

HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS EN SANGRADO UTERINO ANORMAL Y METRORRAGIAS DE LA POSTMENOPAUSIA

Agosto-septiembre 2022, Uruguay, Universidad de la República, Facultad de medicina, Hospital Pereira Rossell

Ciclo de Metodología Científica
II-2022. Grupo 108

Araujo, Sofía¹; De Armas, Marcela¹;
Díaz, Mikaela¹, Gómez, Melani¹;
Pérez, Agustina¹; Rodríguez, Natali¹.

Lacerda, Yessy²; Quíntela, Violeta²;
Ben, Sebastián².

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022-
Facultad de Medicina-Universidad de la
República, Montevideo, Uruguay.

² Clínica Ginecológica A. Prof. Leonel
Briozzo2022 - Facultad de Medicina-
Universidad de la República, Montevideo,
Uruguay.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Clínica
Ginecotológica **a**
Profesor Dr. Leonel Briozzo

2

0

2

2

Índice de contenidos

Resumen.....	página 2
Introducción.....	página 4
Objetivos generales y objetivos específicos.....	página 11
Metodología.....	página 11
Aspectos éticos.....	página 12
Resultados.....	página 14
Discusión.....	página 21
Conclusiones y perspectivas.....	página 26
Referencia bibliográfica.....	página 27
Agradecimientos.....	página 29
Anexos.....	página 30

índice de figuras

Tabla 1 descripción poblacional.....	página 14
Tabla 2 caracterización de los resultados.....	página 16
Tabla 3 hallazgos ecográficos previos a la histeroscopia.....	página 16
Figura 1 resultados ecográficos previos.....	página 18
Tabla 4 hallazgos histeroscópicos.....	página 19
Figura 2 hallazgos histeroscópicos no patológicos.....	página 20
Figura 3 hallazgos histeroscópicos patológicos.....	página 20
Tabla 5 resultados de anatomía patológica.....	página 21

Anexos

Anexo 1	página 30
Anexo 2.....	página 31
Anexo 3.....	página 32
Anexo 4.....	página 35

Resumen

Introducción: El sangrado uterino anormal (SUA) y la metrorragia de la postmenopausia son motivos de consulta frecuente en el área ginecológica. El SUA es una genitorragia proveniente del cuerpo uterino, siendo anormal en duración, volumen y/o frecuencia. Su incidencia puede aumentar si está asociado a ciertos factores de riesgo como diabetes, hipotiroidismo, hipertensión arterial, sedentarismo y tabaquismo. Las causas de SUA pueden dividirse en categorías que se ordenan de acuerdo al acrónimo PALM-COEIN (estructurales y no estructurales). En las pacientes posmenopáusicas las causas más frecuentes son atrofia endometrial y neoplasias malignas. El SUA y la metrorragia de la postmenopausia son las principales indicaciones para solicitar histeroscopia en la búsqueda etiológica de lesiones estructurales. **Objetivo:** Caracterizar los hallazgos histeroscópicos y anatomopatológicos en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal o metrorragia de la postmenopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período comprendido entre agosto-septiembre del año 2022. **Metodología:** Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo de una muestra de pacientes usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell, a quienes se les realizó una histeroscopia con indicación de sangrado uterino anormal o metrorragia de la posmenopausia, en casos específicos se realiza toma de biopsia. **Resultados:** Sobre los hallazgos histeroscópicos en la premenopausia, el hallazgo más frecuente fue el pólipo endometrial (23,1%) y en la posmenopausia, la patología benigna tuvo una del 19.2%, siendo esta la causa más frecuente. Sobre los hallazgos anatomopatológicos en pacientes premenopáusicas se destaca un 23.8% de hiperplasia sin atipias. En las pacientes postmenopáusicas las lesiones malignas, la hiperplasia sin atipias y la endometritis crónica están en igual proporción. **Conclusión:** De la población estudiada se logró realizar el correcto análisis de los hallazgos ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos. Se compararon los resultados anatomopatológicos anormales con la histeroscopia y ecografía correspondiente.

Palabras claves: Hemorragia Uterina; Posmenopausia; Histeroscopia; Sangrado uterino anormal; Biopsia.

Summary

Introduction: Abnormal uterine bleeding (AUB) and postmenopausal metrorrhagia are frequent reasons for consultation in the gynecological area. SUA is a genitorrhagia from the uterine body, being abnormal in duration, volume and/or frequency. Its incidence may increase if it is

associated with certain risk factors such as diabetes, hypothyroidism, high blood pressure, sedentary lifestyle and smoking. The causes of SUA can be divided into categories that are ordered according to the acronym PALM-COEIN (structural and non-structural). In postmenopausal patients, the most frequent causes are endometrial atrophy and malignant neoplasms. SUA and postmenopausal metrorrhagia are the main indications for requesting hysteroscopy in the etiological search for structural lesions. **Objective:** To characterize the hysteroscopic and pathological findings in patients diagnosed with abnormal uterine bleeding or postmenopausal metrorrhagia at the Pereira Rossell Hospital Center in the period between August-September 2022. **Methodology:** It is an observational, descriptive, cross-sectional and prospective study of a sample of patient users of the Pereira Rossell Hospital Center, who underwent a hysteroscopy with indication of abnormal uterine bleeding or postmenopausal metrorrhagia, in specific cases biopsy. **Results:** About the hysteroscopic findings in the premenopause, the most frequent finding was the endometrial polyp (23.1%) and in the postmenopause, the benign pathology had one of 19.2%, being this the most frequent cause. Regarding the pathological findings in premenopausal patients, 23.8% of hyperplasia without atypia stands out. In postmenopausal patients, malignant lesions, hyperplasia without atypia, and chronic endometritis are in equal proportion. **Conclusion:** Of the population studied, it was possible to carry out the correct analysis of the ultrasound, hysteroscopic and pathological findings. Abnormal pathological results were compared with the corresponding hysteroscopy and ultrasound.

Keywords: Bleeding uterine; Postmenopausal; Hysteroscopy; Abnormal uterine bleeding; Biopsy

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) es una patología ginecológica frecuente en el mundo, según la OMS. Tiene una prevalencia de 5 al 15% en mujeres en edad reproductiva, siendo superior en edades límites de la vida.¹ La proporción es similar en Uruguay, constituyendo un problema frecuente en nuestro medio, ya que impacta significativamente a la calidad de vida y significa la imposición de una carga financiera.²

Definimos SUA como una genitorragia proveniente del cuerpo uterino, siendo anormal en duración, volumen y/o frecuencia.³

Janer Sepúlveda-Agudelo y Andrea Juliana Sepúlveda-Sanguin publicaron un trabajo realizado a partir de búsquedas bibliográficas exhaustivas sobre Sangrado uterino anormal y PALM COEIN, revisando cada artículo publicado entre el año 2010 y 2018 en las diferentes bases de datos. Definen que el sangrado uterino anormal es crónico si es mayor a 6 meses. Se considera un ciclo regular cuando hay variación entre el ciclo más corto y el más largo hasta 9 días, siendo irregular si es mayor a esta cantidad.⁴

Además, destacamos que en el artículo de revisión bibliográfica realizado por De la Cruz y colaboradores, sobre Hemorragia uterina anormal, se definen los siguientes términos:

- Polimenorrea: períodos menstruales con duración menor a 21 días.
- Oligomenorrea: períodos menstruales con duración de más de 35 días.
- Amenorrea: se refiere a la ausencia de menstruación por un período mayor a 90 días.
- Menorragia o hipermenorrea: sangrado mayor a 80 mL o por más de una semana.
- Metrorragia: se trata de una hemorragia abundante no relacionada con el sangrado menstrual.⁵

En el artículo científico realizado por C.Bergeron “Histología y fisiología del endometrio normal”, se explican las modificaciones que el endometrio experimenta durante las distintas fases del ciclo, como lo son: el crecimiento, la diferenciación secretoria y si el óvulo no ha sido fecundado, menstruación y regeneración.

Las modificaciones morfológicas del endometrio dependen de los estrógenos y la progesterona secretados por el ovario, así como de factores de crecimiento y enzimas sintetizadas por esas hormonas. De los estrógenos dependen el incremento del volumen

de la mucosa endometrial y la síntesis de los receptores de progesterona durante la fase proliferativa (*Anexo 1, a*), correspondiendo a los primeros 14 días del ciclo. La fase secretoria (*Anexo 1, b*) está regida por la progesterona que ejerce una acción antiestrogénica y por ende se dejan de sintetizar los receptores para la misma. Esto provoca una disminución del epitelio luego de la ovulación, se define entonces que la fase secretoria abarca a partir de esta hasta el día 28 del ciclo. La aparición de una fase menstrual confirma que se ha producido la ovulación.⁶

Las causas de SUA pueden dividirse en nueve categorías que se ordenan de acuerdo al acrónimo PALM-COEIN. Las causas estructurales son observadas mediante técnicas de imagen y anatomía patológica, son las descritas con PALM (Pólipos, Adeniosis, Leiomioma, Malignidad). Las causas no estructurales, no pueden ser diagnosticadas mediante las técnicas antes mencionadas, se las describe como COEIN (Coagulopatías, Disfunción ovulatoria, Endometriales, Iatrogénicas y No clasificadas).⁷⁻⁸

Janer Sepúlveda-Agudelo y Andrea Juliana Sepúlveda-Sanguin describen los términos de PALM COEIN como:

