



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

11217



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

66

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**EPIDEMIOLOGIA DEL SANGRADO
POSTMENOPAUSICO EN EL H.I.E.S.
(JUNIO DEL 1995 A JULIO DEL 2000)**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DRA. LOURDES GUADALUPE HERRERA CORRALES

HERMOSILLO, SONORA; NOVIEMBRE DEL 

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**EPIDEMIOLOGIA DEL SANGRADO
POSTMENOPAUSICO EN EL H.I.E.S.
(JUNIO DEL 1995 A JULIO DEL 2000)**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DRA. LOURDES GUADALUPE HERRERA CORRALES

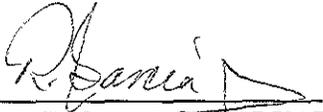


DR. FELIPE A. MÉNDEZ VELARDE
ASESOR



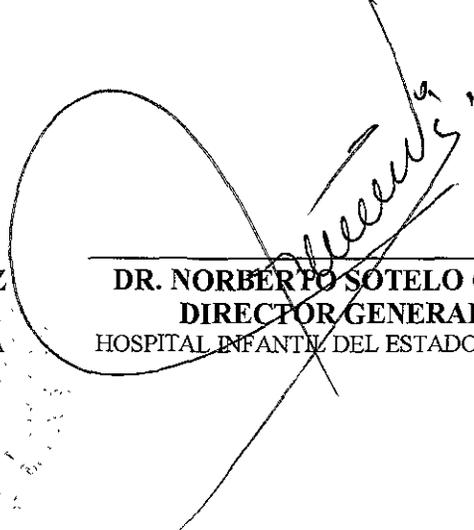
DR. GUILLERMO LÓPEZ CERVANTEZ
ASESOR

HERMOSILLO, SONORA; NOVIEMBRE DEL 2000.



DR. RAMIRO GARCIA ALVAREZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



DR. NORBERTO SÓTELO CRUZ
DIRECTOR GENERAL

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA



DR. FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE
ASESOR DE TESIS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. GUILLERMO LOPEZ CERVANTES
ASESOR DE TESIS
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN

Objetivo: Conocer la epidemiología del sangrado postmenopáusico en nuestro hospital.

Diseño: Estudio retrospectivo, Observacional, descriptivo y transversal.

Material y métodos: En el departamento de epidemiología del Hospital Infantil del Estado de Sonora, del período comprendido de junio de 95 a julio del 2000, se atendieron un total de 548 pacientes con sangrado uterino anormal, de los cuales 58 correspondieron a sangrado postmenopáusico. De este grupo se eliminaron 16 que provenían del Centro Oncológico solo para la realización de su cirugía, y 13 más, de los cuales no se encontró expediente clínico, por lo que nuestra muestra comprende 29 casos.

Resultados: La edad promedio de la menarca fue de 13.2 años, la menopausia se presentó entre 46-50 años, el reporte histopatológico la causa más frecuente fue el cáncer de endometrio, en un total de 8 casos(27.5%), con antecedentes de uno de ellos de haber tomado terapia de reemplazo hormonal. Los factores asociados o predisponentes que encontramos con mayor frecuencia correspondieron a la obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, la terapia de reemplazo y en ningún caso se encontró síndrome de ovarios poliquísticos. Se realizó un cuadro comparativo del resultado histopatológico en correlación con el ultrasonido, obteniendo una similitud entre ellos.

Conclusión. Por lo que podemos concluir que en nuestro hospital la patología más frecuente fue el cáncer de endometrio y que la única forma de diagnosticarla es el pensar en ella. La realización del ultrasonido nos ayudará a pensar en el padecimiento, pero será el legrado endometrial en cual nos dará el diagnóstico final.

ÍNDICE GENERAL

TITULO.....	I
AUTOR.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	1
DEFINICIÓN.....	3
ETIOLOGÍA.....	5
METODOS DIAGNOSTICOS.....	12
PROBLEMA.....	14
HIPÓTESIS.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	16
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
OBJETIVOS.....	18
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	19
GRUPO DE ESTUDIO.....	20
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	21

RESULTADOS.....	22
CONCLUSIONES.....	25
COMENTARIOS	26
FIGURAS Y TABLAS.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	39

TITULO:

**EPIDEMIOLOGIA DEL SANGRADO
POSTMENOPAUSICO EN EL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA.**

AUTOR:

**DRA. LOURDES GUADALUPE HERRERA CORRALES
RESIDENTE DE CUARTO AÑO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
H.I.E.S.**

TITULO:

**EPIDEMIOLOGIA DEL SANGRADO
POSTMENOPAUSICO EN EL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA.**

AUTOR:

**DRA. LOURDES GUADALUPE HERRERA CORRALES
RESIDENTE DE CUARTO AÑO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
H.I.E.S.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por guiarme en el camino y darme la fortaleza espiritual para convertirme en lo que soy.

A MI MADRE, por su entrega, su comprensión y apoyo.

A MIS HERMANOS, por estar conmigo en los momentos difíciles.

A MIS MAESTROS, con respeto y admiración, por compartir sus experiencias y transmitir sus conocimientos; ocupando un lugar muy especial: Dr. Raúl Amaro Patrón, Dr. Felipe Arturo Méndez Velárde, Francisco Javier Vega Ruiz, Dr. Francisco Octavio Durazo Arvizu. Dr. Miguel Angel Salceda Pérez.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES, por compartir noches de arduo trabajo y desvelo, alegrías y tristezas: sobretodo por el apoyo moral. Muy especialmente al Dr. Ramón Ortíz Rodríguez, Dr. David Arnoldo Barceló Mancillas, Dra. Cintya Sandoval González, Dra. Bárbara Dávalos Regalado, sintiéndome afortunada de contar con su amistad.

A todo el personal del Hospital Infantil, por su apoyo y comprensión, ocupan un lugar en mi corazón

INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS

Parece obligatorio revisar la historia de lo que representa la menopausia, para la sociedad, tarea nada fácil, porque va asociada a la historia de la femineidad, ya que son perspectivas inseparables en la visión de la mujer. Las sociedades en sus diversas civilizaciones tendieron siempre al “anclaje” de la condición femenina en exaltación de los valores de la mujer, fundamentados en su etapa reproductiva. La mujer en su proceder de condición de madre y educadora de los hijos le concedió un carácter socialmente “sagrado” que se remonta a las jerarquías de las tribus prehistóricas, pero por otro lado, la función purificadora de la menstruación, conllevaba, la acusación de impureza femenina.

