



# “Diagnóstico histeroscópico en pacientes con metrorragias de la postmenopausia del Hospital Pereira Rossell en el año 2016”

**Orientador:** Dr. Sebastián Ben

Prof. adjunto de Clínica Ginecotocológica "A" Prof. Dr. Leonel Briozzo. Facultad de Medicina. Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Miembro titular del Servicio de Endoscopía Ginecológica del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**Estudiantes:** María Eugenia Baldassari

Sofía De Angelis

Cecilia Pittamiglio

María Belén Sansón

Agustina Santa Cruz

Franco Sierra

Ciclo de Metodología Científica II-2017

**N° de grupo:** 14

## ÍNDICE:

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Objetivo general del trabajo .....	10
Metodología.....	11
Resultados.....	12
Discusión.....	17
Conclusiones y perspectivas.....	19
Referencias bibliográficas.....	20
Agradecimientos.....	22

## RESUMEN

*Introducción:* Uno de los motivos de consulta más frecuentes en la postmenopausia es la metrorragia. La histeroscopia toma gran relevancia en el diagnóstico etiológico de la misma. Consiste en una técnica endoscópica ambulatoria utilizada para visualizar la cavidad uterina, permite la identificación de patología benigna o maligna y realizar biopsia dirigida de la lesión.

*Objetivo:* Determinar cuáles son las causas de las metrorragias de la postmenopausia en las mujeres del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

*Metodología:* Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de cohorte transversal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes postmenopáusicas que consultaron por metrorragia en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2016. Dicho estudio se efectuó mediante la revisión de informes del Servicio de Endoscopia del Centro Hospitalario Pereira Rossell; se recolectó la información en una planilla específica con datos patronímicos de las pacientes y datos obtenidos del procedimiento.

*Resultados:* De nuestra serie se obtuvo que la principal causa de metrorragia en la postmenopausia es la atrofia endometrial, correspondiendo al 47% de todas las causas. Con respecto a los resultados de anatomía patológica, no se evidenció malignidad en los casos de atrofia endometrial, hiperplasia endometrial e hiperplasia asociada a pólipos. Por el contrario, en todas las pacientes con diagnóstico histeroscópico de procesos polimitóticos, se comprobó la presencia de cierto grado de malignidad.

*Conclusiones:* La causa más frecuente de metrorragia en la postmenopausia es la atrofia endometrial. El 10% de las pacientes estudiadas presentaron procesos polimitóticos, con una media de edad mayor a 65 años.

*Palabras clave:* Metrorragia, postmenopausia, histeroscopia, atrofia endometrial, procesos polimitóticos.

## INTRODUCCIÓN:

La menopausia se define como " el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas." <sup>1</sup>

Se pone de manifiesto a una edad promedio de 50-51 años<sup>2</sup>. El periodo siguiente recibe el nombre de postmenopausia, teniendo en cuenta que la esperanza de vida de las mujeres en nuestro país es de 80 años <sup>3</sup> esta etapa toma gran relevancia ya que representa un gran porcentaje de la vida de la mujer.

La postmenopausia es un periodo fisiológico de transición en la vida de la mujer en el que se producen diferentes cambios producto del cese de la función ovárica, de manera paulatina y progresiva dado por una disminución de estrógenos y progestágenos. <sup>4</sup> El 80% de las mujeres presentan síntomas, mientras que un 20% son asintomáticas. Los síntomas que se pueden describir comprenden:

- Sintomatología genitourinaria: alteraciones en las características del ciclo menstrual, sequedad vaginal, dispareunia, frigidez, prurito genital, atrofia de las vías mayores y menores, relajación del periné y ligamentos del útero (mayor incidencia al prolapso), aumento del PH vaginal, menor vascularización, nicturia, urgencia miccional, incontinencia de orina, tenesmo vesical.
- Síntomas neurovegetativos: palpitaciones, disnea, cefaleas, vértigo, sofocos.
- Síntomas psicológicos: angustia, irritabilidad, nerviosismo, depresión, disminución de la libido, disminución de la memoria.
- Osteoporosis.
- Aumento del riesgo cardiovascular.

Los cambios que ocurren no son solo de la esfera médica, sino también social y psicológica; lo que amerita una gran contención multidisciplinaria por parte del equipo de salud, con el fin de promover una mejor calidad de vida. Para lograr esta meta, el equipo debe ser capaz de identificar esta etapa, brindar herramientas y reconocer la presencia de patologías características de la misma.<sup>5</sup>

La aparición de sangrado es un signo de alarma muy importante, ya que a veces es la única manifestación de una patología orgánica tumoral maligna. A pesar de que por frecuencia la mayoría de las metrorragias que se originan en este período no son de causa neoplásica, por importancia siempre se debe descartar la misma<sup>6</sup>. En este fundamento radica la relevancia de esta investigación.