Pólipo, es una protrusión nodular benigna en la superficie endometrial, compuesta por: glándulas, estromas y vasos sanguíneos que le dan su aspecto característico. La aparición de los mismos es de origen multifactorial, entre ellos, tenemos factores genéticos y desequilibrio entre estrógenos y progestágenos. En cuanto a los factores de riesgo, se consideran la edad, obesidad, hipertensión arterial y el consumo de tamoxifeno. Se sabe, que la mayoría son benignos, aunque algunos de ellos tienen un bajo grado de transformación maligna. (*Anexo 1, c*)

Adeniosis, se describe como la presencia de glándulas endometriales en el miometrio, endometriosis y leiomiomatosis. Se puede presentar de dos maneras: focal o difusa. Como factores de riesgo, destacan la multiparidad, tratamientos con tamoxifeno, edad y la mayor exposición a estrógenos. Se observan además, factores genéticos y epigenéticos asociados. (*Anexo 1, e*)

Leiomiomas, se trata de tumores benignos monoclonales, originados a partir de células del músculo liso del miometrio uterino. Son los tumores más comunes durante la edad fértil. Pueden presentarse de diferente tamaño, localizados en la submucosa, intramural, subserosa o una combinación de estas. Son más frecuentes en pacientes postmenopáusicas, teniendo una baja probabilidad de 0,23% de malignidad. En cuanto

a los factores de riesgo, se consideran: la menarca precoz, la nuliparidad, edad tardía del primer hijo, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, diabetes e hipertensión. Además, hay otros factores involucrados en la etiopatogenia de la miomatosis, como factores genéticos y epigenéticos. *(Anexo 1, d)*

Malignidad, es la más relevante, por la morbimortalidad que causa. La hiperplasia con atipias, es clasificada actualmente como una neoplasia endometrial intraepitelial. La malignidad debe considerarse siempre, sobre todo en las pacientes posmenopáusicas, donde representa 10% de las causas de sangrado uterino anormal. Como factores de riesgos se consideran: edad mayor a 45 años, obesidad, menarca precoz, menopausia tardía, diabetes, nuliparidad, síndrome de ovario poliquístico, terapia con tamoxifeno, antecedente familiar de cáncer, síndrome de Lynch o de Cowden. Así, la hiperplasia sin atipias tiene un riesgo de progresión entre 1-3%, mientras que la neoplasia endometrial intraepitelial tiene un riesgo de 14 a 45%.

Coagulación, dentro de este término, se agrupan aquellas enfermedades con trastornos de la hemostasia causantes de sangrado uterino anormal. Por ejemplo la enfermedad de Von Willebrand, siendo esta la más frecuente y otras afecciones como: alteración en la agregación plaquetaria, hemofilia, enfermedad hepática crónica, deficiencia de vitamina K y púrpura trombocitopénica idiopática.

Trastornos Ovulatorios, dentro de estos, se consideran las causas fisiológicas de anovulación, como la adolescencia, menopausia, lactancia y embarazo. Además, se incluyen en este grupo causas patológicas de los mismos, como: Síndrome de ovario poliquístico, Hiperplasia suprarrenal congénita, Tumores productores de andrógenos, disfunción hipotalámica, entre otros.

Endometriales, se refiere a un trastorno primario, originado en esta capa que da lugar a menstruaciones abundantes, deficiencia en la producción local de vasoconstrictores, aumento excesivo en la producción de plasminógeno y sustancias que promueven la vasodilatación y la prostaciclina. Estos pueden causar menstruaciones prolongadas o manchado intermenstrual, como consecuencia de inflamación o infección, muchas veces vinculado a *Chlamydia trachomatis*. *(Anexo 1, f)*

Iatrogenia, se incluyen en este grupo, diferentes medicamentos que pueden dar lugar a sangrado uterino anormal, como: dispositivos intrauterinos, anticonceptivos orales, progestágenos, moduladores de receptores progestacionales, agonistas de la

hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), anticonvulsivantes, antibióticos (rifampicina), antidepresivos tricíclicos, y anticoagulantes.

No clasificados, son poco frecuentes y aún no están debidamente definidos. Se incluyen: malformaciones arteriovenosas, defectos de la cicatriz uterina, endometritis crónica e hipertrofia del miometrio.⁴

La American Society for Reproductive Medicine en su guía para pacientes con Sangrado uterino anormal, define que las causas estructurales más comunes del mismo incluyen lesiones polipoideas, miomas y adenomiosis. Otras causas incluyen el sangrado asociado al embarazo, como el embarazo ectópico y el aborto espontáneo, así como trastornos hemorrágicos que afectan la capacidad de la sangre de coagularse normalmente.⁹

Como patologías asociadas al sangrado uterino anormal, se ha visto que el hipotiroidismo es diez veces más frecuente en mujeres y es mayormente de etiología autoinmune. Esta patología genera diversas alteraciones a nivel reproductivo así como irregularidades en el ciclo menstrual, infertilidad, desarrollo sexual anormal y menopausia precoz.

El hipotiroidismo se conoce por estar fuertemente vinculado con una alta frecuencia de hemorragia uterina anormal, así como sangrado menstrual abundante y sostenido en el tiempo. Esto, puede ser debido a altos niveles de estrógenos una vez dada la anovulación. La causa por la cual el hipotiroidismo causa sangrado uterino anormal es de carácter multifactorial y engloba a la hemostasia con descenso de algunos factores de la coagulación, esto a su vez tiende a originar polimenorrea y menorragia.¹⁰

La SEGO define a la etapa de la perimenopausia como aquel periodo en meses o años previo a la menopausia, acompañado de alteraciones del ciclo en cuanto a la cantidad del sangrado y la frecuencia de presentación.

Se entiende por menopausia, al cese definitivo de la menstruación, correspondiente a un signo de climaterio. La postmenopausia es el periodo que continúa. En esta fase aparecen las complicaciones y los síntomas por la falta de hormonas (estrógenos) que irán instaurándose de forma lenta y progresiva con el paso de los años.¹¹

La edad considerada de mayor incidencia para la patología estudiada difiere para los distintos estudios sobre el tema. Chacón y colaboradores, en su estudio “Sangrado uterino anormal en etapa reproductiva” refieren que hay una mayor incidencia del mismo entre los 40-45 años (32%).¹²

Según el trabajo de “Correlación entre hallazgos histeroscópicos y reportes histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal”, realizado por Valenzuela-Islas, Frías-Mendivil y Luis-Zárate, donde se estudió una muestra de 400 pacientes, se obtuvo una media de edad para la aparición de sangrado uterino anormal de 45.8 (± 11.04) años, siendo solamente 33% de las pacientes mayores de 50 años.¹³

En las metrorragias de la posmenopausia, las causas más frecuentes pueden ser por atrofia endometrial o la presencia de una neoplasia maligna. En estas pacientes, es particularmente importante debido a que puede significar la presencia de cáncer endometrial, siendo este el principal síntoma.¹⁴

En el trabajo de “Hemorragia uterina anormal en perimenopausia y posmenopausia” realizado por Luis Ernesto Pérez Agudelo, donde se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura entre 2010-2020, en distintas fuentes, se obtuvieron los porcentajes de las pacientes que padecían las diferentes causas de SUA, siguiendo el acrónimo de PALM-COEIN. De estos, destacamos: pólipos en 3-3-40% en la perimenopausia y 7-10% en la postmenopausia; Leiomiomatosis en 25-50% en la perimenopausia y 10% en la premenopausia; Hiperplasia endometrial en 10-23-86% en la perimenopausia y 5-19,35 en la postmenopausia; Cáncer endometrial en 4,4-10% en la perimenopausia y 4,9-11,5% en la postmenopausia; Atrofia endometrial en 2,27% en la perimenopausia y 25-80% en la postmenopausia.¹⁵

Además, agregando a los datos obtenidos en el trabajo anterior, se revisó el artículo: “Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital posmenopáusico” de los autores Alanis, F; Martínez, M y Mata, P; donde se estudiaron 372 pacientes en un rango etario de 50-94 años, se obtuvieron los siguientes hallazgos histeroscópicos: atrofia (202 pacientes, 54.3%), pólipos (93 mujeres, 25%), cáncer (14 casos, 4%) e hiperplasia (11 pacientes, 2.95%).¹⁶

Cabe mencionar que, el SUA y la metrorragia de la postmenopausia son las principales indicaciones para solicitar Histeroscopia en la búsqueda etiológica, siendo esta la técnica utilizada para dicha búsqueda. Por lo tanto, se nos hace oportuno describir sus posibles hallazgos histeroscópicos y anatomopatológicos, así como también, analizar su prevalencia, comorbilidades asociadas y su relación con factores protectores y de riesgo.

Como antecedente sabemos que en la población chilena se ha visto que independiente del grupo etario, un sangrado uterino anormal se debe a patología anatómica benigna en un 30 a 50% de los casos; en la mujer menor de 50 años se diagnostica una patología maligna en menos del 1%, mientras sobre esta edad la cifra sube a 10–15%.¹⁷

El diagnóstico etiológico de las causas estructurales, que son las más frecuentes, se realiza mediante histeroscopia.

