

Trastorno menstrual

Dra. G. Perkal Rug

Hospital Santa Caterina. I.A.S. Salt. Girona. Servicio de Pediatría. Consulta de Adolescentes.

Fecha de recepción: 31 de agosto 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 37-41

Motivo de consulta

Paciente de 11 años y 10 meses que es remitida a la consulta de Adolescentes por su pediatra por presentar poli e hipermenorrea de un año de evolución.

Anamnesis

Enfermedad actual

Desde la menarquia presenta menstruaciones abundantes, que duran hasta 4 semanas; sólo está 3-4 días sin pérdidas. No presenta dismenorrea. Refiere astenia y mareos ocasionales sin haber interrumpido sus actividades diarias.

Su médico de cabecera le solicitó una analítica a los 8 meses post- menarquia que fue normal.

Valorada por la comadrona del ambulatorio, se le indicó tratamiento con un derivado ergotámico sin mejoría. Posteriormente fue visitada por Ginecología, realizándose una ecografía ginecológica transabdominal que fue normal.

Antecedentes personales

Antecedentes Patológicos: sin interés.

Calendario vacunal: al día, incluyendo la vacuna VPH.

Menarquia: 10 años y 9 meses.

Hábitos

- Alimentación: variada, en cantidad normal.
- Catarsis: normal.
- Sueño: en calidad y duración normales.
- Tóxicos: no.

Escolarización: 6º curso de EGB con muy buen rendimiento académico. *Actividad extraescolar:* Basket, 3 días /semana y Funky 2 días/semana.

Antecedentes familiares

Madre: menarquia 12 años. Ritmo regular. Padre: hipertensión arterial controlada con antihipertensivos. Abuelo paterno: diabetes tipo 2.

Exploración física

Peso: 42,800 Kg. Talla: 154,5 cm, IMC: 17.9, TA: 110/73, FC: 73xm.

Buen estado general. Palidez cutaneomucosa. Relleno capilar < 2 seg. Sin lesiones cutáneas. Sin signos de focalidad neurológica. Exploración por aparatos normal. Estadio de Tanner: S 4/P 4.

Pruebas complementarias

Laboratorio

8 meses post-menarquia

Hematología: eritrocitos: 4,91 M/mcl; HGB: 13.4 g/dL; HCT: 41 %; VCM: 82.6; HCM:27; C.H.C.M.: 33; A.D.E.: 13.1%;PLT: 285 K/mcl; Leucocitos:5.700 (N 57.4; L 31.6; M 7.9;E 2.5;B 0.6). Hierro: 62 mcg/dL; Ferritina:20 ng/mL.TSH: 3 mUI/L (0,27-4.2).

12 meses post-menarquia

Hematología: eritrocitos: 4.29 M/mcl; **HGB: 9.9 g/dL; HCT: 31 %;VCM: 73.1; HCM: 23**; C.H.C.M.: 32;A.D.E.:14.4.Plaquetas: 338 K/mcl; Leucocitos: 4.9 K/mcl (N 2.6; L 1.7; M 0.4; E 0.2;B 0.0).

Tasa de Protrombina: 88%.TPPA: 30.1 seg. Tiempo de cefalina(ratio): 1.0.Fibrinógeno:262 mg/dL.

Dímero D cuantitativo: negativo. Factor VIII: 119% (50-150).F. Von Willebrand: 76% (70-150).

Anticoagulante lúpico: negativo.

Bioquímica: glucosa,urea y creatinina normales. Ionograma normal. Transaminasas normales.

Hierro: 16 mcg/dL. Ferritina: 4 ng/mL.Transferrina: 357 mg/dL.

Perfil hormonal: TSH: 2.30 mUI/L. FSH: 5.63 mUI/mL.**LH: 14.65 mUI/mL.**17-beta-estradiol: 26.81 pg/mL.Progesterona: 0.249 ng/ml. Prolactina: 15.42 ng/mL (4.79-23.3).

Test de embarazo: negativo.

ECOGRAFÍA ABDOMINOPELVIANA: normal.

Diagnóstico

Hemorragia disfuncional severa sin inestabilidad hemodinámica. Anemia sideropénica secundaria.

Tratamiento

- *Anovulatorio oral combinado*: Etinilestradiol, 30 mcg /Levonorgestrel,150 mcg, 1 comp. cada 8hs hasta la interrupción de la hemorragia y continuar luego con la pauta habitual durante 2 meses.
- *Proteinsuccinato de hierro*,2mg/K/día durante 2 meses; 1mg/K /día 1 mes más.

