

Caracterización de los trastornos menstruales y el sangrado posmenopáusico en mujeres de edad mediana

Hospital Docente Ginecobstétrico "Ramón González Coro"

Liliam Delgado Peruyera¹, Blanca Rosa Manzano Ovies², Daysi Navarro Despaigne³, María del Carmen Roque Acosta⁴

¹Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. ²Especialista de II grado de Ginecología Obstetricia. Profesora Titular. Presidenta de la Sociedad cubana de Ginecología y Obstetricia. ³Especialista de II Grado en Endocrinología. Investigadora Titular. Profesora Titular. Miembro de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. Experta Latinoamericana en Climaterio y Menopausia. ⁴Especialista de II grado en Bioestadística. Master en Estadística Aplicada. Profesora Auxiliar.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los trastornos menstruales y el sangrado posmenopáusico durante el climaterio en un grupo de mujeres.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en un grupo de féminas atendidas en la consulta de climaterio y menopausia del Hospital "Ramón González Coro" durante los años 2006 y 2007. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes y los datos de interés se volcaron en una planilla creada al efecto. Los resultados se expresaron como frecuencia relativa en porcentos.

Resultados: Se estudiaron 209 pacientes, 167 (79,9%) perimenopáusicas y 42 (20,1%) posmenopáusicas. En las mujeres perimenopáusicas los trastornos menstruales más frecuentes fueron la hiperpolimenorrea (38,7%), seguido por la amenorrea (22,7%) y la metrorragia (19,2%); el 81,4% de ellas no mostraron alteraciones al examen ginecológico. Las posmenopáusicas presentaron el sangramiento, básicamente en la etapa tardía, predominando las alteraciones del compartimiento medio (33,3%) y la atrofia vaginal (31,3%). En mujeres perimenopáusicas predominó como diagnóstico el endometrio proliferativo (39,8%) y el endometrio secretor (27,6%). En mujeres posmenopáusicas predominaron como causa del sangramiento los pólipos endometriales (34,6%) y el endometrio atrófico (30,8%).

Conclusiones: En mujeres perimenopáusicas la hiperpolimenorrea y la amenorrea fueron los trastornos menstruales predominantes explicados, en su mayoría, por la presencia de fibromas uterinos y por los cambios endocrinos de la etapa. El sangrado posmenopáusico estuvo fundamentalmente vinculado a mujeres con antecedentes de hipertensión arterial y trastornos de tipo metabólico, y tuvo como etiologías más frecuentes los pólipos endometriales y la atrofia endometrial.

Palabras clave: Trastornos menstruales, menopausia, climaterio, sangrado.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales logros del siglo XX fue el incremento de la expectativa de vida, por lo que el presente tendrá entre sus retos brindar atención a una población cada vez más envejecida. Este importante acontecimiento trae como consecuencia un incremento significativo en el número de mujeres en edad mediana en las que por cambios biológicos, con una marcada interrelación social, se producen alteraciones que pueden requerir de atención especializada en salud, así como comprensión, tolerancia familiar y social (1, 2).

En los últimos años el interés por el estudio del climaterio se eleva por tres causas principales: problemas

sociodemográficos, ceñidos por el elevado crecimiento y envejecimiento de la población a escala mundial a lo cual no está ajeno nuestro país; problemas de salud, condicionados por la morbilidad del síndrome climatérico, por las afecciones cardiovasculares, del sistema nervioso central y la osteoporosis; y demanda de atención, dado por la solicitud de las mujeres de edad mediana de mejorar su calidad vida (3, 4).

El climaterio es el período de transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la mujer (mujeres de 40 a 59 años). La evolución de este periodo está marcado por la menopausia, que más que un periodo es un suceso determinado por el cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva de los ovarios. Su diagnóstico es

retrospectivo y se hace después de una etapa de amenorrea mayor de 12 meses. Asimismo, la menopausia divide al climaterio en dos etapas: la perimenopausia y la posmenopausia (1, 4).

Los trastornos menstruales se observan en más de la mitad de todas las mujeres durante la perimenopausia. Estas alteraciones se manifiestan con ciclos anovulatorios que producen intervalos menstruales irregulares, sangrados sin ritmo y variaciones del volumen del sangrado menstrual hasta llegar a la amenorrea. Aunque la anovulación es una de las causas más frecuentes de hemorragia uterina anormal, no es la única ni la más importante, siempre se deberá considerar la posibilidad de embarazo en toda mujer que menstrúa porque aún se producen embarazos al final del quinto decenio de la vida. Muchas de ellas no se consideran fértiles, por tanto, la hemorragia anormal puede ser el primer indicador de embarazo inesperado (5-7).

En muchas ocasiones los cambios en el patrón menstrual en la perimenopausia se consideran como funcionales, aunque hay que diferenciarlos de sangrados motivados por afecciones orgánicas del aparato genital como son, entre otras, las enfermedades benignas y malignas del cuello de útero, los miomas uterinos, las alteraciones del endometrio (pólipos, hiperplasia, cáncer) y la presencia de dispositivos intrauterinos a veces ignorados por la propia paciente (8-10).

