

ARTICULO ORIGINAL

Hemorragia uterina anormal orgánica
Abnormal organic uterine bleedingRommy Esther Franco Domínguez¹**RESUMEN**

Introducción: la hemorragia uterina anormal es cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual, su prevalencia es del 30%. El 25% corresponden a causas orgánicas. Su importancia radica en que produce alteraciones sociales, sexuales, profesionales, temores de sufrir enfermedades ginecológicas malignas e implicaciones económicas. **Objetivos:** determinar la prevalencia de hemorragia uterina anormal de etiología orgánica e identificar los motivos de consulta, patologías causantes y tratamiento realizado. **Materiales y métodos:** estudio observacional descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, con revisión de 270 fichas de pacientes que acudieron al consultorio de Ginecología de la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción entre enero 2007 a diciembre 2011. **Resultados:** la prevalencia de hemorragia uterina anormal de causa orgánica fue 16,3%. El principal motivo de consulta fue la hipermenorrea (63,3%). Los diagnósticos finales fueron mioma uterino (57%) y las patologías endometriales. La mayoría fue sometida a cirugía (71%) y 38% presentó anemia. **Conclusiones:** la prevalencia de hemorragia uterina anormal de causa orgánica fue 16,3%, siendo el mioma uterino su principal origen.

Palabras claves: hemorragia uterina anormal, hipermenorrea, mioma uterino

ABSTRACT

Introduction: Abnormal uterine bleeding is any bleeding that differs from menstrual pattern; its prevalence is 30%, of which 25% are of organic causes. Its importance lies in producing social, sexual and professional disturbances, fears of having malignant gynecological diseases and its economic implications. **Objectives:** To determine the prevalence of abnormal uterine bleeding and identify organic etiology complaints, causing diseases and established treatment. **Materials and methods:** observational descriptive, cross-sectional and retrospective study with review of 270 records of patients who attended the office of Gynecology of the Chair and Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, National University of Asunción between January 2007 and December 2011. **Results:** The prevalence of abnormal uterine bleeding of organic cause was 16.3%. The chief complaint was menorrhagia (63.3%). Final diagnoses were uterine myoma (57%) and endometrial pathologies. Most underwent surgery (71%) and 38% had anemia. **Conclusions:** The prevalence of abnormal organic uterine bleeding causes was 16.3%, with uterine myoma as its main source.

Keywords: abnormal uterine bleeding, menorrhagia, uterine myoma

INTRODUCCIÓN

La menstruación es un sangrado cíclico que se produce en la mujer en época de madurez sexual, acompañada de la eliminación de la capa funcional del endometrio, como resultado de la disminución del estímulo hormonal sobre el mismo. Se caracteriza por una periodicidad de 28 ± 7 días, la duración es de 5 ± 2 días y se pierde entre 50 a 120 ml de sangre incoagulable.^{1,2}

La hemorragia uterina anormal (HUA) es definida como cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual normal. Es la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales. Su prevalencia es del 30%, a tal punto que ocasiona 20% de las consultas en Ginecología y 25% de todas las cirugías ginecológicas (65% de las histerectomías y 100% de la ablación endometrial). Es un campo multidisciplinario, donde convergen además de la anemia y sus consecuencias, alteraciones sociales, sexuales, profesionales, temores de sufrir enfermedades ginecológicas malignas e implicaciones económicas.³⁻⁶

Debe tenerse siempre presente que la frecuencia de las distintas causas de la HUA, varía según la edad de la paciente. El 50% se presentan en mujeres mayores de 45 años, un 30% entre los 20 a 44 años, 19% en adolescentes y 1% en premenárrquicas.^{3,4}

Las manifestaciones de la hemorragia uterina anormal pueden ser:

1) Hemorragias cíclicas: comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación y se diferencian por su duración, intensidad o ambas.^{3,7,8} Se incluyen:

- Polimenorrea: sangrado menstrual que se presenta a intervalos menores de 21 días.
- Oligomenorrea: sangrado menstrual con periodicidad mayor de 35 días.
- Amenorrea: ausencia de menstruación por más de 90 días.
- Hipermenorrea: hemorragia uterina excesiva (mayor a 120 ml) que ocurre con una duración menstrual regular.
- Menorragia: sangrado menstrual de más de 7 días de duración.^{1,3}

1. Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay
Correl electrónico: rommyfranco@hotmail.com

Artículo recibido: 1 de Noviembre de 2012. Aprobado: 13 de Noviembre de 2012

2) Hemorragias acíclicas: aparecen de forma irregular y no guardan relación con la pérdida menstrual.^{3,4,9}

- Metrorragias: hemorragias irregulares o continuas, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la menstruación normal.^{1,3}
- Hemorragias intermenstruales: aparecen entre las menstruaciones normales (manchados preovulatorios, premenstruales y poscoito).^{1,3}

3) Hemorragia de la postmenopausia: aquella que ocurre más de un año después del cese normal de la menstruación en la menopausia. Las causas más comunes son el endometrio atrófico, proliferación del endometrio, cáncer de endometrio, cáncer de cérvix y administración de tratamientos a base de estrógenos (con o sin progestágenos).^{3,4}