En la época antigua, además de Hipócrates, numerosos autores coincidieron en dar significado patológico a los sangrados postmenopáusicos, pronosticando una muerte casi segura a la mujer que los padecía. La medicina árabe que recogió casi todos los legados clásicos,

avanzó en estos conocimientos editando numerosos tratados sobre obstetricia, ginecología e incluso sexología, pero no se cuenta con referencias sobre la menopausia. Y también se sabe que no hay información al respecto en la cultura occidental en la Edad Media, debido al oscurantismo.

En el siglo XVIII, cuando Graaf edita su famoso tratado sobre la reproducción, refiere la función de las trompas y los mecanismos reproductores y que desaparecen como una consecuencia de la menopausia. En el diccionario de la Real Academia (año 1780) la palabra menopausia no aparece, pero sí climaterio, en cual lo define como “el año tenido supersticiosamente por aciago. El tiempo enfermo por el temperamento o peligroso por sus circunstancias. Se está climatérica cuando se tiene mal humor”. También existe la palabra menstruación: “la sangre superflua que todas las mujeres evacuan naturalmente, cuando la naturaleza no la gasta en nutrir y alimentar al feto”.

Desde el comienzo del siglo XX se ha experimentado un gran incremento en la esperanza de vida de las pacientes postmenopáusicas⁽¹⁾

DEFINICION:

La menopausia se refiere al cese completo o permanente de las menstruaciones y se refiere por el período menstrual final, que a menudo ocurre durante el climaterio.

Por otra parte el climaterio se refiere a la fase del proceso del envejecimiento de la mujer durante el cual ocurre la transición del estadio reproductivo de la vida al estadio no reproductivo. Esta transición es el período de declinación de la función ovárica el cual, por lo común, se torna clínicamente evidente durante los 2 a 5 años próximos a la menopausia.

El climaterio finalmente anuncia la menopausia, con las manifestaciones de atrofia y envejecimiento tisulares progresivos.

Un intervalo de 12 meses de amenorrea es a menudo necesario para el diagnóstico de menopausia. Sin embargo, en algunos pacientes, medir los

niveles de hormonas folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), es necesario para diferenciar a la menopausia de otras causas de amenorrea secundaria.⁽²⁾

La edad media de la menopausia es de 51.4 años, con un espectro de 48 a 55 años. Cuando la menopausia ocurre a los 35 años de edad o antes, se clasifica como falla ovárica prematura. La incidencia de menopausia secundaria a la realización de histerectomía aumenta desde aproximadamente los 22 años y tiene una meseta de aproximadamente a los 48 años.

El sangrado postmenopáusico es aquel que se presenta en una paciente con un periodo mínimo de un año del cese de su última menstruación. El sangrado vaginal proveniente de útero en postmenopáusicas debe al médico poner en alerta, ya que puede ser la primera manifestación de una lesión neoplásica cuyo origen puede provenir de endometrio, músculo uterino (mioma), ovarios, cérvix y muy rara vez de trompa, sin olvidar otras causas de estos padecimientos como son la hiperplasia endometrial, la atrofia del mismo endometrio, los pólipos tanto endometriales como endocervicales, así como la depleción hormonal por terapia de reemplazo que está presentando gran auge.

ETIOLOGIA DEL SANGRADO POSTMENOPAUSICO

- Atrofia Endometrial 60-80%
- Terapia de Reemplazo 15-25%
- Pólipo Endometrial 2-12%
- Hiperplasia Endometrial 5-10%
- Cáncer Endometrial 10%

(3)

- Estrógenos Exógenos 30%
- Atrofia Endometrial 30%
- Cáncer Endometrial 15%
- Pólipo Endometrial o Cervical 10%
- Hiperplasia Endometrial 5%

(4)

A T R O F I A E N D O M E T R I A L

La atrofia endometrial generalmente es asintomática. Ocasionalmente provoca metrorragia poco abundante que puede ser repetitiva.

El examen físico evidencia una atrofia global de genitales externos, resequedad vulvar-vaginal, dolor a introducción del espéculo y trauma fácil dejando petequias al contacto.

La ecografía confirma un útero pequeño, anexos atróficos o no visibles y un endometrio que no sobrepasa los cuatro milímetros.

A la histeroscopia se observa un endometrio pálido, atrófico con múltiples petequias, puede acompañarse de sinequias. El diagnóstico se confirma por estudio histológico. Se maneja con dosis bajas de estrógenos generalmente de uso tópico. El uso de estrógenos puede causar sangrado por depleción hormonal.

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL.

Cada vez es más frecuente el uso de estrógenos en las mujeres postmenopáusicas debido no sólo a la mejoría de los síntomas vasomotores, insomnio, atrofia urogenital, menos infartos de miocardio al prevenir la arteriosclerosis coronaria, los posibles efectos de la osteoporosis contribuyendo a menos fracturas de cadera, y si además, se confirma quede prevenir el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, llegará a ser utilizada hasta por médicos de atención primaria⁽⁵⁾

No hay que minimizar el riesgo de los estrógenos en la etiología del carcinoma endometrial, en el cual desempeñan un papel protagónico que es claro, sobre todo cuando se usa solo estrógenos sin progesterona.

Respecto al potencial carcinogénico de los estrógenos sobre la mama existen muchos estudios contradictorios, pero estas premisas hace que recaigan sobre ellos una fuerte sospecha como factor predisponente al cáncer mamario^(3,6)

El uso de estrógenos debe de ser cauteloso, se debe de seleccionar la paciente teniendo en cuenta sus antecedentes personales, familiares, el peso de la paciente y ésta debe ser informada respecto al riesgo- beneficio y

de los signos y síntomas indeseables, se debe de realizar una valoración previa del endometrio antes del inicio ya sea por ecografía, histeroscopia, biopsia y la realización de estudios complementarios.

Se recomienda que acompañado al estrógenos se administre progesterona, ya que puede modificar tanto en endometrio como en mama, los patrones bioquímicos del ciclo celular, evitando su división indiscriminada y con ello su potencial de transformación en células malignas.