En la búsqueda del diagnóstico etiológico es importante realizar una ordenada anamnesis y un completo examen físico. A través del interrogatorio se debe indagar la existencia de otros sangrados y la repercusión de los mismos, despistando elementos del síndrome funcional anémico.<sup>2</sup>

Por medio del examen físico se busca confirmar que se trate de un sangrado uterino, ya que en ocasiones puede tener origen en otro sector del aparato genital. Para ello es necesario realizar una cuidadosa examinación de la pelvis, prestando atención a la presencia de sangrados en vulva, vagina y recto. El examen con espéculo confirma el origen uterino de la hemorragia al visualizar la salida de sangre a través del orificio externo del cuello uterino.<sup>2</sup>

Una vez confirmado el diagnóstico de metrorragia se debe buscar la causa de la misma. En la postmenopausia, los sangrados uterinos responden a causas orgánicas como médicas.

Dentro de las causas de las metrorragias postmenopáusicas médicas, podemos encontrar las vinculadas a los factores de la coagulación, déficit del factor VII, enfermedad de Von Willebrand, o paciente anticoagulado que no se encuentre en rango terapéutico. También pueden ser por púrpura trombocitopénico idiopático, leucemia, desnutrición, entre otros.<sup>7</sup>

Con respecto a las causas orgánicas, una investigación llevada a cabo entre enero del 2008 y diciembre del 2010 donde se estudiaron 163 mujeres posmenopáusicas con sangrado uterino anormal pone de manifiesto que dentro de los hallazgos patológicos endometriales, la atrofia endometrial fue el más frecuente (32.7%), seguido por hiperplasia endometrial (10.4%), carcinoma endometrial (10.4%) y pólipo endometrial (9.2%).<sup>8</sup>

La hiperplasia se define como el aumento del grosor endometrial, se caracteriza por la proliferación de las glándulas endometriales, determinando un aumento de la relación glándula-estroma<sup>9</sup>, cuyo diagnóstico es anatomopatológico mediante la obtención de una muestra por legrado biopsico fraccionado o por histeroscopia con legrado aspirativo<sup>10</sup> para poder establecer la clasificación etiológica.

La OMS (2014) establece las siguientes categorías:

- 1- Hiperplasia sin atipia, se trata de proliferaciones de glándulas y estroma en respuesta al estímulo estrogénico prolongado. Se caracteriza por comprometer toda la mucosa endometrial, y puede adoptar diferente morfología, pudiendo esta ser quística, tubular o ramificada. El riesgo de desarrollar cáncer a partir de estas hiperplasias es del 1-5%

- 2- Hiperplasia atípica/ neoplasia intraepitelial endometrial, lesión premaligna, cuyo riesgo de desarrollar cáncer es del 25%. La característica de este tipo de hiperplasia está en la irregularidad en el tamaño y forma de las glándulas y en la baja proporción de estroma presente.<sup>11</sup>

Esta clasificación se utiliza para establecer una relación entre la morfología y la progresión de la lesión a la malignidad, siendo las dos últimas las que presentan mayor riesgo de transformación neoplásica.<sup>12</sup>

La hiperplasia es consecuencia de un aumento de la concentración de estrógeno sin contrabalanceo de progesterona, de causa exógena o endógena. El aporte exógeno puede deberse a la terapia de reemplazo hormonal u otros medicamentos estrógeno símil, como son los corticoides, digitálicos, antidepresivos tricíclicos. Si se descarta dicha causa, se debe buscar tumores en diferentes parénquimas que puedan ser secretores de estrógenos o sustancias similares. Al examen físico se deben buscar elementos de hiperestrogenismo, como son piel suave, mamas turgentes y genitales externos con un trofismo no acorde a la edad<sup>5</sup>.

Otra causa frecuente suelen ser los pólipos endometriales, definidos como "protrusión nodular benigna sobre la superficie endometrial, constituido por glándulas, estroma y vasos sanguíneos característicos."<sup>13</sup>

En base al componente dominante se clasifican en:

- Mucoso: no existe predominancia de ningún componente.
- Adenomatoso: mayor tejido glandular sobre estroma. Este tipo es el que presenta mayor riesgo de malignizar.
- Fibroso: tejido estromal.
- Angiomatoso: presenta mayor componente vascular.
- Granulomatoso: es la formación de un tejido secundario a procesos inflamatorios/necróticos sobre pólipo preexistente.
- Necrosado: componente inflamatorio<sup>13</sup>