Clasificación

1. HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL: se define como la hemorragia anormal en la que se ha descartado lesiones orgánicas uterinas, generalmente atribuida a trastornos hormonales que afectan al control del sistema reproductor por parte del hipotálamo y la glándula hipófisis^{1,4,5}. Su diagnóstico es de exclusión y representa el 75% de todas las hemorragias uterinas anormales³. La anovulación es parte de su fisiopatología, las cuales se presentan en dos grupos principalmente: mujeres en edad reproductiva (19 a 39 años) y mujeres en edad reproductiva tardía (de los 40 años a la menopausia)^{3,4}. El diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional se establece cuando no se encuentra otra causa que la explique. Antes de comenzar el tratamiento con fármacos, se realiza una biopsia del endometrio si la mujer tiene 35 años o más, si padece el síndrome del ovario poliquístico o si presenta un exceso importante de peso y no ha tenido hijos. La biopsia es necesaria porque estas mujeres tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer de endometrio^{3,4,5}. El tratamiento depende de la edad, la condición del endometrio y los planes que la paciente tenga respecto a quedar embarazada. Cuando el endometrio aumenta de espesor y contiene células anormales (en particular si la mujer no desea quedar embarazada), suele realizarse una histerectomía, porque las células anormales pueden ser precancerosas^{3,4,5,9}. Cuando el endometrio está engrosado pero contiene células normales, la hemorragia intensa puede tratarse con dosis altas de anticonceptivos orales que contengan estrógenos y progesterona, o estrógenos solos administrados por vía intravenosa junto a progesterona por vía oral. En general la hemorragia se detiene en 12 o 24 horas. A continuación, se pueden administrar dosis bajas de anticonceptivos orales de la forma habitual durante al menos 3 meses. Las mujeres con hemorragias de escasa cuantía reciben dosis bajas desde el comienzo^{4,5}. Cuando no es aconsejable el tratamiento con anticonceptivos orales, puede administrarse progesterona por vía oral durante 10 a 14 días cada mes. Si el tratamiento con estas hormonas no es eficaz, habitualmente se procede a la dilatación del cuello uterino y se practica legrado uterino^{4,5}.

2. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL DE CAUSA ORGÁNICA: Se presenta como consecuencia de un trastorno orgánico en el útero, corresponde al 25% de las hemorragias uterinas anormales. Tienen mayor incidencia en la edad media de la vida y con el paso de los años^{3,4,7,8}. Su importancia radica en que suele ser causa importante de anemia, ocasionando graves consecuencias en la vida de la mujer. Que la mayoría de las veces no consulta de forma inmediata y cuando lo hace precisa de un diagnóstico preciso con la consecuente solución inmediata del mismo^{4,7,8}. Por ello en este trabajo se trata de evaluar la frecuencia con que se presenta esta patología en nuestro servicio y las principales causas de la misma.

Las alteraciones orgánicas pueden ser:

a. De origen Mülleriana: alteraciones de fusión lateral o vertical, septos incompletos: La variada gama de formas anómalas se explica en su gran mayoría por no haberse cumplido correctamente las etapas de la evolución ontogénica. La menstruación prolongada o muy abundante domina la escena, tal vez por la mayor superficie endometrial de ciertos úteros anómalos y la posible perturbación del mecanismo de la hemostasia menstrual¹.

b. De origen endometrial:

• Pólipos pediculados o sésiles: la hemorragia es producida por laceraciones o necrosis en su superficie. Muchos son asintomáticos, y se desconoce su prevalencia real total. Son una causa orgánica muy frecuente de hemorragia uterina anormal y, aunque el riesgo de malignización es bajo (0,5-1,5%), sólo su estudio histológico permite excluir o confirmar malignidad con seguridad. Desde el uso extendido de la ecografía en ginecología como instrumento de estudio de muchas patologías, ha aumentado de forma considerable el diagnóstico de sospecha de pólipo endometrial, incluso en pacientes asintomáticas. Ello ha llevado al dilema de qué hacer con el gran número de diagnósticos de sospecha ecográfica de pólipo endometrial que se encuentran en la práctica clínica diaria. Actualmente, hay clara evidencia de que la histeroscopia es la técnica de elección para confirmar o no la sospecha diagnóstica, así como confirmar la naturaleza y localización de la lesión^{10,11,12}.

• Endometritis aguda y crónica: Es una inflamación o irritación del endometrio. Es causada por infecciones como clamidia, gonorrea, tuberculosis o mezclas de bacterias vaginales normales. Es más probable que se presente secundaria a aborto, parto, procesos invasivos (curetaje, biopsia), aplicación de dispositivos intrauterinos. La mayoría de los casos se resuelven con antibióticos. La endometritis sin tratamiento puede llevar a una infección más seria y complicaciones con los órganos pélvicos, la reproducción y la salud general^{3,5,7}.