Según el artículo “Hallazgos histopatológicos en sangrado uterino anormal en pacientes posmenopáusicas del Hospital de Clínicas” de los autores Gavilán, J. y Arellano, H. el endometrio se define como engrosado cuando según medidas ecográficas se encuentra, en mujeres premenopáusicas mayor a 8 mm en fase proliferativa, mayor a 14 mm en fase secretora; y en mujeres menopáusicas mayor a 5 mm (pacientes sin tratamiento de sustitución hormonal)”. Además, estos autores definen la hiperplasia endometrial como “el engrosamiento del endometrio con proliferación de glándulas de tamaño y forma irregular y una mayor proporción entre glándulas y estroma. Representa un continuo de hallazgos histopatológicos. El sistema de Clasificación utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Society of Gynecological Pathologists designa cuatro tipos distintos con potencial maligno variable (hiperplasia simple, hiperplasia compleja, hiperplasia simple atípica e hiperplasia compleja atípica)”. Por lo mencionado anteriormente, se considera como criterio para la realización de histeroscopia el engrosamiento de la línea endometrial.¹⁸

Según la bibliografía consultada, la histeroscopia es una prueba diagnóstica, indicada en diferentes situaciones, como por ejemplo SUA, metrorragias de la postmenopausia, determinados casos de esterilidad, entre otros. Nos permite tener una

imagen visual del cuello y de la cavidad uterina en tiempo real. En caso de necesitarlo, se puede obtener muestras de lo observado mediante biopsias, para la confirmación etiológica por anatomía patológica. Además, durante la misma, se pueden realizar pequeñas intervenciones terapéuticas como por ejemplo la extracción de pólipos, de forma segura, que evitan las derivaciones a quirófano y una sedación mayor.

Si bien la histeroscopia es un procedimiento que se puede realizar con varios tipos de instrumentos, en este caso, mencionaremos las características del histeroscopio Karl Storz (*Anexo 2*), que es el que tenemos acceso en nuestro centro. Este es un instrumento mecánico, versátil, semi rígido, que ofrece un resectoscopio de 5 mm. Cuenta con un reducido diámetro, lo que permite llevar a cabo intervenciones fuera de un quirófano y sin anestesia, por ejemplo, obtener resecciones de tejido fibroso.

La histeroscopia se realiza mediante la introducción de un delgado instrumento en forma de tubo a través del cuello del útero hasta alcanzar la cavidad uterina. A este, se le conecta una videocámara que nos permite realizar vaginoscopia y estudio de la cavidad endometrial, en tiempo real. Cabe destacar, que se realiza la histeroscopia en un medio de distensión con suero fisiológico.¹⁹⁻²⁰

A modo de reseña histórica, está documentado que la primera histeroscopia exitosa fue reportada por Pantaleoni en el año 1869. Se realizó con el endoscopio de Desormeaux en una mujer de 60 años que tenía un pólipo endometrial, donde se resecó el mismo curando a la paciente de su sangrado postmenopáusico.

En el correr de los años, se fue perfeccionando la metodología y la técnica de realización. La iluminación fue mejorando pasando de la utilización de velas reflejadas en espejos, a lámparas. En el año 1925 se comienza a utilizar el gas como método de distensión que posteriormente fue reemplazado por el agua o solución salina. A mediados de los años ochenta, surgió la videohisteroscopia, mejorando la calidad del estudio.²¹

Según Valenzuela y colaboradores, se encontró que la histeroscopia tiene una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de casos estructurales de sangrado uterino anormal, en comparación con el estudio anatomopatológico.¹³

Por otro lado, en un trabajo realizado en el Hospital Universitario de nuestro país, para el diagnóstico de patología de cavidad endometrial, la histeroscopia tuvo una

sensibilidad del 95,1% y una especificidad del 66,7%. Para el diagnóstico de patología benigna endometrial, la histeroscopia tuvo una sensibilidad del 62,9% y una especificidad de 68,6%. Mientras que en la patología potencialmente maligna, la histeroscopia tuvo una sensibilidad del 50,0% y una especificidad de 87,1%.²²

OBJETIVOS

Objetivo general:

Caracterizar los hallazgos histeroscópicos y anatomopatológicos en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal o metrorragia de la postmenopausia del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el período comprendido entre agosto-septiembre del año 2022.

Objetivos específicos:

1. Describir la asociación de SUA o metrorragia de la postmenopausia en presencia de comorbilidades como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, hipotiroidismo, anemia, tabaquismo y sedentarismo.
2. Identificar las causas más frecuentes de SUA y sangrados de la postmenopausia en la población objetivo.
3. Caracterizar la clínica del sangrado en mujeres pre y postmenopáusicas.
4. Analizar los hallazgos ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos de las pacientes estudiadas.
5. Correlacionar aquellas pacientes con anatomía patológica anormal, con su respectiva histeroscopia y ecografía previa.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo de una muestra de pacientes usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell, a quienes se les realizó una histeroscopia en el período comprendido entre agosto y septiembre del presente año. Además, cabe mencionar que según el criterio del histeroscopista, se tomó una muestra para análisis de anatomía patológica.

Para su inclusión o exclusión en este estudio, las mismas debieron cumplir con algunos criterios. Los criterios de inclusión de nuestra población fueron: Pacientes mayores de 18 años, con orden para realizar histeroscopia y que en sus datos clínicos

figure SUA o sangrado de la posmenopausia. Por otro lado, los criterios de exclusión son pacientes a las que se les realice histeroscopia por otras causas, dificultades técnicas en la histeroscopia por sangrado activo u otras dificultades que no permitan la realización de esta.

Se realizó una descripción de la población estudiada, mediante la entrega de un formulario (*Anexo 3*) a cada paciente previamente al estudio. En dicho formulario se indagó sobre las siguientes variables cualitativas: rango etario, período reproductivo, comorbilidades, diagnóstico clínico positivo de SUA, indicaciones para histeroscopia, patología ginecológica asociada, resultados previos de anatomía patológica e histeroscopia si tiene; esto sumado a los datos clínicos de su sangrado. Además, para identificar a la paciente y poder acceder a su historia clínica, se le solicitó nombre completo y documento de identidad.

La histeroscopia se realizó mediante la utilización de un histeroscopio Karl storz, con distensión de suero fisiológico.

Todas las intervenciones en la población fueron realizadas por un ginecólogo especialista en histeroscopia, además de que se contó con profesionales de enfermería especializados en la técnica.

Los análisis de las muestras endometriales de aquellas pacientes a las que se consideró necesario proceder a la realización de biopsia, se enviaron al laboratorio de Anatomía Patológica (AP) del CHPR.

NORMAS ÉTICAS

Esta investigación cuenta con el aval del comité de ética del CHPR. Abarcó pacientes con edades mayores o iguales a 18 años, las cuales consintieron su participación mediante un consentimiento informado (*Anexo 4*), previo a la realización de la histeroscopia, donde se les informó todos los aspectos éticos y metodológicos necesarios.

El consentimiento informado incluye el formulario para la realización de la encuesta y el aval del paciente para acceder a la historia clínica. Este, expuesto verbalmente y entregado por escrito por los investigadores. Se informó los objetivos y el propósito del estudio, así como la duración y la metodología a utilizar. En esta instancia también se les explicó a las pacientes, que por participar de este estudio no obtendrían ningún beneficio individual ni remuneración económica, y que podrían retirarse del mismo cuando lo desearan.

El método de recolección de datos consistió en pedirle a cada paciente su nombre completo y cédula de identidad.

Los datos que sean tomados de la historia clínica, así como de la información personal obtenida mediante la encuesta de cada paciente fueron estrictamente protegidos, de manera que solo los investigadores tuvieron acceso a ellos. Los datos como antecedentes personales y gineco obstétricos, además del motivo específico por el que se realiza la histeroscopia, fueron de gran utilidad para describir los factores que influyen en un sangrado uterino anormal o sangrado en la postmenopausia.

Los datos de las pacientes fueron cargados y almacenados en el programa Excel, con una sola dirección de acceso.

Se tuvo presente que en el caso de que una paciente solo diera su consentimiento, es decir, no consienta a realizar la encuesta o no nos permitiera acceder a su historia clínica, la misma sería desestimada del estudio. Esto es porque, se necesita de ambos elementos para poder llevar a cabo la investigación y correlacionar los hallazgos.

En caso de que alguna paciente sufriera repercusión por su sangrado u otro tipo de descompensación, mientras aguardaba para realizarse el procedimiento, los investigadores se pondrían en comunicación de inmediato con el equipo médico tratante para su rápida atención.

El equipo investigador se puso a disposición frente a cualquier duda que surgiera, de esta manera se favoreció la confianza en la metodología del estudio y se evitaron posibles transgresiones a las normas éticas, con respecto a las investigaciones en seres humanos, establecidas en nuestro país.

Los resultados de la investigación serán entregados a los sujetos interesados, mediante el servicio de la clínica ginecológica A.

RESULTADOS

Tabla 1 – Descripción poblacional

Características	Media (± DE) / % (n)
Edad	48 ± (9,83)
Edad reproductiva	71.4% (65)
Post menopausia	28.6% (26)
Edad de menopausia	47,2 ± (6.0)
Antecedentes personales	
HTA	39.6% (36)
DM	73.6% (67)
Anemia	35.2% (32)
Hipotiroidismo	23.1% (21)
Tabaquismo	19.8% (18)
Sedentarismo	64.8% (59)
Anticoagulación (medicación o enfermedad)	7.7% (7)
Antecedentes Familiares de primer grado	
Cáncer de mama	22.0% (20)
Cáncer de Ovario	9,9% (9)
Cáncer de endometrio	17.6% (16)
Gestaciones	
Número de gestaciones	3 ± (2,1)
Nulígesta	8.8% (8)
Multigestas	50.5% (46)
Abortos (E - I)	23,1% (21)
Ecografía	
Ecografía previa	93.4% (85)
Ecografía anormal	68,2% (58)

Tabla 1 - descripción poblacional. Dichas características son: edad, etapa reproductiva, antecedentes personales, familiares, ginecoobstétricos y también si estas pacientes presentaban ecografía previa.