Éstos pueden estar asociados a hiperplasia endometrial, o ser simples. Están formados por tejido endometrial y su tamaño es variable, llegando a veces a ocupar la cavidad uterina y protruir a través del orificio cervical externo. Pueden también estar asociados a un cáncer de endometrio, o el cáncer

se puede presentar de forma poliploide, aunque por lo general son benignos. En su mayoría son asintomáticos, y cuando presentan síntomas, el sangrado uterino es el principal, ocasionado por necrosis y ulceración del pólipo. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico y de sospecha ecográfico. En cuanto al tratamiento, el método más efectivo es la resección mediante histeroscopia, sin embargo la conducta debe ser expectante cuando se trate de un único pólipo asintomático, menor a 1 cm.<sup>14</sup>

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente. Sin embargo, no se establece un método de screening, ya que se manifiesta precozmente como metrorragia. Se divide en dos tipos según la dependencia a estrógenos. El tipo 1 está formado por las neoplasias estrógeno dependientes, son de bajo grado histológico y se presentan en mujeres pre y perimenopáusicas. Los de tipo 2 no dependen del aporte de estrógenos, histológicamente presentan menor grado de diferenciación y evolucionan más rápido, tienen mayor incidencia en mujeres postmenopáusicas<sup>5</sup>. A diferencia de las neoplasias de tipo 1 que evolucionan a partir de un endometrio hiperplásico, los de tipo 2 asientan sobre un endometrio atrófico.

Reconocer su presencia y realizar un diagnóstico precoz es de suma importancia teniendo en cuenta que la tasa de curación en estadios iniciales es elevada.

Esta patología debe ser la primera en descartarse en toda mujer postmenopáusica que se presenta con metrorragia. Es por esto que debe hacerse una ecografía transvaginal a toda paciente sintomática, la cual permitirá descartar patología orgánica y medir el grosor endometrial. La confirmación del diagnóstico de carcinoma de endometrio es de resorte anatomopatológico, mediante la realización de una biopsia endometrial. A pesar de esto, cuando la biopsia no resulta concluyente, se procede a la realización de una histeroscopia diagnóstica y biopsia dirigida.

El tratamiento es médico-quirúrgico. La cirugía se realiza con un criterio estadificador-terapéutico y consiste en la realización de una histerectomía total extrafascial, anexectomía bilateral y linfadenectomía selectiva. Luego de la cirugía se podría establecer el estadio del cáncer, y en base al mismo se podrá optar por un tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia.<sup>»1</sup>

De lo antedicho, las diferentes patologías expuestas se manifiestan por metrorragia, por lo que en la actualidad se dispone de técnicas diagnósticas que permiten diferenciar las etiologías de las mismas. De estas técnicas se destacan la ecografía transvaginal y la histeroscopia.

La ecografía es un procedimiento ambulatorio, no invasivo, que se utiliza como valoración inicial ante una paciente que consulta por metrorragia de la posmenopausia para evaluar el endometrio, medir su grosor y evaluar malignidad. Tiene un gran valor diagnóstico y pronóstico.<sup>15</sup>

Existe una estrecha relación entre la probabilidad de presentar cáncer de endometrio o hiperplasia endometrial con el grosor de dicho tejido.<sup>16</sup>

Pueden existir limitaciones en la obtención de la imagen ecográfica en pacientes obesas, con miomas, o con cirugías uterinas previas. En este caso son de elección otros estudios diagnósticos.<sup>4</sup>

El grosor endometrial se mide como el espesor anteroposterior máximo del endometrio en un corte longitudinal marcado por el ecógrafo. Ante la presencia de un engrosamiento endometrial mayor a 4 mm en pacientes posmenopáusicas con sangrado uterino se debe agregar un método de valoración alternativo como la histeroscopia.<sup>4</sup>

La ecografía transvaginal presenta una alta sensibilidad (92-96%), pero baja especificidad (61-88%) para el cáncer de endometrio. En contraste, la histeroscopia presenta una sensibilidad menor (75-86%) y una alta especificidad (96-99%); lo cual los hace complementarios<sup>9</sup>.

