



**DOI:** 10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.882-890

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1455>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 882-890



## Interacciones entre trastornos menstruales y enfermedades renales. Un enfoque desde la medicina familiar

Interactions between menstrual disorders and renal disease. A family medicine approach

Interações entre distúrbios menstruais e doença renal. Uma abordagem de medicina familiar

**Wilmer Adolfo Asencio Bohórquez<sup>1</sup>; Juan Danilo Inca Erazo<sup>2</sup>; Maritza Irene Calle León<sup>3</sup>; Cruz Xiomara Peraza de Aparicio<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 30/04/2024 **ACEPTADO:** 11/05/2024 **PUBLICADO:** 02/11/2024

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; wilmerasenciob20@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0004-0597-7037>
2. Médico General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; inccjuan2@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6142-9447>
3. Médica General; Médico Residente Clínica San Gabriel; El Truinfo, Ecuador; maritza\_c\_y@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0000-3515-1683>
4. Especialista en Medicina General de Familia; Doctora en Ciencias de la Educación; Doctora en Desarrollo Social; Magíster en Educación Mención Planificación Educativa; Licenciada en Optometría; Médico Cirujano; Docente de la Carrera de Enfermería; Universidad Metropolitana de Ecuador; Guayaquil, Ecuador; cperaza@umet.edu.ec; <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

### CORRESPONDENCIA

**Wilmer Adolfo Asencio Bohórquez**  
wilmerasenciob20@gmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

En la actualidad es ampliamente reconocida la relación que existe entre las enfermedades renales y los trastornos menstruales. Especialmente, la enfermedad renal crónica la cual produce problemas neuroendocrinos, disfunción sexual y desaceleración del crecimiento, entre otros desordenes que pueden originarse desde la pubertad. Este grupo de pacientes se caracteriza por presentar problemas ginecológicos los cuales son causados o exacerbados por la patología renal o, en ocasiones, por su manejo. Los principales trastornos incluyen patrones menstruales anormales, entre los más frecuentes, la oligomenorrea y la menorragia. A pesar de que ha sido un tema ampliamente estudiado, falta camino que recorrer sobre todo en la unificación de criterios para su diagnóstico y tratamiento específico. En este sentido, es importante entender la interacción de estas dos entidades. En consecuencia, el objetivo de la presente investigación es plasmar las interacciones entre los trastornos menstruales y las enfermedades renales. La metodología empleada es una revisión bibliográfica – documental. En pacientes con enfermedad renal crónica, después de la menarquia, la progresión a insuficiencia renal podría conducir al deterioro del ciclo menstrual normal, lo que se traduce en ciclos irregulares y anovulación. En consecuencia, el patrón menstrual típico en estas pacientes es oligomenorrea y amenorrea. Posterior a un trasplante renal, dejan de tener influencia el tipo o las alteraciones menstruales anteriores en la función menstrual posterior al trasplante. Con el inicio del tratamiento para disminuir la uremia, (diálisis o trasplante), el ciclo menstrual se normaliza, en la mayoría de los casos. Las alteraciones en la función sexual son una característica común en las mujeres con enfermedad renal crónica, en estos casos, el injerto renal exitoso podría corregir estas alteraciones, así como aumentar las posibilidades de un embarazo.

**Palabras clave:** Interacción, Trastornos, Menstruales, Enfermedad, Renal.

## ABSTRACT

The relationship between kidney disease and menstrual disorders is widely recognized today. In particular, chronic kidney disease causes neuroendocrine problems, sexual dysfunction and growth retardation, among other disorders that can originate from puberty. This group of patients is characterized by gynecological problems that are caused or exacerbated by the kidney pathology or, sometimes, by its management. The main disorders include abnormal menstrual patterns, among the most frequent, oligomenorrhea and menorrhagia. Although this topic has been widely studied, there is still a long way to go, especially in the unification of criteria for its diagnosis and specific treatment. In this sense, it is important to understand the interaction of these two entities. Consequently, the objective of this research is to capture the interactions between menstrual disorders and kidney disease. The methodology used is a bibliographic-documentary review. In patients with chronic kidney disease, after menarche, the progression to kidney failure could lead to deterioration of the normal menstrual cycle, which results in irregular cycles and anovulation. Consequently, the typical menstrual pattern in these patients is oligomenorrhea and amenorrhea. After a kidney transplant, the type or previous menstrual abnormalities no longer influence post-transplant menstrual function. With the start of treatment to reduce uremia (dialysis or transplant), the menstrual cycle returns to normal in most cases. Changes in sexual function are a common feature in women with chronic kidney disease; in these cases, successful kidney grafting could correct these changes, as well as increase the chances of pregnancy.