• Hiperplasia Endometrial: Proliferación benigna caracterizada por el aumento de la densidad de las glándulas endometriales morfológicamente anormales. El estroma muestra también un cierto grado de proliferación, pero inferior a las glándulas. Se presenta, habitualmente, en mujeres en la etapa premenopáusica o postmenopáusica, por estimulación estrogénica prolongada

y persistente. La sintomatología con que más frecuentemente se presenta es una metrorragia o menometrorragia por necrosis, desprendimiento y ulceración de la capa funcional del endometrio. Su correlación con el cáncer endometrial en las numerosas series estudiadas es muy dispar, y oscila entre 8% a casi el 50%^{13,14,15}.

- Adenocarcinoma de Endometrio: Se presenta generalmente después de la 4ª década de la vida. El riesgo del cáncer endometrial por 100.000 mujeres aumenta con la edad: 2.8 entre los 30 y 34 años; 6.1 entre los 35 y 39; y 36.5 entre los 40 y 49. Es más común en pacientes con ciclos anovulatorios. La metrorragia constituye la manifestación clínica más importante, y la que habitualmente conduce al diagnóstico, puesto que ocurre en el 95% de las pacientes^{16,17}.

c. De origen miometrial:

- Mioma: Es el tumor de naturaleza benigna más frecuente del aparato genital femenino, con una incidencia de alrededor del 20%. Se desarrolla por lo general, entre los 35 y 45 años. Los fenómenos hemorrágicos se asocian de acuerdo con su localización; los submucosos están recubiertos por un endometrio atrófico y en ocasiones presentan áreas de necrosis y producen hipermenorreas. Los intramurales alteran tanto la capacidad contráctil de las fibras del miometrio como la función vascular y producen menorragias. Los subserosos no producen sangrado anormal^{1,3,18}.
- Adeniosis: es la presencia de islotes de tejido endometrial dentro del músculo uterino, ocasiona dolor pélvico, dismenorrea severa y a veces hipermenorreas y manchados intermenstruales. En ocasiones se asocia con miomatosis o miohipertrofia uterina. Se presenta más en grandes multíparas, después de la 3ª década^{1,19}.
- Sarcoma uterino: tumor maligno del tejido conjuntivo del útero, es poco frecuente, apenas representa el 1 al 2% de los casos de cáncer uterino. Se presenta más frecuentemente alrededor de los 50 años. Produce hemorragia por necrosis y mayor vascularización del miometrio^{1,3,20}.

d. De origen cervical

- Cervicitis: es una inflamación del cérvix o cuello uterino, que es la porción inferior y estrecha del útero y desemboca en la vagina. Afecta a más de la mitad de las mujeres en algún momento durante su vida adulta. Ciertos comportamientos como tener relaciones a temprana edad, o con múltiples parejas, aumentan el riesgo de padecerla. Puede presentarse con sangrado o puntos de sangre entre los periodos menstruales o después de la relación sexual^{1,7,8}.
- Pólipos cervicales: son usualmente lesiones benignas; constituyen la causa más común de sangrado en mujeres multigrávidas entre los 40 a 60 años. Clínicamente son protrusiones hiperplásicas de la mucosa endocervical únicas o múltiples. Habitualmente no miden más de 3cm. La razón exacta por la que los pólipos se forman se desconoce, pero su desarrollo puede estar relacionado con niveles elevados de estrógeno. También pueden desarrollarse como resultado de la inflamación crónica en la región cervical o la congestión en los vasos sanguíneos del cuello del útero. Algunas mujeres con pólipos cervicales no tienen ningún síntoma en absoluto, mientras que otras pueden tener un sangrado anormal durante la menstruación, después del coito, o después de las duchas vaginales. La gran mayoría de los pólipos son benignos. En casos raros, sin embargo, los pólipos pueden contener células preneoplásicas o neoplásicas^{1,7,8}.
- Cáncer de cuello uterino: considerado a nivel mundial es el segundo cáncer ginecológico más común de la mujer. Las estadísticas revisadas reportan que los decenios entre 45 y 65 años representan los de máxima frecuencia de aparición. La metrorragia es el síntoma más precoz, y aparece muy escasa y de vez en cuando. Sobrevienen pérdidas provocadas por el acto sexual, por esfuerzo defecatorio, etc. Si la mujer menstrua aún, las pérdidas pueden ser irregulares y acíclicas^{1,7,8}.

- e. De origen traumático: por cuerpo extraño, dispositivo intrauterino, perforación uterina o trauma sexual^{3,4}.

Diagnóstico

Se debe realizar una evaluación sistemática para detectar la causa y poder hacer el tratamiento correspondiente; siempre hay que tener en cuenta la edad y la prevalencia de factores y afecciones relacionadas con el ciclo vital femenino³.

Al interrogatorio, la hemorragia uterina anormal es de origen orgánico cuando las pacientes presentan metrorragias, manchados post coito, meno-metrorragias, dispareunia, dolor pélvico, e inestabilidad hemodinámica por anemia^{3,4}.