Siguiendo nuestros criterios de inclusión y exclusión, ya expuestos con anterioridad, nuestro estudio abarcó a 91 mujeres que se realizaron una histeroscopia a

causa de un SUA o un sangrado de la post menopausia. La media de la edad es de 47 años con un DE de 9,83.

En cuanto a la edad hormonal, el 71.4% de las pacientes se encuentran en edad reproductiva, y por lo tanto, un 28.6% ya ha cursado la menopausia con una media de edad de 47.2 años con un DE de 6.0.

En cuanto a los antecedentes personales: se presentó diabetes mellitus en el 71,4% de las mujeres encuestadas. Le sigue en frecuencia el sedentarismo con un 64,8% y en tercer lugar en frecuencia es la hipertensión con un 39,6%.

La anemia se ve en un 35,2% de las pacientes, mientras 23,1% presentaron hipotiroidismo, 19,8% eran tabaquistas al momento de la consulta. El 7.7% de la población total estaba anticoagulada.

Otro punto que se encuentra en la Tabla 1 son los antecedentes familiares de primer grado, es decir madre y hermanas. El cáncer de mama se presentó en un 22.0%, el cáncer de endometrio con un 17.6% y cáncer de ovario con un 9,9%.

En cuanto al número de gestaciones se observó que la media es de 3 gestaciones con un DE de 2.

8,8% fueron nuligestas, y 50,5% de las encuestadas fueron multigestas, definidas en nuestro estudio como aquellas con 3 o gestaciones. En cuanto a los abortos, tanto espontáneos como inducidos, se presentaron en el 23,1% del total de mujeres.

Para terminar, El 93,4% de las pacientes tenían una ecografía transvaginal realizada previo al estudio, de éstas el 68,2% tenían hallazgos patológicos.

En la tabla 2 denominada caracterización del sangrado, se expone que de las pacientes premenopáusicas el 35.4% presentaron sangrado continuo, mientras que el 64.6% fue un sangrado intermitente. El grupo de las postmenopáusicas presentó un 11,5% de sangrado continuo y un 88,5% fue un sangrado intermitente.

La duración del sangrado se divide en agudo, subagudo y crónico. En ambas categorías, pre y postmenopáusicas el sangrado crónico corresponde a un 70.8% y 38,5% respectivamente. En el grupo postmenopáusica, el sangrado subagudo tuvo una frecuencia con un 26.9% y el agudo un 11,5%. En el grupo de la posmenopáusicas, el sangrado crónico se presentó en 38,5%, el subagudo 26,9 y el agudo en 34,6%.

La cantidad de sangrado se evaluó mediante el número de apósitos usados por día. En la categoría premenopausia tuvo una media de 10.6 paquetes/día mientras que la otra categoría presentó una media de 3.5 paquete/ día.

Tabla 2 – Caracterización de los resultados.

Características del sangrado	Premenopausia % (n) / media ± DE	Postmenopausia % (n) / media ± DE	Total % (N)/ media ± DE
Continuidad			
Continuo	35.4% (23)	11.5% (3)	28.6% (26)
Intermitente	64.6% (42)	88.5% (23)	71.4% (65)
Tiempo			
Agudo	15.4% (10)	34.6% (9)	20.9% (19)
Subagudo	13.8% (9)	26.9% (7)	17.6% (16)
Crónico	70.8% (46)	38.5% (10)	61.5% (56)
Cantidad			
Número de apósitos por día	10.6 ± 8.1	3.5 ± 3	
Fenómenos acompañantes			
Dolor	29.3% (20)	10.7% (8)	30.8% (28)
Síndrome funcional anémico (SFA)	12.0% (9)	4.0% (3)	13.2% (12)
Dolor + SFA	29.3% (22)	13.3% (10)	35.2% (32)
Otros	1.3% (1)	2.7% (2)	3.3% (3)
Sin fenómenos acompañantes	14.3% (13)	3.3% (3)	17.6% (16)
Episodios similares anteriormente			
Si	23.1% (15)	34.6% (9)	26.4% (24)
No	76.9% (50)	65.4% (17)	73.6% (67)

Tabla 3 – Hallazgos ecográficos previos a la histeroscopia

Resultado de ecografía	Premenopausia % (N)	Postmenopausia % (N)	Total % (N)
Normal	22.4% (19)	9.4% (8)	31.8% (27)
Línea endometrial engrosada	12.9% (11)	5.9% (5)	18.8% (16)
Pólipos	7.1% (6)	3.5% (3)	10.6% (9)
Leiomiomas	23.5% (20)	4.7% (4)	28.2% (24)
Pólipos y miomas	2.4% (2)	0.0% (0)	2.4% (2)
Mioma y línea endometrial engrosada	3.5% (3)	0.0% (0)	3.5% (3)
Otros	2.4% (2)	2.4% (2)	4.7% (4)
Total	74.1% (63)	25.9% (22)	100.0% (85)

El siguiente punto a describir es si la paciente presentaba o no fenómenos acompañantes, siendo estos: dolor, síndrome funcional anémico, dolor con SFA y otros. Del primer grupo, 17,6% no presentaban fenómenos acompañantes, de las 82,4% que sí los presentaban dentro de ellos 29,3% tenían dolor, 12% SFA (síndrome funcional anémico) y un 29.3% presentaba ambos. Otra sintomatología diferente a la nombrada se presentó en un 1.3%.

En el grupo de postmenopausia 18.8% no presentaron fenómenos acompañantes, del restante que si los presentaron 10,7% fue dolor, 4,0% SFA, 13,3% tuvieron ambos. Otra sintomatología correspondió al 2,7%. El último dato aportado por la tabla dos es la presencia o no de episodios similares anteriores, observando así que el 23.1% de las premenopáusicas si presentó un episodio similar, mientras que en el grupo de las postmenopáusicas lo tuvo en un 34.6%.

En la tabla 3, se muestran los hallazgos ecográficos previos de cada paciente. Un 31.8% de las 85 pacientes que tenían ecografía transvaginal previa, eran normales. De este porcentaje un 22.4% corresponden a mujeres perimenopausia y un 9.4% a mujeres de postmenopausia.

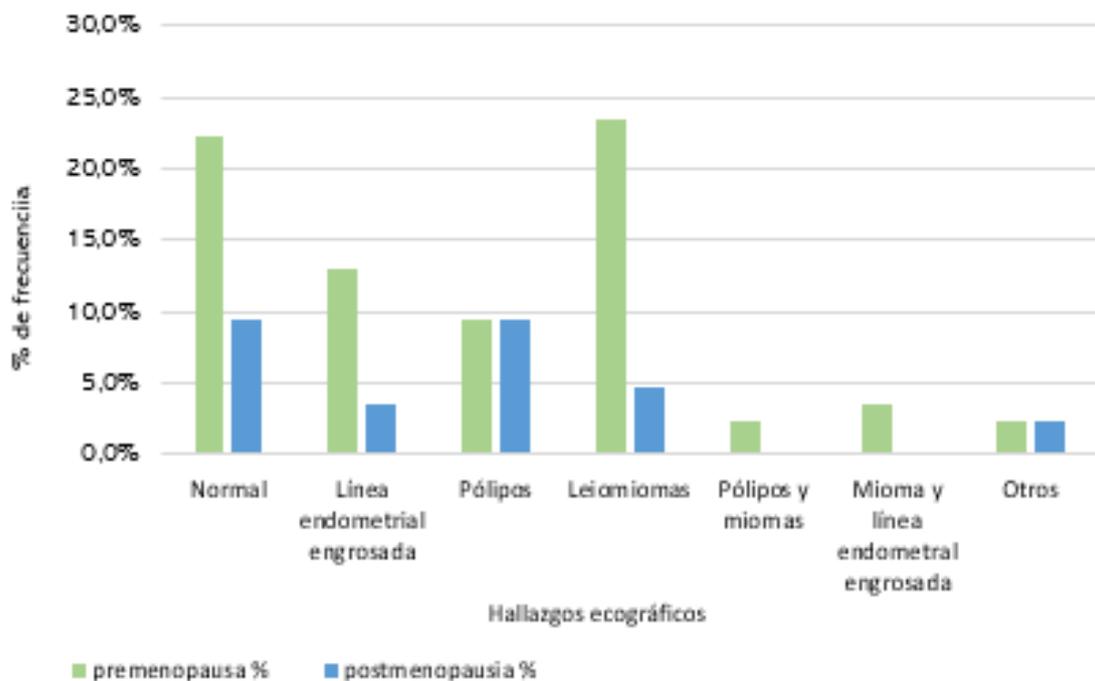
En cuanto a los hallazgos ecográficos patológicos, en la categoría de premenopausia un 12.9% presentaron línea endometrial engrosada, 7.1% pólipos, 23.3% leiomiomas, 2.4% presentaron asociación de pólipos y miomas, y un 3.5% asociación de mioma y línea endometrial engrosada. 2.4% tuvieron otros hallazgos.

Dentro de las postmenopáusicas 5.9% tuvieron línea endometrial engrosada, 3.5% pólipos, 4.7% leiomiomas, no presentó asociaciones, un 2.4% tuvo otro tipo de hallazgos.

En la tabla 4 denominada "Hallazgos histeroscópicos", observamos que un 43.08% de la categoría premenopausia presentó normalidad o hallazgos sin característica patológica. Estos últimos comprenden: endometrio atrófico, endometrio proliferativo y endometrio secretor, con un porcentaje respectivamente de 3,1%, 10,8% y 6,2%.

Por otra parte, el 50% de la población correspondiente a la categoría postmenopausia, presentaban hallazgos sin características patológicas, endometrio atrófico con un 26.9%, endometrio proliferativo con un 3.8%. Ninguna usuaria presentó endometrio secretorio.