El sangramiento posmenopáusico aunque no constituye un trastorno menstrual, ya que es la aparición de sangramiento vaginal en una mujer después de llevar más de 11 meses y 29 días sin menstruar, también suele presentarse durante el climaterio y se interpreta como patológico hasta que se demuestra lo contrario, requiriendo de una investigación profunda que permita delimitar con claridad su etiología. Sus causas pueden ser múltiples pero entre las más comunes se señalan la atrofia endometrial, la terapia hormonal de reemplazo, los pólipos endometriales, la hiperplasia endometrial y el cáncer endometrial, entre otros (11-13).

A pesar de que existen múltiples estudios relacionados con el climaterio, en muy pocos se caracterizan los trastornos menstruales y su etiología haciéndose solo mención de estos como parte del conjunto de síntomas y signos que pueden aparecer en esta etapa de la vida femenina, aún incluso, cuando los trastornos menstruales son uno de los motivos de consulta más frecuentes, y que dada su repercusión, pudieran convertirse en uno de los más importantes. Detrás de la popular y mal utilizada frase: "no te preocupes, eso es que estás en el climaterio", pueden esconderse desde enfermedades benignas hasta un cáncer (4, 14-16).

El presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar los trastornos menstruales y el sangrado posmenopáusico en un grupo de mujeres durante el climaterio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal cuyo universo poblacional fue el total de

pacientes que asistieron a la consulta multidisciplinaria de Climaterio y Menopausia del Hospital "Ramón González Coro" durante los años 2006 y 2007. Se seleccionó una muestra intencional constituida por aquellas mujeres de 40 a 59 años cuyo motivo de consulta fuera presentar trastornos menstruales o sangrado posmenopáusico.

Para la obtención de la información se realizó la revisión minuciosa de las hojas de cargo a partir de las que se seleccionaron las historias clínicas de las pacientes. Los datos de interés se volcaron en una planilla creada al efecto excluyéndose aquellos casos cuyos datos estuvieran incompletos atendiendo a los objetivos de la presente investigación.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

- Etapa del climaterio: perimenopausia y posmenopausia.
- Grupos de edad en años: 40-44, 45-49, 50-54 y 55-59.
- Antecedentes de enfermedad: si presentó o no. Se consideraron las siguientes afecciones: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, cáncer ginecológico, trastornos tiroideos.
- Tipo de trastorno menstrual en la perimenopausia: polimenorrea, hipermenorrea, hiperpolimenorrea, metrorragia, proiomenorrea, amenorrea, opsomenorrea, oligomenorrea, hipomenorrea, criptomenorrea.
- Etapa de presentación del sangrado en la posmenopausia: temprana (se refiere a los cinco primeros años de la posmenopausia); y tardía (desde los cinco años de la menopausia hasta los 64)
- Síntomas asociados: se consideraron los siguientes: vasomotores (palpitaciones, sudoraciones y sofocos); psicológicos (irritabilidad, ansiedad, depresión, insomnio y disminución de la libido); genitourinarios (sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria, incontinencia urinaria); otros (variación del peso, decaimiento, calambres, artralgias, mialgias y mareos).
- Examen físico ginecológico: normal (vagina y cuello sin alteraciones); atrofia vaginal (palidez de la mucosa vaginal, delgada y muy friable); alteraciones del compartimiento anterior (cistocele, cistouretocele); alteraciones del compartimiento medio (prolapso uterino, prolapso de cúpula); lesiones del cuello uterino (ectopias, queratosis, manchas blanquesinas, pólipo endocervical); alteraciones del compartimiento posterior (rectocele, enterocele y desgarramiento perineal).
- Prueba citológica: según los resultados descritos en la prueba citológica: negativa; infección por Virus Papiloma Humano (VPH); neoplasia inracervical grados I, II y III (NIC-I, NIC-II, NIC-III); CIS, carcinoma epidermoide de cuello.
- Ultrasonido ginecológico: normal (sin alteraciones en el útero ni en los anejos); útero fibromatoso (aumentado de tamaño, irregular, cambios en la estructura homogénea del miometrio o la presencia de nódulos fibromatosos); endometrio engrosado (mayor de 4 mm de grosor en las posmenopausicas, en la perimenopausia de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual); presencia de dispositivo intrauterino (DIU); pólipos en-

dometriales; tumor de ovario; embarazo.

- Resultados del legrado diagnóstico: En los casos que se realizó se tuvieron en cuenta los datos brindados por Anatomía Patológica clasificados como: endometrio proliferativo, endometrio secretor, endometrio atrófico, hiperplasia endometrial simple, hiperplasia endometrial compleja, pólipo endometrial, hiperplasia y pólipos, adenocarcinoma de endometrio, endometri- tis, material ovular, mola idatiforme.

Principios éticos: En la realización de esta investigación se cumplieron los principios éticos de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, ya que los datos obtenidos de las historias clínicas solo fueron utilizados con el fin de la investigación manteniéndose la confidencialidad y privacidad de los mismos.

Con la información recopilada se creó una base de datos en el Programa Microsoft Excel 2003, la cual se procesó con el paquete estadístico SPSS, versión 11.0. Para la descripción de los resultados se utilizaron los por cientos como medida de resumen y se representaron en tablas y figuras.