La histeroscopia es una técnica endoscópica ambulatoria, que se utiliza para visualizar directamente la cavidad uterina, lo cual permite identificar la presencia de patología benigna o maligna y realizar biopsia dirigida de la lesión.<sup>17</sup> Su bajo costo, eficacia, facilidad de uso y tolerancia por el paciente apoyan su uso.<sup>5</sup> Es esencial previo a la realización del estudio obtener el consentimiento informado de la paciente. 16 Y especificar acerca de los riesgos, limitaciones y beneficios de dicho procedimiento.<sup>5</sup>

Este procedimiento no requiere anestesia ni uso de medicación previa. Para la aplicación de esta técnica es necesario contar con un ginecólogo con pleno conocimiento de la forma de uso de dispositivos e instrumentos.<sup>5</sup>

De acuerdo a la pautas del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), las mujeres con metrorragia en la postmenopausia pueden ser diagnosticadas mediante la realización de biopsia endometrial y estudios de imagen, como lo es la ecografía transvaginal; en caso de diagnóstico incierto la histeroscopia es el procedimiento por excelencia. Sin embargo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell se realiza la histeroscopia a todas las pacientes con dichas características.

La técnica comienza con la introducción del espéculo en la cavidad<sup>8</sup>, luego se coloca el histeroscopio que puede ser flexible o rígido. Para distender el útero se pueden utilizar gases

(dióxido de carbono) o líquidos (soluciones salinas y fisiológicas). Una vez distendida la cavidad uterina, continuamos con la exploración minuciosa de la misma, logrando visualizar ambos ostium tubáricos. Es posible utilizar material accesorio para la posterior toma de biopsia de ser necesaria.<sup>4</sup> Como complicaciones más frecuentes de la técnica se describen las infecciones, sangrados, reacciones vasovagales y el trauma uterino.<sup>18</sup>

## **OBJETIVOS DEL TRABAJO:**

### Objetivo general:

Determinar cuáles son las causas de las metrorragias de la postmenopausia en las mujeres que consultan al Servicio de Endoscopía del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

### Objetivos específicos:

- Clasificar las etiologías de las metrorragias según su frecuencia.
- Relacionar los hallazgos de la histeroscopia con la edad de las pacientes.
- Determinar vínculo existente entre procedencia y diagnóstico histeroscópico.
- Estudiar la correlación entre el diagnóstico histeroscópico y el resultado anatomopatológico si corresponde.

## METODOLOGÍA:

El universo del estudio corresponde a pacientes postmenopáusicas que consultaron por metrorragia en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2016. En este caso no se definirá un tamaño muestral, se tomará como referencia el periodo de tiempo establecido anteriormente.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres postmenopáusicas
- Usuaris del CHPR
- Motivo de consulta: metrorragia
- Fecha de consulta: enero - diciembre 2016

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de cohorte transversal, retrospectivo. La variable independiente fue la edad, cuantitativa, continua; y las variables dependientes fueron el diagnóstico histeroscópico y anatomopatológico en los casos que correspondió.

Utilizando la base de datos del Servicio de Endoscopia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, se obtuvo la información correspondiente a las pacientes que consultaron por metrorragias de la postmenopausia y que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 200 pacientes. Se recolectó la información en una planilla específica con datos patronímicos de las pacientes (edad y procedencia) y datos obtenidos del procedimiento (diagnóstico endoscópico y anatomopatológico).

Con el fin de establecer la relación entre el diagnóstico histeroscópico y la edad de las pacientes se utilizó el estadístico ANOVA, con la corrección post hoc de Bonferroni.

Este estudio tuvo lugar en el Centro Hospitalario Pereira Rossell - Hospital de la Mujer, el cual es un centro asistencial con más de 100 años de trayectoria, ubicado en Montevideo-Uruguay, de referencia nacional subsidiario de ASSE. Concentra la atención en segundo y tercer nivel de asistencia y presta servicios a mujeres de medio socioeconómico medio/bajo. Dentro de este Hospital funciona el Servicio de Endoscopia Ginecológica, en coordinación con las Cátedras de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina. Con fines asistenciales y docentes, ha ido desarrollando diferentes técnicas endoscópicas en el transcurso de los últimos años. Funciona de Lunes a Viernes de 8:00 a 12:00 en la policlínica de histeroscopia del 3er. piso.

## **RESULTADOS:**

Se estudiaron mediante histeroscopia un total de 200 pacientes que presentaron como motivo de consulta metrorragia de la post menopausia, de las cuales se analizaron las variables procedencia y edad (tabla 1).