**Keywords:** Interaction, Disorders, Menstrual, Disease, Renal.

## RESUMO

A relação entre a doença renal e as perturbações menstruais é hoje amplamente reconhecida. Em particular, a doença renal crónica provoca problemas neuroendócrinos, disfunção sexual e atraso no crescimento, entre outros distúrbios que podem ter origem na puberdade. Este grupo de doentes caracteriza-se por problemas ginecológicos que são causados ou exacerbados pela patologia renal ou, por vezes, pelo seu tratamento. Os principais distúrbios incluem padrões menstruais anormais, entre os mais frequentes, a oligomenorreia e a menorragia. Embora este tema tenha sido amplamente estudado, há ainda um longo caminho a percorrer, nomeadamente na unificação de critérios para o seu diagnóstico e tratamento específico. Neste sentido, é importante compreender a interação destas duas entidades. Por conseguinte, o objetivo desta investigação é captar as interações entre os distúrbios menstruais e a doença renal. A metodologia utilizada é uma revisão bibliográfica-documental. Em pacientes com doença renal crónica, após a menarca, a progressão da insuficiência renal pode levar à deterioração do ciclo menstrual normal, o que resulta em ciclos irregulares e anovulação. Consequentemente, o padrão menstrual típico nestas doentes é a oligomenorreia e a amenorreia. Após um transplante renal, o tipo ou as anomalias menstruais anteriores deixam de influenciar a função menstrual pós-transplante. Com o início do tratamento para reduzir a uremia (diálise ou transplante), o ciclo menstrual volta ao normal na maioria dos casos. As alterações da função sexual são uma característica comum nas mulheres com doença renal crónica; nestes casos, o sucesso do enxerto renal pode corrigir estas alterações, bem como aumentar as hipóteses de gravidez.

**Palavras-chave:** Interação, Distúrbios, Menstruais, Doença Renal.

## Introducción

Las mujeres con enfermedades renales sufren una variedad de problemas ginecológicos que con frecuencia no son reconocidos. Desde hace varios años se ha establecido que la ERC se asocia con trastornos neuroendocrinos, desaceleración del crecimiento y disfunción sexual, que pueden aparecer desde la pubertad. En particular, sobre los problemas menstruales en pacientes con ERC, la progresión a la falla renal puede condicionar el deterioro del ciclo menstrual normal y conducir a ciclos irregulares y anovulatorios; el patrón menstrual típico en las mujeres con ERC es la oligomenorrea y la amenorrea, que puede ocurrir desde la menarca (1).

Algunas anomalías menstruales comunes incluyen: amenorrea, sangrado uterino anormal (p. ej., debido a disfunción ovulatoria), dismenorrea y síndrome premenstrual. El sangrado irregular o la ausencia de menstruación y el sangrado vaginal no menstrual tienen muchas causas. En las mujeres en edad reproductiva, siempre debe sospecharse un embarazo. Asimismo, el síndrome de ovario poliquístico puede causar algunos de los mismos síntomas que las alteraciones del ciclo menstrual. Por otro lado, el síndrome de congestión pélvica, una causa común de dolor pélvico crónico, a menudo se asocia con sangrado menstrual anormal (2).

Habitualmente se considera que, con el inicio del tratamiento para disminuir la uremia, ya sea por diálisis o trasplante, el ritmo menstrual se normaliza. Sin embargo, en algunas mujeres el ciclo menstrual permanece irregular con escaso flujo después del inicio de diálisis, mientras que otras se presentan con menorragia y con pérdidas significativas de sangre por lo que pueden requerir de transfusión (3). Para entender un poco más del funcionamiento de estas entidades, se plantea el objetivo de la presente investigación, el cual consiste en plasmar las diferentes interacciones entre los trastornos menstruales y las enfermedades renales.