RESULTADOS

La población estudiada estuvo conformada por un total de 209 pacientes. El grupo de edad predominante fue el de 45-49 años (83 pacientes para un 49,7%). Según la etapa del climaterio 167 (79,9%) se encontraban en la perimenopausia y 42 (20,1%) en la posmenopausia. En las mujeres perimenopáusicas el grupo etario predominante fue el de 45-49 años (48,5%) y en las posmenopáusicas el de 55-59 años. La edad promedio de la menopausia fue de 49,1 años (61,9%) (Tabla 1). En la etapa de la perimenopausia predominaron las pacientes sin antecedentes de enfermedad (49,1%) mientras que en la posmenopausia predominaron las mujeres hipertensas (52,4%) (Figura 1).

En las 167 mujeres perimenopáusicas los trastornos menstruales más frecuentes observados fueron la hiperpolimenorrea (38,7%), seguido por la amenorrea (22,7%) y la metrorragia (19,2%) (Figura 2).

Para el total de 42 mujeres posmenopáusicas 26 (61,9%) presentaron el sangramiento posmenopáusicico en la etapa tardía, mientras que 16 (38,1%) lo presentaron en una etapa temprana.

En ambos grupos estudiados predominaron los síntomas vasomotores con 31,7% y 35,7% para las peri y posmenopáusicas, respectivamente, seguido por la asociación de más de un síntoma en el 23,4% de los casos. En las perimenopáusicas la asociación más frecuente fue la de síntomas vasomotores con psicológicos (6,6% de los casos), mientras que en las posmenopáusicas la asociación de mayor prevalencia fue la de síntomas vasomotores con urinarios observados en el 16,7% de las pacientes. Se destaca, además, la marcada diferencia encontrada entre los síntomas psicológicos y genitorurinarios para los dos grupos estudiados, siendo los psicológicos más frecuentes en las

Tabla 1. Distribución de casos según grupos de edad y etapa del climaterio.

Grupos de edad (años)	Perimenopausia		Posmenopausia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
40-44	33	19,8	1	2,3	34	16,3
45-49	81	48,5	2	4,8	83	39,7
50-54	49	29,3	13	31,0	62	29,7
55-59	4	2,4	26	61,9	30	14,3
Total	167	100,0	42	100,0	209	100,0

Fuente: Historias clínicas. Hospital "Ramón González Coro".

perimenopáusicas y los genitourinarios en las posmenopáusicas (tabla 2).

El 81,4% de las pacientes perimenopáusicas no mostraron alteraciones al examen ginecológico; mientras que en las posmenopáusicas predominaron las alteraciones del compartimiento medio (33,3%) y la atrofia vaginal (31,3%) (Tabla 3).

Del total de 209 casos, en 201(96,2%) mujeres la prueba citológica no mostró alteraciones (97,6% para las perimenopáusicas y un 90,4% para las posmenopáusicas). Dos casos fueron VPH (0,9%); dos NIC-II (0,9%); dos NIC-III (0,9%); un NIC-I (0,5%) y un carcinoma de cuello (0,5%); este último diagnosticado en una mujer en etapa posmenopáusicas.

El ultrasonido normal fue el resultado más frecuente en las mujeres perimenopáusicas con un 44,9% y para las posmenopáusicas el endometrio engrosado con un 35,6% (tabla 4).

En mujeres perimenopáusicas se realizó legrado diagnóstico a 98 pacientes (58,7%). Para ese total, como resultados predominaron el endometrio proliferativo (39 casos para un 39,8%) y el endometrio secretor (27 casos para un 27,6%). En mujeres posmenopáusicas el examen se realizó en 26 pacientes (61,9%) predominando como diagnósticos los pólipos endometriales (nueve casos para un 34,6%) y el endometrio atrófico (ocho casos para un 30,8%)

DISCUSIÓN

El folículo ovárico de la mujer de más de 40 años tiene disminuida la producción de estrógenos y de inhibina. Una fase folicular acortada es el comienzo de la disfunción endocrina del ovario, como expresión de su envejecimiento hasta que la reserva folicular se agota, ello explica la aparición de los trastornos menstruales en esta etapa de la vida. Los 10 a 20 últimos ciclos menstruales de la mujer se caracterizan por la irregularidad en el sangrado (17).

En este estudio, la edad promedio de la menopausia en las mujeres fue de 49,1 años similar a lo encontrado en otros trabajos realizados en el país (3, 4). Otras naciones en vías de desarrollo describen edades inferiores (entre 47,3 y 48,2 años) a la vez que en poblaciones del primer mundo se describe una discreta prolongación en la edad de la menopausia (alrededor