Evolución clínica

La evolución fue satisfactoria, con remisión de la hemorragia luego de la primera semana de tratamiento. Los controles clínico y analítico al 1º y 2º meses fueron normales. A los 6 meses presentaba ciclos menstruales regulares y en cantidad normal.

Discusión

Esta forma de presentación de la hemorragia disfuncional, **desde la menarquia**, no es la más habitual y nos obliga a realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de metrorragia: *coagulopatías, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, embarazo ectópico, malformaciones arterio-venosas uterinas, medicamentos (AAS), sarcomas vaginales, pacientes oncológicas en tratamiento con quimioterapia, radioterapia o trasplantadas de médula ósea*.

Es una hemorragia severa porque dura más de 3 semanas, los intervalos entre cada ciclo son menores de 3 semanas y la hemoglobina es menor de 10 mg/dL.

Los niveles elevados de LH nos indican que el ciclo es anovulatorio: no se forma el cuerpo lúteo y no hay síntesis suficiente de progesterona para realizar el feed back negativo en la liberación de LH. En la elección del tratamiento es fundamental tener en cuenta la duración de la hemorragia, el grado de anemia, el estado general de la paciente y su compensación hemodinámica.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. La causa más frecuente de metrorragia en las adolescentes es:**
 - a. El embarazo ectópico
 - b. La enfermedad inflamatoria pélvica
 - c. La inmadurez del eje hipotálamo- hipofiso- gonadal
 - d. Las coagulopatías
 - e. c y d son correctas

- 2. Cuándo no hay que solicitar un perfil hormonal y un estudio de coagulación:**
 - a. En la metrorragia leve con HGB > 12 mg/dL o entre 10-12 mg/dL
 - b. En la metrorragia moderada sin compromiso hemodinámico que no responde al tratamiento hormonal
 - c. En la metrorragia moderada con compromiso hemodinámico que no responde al tratamiento hormonal
 - d. En la metrorragia moderada sin compromiso hemodinámico que responde al tratamiento hormonal
 - e. a y d son correctas

- 3. En la metrorragia moderada que se produce en los primeros 12 meses desde la menarquia en qué etiología pensaría:**
 - a. Trastorno de la coagulación
 - b. Inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal
 - c. Hipotiroidismo
 - d. Hiperprolactinemia
 - e. Todas son correctas

- 4. Cómo trataría una metrorragia leve con HGB > 12 mg/dL:**
 - a. Hierro, 60 mg/d durante 2 meses + anticoncepción oral combinada durante 6 meses
 - b. Hierro, 60 mg/d durante 2 meses + progestágeno oral o depot durante 6 meses
 - c. Hierro, 60 mg/d durante 2 meses + calendario menstrual y control en 3 meses
 - d. Anticoncepción oral combinada durante 6 meses
 - e. Progestágeno oral o depot durante 6 meses

- 5. Cuáles son los criterios de hospitalización de una metrorragia:**
 - a. Metrorragia severa con HGB < 10 mg/dL sin signos de compromiso hemodinámico
 - b. Metrorragia severa con HGB < 10 mg/dL y signos de compromiso hemodinámico
 - c. Metrorragia severa con HGB < 7 mg/dL sin signos de compromiso hemodinámico
 - d. Metrorragia severa con HGB < 7 mg/dL con signos de compromiso hemodinámico
 - e. b, c y d son correctas

Respuestas en la página 67

Bibliografía

1. M.J.Rodríguez Jimenez, I. Hernandez de la Calle, P. Brañas Fernández. *El ciclo menstrual y sus trastornos (Hemorragia uterina disfuncional, Dismenorrea, Síndrome premenstrual)*. Medicina de la Adolescencia. Atención integral. M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero, G. Castellano Barca. 2ª ed. Madrid. Ergon; 2012. p 507-512
2. Dr. G. Fiszbajn, D. R. Lipowicz. *Alteración del ciclo menstrual. Metrorragia disfuncional. Insuficiencia de fase lútea en madurez sexual. Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*. Dra. I. de la Parra, Dra. M.E. Cortelezzi, Dr. E.P. Lombardi. 3ª ed. Argentina. Journal; 2010. p 369-394
3. Cara E. Williams, Sarah M. Creighton. *Menstrual Disorders in Adolescents: Review of Current Practice*. Horm Res Paediatr 2012; 78:135-143
4. Nirupama K De Silva, MD. *Abnormal uterine bleeding in adolescents: Definition and evaluation*. Up To Date ® 2014
5. Roxanne Nelson. *Teenager Cancer Patients at Risk for Severe Menstrual Bleeding*. Obstet Gynecol. 2014; 124:397-401
6. Corrine K Welt, MD. *Physiology of the normal menstrual cycle*. Up To Date ® 2014