Debe interrogarse el tiempo de aparición y evolución del trastorno. Las características del sangrado en cuanto a intensidad y duración, presencia de dismenorrea y tensión premenstrual que se asocia frecuentemente a ciclos ovulatorios; presencia de hirsutismo y acné, número de embarazos e hijos, uso de métodos de planificación familiar, ingestión de preparados hormonales en forma indiscriminada y sin prescripción, actividad física excesiva, particularmente de tipo competitivo, presencia de alteraciones hematológicas^{3,4}.

Al examen físico, la correcta inspección quizás deje notar que la hemorragia no sea uterina, sino vaginal, uretral, o de la vulva^{3,7,8}. El examen ginecológico es básico en el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal y debe precisarse con exactitud si el origen de la hemorragia es de la cavidad uterina. El examen bimanual permite apreciar la consistencia del cuello, el tamaño y simetría del útero, su sensibilidad a la compresión, la consistencia del segmento, el dolor a la palpación de los anexos o a la movilización del útero, fijación al Douglas y revela anormalidades uterinas y pélvicas^{3,7,8}.

Lo métodos auxiliares de diagnóstico son:

- Laboratorio: siempre determinar el valor de la hemoglobina para verificar si existe anemia, categorizar el grado de la misma y la necesidad o no de transfusión. Es importante determinar que los valores de crisis sanguínea no estén alterados por presencia de coagulopatías. También debe solicitarse los valores de β HCG para descartar gestación^{4,5,7}.
 - Determinaciones hormonales: pueden ser necesarias para precisar el diagnóstico. Las más utilizadas son: Hormona foliculoestimulante (FSH), hormona luteínica (LH), prolactina (PRL), sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA), tirotrófina (TSH), triyodotironina (T3), tiroxina (T4) y Progesterona^{3,4}.
 - Ecografía transvaginal: es un método de diagnóstico importante que permite conocer si existen malformaciones uterinas, evaluar el espesor del endometrio, conocer el grado de distorsión de la cavidad por la presencia de miomas o pólipos, además permite descartar la presencia de un embarazo ectópico, aborto frustrado o restos placentarios^{3,4,7}. Tiene una Sensibilidad de 80% a 95% y una Especificidad de 65% a 90%, para patologías endometriales y miometriales^{3,4}.
 - Histerosonografía: Es el método a seguir, ante un hallazgo de anormalidad endometrial en la ecografía transvaginal, procediendo a la inyección de solución salina mediante sonda vesical dentro de la cavidad uterina lo cual permite su mejor evaluación. Su sensibilidad es del 95% y su especificidad del 88% para patología endometrial^{3,7,8}.
 - Histerosalpingografía: permite evaluar la cavidad endometrial, mediante la inyección de sustancias radiopacas que muestran los contornos de las paredes endometriales, áreas de defectos producidas por miomas submucosos o intramurales que distorsionan el endometrio; pólipos o restos placentarios^{4,5,7}.
 - Biopsia de endometrio: imprescindible para el diagnóstico histopatológico en pacientes con riesgo de cáncer endometrial; mayores de 35 años, obesas, diabéticas, con anovulación crónica, con células glandulares atípicas en la citología, o con historia de ingesta de tamoxifeno. Los metaanálisis evidencian que la biopsia endometrial tiene una sensibilidad del 99,6% y una especificidad del 91% para detectar cáncer endometrial, y un 81% y 98% para hiperplasia respectivamente^{3,4,7}.
 - Legrado uterino terapéutico y diagnóstico: necesario para detener sangrados copiosos y/o en caso de inestabilidad hemodinámica o con valor de hematocrito menor de 30. 3,7,8 Si bien obtiene suficiente muestra para estudio, sus valores predictivos no difieren con los reportados en la muestra simple. Se cuestiona su valor diagnóstico para lesiones intracavitarias, pues puede dejar sin diagnosticar pólipos y miomas submucosos hasta en un 40% de los casos^{3,7,8}.
 - Histeroscopia: permite tomar la muestra endometrial bajo visión directa y también el tratamiento inmediato de patologías benignas. Con ella se diagnostican patologías como miomas submucosos e intramurales, pólipos, hiperplasia endometrial y cáncer localizado. Se reporta una sensibilidad de 97% a 98% y una especificidad de 93% a 100% para el diagnóstico de cáncer endometrial e hiperplasia^{3,7,8}.
 - Resonancia nuclear magnética: es el procedimiento de elección en el diagnóstico de adenomiosis y de alteraciones müllerianas^{7,8}.
- Una revisión sistemática de ecografía transvaginal, histerosonografía e histeroscopia, con 61 estudios y 2.917 pacientes mostró a estos tres procedimientos como los más importantes en el diagnóstico de hemorragia uterina orgánica, con amplias fortalezas y pocas debilidades³.

Tratamiento

El manejo de aquellas mujeres con hemorragia uterina anormal de causa orgánica será atendiendo la patología de base. En caso de que la paciente presente hemorragia severa y aguda (con inestabilidad hemodinámica) se debe hospitalizar y realizar transfusión sanguínea si la Hemoglobina es <7 g/dL^{21,22}. El legrado uterino instrumental es el procedimiento de elección a seguir en todos estos casos, ya que logra de manera efectiva controlar el sangrado. Debe existir una razón muy justificable, para no realizarlo^{21,22}.