## Materiales y Métodos

El desarrollo del presente estudio se basó en una investigación de tipo documental bibliográfica. Se realizó una búsqueda de información utilizando diferentes bases de datos, entre las que figuran: PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet, ELSEVIER, Cochrane, entre otras. Donde se usaron descriptores tales como: *“trastornos menstruales”*, *“trastornos menstruales + enfermedades renales”* y *“trastornos menstruales + ERC”*. Para la selección de los resultados se tuvo en cuenta el idioma, el cual se consideró el español y el inglés, la relevancia, así como la correlación temática. Por último, la fecha de publicación, la cual estuvo entre 2018 y 2024, con excepción de algunos registros de data anterior que se consideraron vigentes e importantes para el desarrollo del presente estudio.

El material bibliográfico recolectado consistió en artículos científicos, en general, guías clínicas, e-books, ensayos clínicos, consensos, protocolos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el ámbito científicoacadémico y demás documentos e informaciones, considerados de interés y con valor de la evidencia científica a criterio del equipo investigador.

## Resultados

### Trastornos menstruales

Los trastornos menstruales son las alteraciones que ocurren en el cuerpo de la mujer que están relacionadas a la menstruación, entre ellos:

- Ausencia de menstruaciones.
- Menstruaciones a intervalos irregulares.
- Los períodos menstruales con más frecuencia que cada 21 días o menos frecuencia que cada 45 días.
- Volumen excesivo del flujo menstrual (>80ml).

- Duración excesiva del flujo menstrual (>7 días).
- Sangrado intermenstrual o irruptivo (spotting) (3).

### **La ERC y la función menstrual**

La ERC se encuentra asociada con trastornos neuroendocrinos, desaceleración del crecimiento y disfunción sexual, los cuales pueden aparecer desde la pubertad. En pacientes con ERC después de la menarca, la progresión a falla renal puede condicionar deterioro de la ciclicidad menstrual normal, conduciendo a ciclos irregulares y anovulatorios debido a la inhibición central de liberación de gonadotrofinas, causando disminución de la secreción de estrógenos por el ovario. A medida que la enfermedad progresa, se instala un hipogonadismo hipogonadotrófico y amenorrea así como hiperprolactinemia. El proceso revierte totalmente al normalizarse los niveles de uremia luego del trasplante renal (3).

Según los fundamentos de González Rodríguez, (2013) se ha observado que las pacientes en diálisis peritoneal presentan con mayor frecuencia amenorrea, en comparación a pacientes en hemodiálisis, en quienes la hipermenorrea es la alteración más común, con una prevalencia del 50% (4).

Los ciclos menstruales anormales con amenorrea, a menudo asociados con anovulación, son comunes en mujeres premenopáusicas con enfermedad renal. La menopausia temprana también es común en la ERC (5).

### **Función menstrual posterior al trasplante renal**

El trasplante renal es el procedimiento de trasplante de órgano sólido más común y esto se debe a la mejoría en los tratamientos inmunosupresores que han mejorado las tasas de supervivencia a 89% y 51%, durante el primer año y a los 10 años posteriores al injerto respectivamente, según lo reportado por Cecka, (2002) (6).

La función del eje hipotálamo hipófisis gonadal después del trasplante renal es más comúnmente influenciado por la calidad de la función del aloinjerto, el uso de inmunosupresores y las condiciones generales de salud (7).

Una vez realizado el trasplante renal, la menstruación ocurre en los primeros 6 meses siguientes y el tipo o las alteraciones menstruales precedentes no tienen influencia en la función menstrual posterior al trasplante (4).

Ghazizadeh et al., (2007) analizaron 114 pacientes trasplantadas de riñón, de las cuales el 49% tenían menstruación normal; se reportó oligomenorrea, hipomenorrea o amenorrea en el 31.2% de los casos, documentó hipermenorrea en el 19.8% de hipomenorrea o amenorrea en el 31.2% de los casos, documentó hipermenorrea en el 19.8% de las pacientes (8).

