



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Petróleos Mexicanos

Dirección Corporativa de Servicios Médicos

Gerencia de Servicios Médicos

Hospital Central Norte

Título

**PATOLOGÍA GINECOLÓGICA MÁS FRECUENTE OBSERVADA MEDIANTE
HISTEROSCOPIA Y SU CORRELACIÓN CON EL DIAGNOSTICO
HISTOPATOLOGICO EN PACIENTES CON SANGRADO UTERINO ANORMAL**

Presenta

Dr. Marco Antonio Jacobo García

Asesores de tesis

Dr. Jorge Zepeda Zaragoza

Director del Hospital Central Norte

Dr. Ismael Madrigal García

Médico adscrito al servicio de Ginecología y obstetricia



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.

Dr. Jorge Zepeda Zaragoza
Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia
Director del Hospital Central Norte PEMEX

Dr. Edgardo Bustillos Alamilla
Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. Manuel Amezcua Villanueva
Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia

Dedicatoria:

A Dios por darme vida, salud y fortaleza.

A mi familia que sin su apoyo incondicional no hubiese sido posible llegar a la meta.

A mi esposa e hija que llegaron en el momento exacto para cambiar el rumbo de mi vida.

A ustedes 2 que los espero con ansia.

A todos mis maestros y personal de enfermería que contribuyeron a mi formación.

Dr. Andrés Hernández Denis, por confiar en mí y recibir su apoyo incondicional.

Dra. Alma Idalia Meléndez Pérez Rubio, quien me abrió las puertas de su Hospital para continuar con sus enseñanzas, mostrando que en la vida existen personas de las que menos imaginas te tienden la mano.

Dr. Víctor Hugo Herbert Hernández, por su admirable paciencia y dedicación, dentro y fuera de quirófano.

Dr. Felipe Ríos Robles, por su sincera amistad y paciencia.

Dr. Jimmy Wilbert Pino Wilchis, por brindarme su amistad y confianza.

Dr. Gilberto Ibarra Mora, por abrirme las puertas de su casa, brindar su amistad, e impulsar el deseo de superación.

Dr. Ismael Madrigal García, por prestarme tiempo, y apoyarme cuando lo necesite.

Dr. Francisco Olivares Hernández , por su amistad, paciencia y consejos desde el primero hasta el ultimo día de residencia.

Dr. Fernando Augusto Hernández Méndez, por tu ayuda y consejos de manera incondicional.

A todos los que me faltaron, pero sin duda los llevaré en mi corazón.

Gracias.....

Índice

1.- Marco referencial -----	-5
1.1. Marco teórico-----	-5
2.-Planteamiento del problema-----	-22
2.1- Justificación -----	22
2.2.-Pregunta de investigación -----	-23
2.3.- Hipótesis-----	-24
3.- Objetivos -----	-25
3.1.-Objetivo general-----	-25
3.2. Objetivos específicos-----	-25
4.-Metodología-----	-26
4.1. Tipo de estudio y diseño de estudio -----	-26
4.2. Paradigma de investigación-----	-26
4.3. Universo y muestra-----	-26
4.4. Criterios de elección de la muestra-----	-27
4.5 Variables-----	-28
4.5.1 Variable dependiente-----	-28
4.5.3 Variable independiente-----	-28
4.6. Método de recolección y procesamiento de datos-----	-29
4.7. Análisis de la información-----	-30
5.- Resultados -----	-32
6.- Conclusiones -----	-39
7.- Bibliografía -----	-40

Marco referencial

1.2 Marco teórico

La Endoscopia Ginecológica en México se inició con la Culdoscopia que practicó Donato Ramírez en el Hospital de Jesús Alemán Pérez (después Hospital de la Mujer) y José Manuel Septién en el Hospital Santa Teresa y Manuel Urrutia Ruiz en el Hospital General de la SSA quienes por separado hacen un reporte preliminar de sus experiencias en 1949.(12)

Más tarde, en el decenio de 1960 Rodolfo Quiñones en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico Nacional le dio un gran impulso a la Culdoscopia y a fines de la década de los 60's se inició en ese hospital el uso de la Histeroscopia para publicar en 1970 los reportes preliminares de la experiencia con esas técnicas endoscópicas.