CANCER ENDOMETRIAL

El cáncer de endometrio es una patología que hay que descartar en las pacientes con sangrado postmenopáusico, de ahí que exista un aforismo muy conocido el cual refiere "que se tiene cáncer de endometrio hasta no demostrar contrario". Esta es una enfermedad que ocurre sobre todo en mujeres postmenopáusicas, y es cada vez más virulento conforme progresa la edad. Se ha establecido con claridad la función que tienen los estrógenos en el desarrollo de la mayor parte de los cánceres endometriales; cualquier factor que incremente la exposición a los estrogénos sin oposición aumentará el riesgo de cáncer endometrial⁽¹⁾

Hay 2 tipos patogénicos diferentes de cáncer de endometrio.- El tipo más frecuente ocurre en mujeres postmenopáusicas con antecedentes a la exposición a los estrógenos sin oposición, ya sea endógenos o exógenos. Son tumores que inician con endometrio hiperplásico y progresan hasta carcinoma, son tumores "dependientes de estrógenos", tienden a ser más diferenciados, y su pronóstico es más favorable. El otro tipo se produce en mujeres que no han recibido estimulación endometrial con estrógenos. Estos cánceres de ocurrencia espontánea no se relacionan desde el punto patológico con hiperplasia endometrial, pero puede originarse de un fondo endometrio atrófico, son menos diferenciados y se acompañan de peor pronóstico, son tumores "independientes de estrógenos" y se producen en mujeres más ancianas y delgadas.

Se han identificado diversos factores de riesgos y la mayor parte de ellos se relaciona con estimulación endometrial a estrógenos prolongados y sin oposición, entre los que tenemos:

1. Las mujeres nulíparas tiene 2 a 3 veces más riesgo que las multíparas.
2. Incrementa el riesgo en infertilidad y antecedentes de menstruaciones irregulares por ciclos anovulatorios.

3. La menopausia natural que ocurre después de los 52 años, incrementa el riesgo de cáncer 2.4 veces más, que en las mujeres que lo presentan a los 49 años.
4. Aumenta el riesgo tres veces en mujeres que están pasadas de peso de 9.5 a 23kg y de 10 veces en las que sobrepasan 23 Kg
5. El síndrome de ovario poliquístico y tumores ováricos funcionales también aumentan el riesgo.
6. El empleo de reposición estrógena sin oposición aumenta el riesgo ocho veces.
7. El uso de medicamentos como el tamoxifén se han visto relacionada con el aumento de riesgo 3 veces más.
8. La diabetes sacarina incrementa el riesgo 1.3 a 2.8, otros padecimientos como la hipertensión y el hipotiroidismo se relaciona con cáncer de endometrio pero no se han confirmado una relación causal.^(2,7,8 9.10.11)

POLIPO ENDOMETRIAL

Tanto los pólipos endometriales como los cervicales son prolongaciones Sésiles o pediculadas que surgen como tumoraciones blandas, solitarias o múltiples, generalmente corresponden en cérvix a hiperplasia del epitelio endocervical y en endometrio a hiperplasia del tejido endometrial, tiene la característica de ser muy vascularizado, puede causar hemorragias en algunas ocasiones. Todo pólipo debe de ser extirpado y remitido a patología ya que en

menopáusicas tiene connotación maligna y pueden ser visualizadas por medio de histeroscopia.

H I P E R P L A S I A E N D O M E T R I A L

La hiperplasia endometrial representa un espectro de alteraciones morfológicas, biológicas, glandulares y del el estroma endometrial, que varía de un estado fisiológico exagerado hasta carcinoma in situ. La hiperplasia y su importancia clínica suelen evolucionar sobre un fondo de endometrio proliferativo por estimulación prolongada de estrógenos en ausencia de influencia de progestágenos. La hiperplasia endometrial es importante desde el punto de vista clínico, porque puede producir hemorragias uterinas anormales, acompañarse de tumores ováricos productores de estrógenos, deberse a tratamiento hormonal y precede al cáncer endometrial u ocurrir de manera simultánea con éste.

El riesgo de hiperplasia endometrial que progresa hasta cáncer se relaciona con la presencia y la gravedad de las atipias citológicas.

Debe considerarse el origen del exceso de estrógenos, incluidos la obesidad, los estrógenos exógenos o tumores ováricos secretores de estrógenos ^(3,11,14,15)

MÉTODOS DIAGNOSTICOS

El ultrasonido es excelente como primer paso para evaluar al sangrado postmenopáusico debido a que es menos invasivo, más barato, sensible y tiene beneficios adicionales como la visualización de los ovarios, tamaño y forma del útero, apariencia y tamaño del endometrio, líquido libre en cavidad pélvica, adenopatías pélvicas. La ecografía transvaginal igual que la abdominal ayuda a medir y complementar la información a cerca del compromiso del estroma cervical, miometrial y endometrial. El ultrasonido presenta una sensibilidad de 93% con un valor predictivo positivo 73%, y una especificidad del 71% con un valor predictivo negativo del 93%.^(13,15)

BIOPSIA ENDOMETRIAL

Una biopsia endometrial satisfactoria se puede obtener en el consultorio usando la cánula de karman o una cureta de Novak. Estas biopsias de consultorio causan en ocasiones alguna molestia e incomodidad a la paciente,

y en cerca del 8% de las pacientes no es posible obtener espécimen debido a un orificio estenótico o molestias. Esta falla se incrementa a cerca del 18% para mujeres por encima de los 70 años de edad.

La biopsia bajo anestesia y la histeroscopia diagnóstica se debe de llevar a cabo en toda paciente que por dificultades técnicas no pudo realizarse en consultorio, o aquellas que a pesar del informe histopatológicos negativo persiste la duda basada en persistencia del sangrado o informes ecográficos. Además, bajo anestesia se puede realizar una revisión más exhaustiva, así como dilatación del orificio cervical en caso de estenosis, además de la realización de revisión bimanual vaginal y rectal, practicar histeroscopia diagnóstica.⁽³⁾

HISTEROSCOPIA

La histeroscopia podría de ser de gran valor sólo si el diagnóstico de cáncer no está del todo claro, o si existen indicios de lesiones benignas, tales como los pólipos, que podrían causar sangrado, que podría persistir a pesar del tratamiento médico. En ocasiones el ultrasonido puede reportar un endometrio engrosado, y la biopsia reporta tejido atrófico, el diagnóstico será seguramente un pólipo endometrial y el siguiente paso podría ser la resección por histeroscopia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se desconoce la incidencia del sangrado postmenopáusico así como las causas que pueden estarlo provocando, en las pacientes que son atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Infantil del Estado de Sonora, desde su apertura a la fecha.

HIPOTESIS:

Consideramos que la epidemiología del sangrado postmenopáusico es similar a la informada en otras entidades de la república, así como la de otros países.

JUSTIFICACION:

El conocer la epidemiología del sangrado postmenopáusico en nuestro hospital, así como los factores que lo producen, nos permitiría conocer características de procedimientos médicos, clínicos, diagnósticos y tratamientos, que harán proponer una mejor atención a este tipo de problema.