Figura 1 – Resultados de ecográficos previos



En cuanto a los hallazgos histeroscópicos con características patológicas observamos en el grupo de las premenopausia: 10.8% miomas, 23.1% pólipos, 1.5% ambos. Endometrio aumentado de tamaño en un 12.3%. Adenomiosis, lesión con sospechas de malignidad y endometritis todas ellas se presentaron en un 3.1%.

Dentro del grupo de las mujeres postmenopáusicas: 3.8% miomas, 19.2% pólipos, 11.5% ambos. Endometrio engrosado de tamaño se presentó en un 7.7%. Adenomiosis y lesión con sospecha de malignidad, ambas 3.8%. No hubo ningún caso de endometritis crónica.

En la tabla 5, se observan los resultados de anatomía patológica. De las 91 mujeres que se realizaron la histeroscopia solo se extrajo biopsia a 28 pacientes, de estas últimas un 32.3% eran premenopáusicas y un 26.9% eran postmenopáusicas.

Al igual que los hallazgos histeroscópicos, los resultados de anatomía patológica también se dividieron en hallazgos sin o con características patológicas. Dentro del grupo de las premenopáusicas 52.4% tuvieron hallazgos sin características patológicas. Endometrio proliferativo en un 33,3%, endometrio atrófico 14.3% y endometrio secretor en un 4.8%.

En la categoría de la postmenopausia, 28.6% pacientes con endometrio proliferativo y un 28.6% con endometrio secretorio. Ninguna paciente presentó endometrio atrófico.

Por último, hablaremos de los hallazgos con características patológicas. El primer grupo de mujeres presentó: 4.8% pólipos, 9.5% lesiones neoplásicas malignas, 4.8% hiperplasia con atipias, 23.8% hiperplasia sin atipias. Leiomiomas y endometritis crónica no se presentó en ninguna paciente.

En la categoría postmenopáusica, no hubo hallazgos de pólipos ni leiomiomas. Las neoplasias malignas, la hiperplasia sin atipias y la endometritis crónica se presentaron con un mismo porcentaje, siendo este 14.3.

Tabla 4 – Hallazgos histeroscópicos

Sin características patológicas	Premenopausia % (N)	Postmenopausia % (N)	% (N) total
Normal	23.1% (15)	19.2% (5)	22.0% (20)
Endometrio atrófico	3.1% (2)	26.9% (7)	9.9% (9)
Endometrio proliferativo	10.8% (7)	3.8% (1)	8.8% (8)
Endometrio secretorio	6.2% (4)	0.0%	4.4% (4)
Total	43.08% (28)	50.0 (13)	45,1% (41)
Con características patológicas			
Mioma	10.8% (7)	3.8% (1)	8.8% (8)
Pólipos	23.1% (15)	19.2% (5)	22.0% (20)
Pólipo + Mioma	1.5% (1)	11.5% (3)	4.4% (4)
Endometrio aumentado de tamaño / hiperplasia atípica	12.3% (8)	7.7% (2)	11.0% (10)
Adenomiosis	3.1% (2)	3.8% (1)	3.3% (3)
Lesión con sospecha de malignidad	3.1% (2)	3.8% (1)	3.3% (3)
Endometritis crónica	3.1% (2)	0.0%	2.2% (2)
Total	56.92% (37)	50.0% (13)	54.9% (50)

Figura 2: Hallazgos histeroscópicos no patológicos

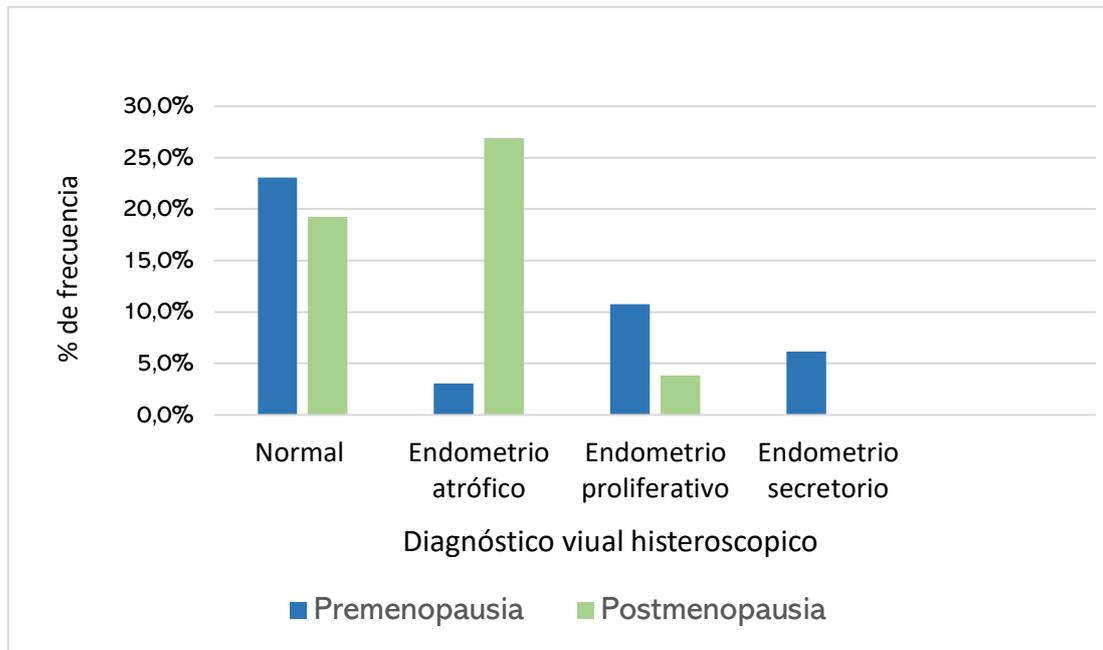


Figura 3: Hallazgos histeroscópicos patológicos

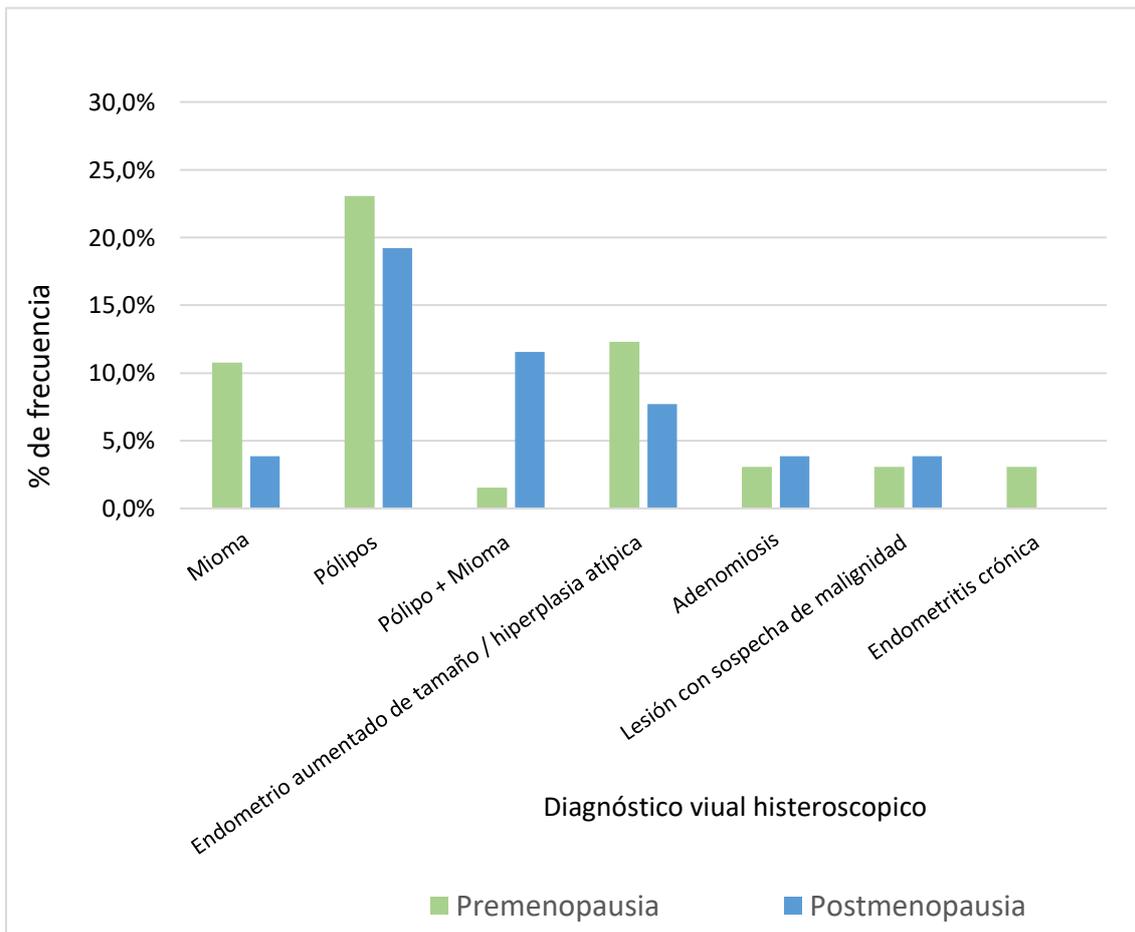


Tabla 5 – Resultados de Anatomía patológica

	Premenopausia % (N)	Postmenopausia % (N)
Se envía muestra a anatomía patológica	32.3% (21)	26.9% (7)
Muestra insuficiente	1.5% (1)	0,0% (0)
Sin características patológicas		
Endometrio proliferativo	33.3% (7)	28.6% (2)
Endometrio atrófico	14.3% (3)	0,0% (0)
Endometrio secretorio	4.8% (1)	28.6% (2)
Total	52.4% (11)	57.1% (4)
Con características patológicas		
Pólipo	4.8% (1)	0,0% (0)
Leiomioma	0,0% (0)	0,0% (0)
Lesiones neoplásicas malignas	9.5% (2)	14.3% (1)
Hiperplasia con atipias	4.8% (1)	0.0% (0)
Hiperplasia sin atipias	23.8% (5)	14.3% (1)
Endometritis crónica	0,0% (0)	14.3% (1)
Total	42.9% (9)	42.9% (3)