En la década de los setentas en el Hospital de Ginecoobstetricia del Centro Médico La Raza se forma la Clínica de Endoscopia Ginecológica para efectuar estudios diagnósticos de Histeroscopia.(10)

Previamente en 1968 Nava y Sánchez y colaboradores publican en la memoria de la Primera Jornada Médica Nacional del IMSS los métodos endoscópicos actuales de exploración ginecológica, en 1972 publica los resultados de la Pelviscopia Transvaginal.

En la década de los 80's existieron profundas inquietudes acerca de éstos procedimientos lo que originó la fundación de la Asociación Mexicana de Endoscopia Ginecológica y Microcirugía.

En 1988 se introducen en México las endocámaras, lo que favorece la participación de todo el equipo quirúrgico durante la cirugía.

Todo esto sucedió en nuestro país, y tratando de dar un panorama general desde sus inicios diremos que los primeros intentos de observar una cavidad

humana en una persona viva se atribuyen a Philip Bozzini, quien lo realizó a principios del siglo pasado (1805) en Francfort. En 1865 Desmereaux, en Francia, empleó la iluminación con queroseno, reflejada en un espejo, denominó a ese instrumento *endoscopio* bucal, mediante un asa de platino cubierta de cristal y enfriada con agua.

En 1878, Nitze creó su cistoscopio, en el cuál, además de la iluminación electrónica con platino, incluyó lentes prismáticos, lo que mejoro la visión y permitió lograr las primeras fotografías endoscópicas.

En 1883, se introdujo una pequeña bombilla en lugar de luz incandescente. En 1887, Dittel colocó una pequeña bombilla en el extremo distal del endoscopio, lo cual persistió durante más de medio siglo.(9)

1905, Von Ott fue el primero en lograr observar la pelvis, empleando un especulo frontal, un bulbo y un espejo.

En 1939, Te Linde comenzó el desarrollo de la Culdoscopia, colocando a la paciente en posición genupectoral.

Cohen demostró, en 1970, que la Laparoscopia se había convertido en un método de utilidad con él uso de luz fría y el monitor de neumoperitoneo, ideado por Semm en 1964. Esto inició una amplia difusión de la Laparoscopia e Histeroscopia en los Estados Unidos, dando lugar a la creación de la "*American Association of Gynecologic Laparoscopist*" (A.A.G.L.).

En 1972, bajo la presidencia de Jordan Phillips, la A.A.G.L. rápidamente agrupó a mas de 4,000 miembros, número que continúa incrementándose día a día.

El perfeccionamiento del instrumental utilizado en las exploraciones endoscópicas ha hecho que la histeroscopia sufra en los últimos años una gran evolución. Esta mejora posibilita la utilización de instrumentos más pequeños, menos traumáticos y con suficiente capacidad visual y diagnóstica

para que la histeroscopia pueda ser considerada como una prueba complementaria más en el diagnóstico de muchos procesos ginecológicos.

Estos progresos han hecho que sea un método relativamente inocuo, sencillo y eficaz, sin embargo, debe usarse de forma cauta y en combinación con otros métodos para mejorar su precisión diagnóstica.

La histeroscopia: Es un procedimiento que permite observar el interior del útero por medio de un endoscopio. Este procedimiento puede realizarse con fines de diagnóstico o de terapéutica.

Al margen de la histeroscopia quirúrgica, disponemos de histeroscopios lo suficientemente finos para poder realizar la exploración en la consulta del ginecólogo o en forma ambulatoria. La facilidad a la hora de programar esta técnica, puesto que no requiere quirófano ni ingreso hospitalario, supone una ventaja adicional.(2)

La histeroscopia permite obtener una vista endoscópica de la cavidad endometrial y los orificios tubarios para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las alteraciones patológicas intrauterinas.

La utilidad de la histeroscopia en la ginecología moderna se ha expandido rápidamente con el desarrollo de instrumentos más eficaces y endoscopios más pequeños.