El tratamiento quirúrgico puede ser la resección histeroscópica: se realiza en caso de pólipos endometriales, miomas submucosos o intramurales con predominio submucoso, también se puede utilizar en caso de presencia de tabiques uterinos y extracción de dispositivos intrauterinos mal ubicados^{21,22,23}.

La ablación endometrial es útil en pacientes durante la premenopausia cuando no ha sido posible controlar los sangrados a pesar del tratamiento hormonal repetido y después de múltiples curetajes. Requiere anestesia general o neuroleptoanalgesia. Se utiliza un histeroscopio o resectoscopio que permite el uso de un cauterizador de bola. Metódicamente se destruye toda la superficie endometrial, lo que al final producirá una cicatrización y adherencia de las paredes endometriales (Asherman iatrogénico). Produce amenorrea permanente, de manera que pueden considerarse como una alternativa de la histerectomía^{21,22}.

La histerectomía abdominal se utiliza cuando se encuentra una causa orgánica que no se puede tratar de una manera más conservadora, es necesario recurrir a la histerectomía. En caso de miomas uterinos anemizantes o que causen dolor por el tamaño, adenocarcinoma de endometrio, cáncer de cuello uterino. Es el procedimiento con mayor morbilidad, mortalidad y costo en relación con los demás métodos; sin embargo, es el más utilizado y con muy buenos resultados si ha sido elegido convenientemente^{24,25,26}.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de hemorragia uterina anormal de etiología orgánica

Describir las características demográficas, los principales motivos de consulta, las patologías más frecuentes que produjeron hemorragia uterina anormal orgánica y el tratamiento definitivo que se realizó.

Determinar la frecuencia con que se presenta anemia en pacientes con hemorragia uterina anormal de etiología orgánica.

MATERIALES Y METODOS

Diseño: estudio observacional descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

Población de estudio: mujeres de 18 años hasta la postmenopausia con hemorragia uterina anormal que acudieron al consultorio de Ginecología de la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, a cargo del Prof. Dr. Vicente Bataglia entre enero 2007 a diciembre 2011

Muestreo: no probabilístico de casos consecutivos

Variabes: demográficas, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento, presencia de anemia.

Cálculo de tamaño de muestra: se utilizó el programa Epi Info©. Para un universo de 32.520 mujeres, una prevalencia esperada de 7,5%1,3, efecto 5,25 %, el tamaño mínimo de muestra para el 99,9% de confianza fue 270 sujetos.

Gestión de datos: las variables fueron registradas en una planilla electrónica y sometidas a estadística descriptiva con el programa Epi Info©.

Aspectos éticos: se respetaron los principios de la Bioética.

RESULTADOS

De 270 pacientes estudiadas, la prevalencia de hemorragia uterina anormal de causa orgánica fue de 16,3% (44/270).

La media de edad de las pacientes fue 39,1 años, mediana 39,5 años, rango de 18 a 89 años. El 83% (224/270) provenían del área urbana; 98% (264/270) habían realizado estudios (39% estudios primarios, 51% estudios secundarios y 8% estudios terciarios). En cuanto a su estado civil, 49% estaban casadas, 30% solteras y 17% en unión libre. En tanto que la distribución según la profesión fue: 67% (180/270) ama de casa, 26% (70/270) realizaba trabajo profesional fuera de la casa y el 7% (20/270) eran estudiantes.

De las pacientes que presentaron hemorragia uterina anormal orgánica, el motivo de consulta más frecuente fue la hipermenorrea (633%) (gráfico 1).

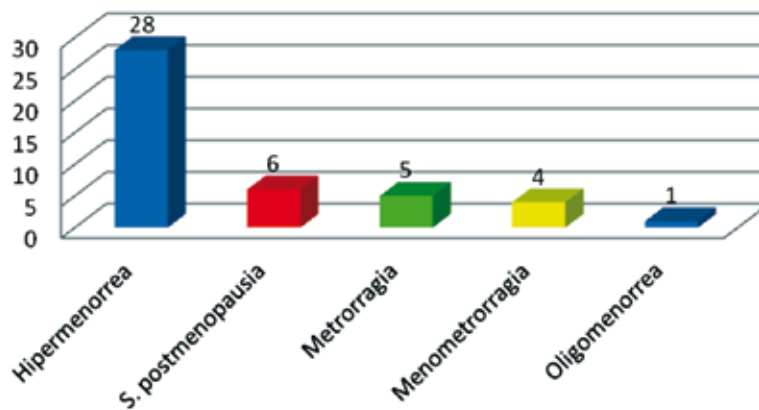


Gráfico 1. Motivos de consulta más frecuentes en HUA de causa orgánica

El diagnóstico final encontrado con mayor frecuencia entre las pacientes con hemorragia uterina anormal orgánica fue el mioma uterino (57%) (gráfico 2).