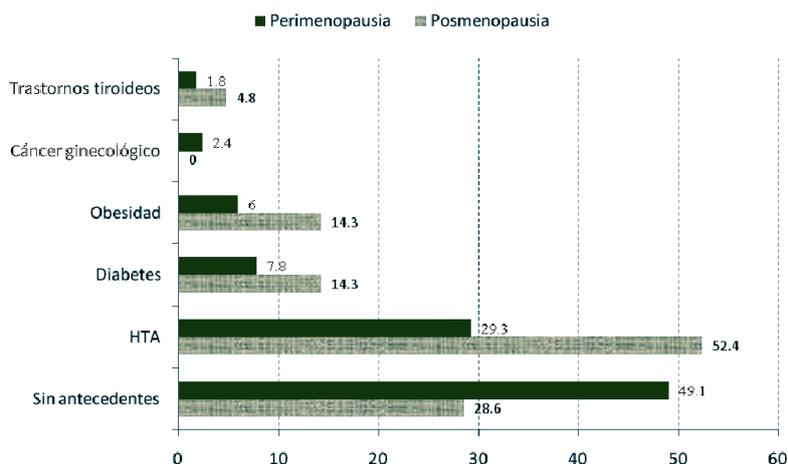


Figura 1. Antecedentes de enfermedad en mujeres con trastornos menstruales y sangrado posmenopáusico (N=209). Consulta de climaterio y menopausia. Hospital "Ramón González Coro", años 2006 y 2007.

Fuente: Historias clínicas.

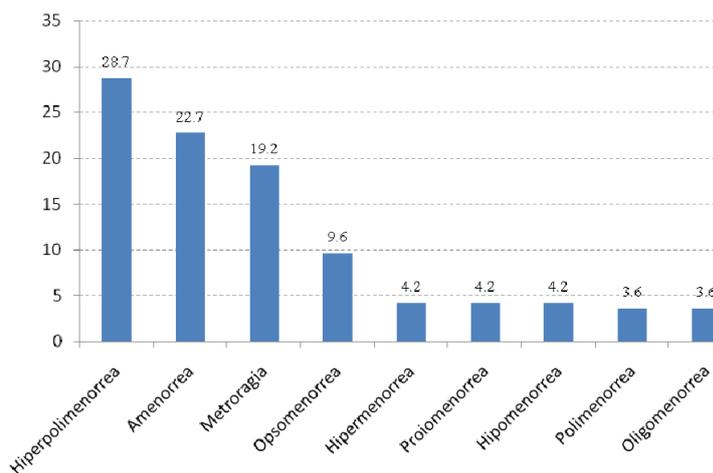


Figura 2. Frecuencia de aparición de trastornos menstruales en mujeres perimenopáusicas. (N=167). Consulta de climaterio y menopausia. Hospital "Ramón González Coro", años 2006 y 2007.

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 2. Síntomas asociados a los trastornos menstruales o sangrado posmenopáusico.

Síntomas asociados	Perimenopausia		Posmenopausia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vasomotores	53	31,7	15	35,7	68	32,5
Psicológicos	27	16,2	1	2,4	28	13,4
Genitourinarios	8	4,8	6	14,3	14	6,7
Otros	5	3,0	1	2,4	6	2,9
Más de un síntoma	39	23,3	10	23,8	49	23,4
Ninguno	35	21,0	9	21,4	44	21,1
Total	167	100,0	42	100,0	209	100,0

Fuente: Historias clínicas. Hospital "Ramón González Coro".

Tabla 3. Resultados del examen físico ginecológico.

Resultado del examen físico ginecológico	Perimenopausia		Posmenopausia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	136	81,4	4	9,5	140	67,0
Atrofia vaginal	5	3,0	12	31,0	18	8,5
Alteraciones del compartimiento anterior	9	5,4	7	16,8	18	7,7
Alteraciones del compartimiento medio	15	9,0	14	33,3	29	13,9
Alteraciones del compartimiento posterior	2	1,2	4	9,5	6	2,9
Total	167	100,0	42	100,0	209	100,0

Fuente: Historias clínicas. Hospital "Ramón González Coro".

Tabla 4. Resultados del examen de Ultrasonido.

Hallazgos ultrasonográficos	Perimenopausia		Posmenopausia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	75	44,9	13	31,0	88	42,1
Útero fibromatoso	41	24,5	2	4,8	43	20,6
Endometrio engrosado	19	11,4	15	35,6	34	16,3
Pólipo endometrial	8	4,8	9	21,4	17	8,1
Presencia de DIU	13	7,8	2	4,8	15	7,2
Tumor de Ovario	9	5,4	1	2,4	10	4,8
Embarazo	2	1,2	0	0,0	2	0,9
Total	167	100,0	42	100,0	209	100,0

Fuente: Historias clínicas. Hospital "Ramón González Coro".

de los 50 años) (17, 18).

Arribar a la edad mediana trae consigo el inicio clínico de una serie de enfermedades crónicas no transmisibles que aumentan la morbilidad para este grupo etario, algunas ya se encontraban presentes desde la juventud y se exacerban en este período, otras hacen su debut a partir de la disminución de los estrógenos, conjuntamente con otros factores (1, 2).

El 49,1% de las mujeres perimenopáusicas no presentaba ninguno de los antecedentes de interés investigados en nuestro estudio, fenómeno distinto al que se observó en las pacientes posmenopáusicas donde el 52,4% padecían de hipertensión arterial y el 14,3% eran diabéticas, resultados que son en general similares a los descritos en otros trabajos consultados (3, 13, 19, 20).

