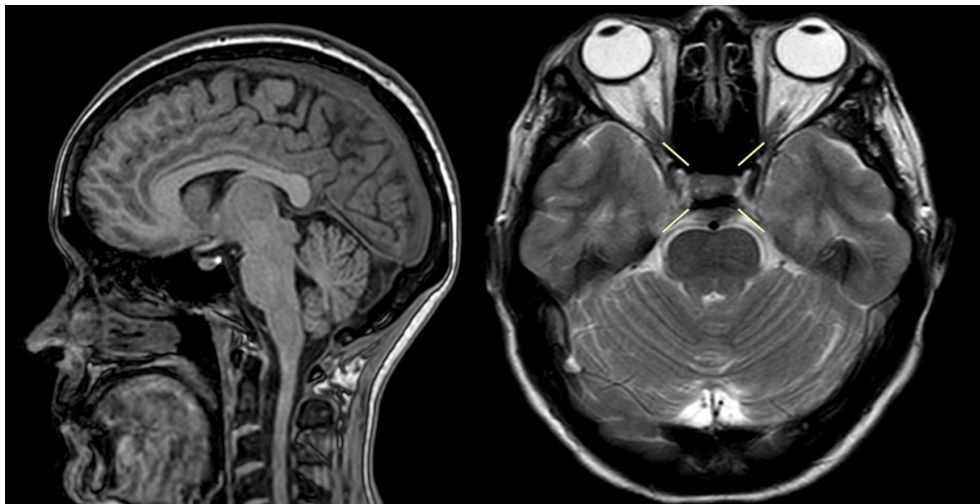


Figura 1. T2 axial (izquierda) y T1 sagital (derecha) se visualiza lesión ubicada a nivel de anterior de la hipófisis, hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, que por sus características de tamaño y localización se sospecha en adenoma hipofisario

Diagnóstico: Sangrado uterino anormal + anemia grave normocítica normocromica + hipotiroidismo primario + microadenoma hipofisario

Tabla 1. Resumen de plan de acción desde ingreso

Desde fecha de ingreso (Día)	Plan a seguir
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta General 2. CSV + Sangrado Genital Cada 8 Horas 3. Levotiroxina 100 Mg VO QD 4. Ibuprofeno 400 M VO Cada 8 Horas 5. Eco Tv Mañana 6. TSH, T3, T4, PRL 7. IC Psicología 8. Transfusión

3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta General 2. CSV + Sangrado Genital Cada 8 Horas 3. Levotiroxina 125 Mg VO QD 4. Ibuprofeno 400 Mg VO Cada 8 Horas 5. Resonancia Magnética S/C de Silla Turca
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta General 2. CSV + Sangrado Genital Cada 8 Horas 3. Levotiroxina 125 Mg VO QD 4. Ibuprofeno 400 M VO Cada 8 Horas 5. Resonancia Magnética S/C
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta General 2. CSV + Sangrado Genital Cada 8 Horas 3. Levotiroxina 125 Mg VO QD 4. Ibuprofeno 400 M VO Cada 8 Horas 5. Lactulosa 30 MI IV STAT y Cada 8 Horas Hasta Realizar Deposición 6. Resonancia Magnética S/C
6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta General 2. CSV + Sangrado Genital Cada 8 Horas 3. Levotiroxina 125 Mg VO QD 4. Ibuprofeno 400 M VO Cada 8 Horas 5. Ácido Tranexámico 500 Mg VO Cada 8 Horas 6. Resonancia Magnética S/C
7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dieta General 2. CSV + Sangrado Genital Cada 8 Horas 3. Levotiroxina 125 Mg VO QD 4. Ibuprofeno 400 M VO Cada 8 Horas 5. Ácido Tranecámico 500 Mg VO Cada 8 Hora 6. Resonancia Magnética S/C

En resonancia magnética se evidencia lesión ocupante de espacio mide menos de 10 mm en su eje mayor, no muestra invasión a tejido adyacente ni restricción a la difusión, características de microadenoma hipofisario. Paciente al momento sin sangrado transvaginal, permanece hemodinámicamente estable, asintomática por lo que se indica alta médica y control en 2 meses