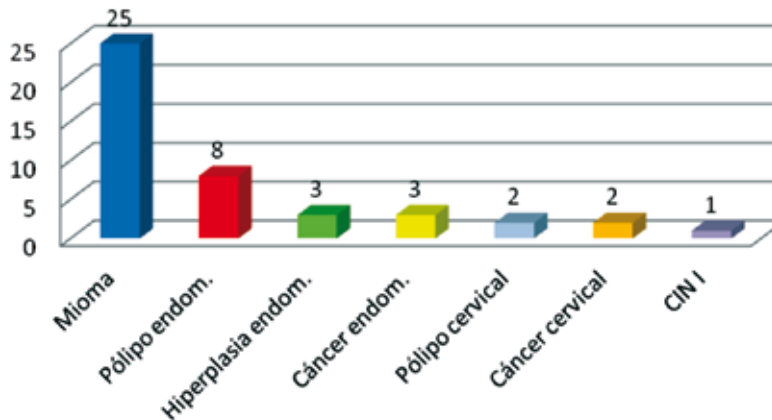


Gráfico 1. Principales causas de HUA de etiología orgánica

En cuanto al tratamiento recibido, 71% de las pacientes fue sometida a cirugía (histerectomía, miomectomía, polipectomía cervical), 16% recibió tratamiento médico de tipo hormonal con seguimiento estricto, 11% histeroscopia y una paciente fue remitida al Instituto del Cáncer por presentar estadio terminal de cáncer de cuello uterino (Gráfico 3).

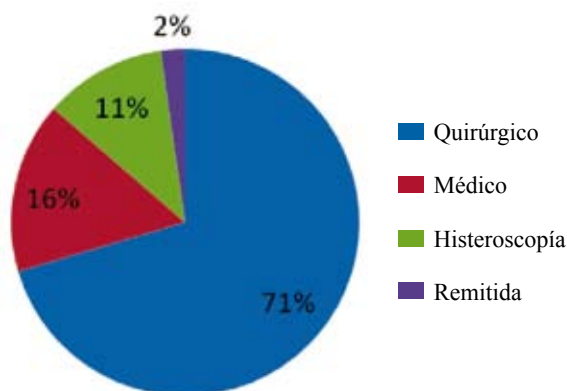


Gráfico 3. Tratamiento realizado a pacientes con HUA de causa orgánica

El 38% presentó anemia: 18% anemia leve (hemoglobina mayor a 10 g/dL), 18% anemia moderada (hemoglobina entre 7–10 g/dL) y 2% anemia severa (hemoglobina menor a 7 g/dL) con requerimiento de transfusión sanguínea (gráfico 4).

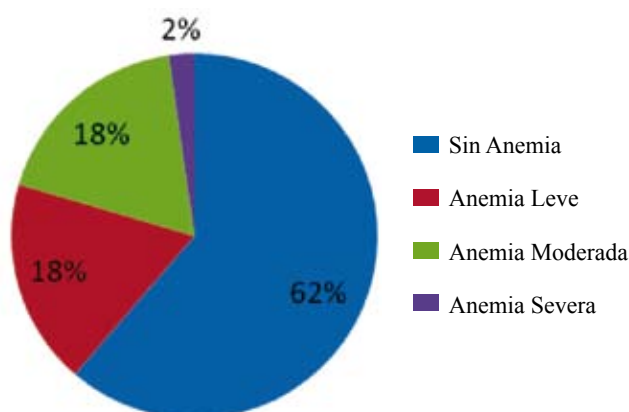


Gráfico 4. Presencia de anemia en pacientes con HUA de causa orgánica

DISCUSIÓN

En la actualidad la hemorragia uterina anormal de causa orgánica continúa siendo uno de los principales motivos de consulta en ginecológica. Al analizar cuáles son las mujeres que presentan esta patología, observamos que se trata de mujeres habitualmente alrededor de 40 años. Esto es coincidente con lo reportado internacionalmente donde el grupo que concentra el mayor número de consultas por hemorragia uterina anormal está entre los 39 y 50 años. Esta distribución etaria se explica probablemente por la presencia de patología sintomática, considerada hormonalmente dependiente^{3,7}.

Al igual que en la mayoría de las series internacionales, las principales causas de esta patología son los miomas uterinos y las alteraciones del endometrio. En este estudio, le sigue en frecuencia las patologías cervicales que si bien son muy frecuentes, no siempre cursan con sangrados anormales, siendo otro el motivo por el cual se llega al diagnóstico. Al comparar la frecuencia relativa de cada una de estas causas con la reportada por series internacionales observamos que la distribución es similar^{3,18}.

En un estudio sobre histerectomías por hemorragia uterina anormal, dos lesiones consideradas hormonodependientes, el pólipo endometrial y la hiperplasia endometrial, se presentaron en el 7,4% y 6,6% de las piezas de histerectomías, respectivamente^{10,16}. Lo cual coincide con los valores encontrados en este estudio.