La histeroscopia ha reemplazado prácticamente al clásico Legrado Biopsia Fraccionado, ya que permite visualización directa y diagnóstico de patología, además de ofrecer en forma simultánea tratamiento. Por consenso, la HSC es el "Gold Standard" para el estudio del endometrio. Con respecto al Legrado biopsia Fraccionado, en diferentes estudios, se ha comprobado un 10% de subdiagnóstico de lesiones endometriales, y en el 60% de los legrados realizados, se raspa menos de la mitad de la cavidad.(2)



La sensibilidad para lesiones endometriales oscila entre el 87-100% y la especificidad entre el 88-96%. Para hiperplasia de endometrio en mujeres premenopáusicas, la sensibilidad que presenta este estudio es de 71,8 - 100%, mientras que la especificidad es de 92,8-96,4%. Para mujeres posmenopáusicas son de 85,1-94% y de 97-100% respectivamente. Para diagnosticar carcinoma endometrial, la sensibilidad del método es de 91,1%, siendo la especificidad del 99,5%. (12)

La histerosonografía cuenta con una Sensibilidad y Especificidad muy elevada, sin embargo la gran desventaja que tiene respecto a la histeroscopia es que solo se utiliza como método diagnóstico y no terapéutico.(18)

Las indicaciones de la histeroscopia varían e incluyen exploración, diagnóstico y tratamiento de un gran número de patologías ginecológicas, las indicaciones son:

1. **Sangrado uterino anormal:** la histeroscopia permite la visión completa de la cavidad uterina y la toma de biopsias en caso de lesiones sospechosas. De esta manera es posible la visualización de miomas submucosos, pólipos endometriales, diagnóstico de hiperplasias y carcinoma de endometrio. Igualmente orienta en la toma de biopsia endometrial dirigida a zonas sospechosas.(2)
2. **Esterilidad e infertilidad.**
Factor cervical.
Factor uterino (sinequias, malformaciones congénitas, etc.). (17)
3. **Localización de cuerpos extraños** (Dispositivo intrauterino traslocado).
4. **Indicación y control de terapéutica:** control de hiperplasias posterior a tratamiento médico. Control de la cavidad tras miomectomía o metroplastias.
5. **Diagnóstico y seguimiento de la enfermedad trofoblástica.**
6. **Localización de restos placentarios.**

Contraindicaciones de la histeroscopia:

- **Absolutas.**
 - Infección pélvica activa o reciente.
- **Relativas.**

Perforación uterina o cirugía reciente sobre el útero.

Embarazo: las condiciones especiales del útero grávido suponen mayor riesgo de complicaciones, sobre todo hemorrágicos. Algunos autores la desaconsejan por el riesgo de aborto y el posible efecto teratógena del CO₂.(1)

Para realizar la histeroscopias es importante disponer de una sala de suficiente capacidad, adecuada para permitir la colocación cómoda del material y contar con ayuda de personal auxiliar que conozca el instrumental y la técnica.

1. Mesa de exploración ginecológica.
2. Espejo vaginal abierto en una lateral para facilitar el movimiento del histeroscopio o la retirada del espéculo durante la exploración.
3. Pinzas para toma de cuello (Pozzi ó Museaux).
4. Anestésico local.
5. Dilatadores de Hegar hasta el número 6.
6. Material endoscópico.

Histeroscopio y camisa. Para histeroscopia en consulta no deben exceder los 6 mm en su diámetro externo.

Fuente de luz con lámpara de halógeno o xenón con potencia de salida de 100 a 300 watts y cable de fibra óptica.

Medios de expansión intracavitarios. El más empleado para histeroscopia diagnóstica es el CO₂, aunque puede emplearse también dextrano 70 o solución glucosada al 5 por 100. Otros: microlegra, pinzas para biopsia, material fotográfico, etc.

Técnica de la histeroscopia

Previo al inicio de la exploración es necesario se compruebe el correcto funcionamiento de todo el equipo (fuente de luz, insufladores, etc.) y el ajuste de blancos, así como la conexión del equipo con solución fisiológica para eliminar el antiséptico utilizado en la esterilización.

Todos los pasos deben hacerse con gran suavidad para evitar en lo posible el dolor, lo que facilita la colaboración por parte de la paciente y evita contracturas que dificultan la técnica. Es imprescindible la explicación a la paciente acerca de la exploración que vamos a efectuar.

Momento de realizar la exploración

Dependerá de la indicación de la histeroscopia y diagnóstico, aunque en general la fase proliferativa es la que más ventajas ofrece (moco más fluido y transparente, istmo más relajado). Para la valoración de los trastornos funcionales y esterilidad es mejor la segunda fase del ciclo.