El estudio realizado por Tauchmanová et al., (2004) evaluó la función gonadal después del trasplante renal en 20 mujeres con edades comprendidas entre los 23 y 44 años (media: 38 años), las cuales tenían ciclos menstruales regulares y contaban con registros médicos previos de historia menstrual antes y posterior del trasplante renal, documentando que de las pacientes estudiadas, 10 mujeres (50%) sufrieron alteraciones menstruales, 6 de ellas, amenorrea con recuperación de los ciclos menstruales entre los 6 y 24 meses posteriores al trasplante. Asimismo, 2 mujeres cursaron con polimenorrea transitoria inmediatamente después del trasplante, una de las cuales estuvo asociada a tratamiento con ácido acetilsalicílico. Asimismo, se detectó niveles séricos de FSH y LH en rangos menopáusicos con niveles muy bajos de estradiol en 4 mujeres (20%); tres de estas mujeres presentaron amenorrea persistente y una oligomenorrea, el diagnóstico de falla ovárica prematura fue hecho en todas ellas. El inicio de alteraciones menstruales fue posterior al trasplante renal y previamente no se había

realizado escrutinio de la función del eje hipofisiario gonadal. Una mujer cursó con niveles elevados de prolactina (28 ng/ml) y oligomenorrea posterior al trasplante renal. Los niveles de prolactina fueron mayores en estas mujeres respecto a los controles, pero ninguna de ellas sufrió de galactorrea. Los niveles de testosterona y DHEA-S fueron menores en las mujeres estudiadas respecto a los controles, mientras que los niveles de androstenediona y 17-OHP fueron similares. Al realizar la evaluación ultrasonográfica, en 3 mujeres se detectó quistes ováricos simples con un diámetro 2.5-4.5 cm y con niveles de estradiol mayores respecto a los controles, sugiriendo este hallazgo quistes funcionales. En las 3 mujeres con falla ovárica prematura, el tamaño del ovario estaba disminuido (9).

Asimismo, según las bases de González Rodríguez, (2013) algunos de los medicamentos como parte del manejo inmunosupresor que reciben las pacientes trasplantadas de riñón pueden alterar la función ovárica, tal es el caso del sirolimus, el cual actúa mediante la inhibición de la proliferación de los linfocitos T y B entre las fases G1 y S del ciclo celular y que se ha demostrado incrementa el riesgo de alteraciones en el ciclo menstrual y la presencia de quistes ováricos, según lo reportado por Braun y colaboradores (4).

### **Función sexual y embarazo posterior al trasplante renal**

Las alteraciones en la función sexual son una característica común en las mujeres con enfermedad renal crónica debido a los trastornos hormonales con los que cursan, por lo que tienen un mayor riesgo de disfunción sexual respecto a las mujeres sanas. El injerto renal exitoso puede corregir estas alteraciones e incrementar las posibilidades de un embarazo (10).

La tasa de embarazo en mujeres en diálisis es baja. La supervivencia fetal en esta población ha mejorado, y la mitad de estos embarazos resultan en el nacimiento de un

bebé vivo. Sin embargo, la prematuridad sigue siendo común y explica el bajo peso al nacer de estos bebés. La intensificación de la hemodiálisis mediante el aumento de la frecuencia de los tratamientos se asocia con una gestación más prolongada y una mayor probabilidad de un embarazo exitoso. La hemodiálisis intensa también mejora el control del volumen intravascular materno y reduce el riesgo de hipotensión debido a la ultrafiltración excesiva. Las mujeres con enfermedad renal crónica tienden a experimentar una disminución de la libido y una menor capacidad para alcanzar el orgasmo. Las dificultades sexuales en pacientes urémicos a menudo empeoran con la hemodiálisis, con una menor frecuencia de relaciones sexuales, menor deseo sexual y una mayor incidencia de fracaso sexual. Ha habido mejoras continuas en la supervivencia y la calidad de vida después del trasplante de riñón. En la mayoría de los pacientes, el deseo sexual aumenta significativamente después de un trasplante exitoso; Sin embargo, la mejora en la frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción sexual en general no es tan alta como la del deseo sexual. Estos han estado acompañados de una mejora en la función reproductiva. La tasa de éxito del embarazo supera el 90% después del primer trimestre en mujeres con trasplante de riñón. Se debe proporcionar asesoramiento sobre anticoncepción antes del trasplante, porque los ciclos ovulatorios pueden comenzar dentro de 1 a 2 meses después del trasplante en mujeres con injertos funcionales. La lactancia materna se desaconseja para pacientes que toman medicamentos inmunosupresores (8).