Al momento de decidir realizar un tratamiento, la mayoría de las series coinciden en que un cuadro de hemorragia uterina anormal debido a miomas uterinos (representando en nuestro estudio por el 57% de los casos) y otras causas de origen endometrial, se recomienda la histerectomía. Siguiendo los principios de la medicina basada en la evidencia, existe respaldo suficiente (tipo IA) que avala su uso como tratamiento de los miomas uterinos, de las lesiones premalignas originadas en el útero (hiperplasia endometrial con atipias) y las lesiones malignas de endometrio y cuello uterino²⁵. Coincidentemente con nuestro estudio en donde encontramos que se realizaron procedimiento quirúrgico en el 71% de los casos como tratamiento definitivo.

Para el resto de las condiciones, los elementos más importantes al momento de definir la necesidad de una histerectomía y el momento de su indicación son los síntomas de la paciente y el juicio clínico del médico tratante. Por tanto cada vez que se decide por

ella debe tomarse en cuenta los riesgos y beneficios inherentes al procedimiento, las preferencias de la paciente (si tiene deseo de reproducción) y si hay otras alternativas menos radicales por ofrecer o que hayan fallado previamente²⁵.

Con el surgimiento de métodos menos invasivos y más conservadores para el manejo de ciertas patologías originadas en el cuerpo uterino (ej. resectoscopia en casos de leiomioma submucoso o pólipos), realizados en las pacientes estudiadas en el 11% de los casos. Es importante destacar la frecuente coexistencia de ciertas patologías que eventualmente pudiesen afectar el éxito de dichos métodos. Esto es particularmente importante cuando se trata de mujeres en quienes el deseo de paridad no constituye un problema. Tal es el caso de la adenomiosis. Por ejemplo realizar una resectoscopia por un pólipo sintomático o un legrado uterino por hiperplasia endometrial cuando coexiste adenomiosis. Series extranjeras reportan que 37% de los úteros con miomas presentan adenomiosis y que úteros con hiperplasia tienen 3 veces mayor riesgo de tener adenomiosis. Por tanto, al momento de optar por una modalidad terapéutica conservadora frente a miomas o hiperplasia endometrial, tanto el médico como la paciente deben determinar si esa opción es la mejor¹⁸.

Este estudio demuestra la importancia de los cuadros de hemorragia uterina aparentemente causados por patologías benignas, ya que ellas pueden representar lesiones preneoplásicas o neoplasia, siendo importante el uso rutinario del estudio biopsico, para llegar a un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que la frecuencia y distribución de las patologías que producen Hemorragia Uterina Anormal Orgánica, sigue un patrón similar al descrito por series internacionales. Para la mayoría de los casos la causa fue originada en el cuerpo uterino, y el tratamiento elegido fue quirúrgico (71% de los casos). Ello contribuye al debate que se genera en las reuniones científicas, en las cuales cada caso es sometido al análisis crítico por parte de un grupo de médicos expertos, debido al advenimiento de métodos menos invasivos, que representan menor morbilidad y mortalidad para la paciente, además de ofrecer un futuro reproductivo a aquellas que lo desean.

Con este estudio también se demuestra la importancia que se debe dar a cuadros de hemorragia uterina aparentemente causados por patologías benignas que requerirán de un simple tratamiento médico, ya que muchas veces ellos representan cuadros de lesiones preneoplásicas o neoplasias ya instaladas como se encontró en el 18.5% de los casos. Por ello es importante destacar el uso rutinario del estudio biopsico preoperatorio, de tal manera a llegar a un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

REFERENCIAS

- 1- Gori J, Lorusso A y col. Ginecología de Gori. Editorial El Ateneo 2008; 148: 318 – 336.
- 2- Dreyer, C, Disciaciatti, V, Sangrados ginecológicos normales. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria Mayo-Junio 2001; 4(3).
- 3- Pérez Agudelo L. Hemorragia Uterina Anormal. Enfoque basado en evidencias. Revisión Sistémica. Revista Med 2007; 15 (001): 68- 79.
- 4- Aragón JA. Sangrado Uterino Anormal (y el endocrinólogo). Endocrinol Nutr 2005; 13(1): 39-46.
- 5- Gomez Sanchez P. Hemorragia uterina anormal en la mujer, enfoque básico. Rev Colomb Enferm 2007; 2(2): 37-42
- 6- Aedo S, Porcile A. Sangrado uterino anormal implicancias de la TRH. Congreso Latinoamericano de Ginecología, Argentina 2001.
- 7- Hertweck SP. Dysfunctional uterine bleeding. Obstet Gynecol Clin North Am 1992 Mar; 19(1):129-49
- 8- Afenyi-Annan A, Paulino AF. Abnormal uterine bleeding. Arch Pathol Lab Med 2001 Oct; 125(10):1389-90
- 9- Dunn TS, Stamm CA, Delorit M, Goldberg G. Clinical pathway for evaluating women with abnormal uterine bleeding. J Reprod Med 2001 Sep; 46(9):831-4
- 10- Wolfe SA, Mackles A. Malignant lesions arising from benign endometrial polyps. Obstet Gynecol 1962; 20: 542-50.
- 11- Papadia A, Gerbaldo D, Fulcheri E. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps: should every polyp be resected?. Minerva Ginecol 2007; 59 (2): 117-24.
- 12- Shushan A, Revel A, Rojansky N. How often are endometrial polyps malignant?. Gynecol Obstet Invest 2004; 58(4):212-5.
- 13- García Ayala E, Cárdenas Mastrascusa L, Sandoval Martínez D, Mayorga Anaya H. Hiperplasia endometrial: análisis de serie de casos diagnosticados en biopsia endometrial. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(3): 146 -152.
- 14- Mittal K, Da Costa D. Endometrial hyperplasia and carcinoma in endometrial polyps: clinicopathologic and follow-up findings. Int J Gynecol Pathol 2008; 27 (1):45-8.
- 15- Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of “untreated” hyperplasia in 170 patients. Cancer 1985; 56(2):403-12.
- 16- Trimble CL, Kauderer J, Zaino R. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer 2006; 106(4):812-9.
- 17- Pellerin GP, Finan MA. Endometrial cancer in women 45 years of age or younger: a clinicopathological analysis. Am J Obstet Gynecol 2005; 193(5): 1640-4.
- 18- Mata M, Jaramillo S, Mata E, Martínez T. Frecuencia de miomatosis uterina en pacientes de consulta externa. Hospital Universitario Central tipo IV “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto, Estado Lara. RFM Caracas/ junio/2005 v.28 (2)