MATERIAL Y METODO

En el departamento de ginecología del Hospital Infantil del estado de Sonora, del periodo comprendido de junio 95 a julio del 2000, se atendieron un total de 548 pacientes con sangrado uterino anormal de los cuales 58 correspondieron a sangrado postmenopáusico. De este grupo se eliminaron 16 que provenían del Centro Oncológico sólo para la realización de su cirugía, y 13 más, de los cuales no se encontró expediente clínico, por lo que nuestra muestra comprende 29 casos.

OBJETIVOS:

Generales.- Conocer la epidemiología del sangrado postmenopáusico en nuestro Hospital.

Secundarios.- Correlacionar el ultrasonido y los resultados histopatológicos del legrado cuando los hubiera.

TIPO DE INVESTIGACION:

- Retrospectivo
- Observacional
- Descriptivo
- Transversal

GRUPO DE ESTUDIO:

Toda mujer postmenopáusica que presente sangrado transvaginal, que cuente con expediente clínico y estudio histopatológico.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Será toda paciente con sangrado postmenopáusico que se reciba en la institución desde junio 95 hasta julio 2000.

RESULTADOS

En el Hospital Infantil del Estado de Sonora se capturaron un total de 548 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal de las cuales 58 correspondían a sangrado postmenopáusicos, de este número sólo se aceptaron un total de 29 pacientes que son las que contaban con expediente clínico y estudio histopatológico.

La edad en la que se inició la menarca, presentó un promedio de 13.2 años. Una media de 13 años, y una desviación estándar de 1.45 años.

(Figura # 1).

El mayor grupo de edad en la que se manifiesta la menopausia en nuestras pacientes fue entre los 46 y 50 años de edad, con un promedio de 48.1 y una media de 50 años. (Figura #2).

El mayor número de nuestras pacientes eran multíparas, con 23 de los casos (79.3%), seguida de las nulíparas, con 5 casos (17.2%), por último las primíparas con uno sólo caso (3.4 %). (Figura # 3).

En las pacientes que se manejaron con terapia de reemplazo hormonal, en una de ellas se presentó cáncer de endometrio (16.6%), en 2 de ellas se presentó hiperplasia endometrial (33.3%), el endometrio decidual por terapia

de reemplazo, la atrofia y el pólipo endocervical se presentó en uno de cada caso (16.6%), dando un total de 6 pacientes.^(Figura # 4)

Los factores predisponentes o asociados que se encontraron en nuestras pacientes son la terapia de reemplazo en 6 casos, la hipertensión en 10 casos, la diabetes mellitus en 7 casos, la obesidad en 8 casos, y el síndrome de ovarios poliquístico en ningún caso.^{(Tabla #1).}

En los métodos de planificación familiar, utilizadas por nuestro grupo de pacientes, 14 de ellas no utilizaron ningún método de planificación familiar (48.2%), en 7 casos se utilizó oclusión tubaria bilateral (24.1%), los hormonales orales en 6 casos (20.6%), hormonales inyectables 2 casos (6.9%), y el dispositivo intrauterino en ningún caso.^{(Figura # 5).}

El reporte histopatológico demostró que la causa más frecuente de sangrado postmenopáusico fue el cáncer de endometrio en un total de 8 casos (27.5%), seguido de endometrio proliferativo o secretor en 6 casos (20.6%), atrofia endometrial en 6 casos (20.6%), hiperplasia endometrial 4 casos (13.7%), la terapia de reemplazo, pólipo endometrial, leiomioma, el cáncer cervicouterino, y el leiomioma con un caso cada uno (3.4%).^{(Tabla # 2).}

Se encontró una correlación de cáncer de endometrio con respecto a la diabetes mellitus en un paciente, de hipertensión en 4 pacientes, una de ellas

era obesa, una tomó terapia de reemplazo, y ninguna presentó síndrome de ovarios poliquístico. ^(Figura # 6)

Con respecto a los factores predisponentes o asociados a hiperplasia endometrial, 2 de ellas eran diabéticas, una hipertensa, 2 obesas, una tomó terapia de reemplazo, y ninguna presentó síndrome de ovarios poliquísticos ^(Tabla # 3); mientras que en la atrofia endometrial, 2 de ellas eran diabéticas, 2 hipertensas, 2 obesas, una tomó terapia de reemplazo y no se presentó ningún síndrome de ovarios poliquísticos. ^(Tabla # 4).

Se reporta la comparación de los resultados histopatológicos y de ultrasonido, los cuales son muy similares. A mayor grosor del endometrio mayor correlación con cáncer de endometrio. Se presentaron 8 casos (27.5%), y sólo en un caso no hubo correlación. La atrofia endometrial se presentó en 6 casos (20.6%), y hubo similitud en 4 casos. La hiperplasia endometrial se presentó en 4 casos (13,7%), y sólo en 2 pacientes no hubo correlación. ^(Tabla # 5)

CONCLUSION.

Por lo que podemos concluir que en nuestro hospital la patología más frecuente es el cáncer de endometrio y la única forma de diagnosticarla es el pensar en este padecimiento. El realizar un ultrasonido nos ayudará para observar el grosor del endometrio y pensar en la gravedad del padecimiento pero será el legrado biopsia, ya sea en consultorio o intrahospitalario bajo anestesia, el que nos dará el diagnóstico final para tener un mejor manejo de nuestras pacientes.

COMENTARIOS

Observamos que el mayor número de pacientes tuvieron su menarca a los 12 años y la menopausia se presentó, entre los 46 y 50 años, esto nos orienta a pensar que a mayor tiempo de exposición a estrógenos, mayor posibilidad de padecer hiperplasia o cáncer endometrial.

Con respecto a la edad de inicio de la menopausia, en la literatura proveniente en Estados Unidos de Norte América, se describe su presencia entre los 48 a 55 años y en la encontrada en nuestra población fue entre 46-55 años.

Las multíparas sobresalieron en nuestro estudio en número total de 23 casos, por lo que ya sabemos, el embarazo podría ofrecer una cierta protección sobre el cáncer de endometrio al estar expuesta tanto a estrogénos como progestágenos.

De las pacientes que tomaron terapia de reemplazo hormonal, una de ellas presentó cáncer de endometrio, en este caso es conveniente comentar que esta paciente ingresó a nuestro hospital con terapia a base estrogénos solamente. La hiperplasia endometrial se presentó en 2 casos, las cuales

mejoraron al incluir terapia de oposición (progestágenos) sin más complicaciones.