Preparación de la paciente

Se coloca a la paciente en posición ginecológica con las piernas lo más separadas posible para permitir la movilidad del explorador y con los glúteos sobrepasando ligeramente el borde de la mesa de exploración. A continuación se realiza un tacto vaginal bimanual, descartando cualquier proceso que contraindique la histeroscopia y comprobando la posición uterina. Es recomendable hacer orinar antes a la paciente.

La administración de espasmolíticos o sedantes no es necesaria en la mayoría de los casos. Por lo general la correcta información a la paciente es suficiente para conseguir que pierda el miedo y la hace más colaboradora.

La infiltración con anestésico tampoco es necesaria generalmente en la histeroscopia ambulatoria. En caso de dolor o necesidad de dilatación puede realizarse infiltración cervical o bloqueo paracervical.(13)

Procedimiento

Vaginoscopia

Con la luz y el medio de distensión se apoya la óptica en el orificio cervical externo y se avanza unos milímetros a través del canal, avanzando lentamente bajo visión directa para que la solución utilizada produzca la suficiente distensión y apertura del canal y facilite su introducción.

No deben usarse flujos superiores a 40-60 ml/min. y presiones que excedan los 100 mm Hg

Una segunda opción es la colocación de un espejo vaginal, y sin o con pinzamiento de cuello uterino introducir el endoscopio.

Mediante la solución para distensión, se visualiza aspecto de la mucosa endometrial recorriendo de forma sistemática todas sus caras y se mide el grosor apoyando suavemente el histeroscopio hasta dejar huella. Después se retira lentamente el histeroscopio viendo de nuevo la cavidad y el canal endocervical.(4)

El tiempo que se tarda habitualmente en la exploración no sobrepasa los 5 minutos.