- 19- Goswami A, Khemani M, Logani KB, Anand R. Adenomyosis: diagnosis by hysteroscopic endomyometrial biopsy, correlation of incidence and severity with menorrhagia. *J Obstet Gynaecol Res* 1998;24(4):281-4.
- 20- Olah KS, Gee H, Blunt S, Dunn JA, Kelly K, Chan KK. Retrospective analysis of 318 cases of uterine sarcoma. *Eur J Cancer* 1991; 27(9): 1095-9.
- 21- Am Board J. Abnormal Uterine Bleeding: A Management Algorithm. *Family Med* 2006; 19:590-602.
- 22- Caja Costarricense de Seguro Social. Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal. *Terapéutica Clínica-Asesoría Terapéutica* 2005;20.
- 23- Lieng M, Qvigstad E, Sandvik L, Jorgensen H, Lange-brekke A, Istre O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14(2): 189-94.
- 24- Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J. SOGC clinical guidelines. Hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24(1):37-61.
- 25- Mac Kenzie IZ, Naish C, Rees M, Manek S. 1170 consecutive hysterectomies: indications and pathology. *J Br Menopause Soc* 2004;10(3):108-12.
- 26- Weaver F, Hynes D, Goldberg JM, Khuri S, Daley J, Henderson W. Hysterectomy in Veterans Affairs Medical Centers. *Obstet Gynecol* 2001; 97(6):880-4.
- 27- Goldberg J, Bussard A, McNeil J, Diamond J. Cost and reimbursement for three fibroid treatments: abdominal hysterectomy, abdominal myomectomy, and uterine fibroid embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2007; 30(1):54-8.
- 28- Lee DW, Gibson TB, Carls GS, Ozminkowski RJ, Wang S, Stewart EA. Uterine fibroid treatment patterns in a population of insured women. *Fertil Steril* 2009 Feb; 91(2):566-74
- 29- Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(3):333-56.
- 30- Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS, Bernstein SJ. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95(2): 199-205.
- 31- Ong S, Codd MB, Coughlan M, O'Herlihy C. Prevalence of hysterectomy in Ireland. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 69(3):243-7.
- 32- Sobande AA, Eskandar M, Archibong EI, Damole IO. Elective hysterectomy: a clinicopathological review from Abha catchment area of Saudi Arabia. *West Afr J Med* 2005; 24(1):31-5.
- 33- Acharya S, Hensley ML, Montag AC, Fleming GF. Rare uterine cancers. *Lancet Oncol* 2005;6(12):961-71.
- 34- Leibsohn S, d'Ablaing G, Mishell DR, Jr., Schlaerth JB. Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies performed for presumed uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(4):968-974.
- 35- Oguz S, Sargin A, Kelekci S, Aytan H, Tapisiz OL, Mollamahmutoglu L. The role of hormone replacement therapy in endometrial polyp formation. *Maturitas* 2005;50(3):231-6.
- 36- Shutter J, Wright TC, Jr. Prevalence of underlying adenocarcinoma in women with atypical endometrial hyperplasia. *Int J Gynecol Pathol* 2005;24(4):313-8.
- 37- Merisio C, Berretta R, Deloris A. Endometrial cancer in patients with preoperative diagnosis of atypical endometrial hyperplasia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 122(1):107-11.
- 38- Savelli L, De Iaco P, Santini D. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(4):927-31.
- 39- Goldstein SR, Monteagudo A, Popiolek D, Mayberry P, Timor-Tritsch I. Evaluation of endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(4): 669-74.
- 40- Cornițescu FI, Tănase F, Simionescu C, Iliescu D. Clinical, histopathological and therapeutic considerations in non-neoplastic abnormal uterine bleeding in menopause transition. *Rom J Morphol Embryol.* 2011; 52(3):759-65.
- 41- Heller DS. Pathologic basis for abnormal uterine bleeding with organic uterine pathologies. *Menopause* 2011 Apr; 18(4):412-5.