Es importante comentar que en nuestro estudio no encontramos el antecedente de síndrome de ovarios poliquísticos en ninguna de nuestras pacientes, no siendo así para la diabetes y la hipertensión en los cuales se encontraron en 10 y 7 casos respectivamente, sin olvidar a la obesidad que presentó 8 casos.

Con respecto al método de planificación familiar, se encontró que la mayor cantidad no utilizó método de planificación.

El ultrasonido tanto pélvico como transvaginal y el resultado de patología, en nuestro estudio presentó una correlación importante entre los hallazgos. Actualmente en nuestro hospital se está dando más auge al uso del ultrasonido transvaginal, por la mayor sensibilidad y especificidad que presenta.

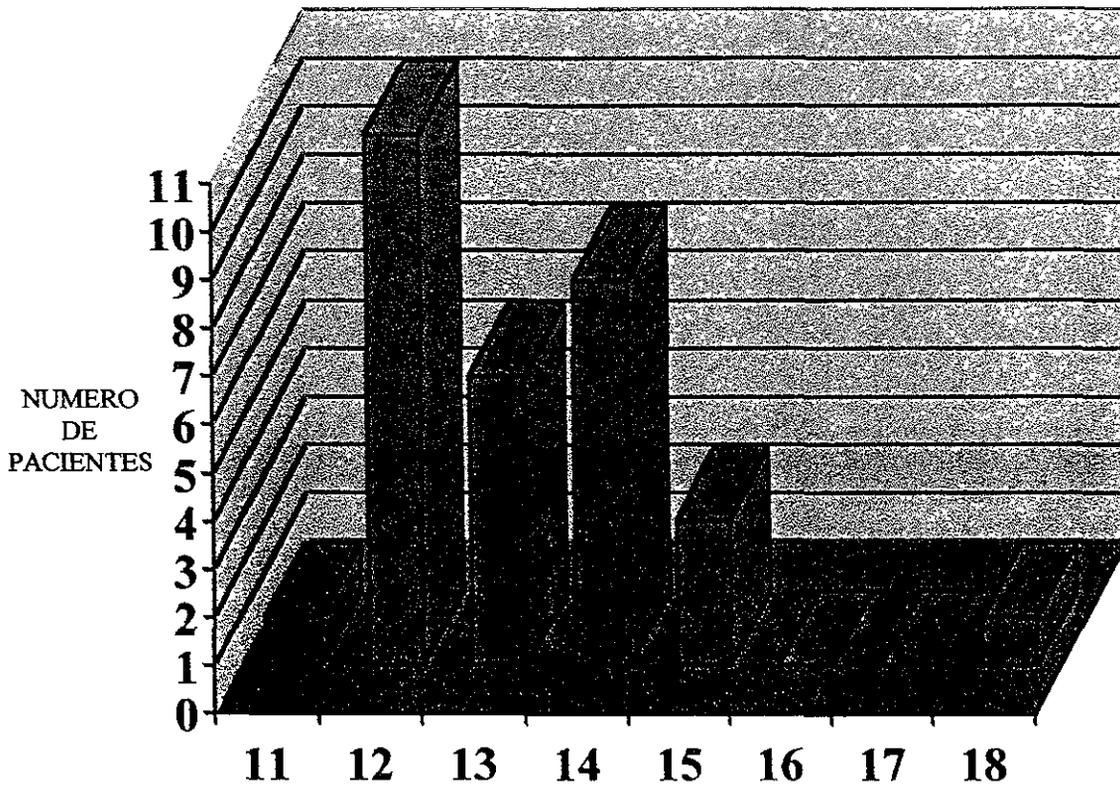
En el resultado histopatológico se reportó como primera causa de sangrado postmenopáusico el cáncer de endometrio no siendo así en la literatura ⁽³⁾

TABLAS

Y

FIGURAS

FIGURA No. 1
SANGRADO POSTMENOPAUSICO EN 29
PACIENTES CON ESTUDIO
HISTOPATOLOGICO DEL ENDOMETRIO, SEGÚN
LA MENARCA



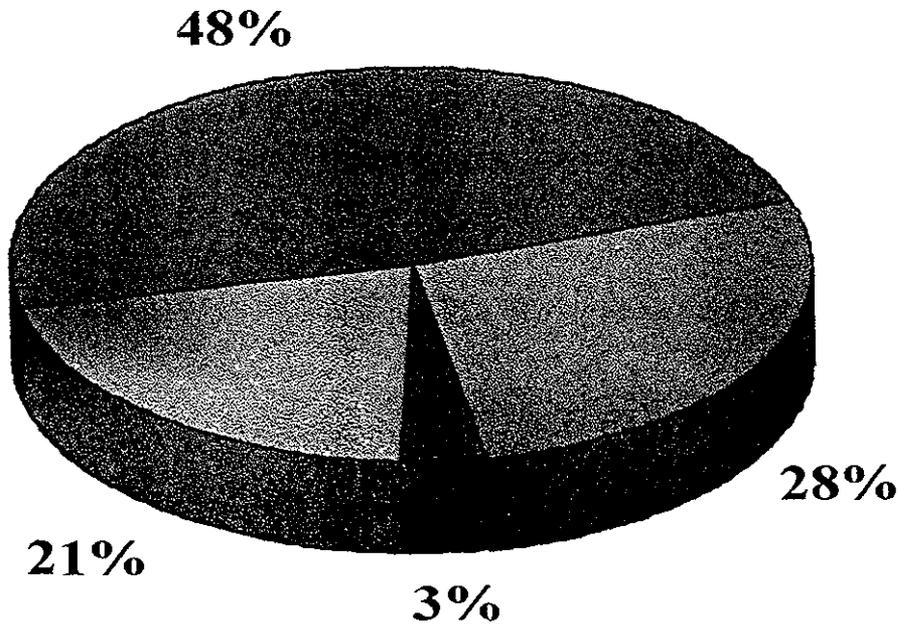
EDAD

PROMEDIO 13.2 AÑOS
MEDIANA 13 AÑOS
D. ESTAND. 1.45 AÑOS
MINIMO 11 AÑOS
MAXIMO 18 AÑOS

Fuente:
Archivo Clínico y Patológico
H:I:E:S:

FIGURA No. 2
SANGRADO POSTMENOPAUSICO EN 29 PACIENTES CON ESTUDIO
HISTOPATOLOGICO
DEL ENDOMETRIO, SEGÚN LA MENOPAUSIA

PROMEDIO 48.1 AÑOS
MEDIANA 50 AÑOS
D.ESTAND. 4.07 AÑOS



■ 36-40 AÑOS ■ 41-45 AÑOS ■ 46-50 AÑOS ■ 51-55 AÑOS

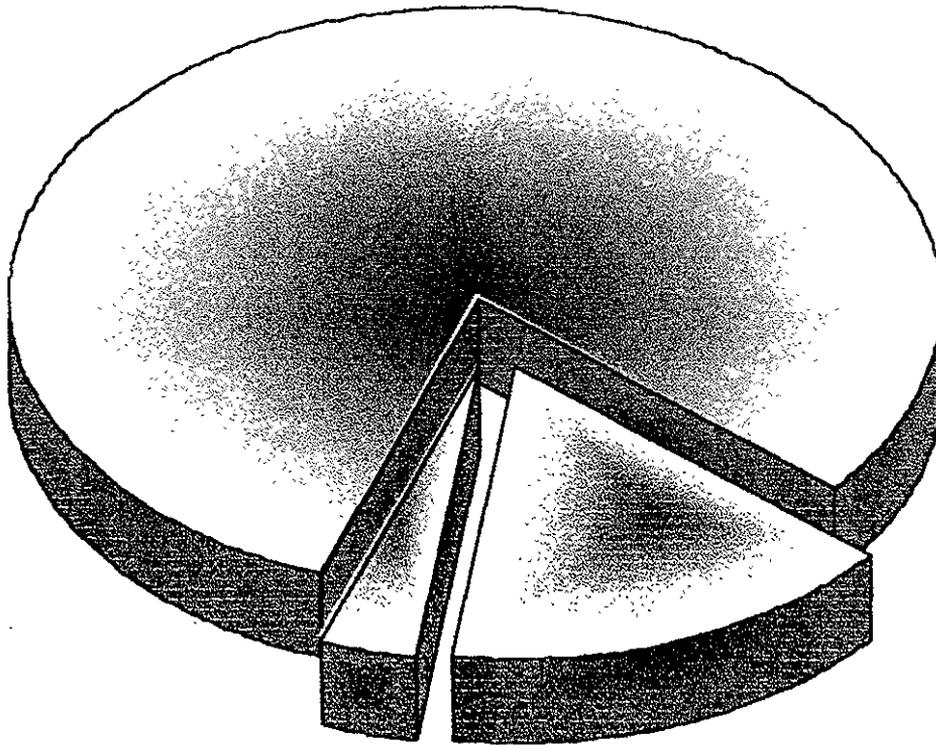
Fuente:
Archivo Clínico y patológico
H.I.E.S.

ESTA TESIS NO DEBE
SER REPRODUCIDA SIN EL
CONSENTIMIENTO DEL AUTOR

FIGURA No. 3
SANGRADO POSTMENOPAUSICO EN 29 PACIENTES CON
ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE ENDOMETRIO,
DISTRIBUIDO SEGÚN GESTACIONES

MULTIPARAS 81%

MEDIANA 6 GESTAS
PROMEDIO 5.6 GESTAS
D. ESTAND 4.03 GESTAS
MINIMO 0 GESTAS
MAXIMO 15 GESTAS



PRIMIPARAS
3%

NULIPARAS
16%

Fuente.
Archivo clínico y
patológico
H.I.E.S.