La disfunción sexual es muy frecuente en mujeres en diálisis, pero estos síntomas mejoran notablemente después del trasplante de riñón. Si bien la infertilidad es común, se debe desaconsejar la recuperación de la fertilidad en mujeres con enfermedad renal crónica moderada a grave no dependiente de diálisis debido al riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica (5).

Las recomendaciones actuales incluyen un tiempo de espera de al menos un año para las receptoras de un riñón de donante vivo relacionado (DVR) y de dos años en el caso de un donante vivo no relacionado (DV no R), creatinina sérica (Cr) < 177 mmol/l (< 2 mg/dl), preferentemente < 133 mmol/l (< 1,5 mg/dl), ningún episodio reciente de rechazo agudo ni evidencia de un rechazo en evolución, presión sanguínea normal o con un régimen antihipertensivo mínimo (una sola droga), proteinuria ausente o mínima (< 0,5 g/día), ultrasonido renal normal sin dilatación pielocalicial, consumo de dosis bajas de inmunosupresores (prednisona < 15 mg/día, azatioprina < 2 mg/kg/día, ciclosporina < 4 mg/kg/día, tacrolimus a dosis terapéuticas), el retiro de mofetil- micofenolato y sirolimus antes de la concepción, un estricto control prenatal y determinaciones periódicas de la concentración sanguínea de las drogas inmunosupresoras para ajustar las dosis basándose en los cambios fisiológicos de la gestación y de la función del injerto. El efecto del embarazo ha sido estudiado y no hay evidencia de deterioro severo en la función del aloinjerto. Es bien sabido que, si la función renal se mantiene normal, se puede lograr el embarazo con la regulación adecuada de los inmunosupresores (4).

Por otra parte, las anomalías menstruales y la reducción de la esperanza de vida reproductiva se asocian con una menor esperanza de vida y un mayor riesgo cardiovascular y de osteoporosis en la población general, aunque no está clara la magnitud de estas irregularidades de los factores reproductivos en las mujeres con ERC. Al respecto, Rytz et al., (2022) en una revisión sistemática y metanálisis que tuvo como objetivo resumir el conocimiento actual sobre las anomalías menstruales y la esperanza de vida reproductiva entre las mujeres con ERC, llegaron a las siguientes conclusiones: “Las anomalías menstruales y una vida reproductiva más corta son comunes en mujeres con ERC, aunque el trasplante de riñón puede mejorar la salud menstrual” (9).

Pezeshki et al, (2004) realizaron un estudio comparativo entre 50 mujeres en edad reproductiva que fueron trasplantadas de riñón y un grupo control sano de edades similares, reportando que aquellas mujeres trasplantadas que mantuvieron una función renal normal pudieron cursar un embarazo seguro (10).

Otras complicaciones asociadas al embarazo en este tipo de pacientes incluyen, con mayor frecuencia, la pérdida o rechazo del injerto, preeclampsia, diabetes gestacional y mayor predisposición a infecciones (11).

Martínez Muñoz, (2018) en una serie de casos retrospectiva realizada en las clínicas de Alto Riesgo de dos hospitales de Guatemala con el propósito de describir la evolución del embarazo de las pacientes con antecedente y/o diagnóstico durante la gestación de enfermedad renal crónica (ERC), llegó a las siguientes conclusiones:

Todas las mujeres presentaron deterioro de la función renal al incrementar los niveles séricos de creatinina y disminuir los valores de hemoglobina, aunque únicamente dos mujeres tuvieron progreso de la enfermedad. Los resultados maternos y fetales son debido al sucesivo deterioro de la función renal que junto a la hipertensión arterial materna condiciona complicaciones que llevan a la resolución del embarazo, obteniendo recién nacidos prematuros, pequeños para la edad gestacional y de bajo peso al nacer (12).

En caso de no desear un embarazo, los anticonceptivos orales y los inyectables, son las opciones de elección para las pacientes trasplantadas, siempre y cuando no exista alguna contraindicación para su uso. Los métodos de barrera poseen una tasa de eficacia menor y en el caso del diafragma, en el contexto de una paciente inmunocomprometida, pueden asociarse a un mayor número de infecciones. Los métodos permanentes (ligadura de trompas) conllevan una tasa mínima de falla y pocas complicaciones asociadas (13).