**Tabla 1. Datos de la muestra en estudio.**

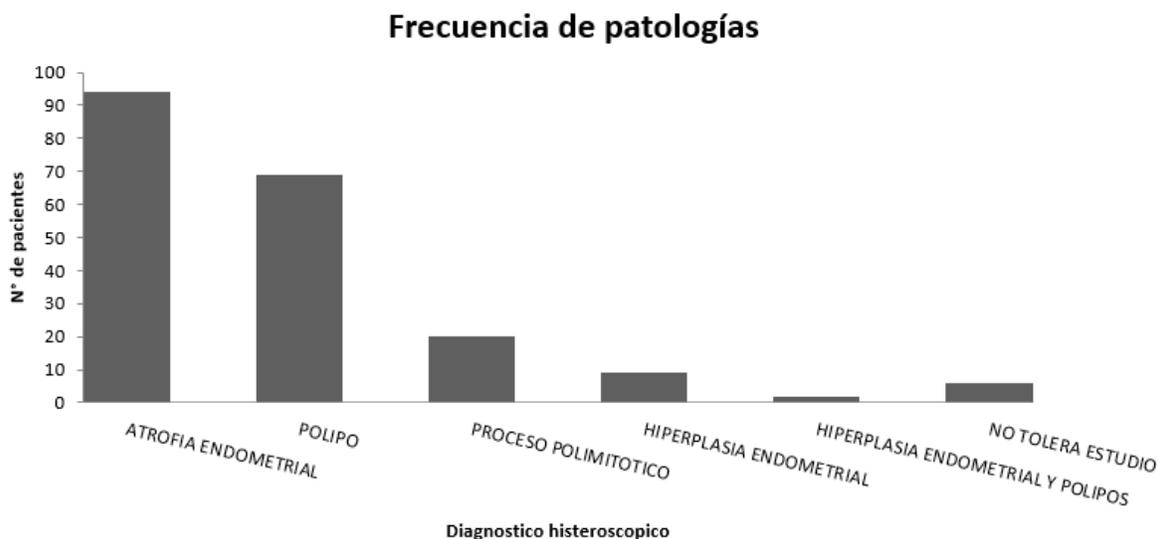
		<b>n (%)</b>
<b>EDAD (μ)</b>	58	
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	Metrorragia postmenopausia	200 (100%)
<b>PROCEDENCIA</b>	Montevideo	69 (34,5%)
	Interior	91 (45,5%)
	Sin datos	40 (20%)
<b>ESTUDIO</b>	Completo	194 (97%)
	No toleró	6 (3%)

Del total de las mujeres estudiadas, 94 (47%) presentaron atrofia endometrial, 69 (34,5%) pólipos, 20 (10%) proceso polimitótico, 9 (4,5%) hiperplasia endometrial, 2 (1%) hiperplasia endometrial y pólipos y 6 (3%) pacientes no toleraron el estudio (gráfica 1).

**Tabla 2. Distribución de patologías diagnosticadas por histeroscopia.**

<b>DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>%</b>
<b>Atrofia endometrial</b>	94	47
<b>Pólipo</b>	69	34,5
<b>Proceso polimitóticos</b>	20	10
<b>Hiperplasia endometrial</b>	9	4,5
<b>Hiperplasia endometrial y pólipos</b>	2	1
<b>No tolera estudio</b>	6	3
<b>TOTAL: 200 PACIENTES</b>		

**Gráfica 1. Distribución de patologías diagnosticadas por histeroscopia.**



Con respecto a la relación entre el diagnóstico histeroscópico y la procedencia se obtuvo que, de las pacientes en la cuales el resultado fue atrofia endometrial, 33 proceden de Montevideo, 48 del interior y 13 de ellas no contaban con los datos.

En el caso de las pacientes que presentaron pólipos, 21 fueron de Montevideo, 27 del interior y no se obtuvo datos de 21 de ellas.

En cuanto a las pacientes con diagnóstico de procesos polimitóticos, 5 eran de Montevideo, 12 del interior y de 3 no se hallaron datos.

De las pacientes con el hallazgo de hiperplasia endometrial, 6 eran de Montevideo, mientras que sólo 1 era del interior. 2 de ellas no presentaron datos.

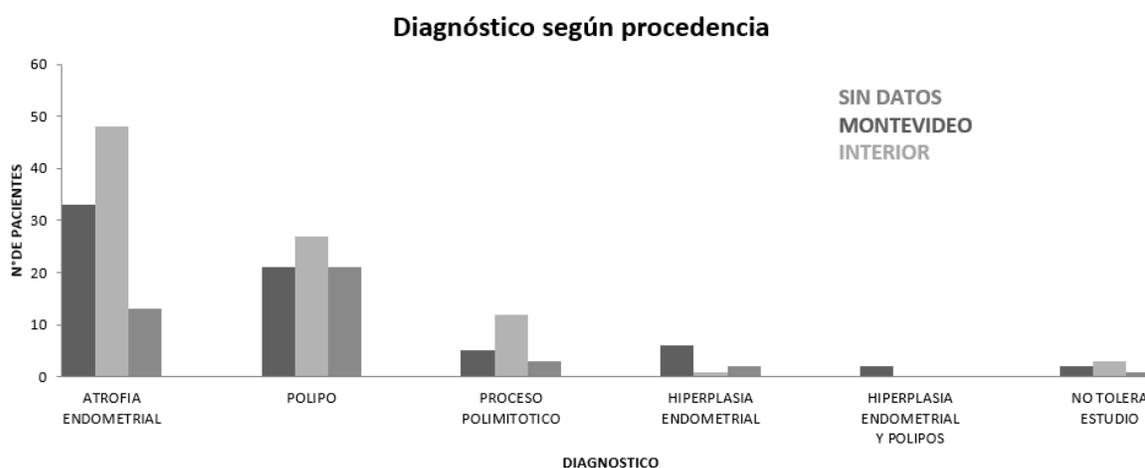
Las 2 pacientes que presentaron hiperplasia endometrial asociada a pólipos procedían de Montevideo.