Se plantea que en las mujeres perimenopáusicas, al no existir un hipoestrinismo tan marcado como en la posmenopausia (sobre todo después de los 50 años), se mantiene cierto grado del efecto protector de estos sobre el endotelio vascular, el metabolismo de la glucosa, los niveles de secreción de la insulina, el patrón lipídico y el estrés oxidativo, lo que permite que estas afcciones no se manifiesten en mayor magnitud en esa primera fase. El climaterio puede modificar las características clínicas de la enfermedad hipertensiva en dos sentidos: porque ocurre un incremento de su

incidencia durante esta etapa de la vida de la mujer y por la tendencia a la inestabilidad de los valores en las pacientes previamente diagnosticadas. Se plantea a su vez, que en las mujeres hipertensas existe mayor frecuencia de hiperpolimenorrea y sangramiento posmenopáusicos (3, 21-24).

La interrelación entre el climaterio y la diabetes mellitus confiere una particularidad a este grupo de pacientes en las cuales aumentan los factores de riesgo cardiovascular y de afección endometrial, además de una tendencia al descontrol metabólico. Las mujeres con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad tienen un aumento de la producción de estrógenos producto de un incremento en la aromatización periférica de andrógenos provenientes de la glándula suprarrenal por el exceso de tejido adiposo, esto a su vez favorece la aparición de trastornos menstruales y de sangrado posmenopáusicos ante la estimulación estrogénica persistente sin la oposición de los progestágenos (1-3, 21, 25).

Los trastornos menstruales son siempre una llamada de alerta para la mujer en la edad mediana. En nuestras pacientes, la hiperpolimenorrea alcanzó el primer lugar seguido de la amenorrea y la metrorragia. Las alteraciones del volumen menstrual están directamente relacionadas con el estímulo estrogénico y una adecuada secreción de progesterona, muchas se conside-

Tabla 5. Resultados del legrado diagnóstico en mujeres en las que se realizó el examen.

Resultados del legrado diagnóstico	Perimenopausia N=98		Posmenopausia N=26		Total N=124	
	No.	%	No.	%	No.	%
Endometrio proliferativo	39	39,8	0	0,0	39	31,5
Endometrio secretor	27	27,6	0	0,0	27	21,8
Hiperplasia endometrial simple	10	10,2	3	11,5	13	10,5
Pólipo Endometrial	6	6,1	9	34,6	15	12,1
Hiperplasia endometrial compleja	4	4,1	2	7,7	6	4,8
Endometrio atrófico	4	4,1	8	30,8	12	9,7
Hiperplasia y pólipos	2	2,0	0	0,0	2	1,6
Endometritis	2	2,0	2	7,7	4	3,2
Material ovular	2	2,0	0	0,0	2	1,6
Adenocarcinoma de endometrio	1	1,0	2	7,7	3	2,4
Mola hidatiforme	1	1,0	0	0,0	1	0,8

Fuente: Historias clínicas. Hospital "Ramón González Coro".

ran como funcionales durante la perimenopausia pero siempre hay que diferenciarlas de las motivadas por alteraciones orgánicas. La aparición de la hiperpolimenorrea se debe en múltiples ocasiones a enfermedades orgánicas como fibromas e hiperplasia endometrial, no ocurre lo mismo para la amenorrea que puede ir desde períodos de baches amenorreicos hasta la falta total de la menstruación debido al fallo ovárico propio de esta etapa de la vida, es esta su causa más frecuente aunque también hay que considerar desde un embarazo, hasta amenorreas de origen hipotalámico o hipofisario. En pocos de los estudios consultados se caracterizan los trastornos menstruales de la perimenopausia en cuanto al tipo, la mayoría los refiere de forma general. Lugones y colaboradores realizan un análisis de estos trastornos como síntomas haciendo referencia a la hiperpolimenorrea, la amenorrea y los baches amenorreicos; no obstante, sus resultados difieren con los del presente estudio (14).

De acuerdo a la etapa de la posmenopausia en que se viva los síntomas son diferentes y el sangrado obedece a diversas causas. En las pacientes analizadas, el 61,9% presentó el sangramiento posmenopáusico en la etapa tardía lo cual se explica teniendo en cuenta que la edad media de la menopausia en las mujeres estudiadas fue a los 49,1 años. Otros estudios informan resultados similares (11, 12, 14, 21, 26).

El climaterio, además de presentarse con trastornos menstruales, se acompaña de un conjunto de síntomas relacionados con el déficit hormonal, tienen diferente expresión clínica y pueden manifestarse tanto en la perimenopausia como en la posmenopausia. Los síntomas vasomotores fueron los más referidos por las pacientes, y al parecer, son los que caracterizan el climaterio y se consideran como un trastorno de la termorregulación central en el termostato hipotalámico. La privación estrogénica induce a nivel hipotálamo-hipofisario el desequilibrio de diversos neuro-

trasmisores hipotalámicos (catecolaminas, endorfinas y dopamina). Estos son capaces de estimular el centro termorregulador que a su vez aumenta la temperatura corporal por activación del simpático cervical (evento que incia el sofoco) por lo cual resulta la vasodilatación y sudoración subsecuentes. Las oleadas de calor se pueden presentar en cualquier momento del día, en algunos casos tiene preferencia nocturna lo que en ocasiones establece un círculo dado por sofocos, insomnio, irritabilidad y nerviosismo. Los síntomas psicológicos se presentan desde la perimenopausia y tienden a disminuir en intensidad y frecuencia con los años de la posmenopausia. Por otra parte, las alteraciones genitourinarias tienen una clara relación con el déficit de estrógenos y se presentan en general en la posmenopausia, y de no ser tratados, tienden al incremento (27-29).