DISCUSIÓN

El sangrado uterino anormal y el sangrado en la postmenopausia son causados por un gran grupo de enfermedades uterinas benignas o malignas. Siendo necesario descartar el compromiso estructural en algunas de ellas por su importancia pronóstica y terapéutica.⁴

De acuerdo con las características poblacionales mencionadas en la tabla 1, se destaca que la media de edad poblacional es de 48 años con un DE de 9.83, encontrándose un 70% en edad reproductiva. De acuerdo con la bibliografía consultada esto es esperable ya que es más frecuente el sangrado uterino anormal en la perimenopausia.¹²⁻¹³

Concomitantemente en cuanto a los antecedentes personales analizados en este estudio, es esperable la alta frecuencia de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, dado que son de elevada incidencia y prevalencia en la población uruguaya a

partir de los 40 años aproximadamente, destacando que ambos son factores de riesgo para SUA y sangrado de la postmenopausia.²³⁻²⁴

Se vió además, que la mayoría de las pacientes llevaban un estilo de vida sedentario. El sedentariismo, la HTA y la diabetes se asocian con la obesidad, que se reconoce como un factor de riesgo muy importante para el sangrado uterino anormal y el sangrado de la postmenopausia derivado de patologías hormonodependientes, dado el aumento de la conversión periférica de andrógenos en estrógenos en la grasa corporal.

El hipotiroidismo se vio asociado en un 23.1%, demostrando su importante participación en este tipo de patologías.

Es esperable la baja cantidad de pacientes anticoagulados que se realizan histeroscopias, ya que estas son causas no estructurales del SUA y sangrado de la postmenopausia, y cuando se asocia su relación con el mismo, este generalmente es diagnosticado previamente por el médico tratante antes de llegar a otra etapa diagnóstica.

En cuanto a los antecedentes familiares de primer grado encuestados, se destaca que más de un quinto de las pacientes contaban con antecedentes de cáncer de mama. En Uruguay esta es la primera causa de muerte en mujeres con una incidencia de 73.1 cada 100.000 habitantes, viéndose asociado con el cáncer de endometrio, en distintos síndromes como el de Lynch. A su vez, el antecedente familiar de carcinoma endometrial observa en un 17% de nuestras pacientes, también es un factor de riesgo para padecer el mismo.⁴⁻²⁵

De las mujeres que han tenido embarazos, se tomó arbitrariamente el punto de corte de 3 o más gestaciones para definir a aquellas mujeres que eran multigestas. De estas, se vio en nuestro estudio, que más de la mitad lo eran, destacando su participación como factor de riesgo para desarrollar alteraciones estructurales uterinas.⁴

Por otra parte, dentro de los antecedentes gineco obstétricos se indago la presencia de abortos espontaneo o inducidos con el fin ver su relación con esta patología, como factor de riesgo. Se obtuvo que aproximadamente un quinto de nuestras pacientes cursó por lo menos un aborto.⁹

Dado que uno de los objetivos específicos planteados fue caracterizar el tipo de pérdida sanguínea que presentaban nuestras usuarias se indagó diferentes aspectos clínicos, a mencionar: continuidad, tiempo, cantidad, presencia de fenómenos acompañantes, así como antecedentes de episodios similares.

De los datos clínicos encuestados se observó que más de la mitad de las pacientes en ambas categorías, premenopausia y postmenopausia, tuvieron sangrado intermitente y de forma crónica, presentando además, anemia en un tercio de las mujeres al momento de la encuesta. En cuanto a la cantidad de sangrado medido en número de apósitos utilizados por día, se obtuvo que las mujeres en premenopausia son aquellas que presentan sangrados más abundantes. Es lógico pensar que esto es así por las características fisiológicas hormonales y uterinas en la edad reproductiva.⁶

Se nos hizo relevante pesquisar la presencia de fenómenos acompañantes dado que estos empeoran la calidad de vida de las usuarias, la cual ya está afectada por el sangrado en sí mismo.² El SUA y el sangrado de la postmenopausia se acompañó en su mayoría por dolor tipo cólico en hipogastrio y SFA, indiferentemente si eran pre o posmenopáusicas.

También es destacable que cerca del 20% de las mujeres perimenopáusicas y un 34% de las mujeres postmenopáusicas contaron con episodios similares de este tipo de pérdida sanguínea por causa estructural.

Previo a la realización de la histeroscopia, es necesario contar con una ecografía transvaginal. Este es un estudio inocuo y de gran accesibilidad en nuestro país. Aun así, se observó que un 7% de las pacientes no contaban con el mismo en ese momento.

Cómo hallazgos patológicos, se observó que el diagnóstico imagenológico más frecuente en las mujeres premenopáusicas son los leiomiomas, y en la postmenopausia es la línea endometrial engrosada, con un valor mayor a 5mm, siendo este un importante criterio para la realización de histeroscopia dado la gran probabilidad de malignidad.^{15, 18}

Por otra parte, observamos que un porcentaje no despreciable de las pacientes en ambos grupos fueron enviadas para histeroscopia con un resultado imagenológico normal.

De todas las pacientes que fueron sometidas a histeroscopia, un 54,9% fueron resultados anormales. Esto es así porque normalmente antes de indicarse la misma, ya que suelen haber indicios ecográficos que hicieron necesarios la realización de la misma.

De los posibles diagnósticos visuales histeroscópicos, el más frecuente fue el de patología benigna, habiendo solo un 3% de lesiones con sospecha de malignidad en la población estudiada. En investigaciones previas consultadas, la prevalencia es un poco más elevada. Esta discrepancia con nuestro estudio puede ser porque la muestra no es lo suficientemente significativa como para que los resultados sean totalmente representativos.¹⁵

En cuanto a los diferentes hallazgos no patológicos se resalta que dentro de la categoría postmenopausia predomina el endometrio atrófico sobre los demás hallazgos, coincidiendo con los resultados previstos por otros investigadores.¹⁶

En nuestra investigación, se vió que tanto en la premenopausia como en la postmenopausia, la lesión arquitectural más frecuente son las lesiones polipoideas, correspondiendo a cerca de un quinto (22%) de toda nuestra población, coincidiendo con otros resultados similares.

Además, como se vió en la tabla 4, la frecuencia de lesiones polipoideas duplica en número a los hallazgos de endometrio engrosado. Estos resultados, al compararse con la bibliografía es esperable, ya que independientemente del grupo etario, predomina la patología benigna sobre la maligna así como lo hace en nuestro estudio. ¹⁷

En cuanto al análisis anatomopatológico se destaca que más de la mitad de las muestras que fueron enviadas a anatomía patológica en ambas categorías, tuvieron resultados normales.

Con respecto a los resultados patológicos, obtuvimos que a la mayoría de las pacientes premenopáusicas se les diagnosticó hiperplasia sin atipias, mientras que lo observado en las pacientes postmenopáusicas es la lesiones malignas, hiperplasia sin atipias y endometritis crónica en igual proporción.

A fin de correlacionar hallazgos anormales de anatomía patológica con su correspondiente resultado de histeroscopia y ecografía se realizó un análisis comparativo.

De acuerdo al resultado de la anatomía patológica en las pacientes premenopáusicas se obtuvo un único resultado correspondiente a pólipo endometrial. Este resultado no se correlaciona con la ecografía previa ni con el resultado de la histeroscopia, ya que en la primera el resultado fue de leiomioma y en la segunda endometrio atrófico.

En cuanto a los dos resultados de lesiones neoplásicas malignas halladas en la anatomía patológica de las pacientes premenopáusicas, se logró ver que el resultado de las histeroscopias en ambos casos se relacionan con el resultado de la anatomía patológica; no siendo así con el resultado de las ecografías previas correspondiendo a pólipo y leiomioma.

De las pacientes postmenopáusicas se obtuvo un único resultado de anatomía patológica con una lesión neoplásica maligna, esta se correlaciona con el resultado obtenido en la histeroscopia, pero no coincide con el resultado de la ecografía previa, ya que informa un mioma.

En cuanto al hallazgo de hiperplasia con atipias solo se constató una paciente de la premenopausia, el mismo no coincide con los obtenidos en la histeroscopia en la que se vio un mioma y en la ecografía en la cual se informó un pólipo endometrial.

En las pacientes postmenopáusicas se obtuvo un sólo resultado de anatomía patológica correspondiendo a hiperplasia sin atipias. El mismo no se correlaciona con los hallazgos de la ecografía previa ni con el resultado de la histeroscopia. En las pacientes premenopáusicas se obtuvieron cinco resultados de hiperplasia sin atipias de los cuales tres de estos se correlacionaron los resultados de ecografía con la histeroscopia. Siendo estos pólipo endometrial, línea endometrial engrosada y endometrio normal, pero ninguno de estos se correlaciona con la anatomía patológica. Las otras dos pacientes no se relacionaron los hallazgos de la ecografía previa con el resultado de la histeroscopia, en una paciente se obtuvo una ecografía normal y en la histeroscopia un endometrio aumentado de tamaño. A la otra paciente en la ecografía se le informó leiomioma y en la histeroscopia el resultado correspondió a pólipo endometrial.