## Diagnóstico

En cuanto al proceso diagnóstico, Serret Montoya et al., (2018) en su estudio destacaron que en todas las pacientes se llevó a cabo un escrutinio de cada uno de los aspectos que se recomiendan ante un caso de trastorno menstrual. Así, para cada paciente recomiendan solicitar niveles de hormonas y ultrasonido pélvico, con el propósito de identificar posibles causas y de orientar el tipo de tratamiento. De ahí que, se pudieran identificar trastornos como hipotiroidismo, cistoadenoma de ovario y presencia de quiste simple de ovario (16).

En las alteraciones diagnósticas en general, se debe realizar una anamnesis exhaustiva, en la que se recojan los antecedentes familiares y personales que puedan tener relación con el desarrollo puberal y los ciclos menstruales. La exploración general consistirá en un examen físico, en el que se evalúen: peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial, palidez de piel y mucosas, signos de virilización (acné, hirsutismo, clitoromegalia) y estadio puberal de Tanner. La exploración ginecológica mediante tacto vaginal se realizará solamente si la joven ha tenido relaciones sexuales. En caso contrario, puede sustituirse por la inspección de vulva y vagina, descartando tumoraciones o presencia de cuerpos extraños (17).

## Tratamiento

En general, el manejo del sangrado menstrual abundante en las adolescentes con ERC sigue las pautas que se han establecido para las pacientes sin enfermedad subyacente, donde la monitorización de la cantidad del sangrado a través del calendario menstrual coadyuva para establecer la gravedad del sangrado y proporcionar un tratamiento específico. Además, para el tratamiento de las alteraciones menstruales se debe considerar la etiología y el objetivo final del tratamiento. En este contexto, el objetivo del tratamiento hormonal en el manejo de las alteraciones menstruales es la inhibición del sangrado en un periodo de tiempo

de 72 horas desde su instauración o la regularización del mismo durante los 3 meses después de su instauración. De esta forma, la piedra angular son los estrógenos y progestágenos, los cuales causan proliferación endometrial, aumentan el fibrinógeno y los factores de coagulación (V, VIII, IX), además de promover la agregación plaquetaria, con lo que se induce la hemostasia. En general, el tratamiento del sangrado menstrual anormal en adolescentes con ERC se basa en las guías descritas anteriormente, en vista de que no hay información o recomendaciones específicas para este grupo particular de pacientes. Es posible que la ausencia de recomendaciones se deba a que no hay estudios donde se haya descrito la efectividad de un tratamiento en particular en estos casos (14).

Serret Montoya et al., (2018) en un análisis estadístico descriptivo acerca de la respuesta clínica al tratamiento hormonal de las alteraciones menstruales de adolescentes con ERC, llegaron a las siguientes conclusiones:

Las adolescentes con ERC con hemorragia uterina anormal requieren de una evaluación integral que incluye la determinación de niveles séricos de hormonas, así como la realización de ultrasonido pélvico. Basándonos en la experiencia de la Clínica de Ginecología Pediátrica, el tratamiento con progestágenos o anticonceptivos orales demostró ser efectivo (14).

## Conclusión

De la revisión se desprende la estrecha relación que existe entre las pacientes con enfermedades renales y como les afecta sus ciclos menstruales y todo lo relacionado con éste, incluso se reconoce que existe una amplia variedad de problemas ginecológicos que no son reconocidos. Algunos de estos problemas ampliamente reconocidos incluyen a los trastornos neuroendocrinos, desaceleración del crecimiento y disfunción sexual.

Uno de los aspectos más resaltantes en este tipo de pacientes, específicamente con ERC es que después de la menarquia, la progresión a insuficiencia renal podría conducir al deterioro del ciclo menstrual normal, lo que se traduce en ciclos irregulares y anovulación. En consecuencia, el patrón menstrual típico en estas pacientes es oligomenorrea y amenorrea.