Plan de alta médica:

Control en 2 meses:

1. LEVOTIROXINA 125 MG VO QD
2. CABERGOLINA 0,5 MG VO SEMANAL
3. SULFATO FERROSO 60 MG VO QD
4. PARACLÍNICOS: HEMOGRAMA, TSH, T4, PRL
5. SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS

Paraclínico control

- HCTO: 28,5

- HB: 12
- PLT: 265.000
- LEU: 6,21
- NEU: 56.3
- LIN: 41.7
- PRL: 20
- TSH: 4

Control

Paciente acude a control donde se evidencian paraclínicos dentro de rangos normales.

Discusión

El caso clínico presentado describe a una mujer de 33 años que ingresa con un cuadro de sangrado uterino anormal agudo, manifestado por menstruación abundante con coágulos durante 15 días, lo que ha derivado en una anemia. Los hallazgos iniciales revelan palidez generalizada y signos vitales que sugieren compromiso hemodinámico, como hipotensión. Los exámenes de laboratorio iniciales confirman la anemia, con niveles de hemoglobina y hematocrito muy bajos. La evaluación inicial se enfoca en estabilizar a la paciente mediante reposición de líquidos y transfusión de glóbulos rojos, así como en iniciar la búsqueda de la causa del sangrado.

El sangrado uterino anormal (SUA) es una condición que afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres, caracterizada por desviaciones en la frecuencia, cantidad y duración del sangrado menstrual Forestieri et al (1). Las alteraciones hormonales juegan un papel crucial en la fisiopatología del SUA, especialmente en casos relacionados con adenomas hipofisarios.

Constante & Galarza (8) destacan que los adenomas hipofisarios, particularmente los prolactinomas, pueden causar amenorrea y alteraciones en el ciclo menstrual. La prevalencia de amenorrea asociada a adenomas hipofisarios oscila entre el 2% y el 5%,

con un aumento en el diagnóstico debido a los avances tecnológicos. Los microadenomas, que representan la mayoría de los casos (65%), suelen ser prolactinomas (54%) y afectan principalmente a mujeres en edad reproductiva.

El SUA no estructural, que representa la mayoría de los casos, se atribuye a alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal-uterino Molina et al (7). La anovulación, causada por disfunción ovárica (80%), es una causa común de SUA, donde la falta de progesterona permite la proliferación endometrial continua bajo la influencia de los estrógenos Gavilán & Arellano (10). En el contexto de los adenomas hipofisarios, el exceso de prolactina inhibe la GnRH, alterando el ciclo menstrual y provocando amenorrea.

El tratamiento del SUA se adapta a la gravedad y cronicidad del cuadro. En casos de adenomas hipofisarios, el tratamiento farmacológico con agonistas dopaminérgicos es efectivo para reducir el tamaño del tumor y normalizar la secreción hormonal Constante & Galarza (8). En mujeres sin deseos reproductivos, los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) son la primera línea de tratamiento para regular el ciclo menstrual y reducir el sangrado Hernández-Marín et al (12). En casos de falla o contraindicaciones, se consideran terapias no hormonales como AINEs o ácido tranexámico, y en última instancia, procedimientos quirúrgicos como la ablación endometrial o la histerectomía Salazar Vargas (6).

Conclusión

La paciente de 33 años presentó un cuadro de sangrado uterino anormal agudo, complicado por anemia, lo que requirió intervención inmediata para estabilización hemodinámica. La evaluación exhaustiva permitió identificar causas subyacentes, incluyendo hipotiroidismo primario y un microadenoma hipofisario, demostrando la importancia de un abordaje integral. La detección de niveles elevados de prolactina y TSH subrayó la relevancia de evaluar la función hormonal en

pacientes con SUA, especialmente cuando se sospechan alteraciones hipofisarias. La confirmación de hipotiroidismo primario y la sospecha de un prolactinoma resaltan la interconexión entre las alteraciones endocrinas y el sangrado uterino anormal.