El examen físico ginecológico es una herramienta básica en el control de la mujer en edad mediana, y más aún, cuando acude por trastornos menstruales o sangrado posmenopáusico ya que permite identificar las posibles causas que los originan. En este estudio, en el 81,4% de las pacientes perimenopáusicas no se encontraron alteraciones a la inspección ginecológica; sin embargo, esto se contrapone con la baja cifra (9,5%) de resultados normales encontrada en las pacientes posmenopáusicas en las que predominaron las alteraciones del compartimiento medio y la atrofia vaginal. Estos resultados constituyen expresión del proceso de envejecimiento en conjunción con el déficit estrogénico. Los estudios revisados reflejan resultados similares (3, 21, 27, 30).

Uno de los síntomas más comunes de las afecciones del cuello uterino es la hemorragia uterina la cual puede tomar la forma de manchado poscoital, hemorragia intermenstrual o manchado posmenopáusico. La citología cervicouterina es de gran valor para el diagnóstico de las lesiones del cuello uterino. Siguiendo lo es-

tablecido en el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino, la mayoría de las pacientes analizadas tenían realizada la prueba o se les indicó de acuerdo a los resultados del examen físico. En general, para ambos grupos estudiados el mayor porcentaje tuvo una prueba citológica normal. En la mujer de edad mediana pueden coexistir diversos factores de riesgo para desarrollar la neoplasia intraepitelial cervical, como la edad, el hábito de fumar, la multiparidad, la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, la promiscuidad, el déficit nutricional y el nivel socioeconómico, entre otros; todos ellos pueden crear un marco favorable para adquirir la enfermedad. Sin embargo, en los últimos años se ha visto una tendencia a la disminución de la frecuencia de estas entidades en mujeres de edad mediana y un incremento en edades más tempranas, todo muy relacionado con la infección por VPH y los factores de riesgo antes señalados. La paciente posmenopáusica con diagnóstico de carcinoma de cuello, fue la única mujer de este estudio con menopausia quirúrgica (histerectomía subtotal). Desde su intervención, no se había vuelto a repetir la citología y al llegar al centro ya presentaba todos los elementos diagnósticos de cáncer cervicouterino, de ahí el valor de la prueba citológica y de un adecuado examen físico. En la bibliografía consultada se refleja la importancia del frotis de Papanicolaou, así como la aparición de las afecciones del cuello uterino en edades cada vez más tempranas (3, 31-34).

El ultrasonido abdominal y transvaginal es útil para evaluar tanto los trastornos menstruales como el sangramiento posmenopáusico, es un método diagnóstico poco costoso, de alta sensibilidad, especificidad, y no invasivo, lo que lo hace accesible a la población. Al total de las pacientes estudiadas se les realizó ultrasonido, en algunas solo abdominal o transvaginal y en otras se combinaron ambos tipos. El ultrasonido normal fue el resultado más frecuente encontrado aunque se observaron diferencias diagnósticas entre las pacientes perimenopáusicas y posmenopáusicas. Los fibromas uterinos fueron los tumores ginecológicos más frecuentes en la perimenopausia con una elevada incidencia, además, es clara su dependencia con los esteroides sexuales por lo que en la posmenopausia con la caída estrogénica hace que disminuyan su potencial de crecimiento, y por lo tanto, su tamaño. El endometrio engrosado puede presentarse tanto por trastornos del ciclo endometrial, como por la hiperplasia endometrial, afecciones que se ven favorecidas por los desbalances hormonales del período perimenopáusico caracterizado por ciclos con déficit de progesterona. Sin embargo, en la posmenopausia, el endometrio debe aparecer lineal o con un grosor no mayor de 4 mm, valores por encima de este nos harán sospechar siempre alguna alteración endometrial. En otros estudios consultados se encontraron resultados similares (35, 36).

El legrado total y fraccionado de la cavidad uterina, siempre que se justifique su realización, permite una mayor seguridad en el diagnóstico de los trastornos

menstruales y el sangramiento posmenopáusico. En las pacientes perimenopáusicas a las que se le realizó este proceder, se encontró endometrio proliferativo en el 23,4% de los casos. Se mencionaron antes los cambios hormonales que aparecen en esta etapa de la vida, los ciclos anovulatorios condicionan en conjunto un déficit de progesterona que provocan una maduración irregular del tejido, ello deriva en un endometrio predominantemente proliferativo que crece sin la oposición de los progestágenos. Asimismo, la aparición de la hiperplasia endometrial (simple y compleja) puede verse favorecida por estos eventos y ser precursora de la enfermedad endometrial maligna. Se plantea que existe una estrecha relación entre los pólipos con las hiperplasias endometriales debido a que se considera que estos se originan de, y en la base endometrial, como resultado de una hiperplasia focal producida, en parte, por un estímulo estrogénico. Las pacientes perimenopáusicas con endometritis tenían como antecedente el uso de DIU durante un largo período de tiempo (25, 37, 38).