Por último, de las pacientes que no toleraron el estudio, 2 eran de Montevideo, 3 del interior del país, y de 1 no se hallaron datos (gráfica 2).

**Tabla 3. Distribución de patologías diagnosticadas por histeroscopia en relación a la procedencia de las pacientes.**

DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO	MONTEVIDEO	INTERIOR	SIN DATOS
Atrofia endometrial	33	48	13
Pólipo	21	27	21
Proceso polimitóticos	5	12	3
Hiperplasia endometrial	6	1	2
Hiperplasia endometrial y pólipos	2	0	0
No tolera estudio	2	3	1

**Gráfica 2. Distribución de patologías diagnosticadas por histeroscopia en relación a la procedencia de las pacientes.**



Se estableció la media de las edades de cada diagnóstico para evaluar la franja etaria que predomina en cada patología.

Los resultados obtenidos para la media de las edades en cada grupo diagnóstico fueron: para la atrofia endometrial  $59,3 \pm 8,4$ ; en el caso de las pacientes con diagnóstico de pólipos  $59,2 \pm 6,9$ ; aquellas que presentaron procesos polimitóticos  $65,6 \pm 7,6$ ; en cuanto a las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial  $56,9 \pm 7,6$ ; con respecto a las pacientes que presentaron hiperplasia endometrial asociada a pólipos  $54,5 \pm 3,5$ . Del total de las pacientes estudiadas, 6 no toleraron el procedimiento, y su media de edad fue  $59,9 \pm 4,3$  (tabla 4).

**Tabla 4. Relación entre diagnóstico histeroscópico y edad ( $\mu$ ).**

<b>DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>EDAD (<math>\mu</math>)</b>	<b>DE</b>
<b>Atrofia endometrial</b>	94	59,3	8,4
<b>Pólipo</b>	69	59,2	6,8
<b>Proceso polimitótico</b>	20	65,6	7,5
<b>Hiperplasia endometrial</b>	9	56,9	7,5
<b>Hiperplasia endometrial y pólipos</b>	2	54,5	3,5
<b>No tolera estudio</b>	6	59,8	4,3

Para evaluar la significación de la edad con respecto al diagnóstico histeroscópico se utilizó el estadístico Análisis de Varianza (ANOVA), el cual evidenció los siguientes resultados (tabla 5).

**Tabla 5. ANOVA de la edad.**

<b>ORIGEN DE LAS VARIACIONES</b>	<b>SUMA DE CUADRADOS</b>	<b>GRADOS DE LIBERTAD</b>	<b>PROMEDIO DE LOS CUADRADOS</b>	<b>F</b>	<b>PROBABILIDAD</b>	<b>VALOR CRÍTICO PARA F</b>
<b>Entre grupos</b>	847,55	5	169,51	2,75	0,020124844	2,260
<b>Dentro de los grupos</b>	11970,80	194	61,70			
<b>Total</b>	12818,32	199				

Se obtuvieron los resultados de anatomía patológica de 48 pacientes, la relación entre ésta y el diagnóstico histeroscópico mostró que no existió grado alguno de malignidad para los casos de las pacientes con diagnóstico de atrofia endometrial, hiperplasia endometrial y pólipos asociados a hiperplasia endometrial. Con respecto a las 19 pacientes con pólipos se demostró que 2 de ellas desarrollaron malignidad. De las 20 que presentaron procesos polimitóticos, se confirmó que la totalidad presentó malignidad (tabla 6).