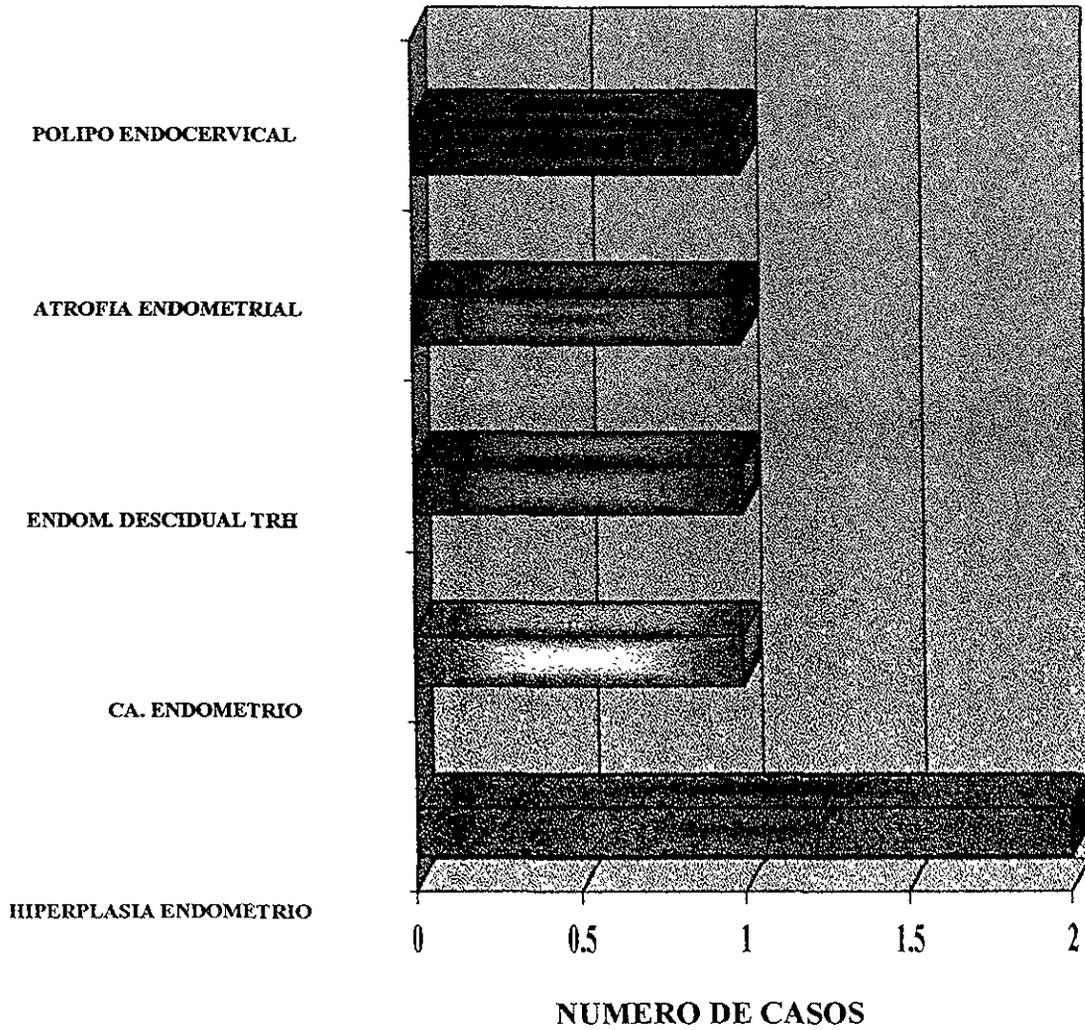
FIGURA No. 4

SANGRADO POSTMENOPAUSICO

PACIENTES TRATADAS CON TERAPIA DE

REEMPLAZO HORMONAL Y SUS PATOLOGIAS

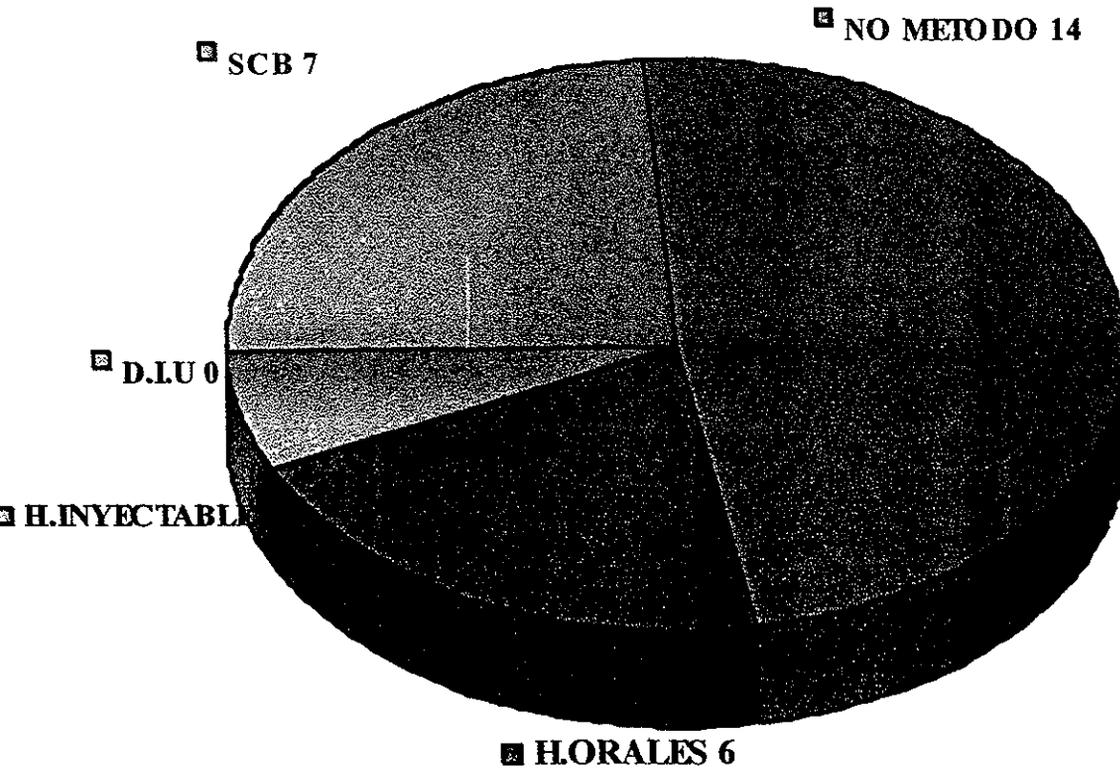
ENCONTRADAS



* TRH TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL..

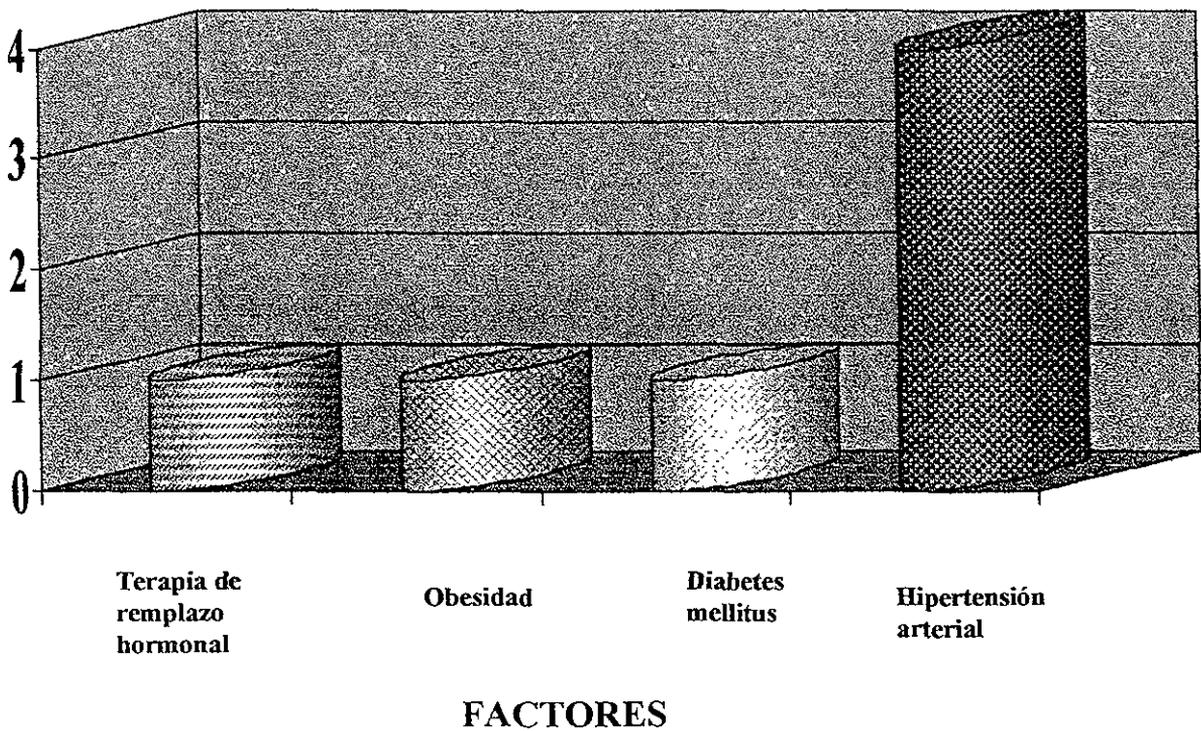
Fuente:
Archivo Clínico y de Patología
H.I.E.S

FIGURA No 5
SANGRADO POSTEMENOPAUSICO
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MÉTODO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR UTILIZADOS



Fuente:
Archivo Clínico
H.I.E.S

FIGURA No. 6
SANGRADO POSTMENOPAUSICO
FACTORES ENCONTRADOS EN CANCER
ENDOMETRIAL



Fuente:
Archivo clínico y patológico
H.I.E.S.