Medios de distensión en la histeroscopia

1. Gas (Dióxido de Carbono)

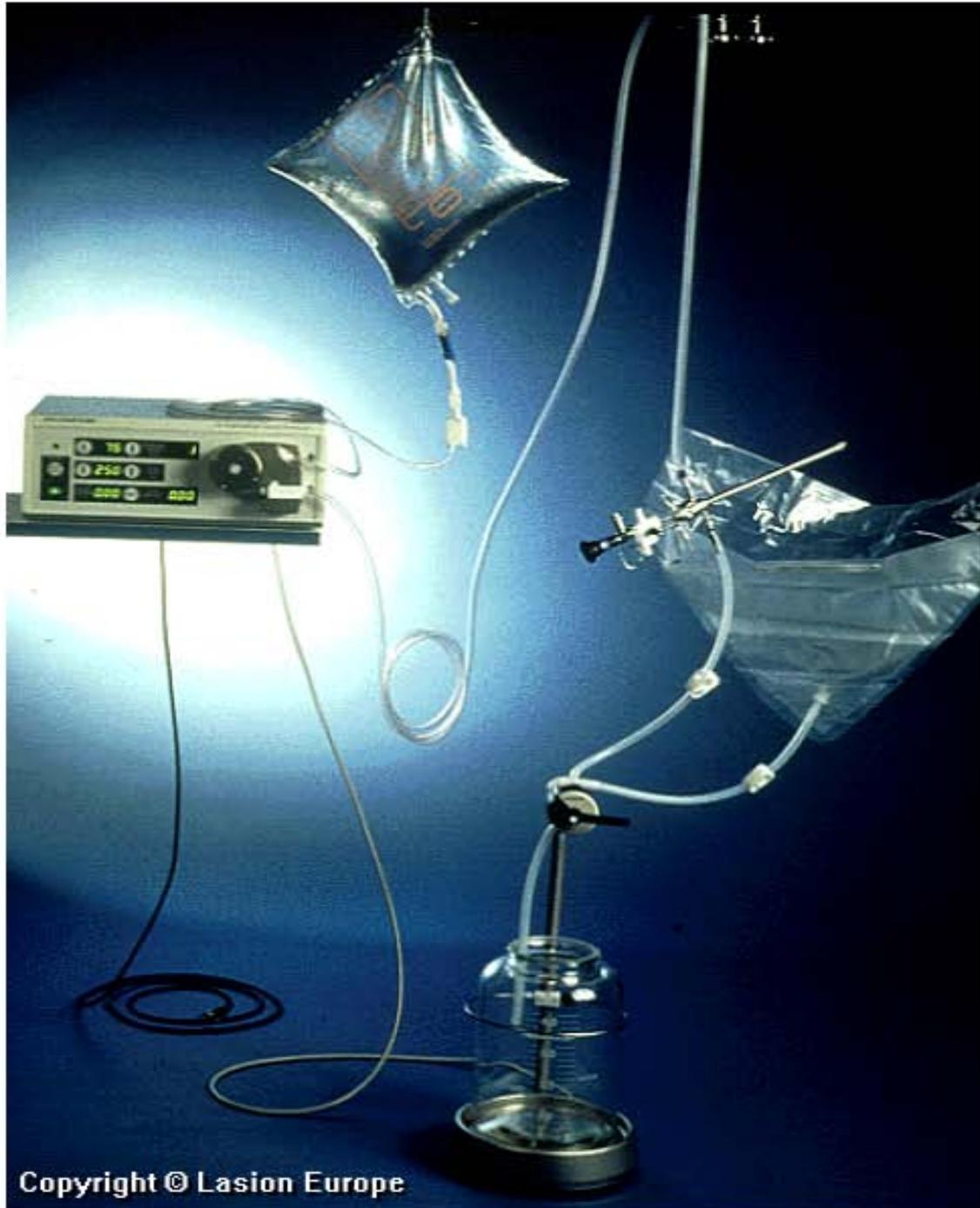
2. Líquidos

Alta Densidad (Hyskon, Dextrán al 32%-Peso Molecular 70,000
en Dextrosa al 10%)

Baja Densidad con electrolitos: -Salina normal, Solución Mixta,

Ringer Lactado

Sin electrolitos: -Dextrosa 5%, Glicina 1.5%, Sorbitol 3%



Se conocen tres tipos fundamentales de histeroscopia quirúrgica:

- 1) Cirugía convencional (clásica o «fría»)
- 2) Electrocirugía (Resectoscopio)
- 3) Láser

Cirugía convencional

Realizada con instrumental quirúrgico convencional (tijeras, pinzas, electrodos) adaptados a la vía endoscópica (flexibles, semirígidos, rígidos), transportado por un histeroscopio quirúrgico que consta de una vaina operatoria de calibre elíptico de 7 mm a través de la cual se introducen simultáneamente la óptica, el instrumental y el medio expansor. Este equipo endoscópico no permite realizar una irrigación y aspiración continuas, sino tan sólo una alternancia de las mismas, lo cual supone frecuentemente una limitación para obtener un campo quirúrgico adecuado.(3)

El medio de distensión utilizado puede ser el Dióxido de Carbono sin embargo en la actualidad está en desuso, para cuya perfusión se emplea un insuflador automático diseñado especialmente para histeroscopia, o medios líquidos que son los que con mayor frecuencia se utilizan en este momento, con variados sistemas de impulsión, de entre los cuales el irrigador automático es el más aconsejable. Su principal inconveniente es la limitación para cierto tipo de cirugía, así como su lentitud. Sin embargo, es totalmente válida para pequeños actos operatorios.

Electrocirugía (Resectoscopio)

El receptor está formado por cuatro elementos, que procediendo del interior al exterior son: Una óptica de 4 mm; un electrodo conectado a una unidad electroquirúrgica (bisturí, asa, esfera o cilindro); una primera vaina interna para la irrigación de la cavidad uterina con medio líquido y una segunda vaina externa para la extracción del mismo. Estas dos últimas permiten una irrigación y aspiración continuas, con una renovación rápida del líquido endouterino, asegurando un lavado permanente y una visión clara de la cavidad. Los líquidos utilizados en electrocirugía deben ser soluciones no electrolíticas para evitar la transmisión de la corriente eléctrica. La solución de glicina al 1,5 por 100 o una mezcla de Manitol y Sorbitol son los más recomendables. Sin embargo, la absorción de cantidades elevadas de líquido puede causar reacciones tóxicas o hemodinámicas a veces graves. Por lo tanto, es indispensable evitar hiperpresión y realizar un estricto balance de entrada y salida del líquido en el transcurso de la cirugía.(9)