Respecto al resultado de la anatomía patológica de las pacientes postmenopáusicas correspondiendo a endometritis crónica, visualizamos que los hallazgos de la ecografía previa y de la histeroscopia se correlacionan siendo estos lineal endometrial engrosada y endometrio aumentado de tamaño respectivamente.

Conclusiones y perspectivas.

El sangrado uterino anormal junto con las metrorragias de la postmenopausia constituyen una patología muy frecuente en nuestro medio, como ya hemos expuesto a lo largo del presente trabajo.

El SUA tiene como principales causantes aquellas que se presentan con el acrónimo PALM - COEIN, comprendiendo etiologías estructurales y no estructurales. La histeroscopia es un buen método diagnóstico para las causas estructurales.

En el presente estudio se logró describir la asociación del SUA o metrorragias de la postmenopausia en presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, anemia, tabaquismo y sedentarismo. Siendo más frecuente la incidencia de las primeras dos.

Se identificaron las causas más frecuentes de SUA y sangrados de la postmenopausia en la población estudiada, de las cuales los pólipos predominaron en ambas categorías.

Logramos caracterizar la clínica del sangrado en ambos grupos de mujeres. Viendo una clara predominancia del sangrado crónico e intermitente, además de la gran asociación de fenómenos acompañantes como dolor tipo cólico y síndrome funcional anémico.

Se logró realizar el correcto análisis de los hallazgos ecográficos, histeroscópicos y anatomopatológicos de la población estudiada. Correlacionando finalmente aquellas pacientes que presentaban una anatomía patológica anormal, con su respectiva histeroscopia y ecografía previa.

De los resultados obtenidos podemos concluir que si bien son significativos, estos no son representativos de la población usuaria del CHPR, debido al bajo número de mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, en el corto período estudiado.

Como perspectiva a futuro, destacamos que sería interesante la continuidad de la investigación, ampliando el número de personas incluidas en la muestra, así como el tiempo de estudio. Debería prestarse especial atención a disminuir los sesgos que puedan afectar al mismo, con el fin de obtener resultados más certeros y confiables de la población.

Referencias Bibliográficas

1. S.D. Harlow, O.M.R. Campbell. Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: A systematic review. *BJOG*, 111 (2004), pp. 6-16
2. MARY GAYLE SWEET, MD; TARIN A. SCHMIDT-DALTON, MD; and PATRICE M. WEISS, MD. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. *Am Fam Physician*. 2011; Volume 85, Number 1: 35 - 43
3. Wouk, Noah; Helton, Margaret. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. *Am Fam Physician*. 2019; Volume 99, Number 7: 436-443.
4. Sepulveda J, Sepulveda AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN [Internet]. COEIN. *Ginecol Obstet Mex*. 2020 enero;88(1):59-67.; 2020 [citado 13 noviembre 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3467>
5. De la Cruz Mitac C, Escate Picon B. Hemorragia uterina anormal. Hemorragia uterina anormal. *Rev méd panacea*. 2017; 6(2); 82 - 87; 2017. [citado 10 noviembre 2022]
6. Bergeron C. Histología y fisiología del endometrio normal [Internet]. *EMC - Ginecología-Obstetricia* Volume 42, Issue 4, 2006, Pages 1-8; 2006 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(06\)47901-7](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(06)47901-7)
7. Malcolm G. Munro; Hilary O.D. Critchley; Ian S. Frase. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *International Federation of Gynecology and Obstetrics. Int J Gynecol Obstet* 2018; 143: 393–408.
8. Whitaker L. SANGRADO UTERINO ANORMAL. ELSEVIER. 2016;(5): 55-64
9. Sangrado Uterino Anormal. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Guía Para Pacientes Revisado en 2013.[citado 12 noviembre 2022]. 3-4
10. García Gonzalez MN, Segovia Palomo A. Sangrado uterino anormal como manifestación de hipotiroidismo severo: reporte de un caso [Internet]. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr*. 2021;8:99-103; 2021 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: doi: 10.24875/RME.20000054

11. Bajo Arenas J, Lailla Vicens J, Xercavins Montosa J. Fundamentos de Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2009. [citado 10 noviembre 2022]
12. Chacón Campos N, Pizarro Madrigal M, Guerrero Hines C. Sangrado uterino anormal en etapa reproductiva [Internet]. Revista Médica Sinergia Vol. 7, Núm. 5, mayo 2022, e:808; 2022 [citado 12 noviembre 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i5.808>
13. Valenzuela-Islas HA, Frías-Mendivil M, Luis-Zárate H. Correlación entre hallazgos histeroscópicos y reportes histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal. Ginecol Obstet Mex. 2017 nov; [consultado el 5 de mayo de 2022]. 85(11):748-754.
14. Sanhueza R P, Oliva P L. Scielo [Internet]. EFICIENCIA DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN EL ESTUDIO DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA PERI Y POSTMENOPAUSIA; 2008 [consultado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000100010&lang=es)
15. Pérez Agudelo LE. Hemorragia uterina anormal en perimenopausia y posmenopausia. REV. COL. DE MENOPAUSIA - VOL. 26 NÚM. 2; 2020. [citado 12 noviembre 2022].19 -20
16. Fuentes JA, Martínez Gutierrez M, Mata Miranda P. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital posmenopáusico. Ginecol Obstet Mex Volumen 75, Núm. 5, mayo, 2007. [citado 12 noviembre 2022]. 256 - 257
17. *Macarena Socías T, Renato Vargas S, Alberto Costoya A, Bárbara Monje R, María Teresa Haya M.* CORRELACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL ESTUDIO DEL ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL PATOLÓGICO POR ULTRASONIDO. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2):99-104
18. Gavilán J, Arellano N. Hallazgos histopatológicos en sangrado uterino anormal en pacientes posmenopáusicas del Hospital de Clínicas. Med. clín. soc. 2021;5(2):80-8 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.204>
19. Endoskope KS. Ginecología [Internet]. Karlstorz.com. [2022]. Available from: <https://www.karlstorz.com/es/es/gynecology.htm>
20. Di Spiezio Sardo A, Calaña G, Di Carlo C. GINECOLOGÍA Y TERAPIA MÍNIMAMENTE INVASIVA. ELSEVIER. 2015;4:3-7.

21. Alberto Suazo, CR. Histeroscopia diagnóstica en la práctica ginecológica. Rev Med Hond 2002; 70:16-20; 2002. [citado 9 noviembre 2022].
22. Rodríguez C, Mera J, Chaquiriand V, editores. Rendimiento diagnóstico de la visualización histeroscópica de la cavidad endometrial Análisis de las usuarias del Servicio de Histeroscopia de la Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas. Archivos de Ginecología y obstetricia.; 2016 archivos de Ginecología y obstetricia. 2016; volumen 54, número 2: 71–77
23. Arbelo A, Ganbogi R. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY 2017. [citado 12 noviembre 2022]. 16
24. Bao JA, Domenech D, Gambogi R. Recomendaciones para el abordaje de la hipertensión arterial sistémica en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY 2017; 2017. [citado 12 noviembre 2022]. 15
25. Aleman A, Alonso I, Alonso R. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA Tamizaje y diagnóstico precoz. 2.ª ed. Ministerio de Salud Pública - REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY; 2015. [citado 12 noviembre 2022] 10-11
26. SOGIBA Soc. de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. PROAGO Programa de actualización en ginecología y obstetricia. Edición 1. Argentina. Editorial médica panamericana. Año 2014. 37 páginas. Módulo 6.3 Histeroscopia quirúrgica.

Agradecimientos:

Nuestro más sinceros agradecimientos a las autoridades y funcionarios del Centro Hospitalario Pereira Rosell, que nos recibieron y permitieron realizar este trabajo de investigación.

Anexos

Anexo 1.