**Tabla 6. Relación entre diagnóstico histeroscópico y hallazgos de malignidad.**

<b>DIAGNÓSTICO HISTEROSCOPICO</b>	<b>ANATOMÍA PATOLÓGICA (n=48)</b>	
	<b>MALIGNOS (n=22)</b>	<b>BENIGNO (n=26)</b>
<b>Atrofia endometrial (n=1)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Hiperplasia endometrial (n=6)</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>Hiperplasia endometrial y pólipos (n=2)</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Pólipo (n=19)</b>	<b>2</b>	<b>17</b>
<b>Proceso polimitótico (n=20)</b>	<b>20</b>	<b>0</b>

En el caso de nuestra investigación se halló que de las 48 pacientes estudiadas mediante anatomía patológica, 22 de ellas presentaron algún grado de malignidad.

## DISCUSIÓN:

La metrorragia de la postmenopausia debe ser considerada un motivo de consulta de fundamental importancia en las mujeres que transcurren ésta etapa de la vida. Es una patología multifactorial, cuyas causas son de variable morbimortalidad. Debido a esto es fundamental descartar patologías con alto índice de malignidad como es el caso de la presencia de procesos polimitóticos. De aquí la relevancia de la realización de nuestro estudio.

En la muestra se incluyeron mujeres postmenopáusicas que consultaron en el Centro Hospitalario Pereira Rossell por metrorragia y a las cuáles se les realizó un estudio histeroscópico diagnóstico.

Haciendo referencia al motivo de consulta previamente mencionado, los hallazgos histeroscópicos obtenidos demostraron que 94 pacientes (47%) presentaban atrofia endometrial. Este resultado fue similar al encontrado en el artículo de Fuentes et al<sup>21</sup> donde se estudiaron 372 pacientes, de las cuales 202 (54.3%) presentaron atrofia. Sin embargo, en el estudio realizado por Pop-Trajkoviü-Diniü et al<sup>19</sup>, la mayoría de las pacientes presentaron pólipos endometriales (29% del total) siendo la atrofia endometrial (12.4%) la cuarta causa en frecuencia.

En las 100 pacientes restantes se evidenció en orden decreciente: pólipos (34.5%), procesos polimitóticos (10%), hiperplasia endometrial (4,5%), y la asociación entre hiperplasia endometrial y pólipos (1%).

Con lo que respecta a los procesos polimitóticos y la hiperplasia endometrial, se encuentran en tercer y cuarto lugar respectivamente, no encontrándose una discordancia en la frecuencia de los diagnósticos obtenidos en comparación con Fuentes et al<sup>21</sup>. Entretanto en el artículo de Pop-Trajkoviü-Diniü et al<sup>12</sup> los procesos polimitóticos fueron el hallazgo de menor frecuencia (2,06%). Esta diferencia entre los valores de malignidad puede deberse a que el Centro Hospitalario Pereira Rossell es un centro de referencia oncológico a nivel nacional, por lo cual asiste a gran parte de la población que presentan este diagnóstico.

En cuanto a la relación existente entre el diagnóstico histeroscópico y la procedencia se obtuvo que, tanto en el interior de nuestro país como en Montevideo la atrofia endometrial fue la causa más frecuente de metrorragia de la postmenopausia.

El análisis de la relación entre el diagnóstico histeroscópico y la edad de las pacientes, se realizó mediante el test ANOVA. El mismo evidenció una diferencia de medias significativa. Con el objetivo de establecer cuales fueron los grupos que presentaron diferencias se aplicó el test de

Bonferroni. Este concluyó que la diferencia entre las medias de edad se encuentra entre los grupos de pacientes con diagnóstico de atrofia y procesos polimitóticos. Además se halló diferencia entre el grupo con diagnóstico histeroscópico de pólipo y procesos polimitóticos. Con estos resultados, podemos decir que las patologías estudiadas se presentan en distintas franjas etarias. Destacamos que los procesos polimitóticos se presentan con una media de edad de 65 años, coincidiendo con los datos epidemiológicos nacionales que indican una mayor prevalencia del carcinoma de endometrio en las mujeres de entre 60 y 65 años.<sup>20</sup>

Se analizaron un total de 48 pacientes con resultados anatomopatológicos, de los cuales se desprende que del total de los diagnósticos histeroscópicos con hallazgos de procesos polimitóticos presentaron malignidad. Este resultado es coincidente con los hallazgos obtenidos en el estudio de Pop-Trajkoviü-Diniü et al<sup>12</sup>, en donde se analizaron un total de 3 pacientes (2.06 %) con diagnóstico de procesos polimitóticos, de las cuales en un 100% se observó malignidad. En cuanto a las 19 pacientes que presentaron pólipos se demostró que sólo 2 de ellas exhibieron malignidad. En esta serie no se pudo aplicar un test estadístico (Chi cuadrado), dado que las frecuencias esperadas fueron menores a 5.