SANGRADO POSTMENOPAUSICO

FACTORES PREDISPONENTES Y ASOCIADOS EN 29 PACIENTES

TERAPIA DE REEMPLAZO	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSION	SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS	OBESIDAD
6 PACIENTES	7 PACIENTES	10 PACIENTES	0 PACIENTES	8 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico y patológico
H.I.E.S

TABLA #2

SANGRADO POSTMENOPAUSICO REPORTE HISTOPATOLOGICO DE ENDOMETRIO EN 29 CASOS ENCONTRADOS.

* CANCER DE ENDOMETRIO	8 (27.5%)
* ENDOMETRIO PROLIFERATIVO O SECRETOR	6 (20.6%)
* ATROFIA ENDOMETRIAL	6 (20.6%)
* HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	4 (13.7%)
* TERAPIA DE REPLAZO	1 (3.4%)
* POLIPO ENDOCERVICAL	1 (3.4%)
* LEIOMIOSARCOMA	1 (3.4%)
* CACU	1 (3.4%)
* LEIOMIOMA 1 (3.4%)	
* TOTAL	29 100%

FUENTE: Archivo clínico y de patología

H.I-E S

TABLA # 3

SANGRADO POSTMENOPAUSICO

**FACTORES PREDISPONENTES Y ASOCIADOS A LA
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL**

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL	OBESIDAD	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
1	2	2	1

Fuente: Archivo Clínico y Patológico
H.I.E.S.

TABLA # 4

SANGRADO POSTMENOPAUSICO

**FACTORES PREDISPONENTES Y ASOCIADOS DE LA
ATROFIA ENDOMETRIAL**

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL	OBESIDAD	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
1	2	2	2

Fuente. Archivo Clínico y patológico
H.I.E.S

TABLA # 5

SANGRADO POSTMENOPAUSICO

CORRELACION DIAGNOSTICA ENTRE ULTRASONIDO Y RESULTADO HISTOPATOLOGICO EN 29 PACIENTES

ULTRASONIDO		PATOLOGIA
PELVICO	TRANSVAGINAL	
1.- 14 mm		Cáncer de endometrio.
2.- 18mm		Cáncer de endometrio
3.- 4.3mm	2.3mm	Cáncer de endometrio
4.- No visible		Atrofia endometrial
5.-	14mm	Atrofia endometrial
6.- 6mm		Hiperplasia endometrial.
7.- No se realizo ultrasonido		Hiperplasia endometrial
8.- No visible		Endometrio proliferativo.
9.- No visible		Atrofia endometrial
10.- No visible		Atrofia endometrial
11.- No ultrasonido		Leiomioma del estroma cervical
12.- 6mm		Endometrio decidual por terapia de remplazo
13.- 6mm		Endometrio decidual
14.- No se realizo ultrasonido		Cáncer de endometrio.
15.- 16mm		Endometrio decidual
16.- 12mm		Endometrio proliferativo.
17.- 14mm		Atrofia endometrial
18.- No ultrasonido		Pólipo endocervical.
19.-	48mm	Cáncer endometrial.
20.- 6mm		Atrofia endometrial
21.-	Endometrio apenas visible	Endometrio proliferativos
22.- 18mm		Cáncer de endometrio.
23.- 18mm (infiltrante)		Leiomiosarcoma
24.- 3mm		Hiperplasia endometrial.
25.- 6mm		Endometrio decidual
26.- 6mm		Ca de cérvix invasor.
27.- 6mm		Hiperplasia endometrial
28.- 8mm		Cáncer de endometrio.
29.- 18mm		Cáncer de endometrio

FUENTE: Archivo Clínico y Patológico
H.I.E.S.

BIBLIOGRAFIA

1. Ausin J. Definición y epidemiología de la menopausia y climatérico. En: Climatérico y menopausia, Fascículo 1, Ed. MIRPA Madrid, 1993; pag 9-10.
2. Dawood MY. Menopausia. En: Ginecología de Copeland, Ed. Panamericana, Buenos Aires 1994; pag 609.
3. Lurain S. Cáncer uterino. En: Ginecología de Novak, 12va Ed. edit Panamericana, México 1996, pag 1057-64.
4. Neville F. Hacker, Uterine Cancer. Practical Gynecology Oncology. 1996; 285-314.
5. Richard Mayeux at Col. Lancet. Hormonas femeninas y demencia senil agosto 96 pag 429.
6. Leon Speroff. Edocrinología Ginecológica e infertilidad. 1953; 124-125.
7. Howard D, Homesley MD. Manejo del Cáncer Endometrial. Am j Obst Gynecol. 529-533.
8. Lardosn D, Johnson, Reyes C. Significado pronóstico de la citología cervical maligna en pacientes con cáncer endometrial. Gyn Obst 1994; 48. 132-148.
9. Parazzini F, La Vecchia C, Boccolone L, Franceschi S. The epidemiology of endometrial cancer. Gynecol Oncol. 1991; 41: 1-16.
10. Bokhman JV. Two pathogenic types of endometrial carcinoma. Gynecol Oncol. 1983; 15: 10-7.

11. Assiki VJ, Jordan VC. Gynecologic effects of tamoxifen and Association with endometrial carcinoma. *Jgynecol Obstet* 1995;49:241-157.
12. Bengt K, Grunburg S, col. Tranvaginal ultrasonography of the Endometrium women with postmenopausal bleeding a nordic multicenter Study. *Am j Obstet Gynecol.* 1994,101.532-535.
13. Heinich P, helmut M col. Transvaginal sonography of the miometrial invasión depth in endometrial cancer. Dep of Obstetrics and Gynecology. , Freinburg im Breisgau, Germany. 1998 p.145-148.
14. Tavassoli F, Kraus FT. Endometrial lesions in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. *AM j. Clin Pathol* 1978;70:770-9.
15. Bourne TH; Campbell S, Steer CV, Royston P, Detection of endometrial cancer by transvaginal ultrasonography with color flow imaging and blood flow analysis: a preliminary report. *Gynecol Oncol* 1991;40:253-9.
16. Penti L, Cacciatore B. Niveles séricos de ca 125 y ecpgafia en la valoración pre-operatoria de invasión miometrial del cáncer de endometri. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994,101. 532-535.
17. Septien J. Climaterio, estudio, diagnostico y tratamiento ginecologia y obstet, 1998. 447-462.