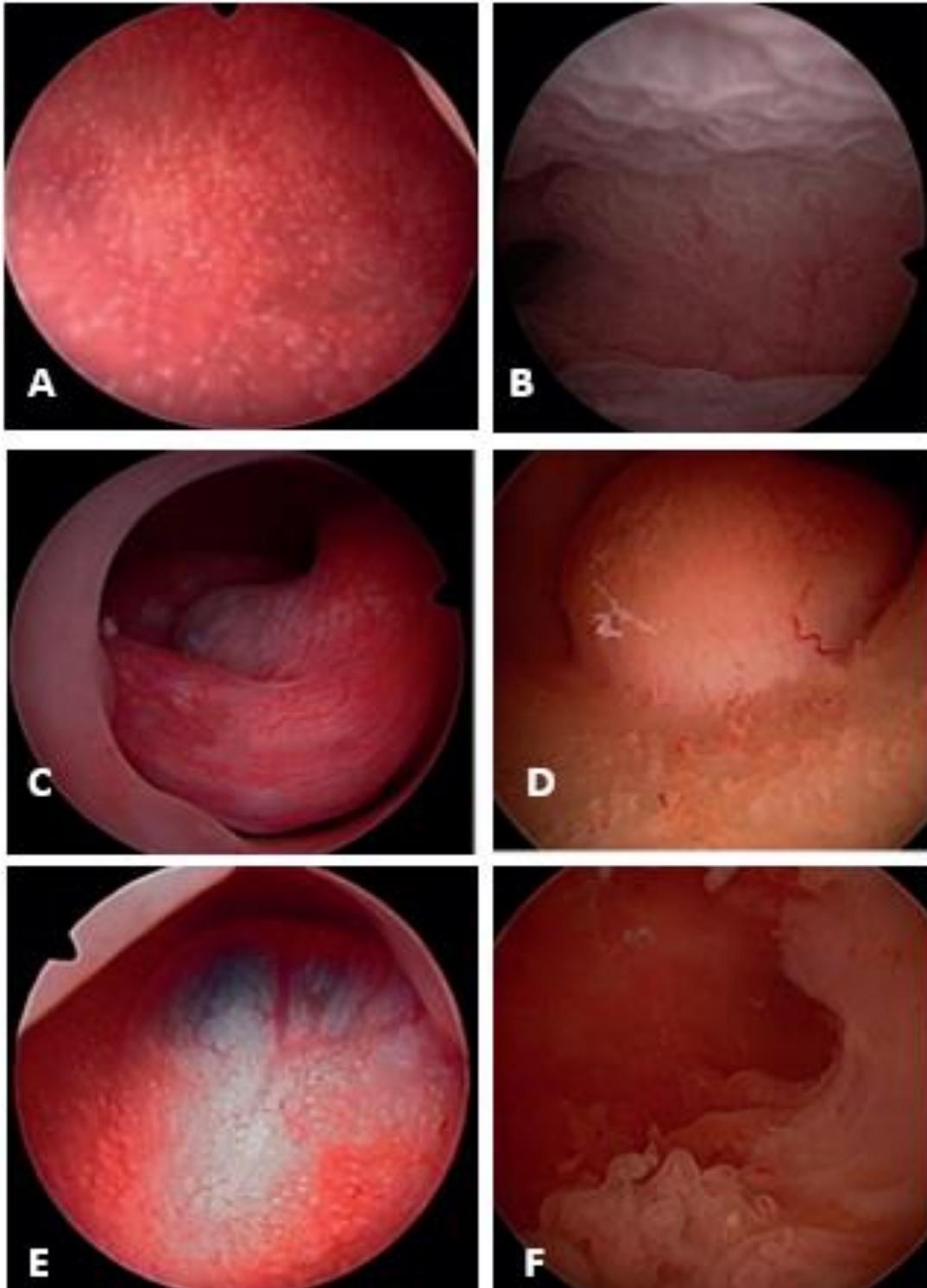


Imagen 1: A – Endometrio proliferativo. B – Endometrio secretor. C – Pólipo endometrial. D – Mioma submucoso. E – Adenomiosis. F – Endometritis crónica. 26

Anexo 2.



Imagen 2: A – Histeroscópio. B – Resectoscopio. Disponible en www.karlstorz.com.

Anexo 3.

Encuesta

Fecha de hoy: ___/___/___

Nombre completo _____

C[edula de identidad _____

Número de registro: _____

Procedencia: _____

Edad: _____

Antecedentes personales:

Médicos	Tóxicos
<ul style="list-style-type: none">• HTA• DM• Anemia• Hipotiroidismo	<ul style="list-style-type: none">• Tabaquismo _____

¿Realiza actividad física?: Si _____ No

¿Está anticoagulada? Por enfermedad _____ Por Medicamento: _____

Antecedentes familiares ginecológicos de primer grado:

- Cáncer de mama _____
- Cáncer de ovario: _____
- Cáncer de endometrio: _____

Antecedentes ginecológicos:

Menarca: _____ Menopausia: _____ Fecha de última menstruación:

- ¿En los últimos 3 meses usted ha recibido medicación anticonceptiva hormonal?
 - ACOS combinados
 - ACO solo con progestágeno
 - Progestágeno
 - Diu liberador de Levonorgestrel
 - Implante subdèrmico
 - Otros
- N° de G: _____ CST _____ PV _____ Abortos: E _____ I _____
- Vía de finalización de última gestaciones: _____ Fecha: _____
- ¿Esterilidad? _____

Enfermedad actual:

- ¿Por qué se realiza la histeroscopia? _____
- Histeroscopias previas: _____
- Características del sangrado:
 - Aparición: _____
 - Intermitente: _____ Continuo: _____
 - Agudo: _____ Subagudo: _____ Crónico: _____
 - Cantidad: _____
 - Color: _____
 - Olor: _____
 - Evolución: _____
 - Fenómenos acompañantes: _____
 - Relación con la menstruación: _____
 - Repercusión hemodinámica: _____
 - Episodios similares anteriormente: _____

- Tratamiento del SUA:
 - Estradiol+noretisterona (primosiston)
 - Noretisterona sola
 - Otro: _____

- Ecografía post sangrada:
 - Normal
 - Línea endometrial engrosada
 - Pólipos
 - Adenomiomas
 - Leiomiomas
 - Otros: _____

- Resultado de la histeroscopia: _____

- Resultado de anatomía patológica: _____

Anexo 4.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: *Hallazgos histeroscópicos en Sangrado uterino anormal y metrorragias de la postmenopausia.*

Agosto-septiembre 2022, Uruguay, Universidad de la República, Facultad de medicina, Hospital Pereira Rosell.

Nombre de los investigadores: Araujo, Sofía; De Armas, Marcela; Díaz, Mikaela, Gómez, Melani; Perez, Agustina; Rodriguez, Natali; Lacerda, Yessi; Quintela, Violeta; Ben, Sebastián.

Nombre de la organización: Clínica Ginecotológica A, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Nombre de la propuesta y versión: 1

Esta investigación será realizada por estudiantes que cursan 6° año de la carrera “Doctor en Medicina”, y supervisada por tutores.

Extendemos nuestra invitación a participar en este estudio a aquellas pacientes que presenten un sangrado ginecológico anormal y que tengan indicación de realizarse una histeroscopia por este motivo, en el servicio ginecotológico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el período de Julio- Septiembre de este año.

Realizamos esta investigación, porque se ha visto que el sangrado ginecológico anormal es un motivo de consulta frecuente en nuestro medio. Para conocer la causa de esto, una de las herramientas diagnósticas que se usa es la histeroscopia, que además, permite realizar una biopsia complementaria, en los casos donde el especialista lo considere.

A continuación, procederemos a explicarle lo que implica participar de este estudio. En caso de que haya palabras que no comprenda, puede preguntarnos.

En este trabajo, buscamos caracterizar la población de mujeres con sangrado uterino anormal o sangrado de la postmenopausia que se realizan una histeroscopia por esta razón. Para esto, necesitaremos acceder al informe de su estudio histeroscópico, y en caso de que se le extraiga una muestra, acceder a este resultado también.

Antes del procedimiento, usted deberá llenar una encuesta donde se le pedirán algunos de sus datos, para saber en qué situaciones es más frecuente que se presenten este tipo de sangrados.

En la encuesta se indagará sobre su edad, fecha de su última menstruación, enfermedades, consumo de medicamentos hormonales, si realiza actividad física, algunos antecedentes ginecológicos y características sobre su sangrado. Además, para poder identificarla e ingresar a su historia clínica, se le preguntará nombre y apellido, documento de identidad y número de registro en la institución.

La participación en este estudio incluye que usted acepte llenar la encuesta y que nos permita acceder a su historia clínica para la obtención de algunos datos específicos sobre el motivo exacto por el cual le solicitaron la realización de la histeroscopia, así como también, sobre algunos datos de sus enfermedades o antecedentes personales. Puede tener certeza de que sus datos personales serán manejados con total confidencialidad y que solo serán utilizados de forma exclusiva para este estudio, no serán divulgados ni usados para otros fines. Al finalizar la investigación, no volveremos a ingresar a su información personal.

Cabe destacar, que no estará expuesta a ningún riesgo extra a causa de este estudio, y que tampoco obtendrá remuneración económica u otro tipo de recompensa o beneficio personal. Pero, si podrá proporcionar un beneficio a posteriores pacientes que se encuentren en su misma situación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede decidir si participar o no de este estudio. En caso de aceptar, usted podrá dejar de participar, en cualquier momento

que lo desee. Cualquiera sea su decisión, esta no interferirá con los servicios que ya recibe en esta clínica.

Puede tomar el tiempo que sea conveniente para pensar si desea participar o no. Si tiene alguna duda, preocupación o molestia, puede acercarse a nosotros, ahora o más tarde, y con gusto le ayudaremos. Le brindaremos, además, un Mail por el que puede contactarse en cualquier momento del estudio:

investigacionhisteroscopica@gmail.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ENCUESTA

Declaro haber sido invitada a participar en una investigación, la cual consistirá en responder una encuesta sabiendo mis respuestas serán posteriormente analizadas.

He leído la información brindada, o me ha sido leída. He sido informada de que los riesgos serán mínimos y que no habrá beneficios directos sobre mi persona ni se me recompensará por ser parte de la investigación. Se han contestado satisfactoriamente todas mis dudas y se me proporcionó el nombre de un investigador el cual puedo encontrar en la clínica.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación, respondiendo esta encuesta.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Cédula de identidad: _____

Fecha _____ Día/mes/año.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO HISTORIA CLÍNICA

Declaro haber sido invitada a participar en una investigación, en la cual se deberá de acceder a mi historia clínica con el fin de obtener datos relevantes para la misma. Tales como: antecedentes personales, y el motivo preciso de la histeroscopia.

He leído la información brindada, o me ha sido leída. He sido informada de que los riesgos serán mínimos y que no habrá beneficios directos sobre mi persona ni se me recompensará por ser parte de la investigación. Se han contestado satisfactoriamente todas mis dudas y se me proporcionó el nombre de un investigador el cual puedo encontrar en la clínica.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación, accediendo a la revisión de mi historia clínica.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Cédula de identidad: _____

Fecha _____ Día/mes/año.