De particular importancia fue el resultado de la paciente con Mola Hidatiforme un diagnóstico de poca frecuencia aunque se ha demostrado que la edad materna que sobrepasa los 35 años es un factor de riesgo para embarazo Molar. Solo una paciente presentó adenocarcinoma de endometrio donde el legrado resultó ser un proceder importante (39).

El legrado en las pacientes posmenopáusicas mostró que el pólipo endometrial y el endometrio atrofico fueron los hallazgos más frecuentes. Resulta controversial el por qué de la aparición de los pólipos endometriales en esta etapa de la vida. Los pólipos son protrusiones benignas de la superficie endometrial, de tamaño variable, pediculadas o sésiles, constituidas generalmente por glándulas y estroma endometrial. En su génesis se plantean mecanismos relacionados con el componente hereditario, el antecedente de pólipos en otros sitios del organismo, el desbalance hormonal, los mecanismos de apoptosis celular y el estrés oxidativo predominante en este período (37). Por otra parte, la atrofia endometrial es típica en la mujer posmenopáusica, ya que el endometrio en esta etapa es normalmente delgado y puede sangrar, incluso, con relativa frecuencia, sin existir un engrosamiento del mismo en pacientes con afecciones asociadas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad. La hiperplasia endometrial puede aparecer en estas edades por la producción de estrógenos débiles como la estrona a nivel periférico y estimular el endometrio sin la presencia de progesterona. Estos resultados se comportaron de forma similar a lo informado en la literatura revisada (11-13, 37, 38).

CONCLUSIONES

En las mujeres perimenopáusicas la hiperpolimenorrea y la amenorrea fueron los trastornos menstruales predominantes, estuvieron fundamentalmente acom-

pañados de síntomas vasomotores y psicológicos, y fueron explicados, en su mayoría, por la presencia de fibromas uterinos y por los cambios endocrinos de la etapa. En las mujeres con sangrado posmenopáusico predominaron los síntomas vasomotores y genitouri-

narios, se observaron fundamentalmente vinculados a mujeres con antecedentes de hipertensión arterial y trastornos de tipo metabólico, en etapa tardía siendo las etiologías más frecuentes los pólipos endometriales y la atrofia endometrial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro D. *Climaterio y Menopausia. De médica a mujer. Segunda edición. Editorial Científico Técnica. Ciudad Habana. 2006.*
2. Navarro D. *Diabetes mellitus, menopausia y osteoporosis. Editorial Científico Técnica. La Habana. 2007.*
3. Artilés L, Navarro D, Manzano B. *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social. Editorial Científico Técnica. Ciudad de La Habana. 2007.*
4. *II Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia. Taller Nacional de Actualización y Revisión. Sección de Climaterio y Menopausia. Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de La Habana, 2006.*
5. Treolar AE. *Menstrual cyclicity and the perimenopause. Maturitas. 1981;3:249-64.*
6. Master-Hunter T, Heiman DL. *Amenorrhea: evaluation and treatment. Am Fam Physician. 2006;73:1374-82.*
7. *Implantation embryogenesis and placental development. In: Cunningham G; Grant NF; Leveno KJ; et al, ed. Williams Obstetrics. New York. McGraw Hill, 2005.*
8. Munro MG. *Dysfunctional uterine bleeding: advances in diagnosis and treatment. Curr Opin Obstet Gynecol. 2001;13:475-89.*
9. Calaf AJ. *Hemorragia uterina disfuncional. Perimenopausia, AEEM, Barcelona, 2000. Pp.81-89.*
10. *Obstetrics AoPoGa. Clinical management of abnormal uterine bleeding. In: Smith RP BL, Ke RW, Strickland JL, ed. APGO Educational Series on Women's Health, 2002.*
11. Castillo I, Manzano BR, Oliva J, Pérez J. *Caracterización y seguimiento de mujeres con sangramiento posmenopáusico. Ciudad de la Habana, 2001. (Trabajo de terminación de la Residencia para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia).*
12. Feldman S, Berkowitz RS, Tosteson AN. *Cost-effectiveness of strategies to evaluate postmenopausal bleeding. Obstet Gynecol. 2003;81:968-75.*
13. Ribes C, Ribes M. *Investigan el sangrado posmenopáusico. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2007;99:206-10.*
14. Lugones M, Valdés S, Pérez J. *Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (I). Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001;27(1):16-21.*
15. Marrón JC, Manzano BR, Pérez J, Nodarse A. *Caracterización de mujeres atendidas en consulta de climaterio del Hospital González Coro. Ciudad de la Habana. 2000. (Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia).*
16. Tinelli A, Torresin L, Menis T. *The perimenopause. Problems and therapeutic changes. Minerva Ginecol. 2002;54(4):339-48.*
17. Loh FH, Khin LW, Saw SM, Lee JJ, Gu K. *The age of menopause and the menopause transition in a multiracial population: a nation-wide Singapore study. Maturitas. 2005;52(3-4):169-80.*
18. Rampp T, Tan L, Zhang L, Sun ZJ, Klose P, Musial F, et al. *Menopause in German and Chinese women--an analysis of symptoms, TCM-diagnosis and hormone status. Chin J Integr Med. 2008;14(3):194-6.*
19. Fazio SB, Ship AN. *Abnormal uterine bleeding. South Med J. 2007;100(4):376-82.*
20. Ghosh A. *Comparison of risk variables associated with the metabolic syndrome in pre- and postmenopausal Bengalee women. Cardiovasc J Afr. 2008;19(4):183-7.*
21. Becerra-Fernández A. *La edad de la menopausia. Ed. Díaz de Santos (España), Madrid, 2003.*
22. Schindler AE. *Climacteric symptoms and hormones. Gynecol Endocrinol. 2006;22(3):151-4.*
23. Soares CN, Poitras JR, Prouty J. *Effect of reproductive hormones and selectives estrogen receptor modulators on mood during menopause. Drugs Agins. 2003; 20(2):85-100.*
24. Martell R. *"Problemas específicos de la hipertensión arterial". Salud y Medicina de la Mujer, Ed. Harcourt, Madrid, p: 313.2001.*
25. Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9na edición. México DF, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 2006.*
26. Tanner M. *An unusual cause of postmenopausal bleeding. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008;48(5):518-9.*
27. Andrikoula M, Prelevic G. *Menopausal hot flushes revisited. Climacteric. 2009;12(1):3-15.*
28. Heredia HB, Lugones M. *Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en mujeres climatéricas y menopáusicas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007;33(3). [serie en Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300009&lng=es&nrm=iso, [acceso 12 de febrero de 2009].*

29. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*. 2008;15:661-6.
30. Blake J. Menopause: evidence-based practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2006;20(6):799-839.
31. Mosonogo J et al. The 2001 Bethesda system, terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287:2114-19.
32. Robb-Nicholson C. By the way, doctor. Is there an age when a woman no longer needs a Pap smear? *Harv Womens Health Watch*. 2008;16(4):8.
33. Aslan DL, Crapanzano JP, Harshan M, et al. The Bethesda System 2001 recommendation for reporting of benign appearing endometrial cells in Pap tests of women age 40 years and older leads to unwarranted surveillance when followed without clinical qualifiers. *Gynecol Oncol*. 2007;107:86-93.
34. Vetrano G, Aleandri V, Ciolli P, Scardamaglia P, Pacchiarotti A, Verrico M, et al. Conservative approach to preneoplastic cervical lesions in postmenopause. *Anticancer Res*. 2008;28(6B):3941-5.
35. Balbi GC, Cardone A, Zarcone R, Visconti S, Del Piano L. AGUS and ASCUS: different incidence in pre-and postmenopausal women. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2004;25(5):603-5.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 426: the role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol*. 2009;113(2Pt1):462-4.
37. Anju S. Imaging investigation of postmenopausal bleeding. *BMJ*. 2009;338:a2787.
38. Dreisler E, Stampe SS, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008;33(1):102-8.
39. Obeidat B, Mohtaseb A, Matalka I. The diagnosis of endometrial hyperplasia on curettage: how reliable is it?. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;279:489-92.
40. Garcia M, Romaguera RL, Gómez-Fernández C. A hydatidiform mole in a postmenopausal woman. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128(9):1039-42.

The characterization of menstrual disorders and postmenopausal bleeding in middle aged women

Summary

Objective: To characterize the menstrual disorders and postmenopausal bleeding in a group of women during climacteric.

Methods: A cross section of a descriptive study was performed on a group of women attended to at the climacteric and menopause consultation area of the "Ramón González Coro" Hospital during 2006-2007. The patients' clinical histories were reviewed and the dates of interest were entered in a specially created form. The results were expressed as relative frequencies in percentages.

Results: 209 patients were studied, 167 (79.9%) perimenopausal and 42 (20.1%) postmenopausal. In perimenopausal women the most frequent menstrual disorders were hyperpolymenorrhea (38.7%), followed by amenorrhea (22.7%) and metrorrhagia (19.2%); 81.4% of the women did not show alterations upon gynecological examination. The postmenopausal women presented bleeding, basically in the late stage, predominantly alterations of the medium compartment (33.3%) and vaginal atrophy (31.3%). In perimenopausal women proliferative endometrium (39.8%) and secretory endometrium (27.6%) diagnostics were most prevalent. Endometrial polyps (34.6%) and endometrial atrophy (30.8%) were the predominant causes of bleeding in postmenopausal women.

Conclusions: In perimenopausal women hyperpolymenorrhea and amenorrhea were the principal menstrual disorders, explained in their majority by the presence of uterine fibromas and endocrine changes in that stage. Postmenopausal bleeding was fundamentally linked to women with a history of high blood pressure and metabolic disorders and had had endometrial polyps and endometrial atrophy as their most frequent etiology.

Keywords: Menstruation disturbances, menopause, climacteric, hemorrhage.

Dirección para la correspondencia:

Dra. Liliam Delgado Peruyera. Hospital "Ramón González Coro", 21 y 4, Vedado, Ciudad de La Habana Cuba, CP 10400.

Teléfono: 833-5679

E-mail: irma.peruyera@infomed.sld.cu

Recibido: 12 de diciembre de 2009

Aprobado tras revisión: 18 de abril de 2010