En el caso de estas interacciones de trastornos menstruales con las enfermedades renales, posteriores a un trasplante renal, es importante destacar que la menstruación se presenta en los primeros 6 meses después de la intervención y dejan de tener influencia el tipo o las alteraciones menstruales anteriores en la función menstrual posterior al trasplante.

En líneas generales, al iniciar el tratamiento para disminuir la uremia, (diálisis o trasplante), el ciclo menstrual se normaliza, en la mayoría de los casos. No obstante, en algunas pacientes este ciclo menstrual se presenta de manera irregular.

Con relación a las alteraciones en la función sexual son una característica común en las mujeres con enfermedad renal crónica, razón por la cual presentan alto riesgo de disfunción sexual respecto a las mujeres sanas. En estos casos, el injerto renal exitoso podría corregir estas alteraciones, así como aumentar las posibilidades de un embarazo.

Son necesarios estudios adicionales, como los realizados en consulta, para determinar la evolución de los patrones menstruales y sus posibles cambios en pacientes con ERC.

## **Bibliografía**

Federación Nacional de Asociaciones para la lucha contra las enfermedades de riñón - España. Federación Nacional de Asociaciones para la lucha contra las enfermedades de riñón - España. [Online].; 2023 [cited 2024 octubre 15. Available from: <https://alcer.org/2023/05/10/webinar-sobre-ciclo-menstrual-en-mujeres-con-enfermedad-renal-25-de-mayo-de-17-a-19-horas/>.

Pinkerton JV. Manuales MSD. [Online].; 2023 [cited 2024 octubre 10. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/introducci%C3%B3n-a-las-anomal%C3%ADas-menstruales>.

De la Parra I, Oizerovich S, Escobar M. Alteraciones del eje reproductivo por enfermedades crónicas o sistémicas, sustancias tóxicas y drogas ilícitas. Reproducción humana. 2003.

González Rodríguez R. Frecuencia y tipo de las alteraciones menstruales presentes en las adolescentes trasplantadas de riñón. Tesis de post grado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2013.

Vellanki K, Kramer H. Amenorrea y trastornos de estrógenos en mujeres con enfermedad renal. In Vellanki K, Kramer H. Trastornos endocrinos de la enfermedad renal.: Enlace de la naturaleza de Springer; 2019. p. 127–138.

Cecka JM. El registro de trasplante renal de la UNOS. Trasplante clínico. 2002;(16): p. 1-20.

Kokot F, Wiecek A. Función de los órganos endocrinos en pacientes trasplantados de riñón. Ann Transplant. 1996; 1(1).

Ghazizadeh S, Lessan-Pezeshki M. Reproducción en mujeres con enfermedad renal terminal y efecto del trasplante renal. Enfermedad renal de Irán J. 2007; 1(1).

Rytz C, Kochaksaraei G, Skeith L, Ronksley P, Dumanski S, Robert M, et al. Anormalidades menstruales y esperanza de vida reproductiva en mujeres con enfermedad renal crónica. Clínica J Am Soc Nephrol. 2023; 17(12): p. 1742-1753.

Pezeshki M, Taherian A, Gharavy M. Características menstruales y embarazo en mujeres post trasplante renal. Int J Gynaecol Obstet. 2004; 85(2): p. 119-125.

Keller F, Griesshammer H, De Häussler W. Embarazo e insuficiencia renal: argumentos a favor de la aplicación de pautas posológicas. Drogas. 2001; 61(13): p. 1901-20.

Martínez Muñoz M. Enfermedad renal crónica y embarazo. Tesis de grado. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de medicina; 2018.

Watnick S, Rueda J. Reproducción y anticoncepción después del trasplante renal. Opinión actual sobre obstetricia y ginecología. 2008; 20(3): p. 308-12.

Serret Montoya J, Villasís M, Aguilar A, Moral I, Hernández A, Zurita J. Experiencia en el tratamiento de la hemorragia uterina anormal en adolescentes con enfermedad renal crónica. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2018; 75(5).



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Asencio Bohórquez, W. A. , Inca Erazo , J. D. , Calle León, M. I. , & Peraza de Aparicio, C. X. . (2024). Interacciones entre trastornos menstruales y enfermedades renales. Un enfoque desde la medicina familiar. RECIAMUC, 8(2), 882-890. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.882-890](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.882-890)