## **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

En la población objetivo de este estudio, la principal causa de la metrorragia en la post menopausia fue la atrofia endometrial. Otras etiologías observadas fueron los pólipos, la hiperplasia endometrial y los procesos polimitóticos.

El 10% de las pacientes estudiadas obtuvieron diagnóstico histeroscópico de procesos polimitóticos. Estas pacientes presentan una media de edad de 65 años.

Con respecto a los diagnósticos histeroscópicos pertenecientes a pacientes de distintas regiones de nuestro país, no se observaron diferencias en la frecuencia de dichos diagnósticos.

Destacamos la importancia de la histeroscopia en el estudio de las pacientes con metrorragia de la postmenopausia, ya que permite establecer la causa de la misma y obtener un abordaje integral de la paciente.

Asimismo planteamos continuar con investigaciones similares, con el objetivo de caracterizar a la población y optimizar la atención clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Original, T. Efecto de la menopausia en pacientes con microprolactinomas Evolution of Microprolactinomas after Menopause. **51**, 136–140 (2014).
2. Tobergte, D. R. & Curtis, S. Menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica. *J. Chem. Inf. Model.* **53**, 1689–1699 (2013).
3. Lazo, A. M. La Esperanza De Vida En Uruguay a Lo Largo De Los Siglos Xix, Xx, Xxi Y Sus Probables Valores Futuros. *Coment. Segur. Soc. n° 40*
4. Aguilar-Zavala, H. *et al.* Symptoms at postmenopause: Genetic and psychosocial factors. *Menopause* **19**, 1140–1145 (2012).
5. Canto De Cetina, T. E. & Polanco-Reyes, L. Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clí- nicas del fallo ovárico. *Rev Biomed* **227**, 227–236 (1996).
6. Sarvi, F., Alleyassin, A., Aghahosseini, M., Ghasemi, M. & Gity, S. Hysteroscopy: A necessary method for detecting uterine pathologies in post-menopausal women with abnormal uterine bleeding or increased endometrial thickness. *J. Turkish Soc. Obstet. Gynecol.* **13**, 183–188 (2016).
7. Pérez, L. Hemorragia uterina disfuncional. *Rev. colomb. Obs. ginecol* 1–20 (1997). doi:10.1016/B978-84-458-1311-9.50047-1
8. Cho, H. J. *et al.* Investigations for postmenopausal uterine bleeding: Special considerations for endometrial volume. *Arch. Iran. Med.* **16**, 665–670 (2013).
9. Examination, P. R. the American College of. (2011).
10. Pública, D. A. D. *Manual De.* (2002).
11. Inter-sociedades, P. N. D. C. Consenso Nacional Inter-Sociedades. *Programa Nac. Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino Consensos Enfermedades Oncológicas* 1–47 (2012).
12. Emons, G., Beckmann, M. W., Schmidt, D. & Mallmann, P. New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* **75**, 135–136 (2015).
13. Savelli, L. *et al.* Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and

- cancer in endometrial polyps. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **188**, 927–931 (2003).
14. Golan, A. *et al.* Endometrial polyps: Symptomatology, menopausal status and malignancy. *Gynecol. Obstet. Invest.* **70**, 107–112 (2010).
  15. Opinion, A. C. The Role of Transvaginal Ultrasonography in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding. *Obs. Gynecol* **114**, 409–411 (2009).
  16. Sanhueza R, P. & Oliva P, L. EFICIENCIA DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN EL ESTUDIO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA PERI Y POSTMENOPAUSIA. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* **73**, 58–62 (2008).
  17. Goycoolea T, J. P. & Rojas T, I. HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA: RENDIMIENTO EN EL ESTUDIO DE LA METRORRAGIA E INOCUIDAD ANTE UN EVENTUAL CÁNCER DE ENDOMETRIO, REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* **72**, 190–196 (2007).
  18. No, G. G. Best Practice in. *Analgesia* **21**, 51–56 (2011).
  19. Pop-Trajković-Dinić, S. *et al.* Primena histeroskopije u dijagnostici i lečenju postmenopauznog krvarenja. *Vojnosanit. Pregl.* **70**, 747–750 (2013).
  20. Barrios, E., Garau, M., Alonso, R. & Musetti, C. *IV ATLAS DE INCIDENCIA DEL CANCER EN EL URUGUAY: Periodo 2007-2011.* (2014).
  21. Alanís Fuentes, J., Gutiérrez, M. M. & Miranda, P. M. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital posmenopáusico. *Ginecol. Obstet. Mex.* **75**, 253–258 (2007).

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos al personal del Servicio de Endoscopia Ginecológica del Centro Hospitalario del Pereira Rossell por su colaboración en la realización de este estudio.