La transfusión de glóbulos rojos fue necesaria para corregir la anemia y estabilizar a la paciente. El tratamiento con levotiroxina y cabergolina abordó las causas hormonales subyacentes, demostrando la eficacia de la terapia farmacológica en el manejo de estas condiciones. La mejoría en los niveles de hemoglobina y la normalización de los niveles hormonales en el control posterior confirmaron la efectividad del plan de tratamiento. La ecografía transvaginal y la resonancia magnética fueron fundamentales para descartar causas estructurales del sangrado y para identificar el microadenoma hipofisario. Estos estudios de imagen son herramientas diagnósticas esenciales en la evaluación del SUA, especialmente cuando se sospechan alteraciones hipofisarias o uterinas.

Este caso clínico ilustra la importancia de un abordaje diagnóstico y terapéutico integral en pacientes con SUA, considerando tanto las causas estructurales como las hormonales. La identificación y el manejo de comorbilidades asociadas, como el hipotiroidismo y los adenomas hipofisarios, son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La prevalencia de adenomas hipofisarios, y su relación con el sangrado uterino anormal, requiere de un alto índice de sospecha, para su diagnóstico temprano.

Bibliografía

Forestieri OÁ, Forestieri L, Uranga A. Sangrado uterino anormal (SUA). SALUD LA MUJER. 2022;

Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 11];88(1):59–67. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Sepúlveda Agudelo J, Torres Lucero AS, Sepúlveda Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal: clasificación PALM-COEIN. Una actualización. Ginecol Obstet Mex. 2024;92(10):427–39.

GONZÁLEZ GARCÍA LJ. Sangrado uterino anormal: ¿Es la iatrogenia más frecuente de lo que comúnmente conocemos? REV COL Menopaus. 2020;26(4).

Angulo Guapi LI. Estrategia de enfermería dirigida a mujeres mayores de 40 años con sangrado uterino anormal en el hospital general Ambato [Internet]. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES “UNIANDÉS”; 2021. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/13765/1/UA-ENF-EAC-001-2021.pdf>

Salazar Vargas V. Sangrado uterino anormal: abordaje y manejo. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2022 Jul 1;7(7):e869. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/869>

Molina R, Lana MBP, Arribas L, Belardo A. SANGRADO UTERINO ANORMAL [Internet]. CONSENSO GINECOLOGIA FASGO 2022; 2022. Available from: https://www.fasgo.org.ar/images/CONSENSO_SUA_FASGO_2022.pdf

Constante ADA, Galarza CKG. Identificación de la relación entre el adenoma hipofisario con amenorrea primaria y secundaria. Polo del Conoc Rev científico-profesional. 2023;8(9):454–71.

Cerdas JS, Umaña SA, Quirós VQ, Sáenz MG. Sangrado uterino anormal. Rev Médica Costa Rica y Centroamérica. 2016;73(620):459–63.

Gavilán J, Arellano N. Hallazgos histopatológicos en sangrado uterino anormal en pacientes posmenopáusicas del Hospital de Clínicas. Med Clínica y Soc [Internet]. 2021 May 1;5(2):80–3. Available from: <https://www.medicinaclicinicasocial.org/index.php/MCS/article/view/204>

Gudiña IG, Elías FS, Calás AB. Hemorragia uterina anormal. Medios diagnósticos clínicos, ecográficos e histopatológicos. Cibamanz. 2020;

Hernández-Marín I, Villegas-Rodríguez CM, Celis-González C. Anticonceptivos hormonales en pacientes con sangrado uterino disfuncional. Ginecol Obstet Mex. 2020;88(1):163–77.

CITAR ESTE ARTICULO:

Mera Morales, P. V. (2025). Sangrado uterino anormal debido a alteraciones hormonales. Reporte de caso. RECIMUNDO, 9(1), 833–844. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(1\).enero.2025.833-844](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(1).enero.2025.833-844)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.