Láser

Los tipos de láser utilizados en histeroscopia son: El Nd-YAG, el KTP/532 y el Argón. Y de estos el más utilizado es el Neodimio YAG, el cual presenta un notable efecto de coagulación térmica, asociado a una penetración en el tejido que puede extenderse de 1 a 4 mm. El Nd-YAG puede transmitirse a través de un sistema de fibra óptica de cuarzo, que se introduce a través del canal quirúrgico del histeroscopio. Los medios de distensión, habitualmente utilizados son el suero fisiológico o el Ringer lactado, desechándose el dextrano, al alterarse con el calor del láser y el CO2 por producir humos de difícil evacuación.(10)

Sangrado uterino anormal

El sangrado uterino anormal Uterino Anormal es definido como cualquier patrón de sangrado que difiere en cantidad, frecuencia y duración del patrón observado durante un ciclo menstrual normal. El sangrado uterino anormal adquiere diversos patrones:

Menorragia.- Menstruación cíclica prolongada y abundante.

Metrorragia.- Hemorragia intermenstrual.

Hipomenorrea.- Menstruación escasa.

Hipermenorrea.- Menstruación abundante.

Oligomenorrea.- Menstruación de corta duración.

Polimenorrea.- Menstruación de larga duración.

Proiomenorrea.- Ciclos cortos.

Opsomenorrea.- Ciclos largos.

Se clasifica en:

1.- Sangrado uterino disfuncional.

- Anovulatoria.

- Ovulatoria.

2.- Orgánico.

- Causas vinculadas al embarazo.
- Lesiones uterinas anatómicas.
- Lesiones anatómicas no uterinas.(ovario, salpinge, cérvix)

3.- Anomalías generalizadas.

- Administración exógena de hormonas, coagulopatías, Insuficiencia hepática, Insuficiencia renal crónica, endocrinopatías.

El sangrado uterino anormal tiene una frecuencia del 10-30% de las mujeres en edad fértil y hasta 50% de las mujeres perimenopausicas lo presenta. Los factores principales que modifican su frecuencia son la edad y la fase reproductiva. Por ejemplo; en recién nacidas, esta puede ser secundaria a estimulación estrogénica placentaria del endometrio. En niñas menores de 9 años de edad, la causa más comunes son trauma, cuerpos extraños intravaginales, vulvovaginitis y prolapso uretral. La posibilidad de abuso sexual debe ser considerada.(7)



Mioma submucoso

Deben descartarse tumores adrenales y ováricos así como neoplasias primarias del tracto genital inferior, aunque son raras.

En adolescentes, la causa más común son las hemorragias uterinas disfuncionales por inmadurez del eje hipotálamo–hipofisiario. Debe descartarse un embarazo y las infecciones; los desordenes hematológicos son los casos restantes en este grupo etáreo. Las mujeres en edad reproductiva tienen un amplio rango de razones de hemorragia uterina anormal. Embarazo y tumores malignos son las condiciones serias más comunes. Alteraciones anatómicas, tales como: leiomiomas, endometriosis, y adenomiosis, pueden causar significativo sangrado.

En la perimenopausia que es definida como el período de 5 a 10 años previos hasta la amenorrea completa, encontramos alteraciones anatómicas una incrementada incidencia de patología endometrial, tales como pólipos, hiperplasia endometrial, y cáncer. En la menopausia, cualquier sangrado debe ser considerado anormal, siendo las principales causas la atrofia endometrial y vaginal, aunque se considera que hasta un 10% de las mujeres con sangrado postmenopáusicotienen cáncer.

DIAGNOSTICO

Este se debe iniciar con una historia clínica y examen físico. Como mínimo, la historia debe enfocarse a determinar la calidad y cantidad del sangrado, presencia de hirsutismo, galactorrea, síntomas de disfunción tiroidea, enfermedad sistémica (incluyendo falla hepática, renal o diabetes mellitus), historia sexual, uso de métodos de planificación familiar, signos y síntomas de embarazo, resultados de exámenes ginecológicos previos y/o procedimientos quirúrgicos, medicamentos, patrón de menstruación desde la menarca hasta la actualidad. Después de la historia clínica un cuidadoso examen físico del tracto reproductivo debe ser realizado.

ÉSTUDIOS DE LABORATORIO: La severidad y frecuencia del sangrado orientan la extensión de los exámenes de laboratorio. Es indispensable efectuar medición objetiva del estado hematológico con biometría hemática completa, prueba sensible de embarazo, así como estudios de investigación de la coagulación como

tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y tiempo desangrado. Otros estudios de laboratorio tales como: las pruebas de función tiroidea, transaminasas séricas, niveles de hormona folículo estimulante, hormona luteinizante, estradiol, prolactina y hormona gonadotropina coriónica serán indicadas según criterio del médico tratante.

ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS:

El ultrasonograma pélvico puede ser de utilidad para identificar las anomalías anatómicas. Un ultrasonido transvaginal puede evaluar el grosor endometrial y tiene utilidad para distinguir entre los procesos benignos y las lesiones malignas. Aunque la sensibilidad diagnóstica para diferenciar anomalías intracavitarias, tales como pólipos, leiomiomas u otros cambios endometriales, es bajo variando desde un 88% a un 96%. Otras técnicas como la sonohisterografía puede descartar lesiones en la presencia de edema subendometrial inducido por el tamoxifeno, distinguir pólipos de hiperplasias endometriales y detectar pequeñas lesiones intracavitarias. No puede distinguir entre un leiomioma submucoso y un pólipo. (14, 15)

La resonancia magnética puede ser usada para distinguir leiomiomas de patologías ováricas, es también la única herramienta diagnóstica no invasiva para detectar adenomiosis. Y actualmente la histeroscopia es el gold standard para realizar diagnóstico etiológico del sangrado uterino anormal de origen orgánico.

BIOPSIA ENDOMETRIAL: ha sido considerado la piedra angular de los estudios diagnósticos para la hemorragia uterina anormal. Tiene mayor utilidad al hacer correctamente los diagnósticos de hiperplasia y carcinoma. La técnica de

dilatación y legrado que antes se empleaba, ha quedado suplantada en gran medida por la biopsia endometrial de consultorio.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a la edad de la paciente, su decisión en cuanto a contracepción o fertilidad, efectos colaterales, costo del tratamiento y la severidad y cronicidad del sangrado. El objetivo inmediato de la terapia médica en los sangrados anovulatorios es recobrar el control natural perdido en estos tejidos.

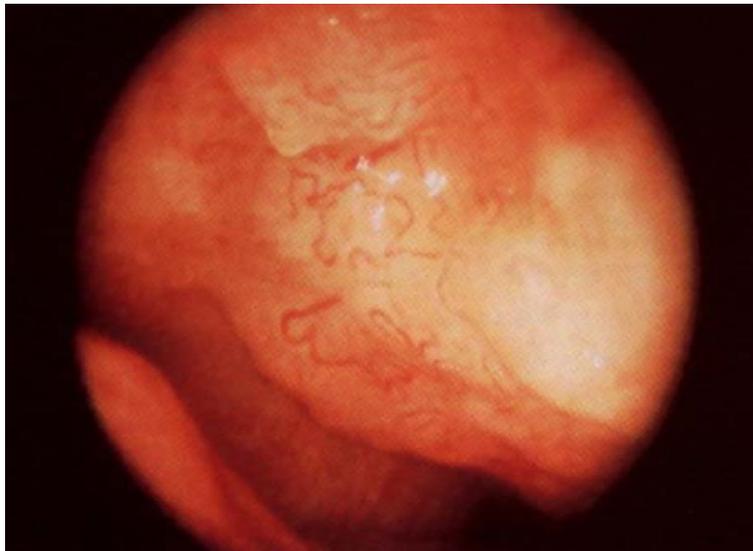
Alternativas: Terapia con progestinas, terapia con anticonceptivos orales., uso de antiprostaglandinas, tratamiento con dispositivos intrauterinos que liberan, progestinas., tratamiento con agonistas de hormona liberadora de, gonadotropinas, tratamiento con desmopresina, la dilatación y el legrado, ablación del endometrio e histerectomía.(2)

1. Planteamiento del problema

2.1 Justificación

En las mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas el sangrado uterino anormal puede significar la presencia de dos tipos de lesiones de la cavidad uterina. El primer tipo de lesiones más frecuentes en pacientes postmenopáusicas, son las lesiones difusas entre las cuales encontramos la hiperplasia endometrial y el cáncer endometrial.

La hiperplasia endometrial corresponde a una lesión premaligna la cual puede convertirse en cáncer endometrio en el 1% a 29% de los casos dependiendo de la citología de la lesión. El sangrado uterino anormal es el principal síntoma en un 75 a 90% de las pacientes que sufren la presencia de cáncer endometrial.(6)

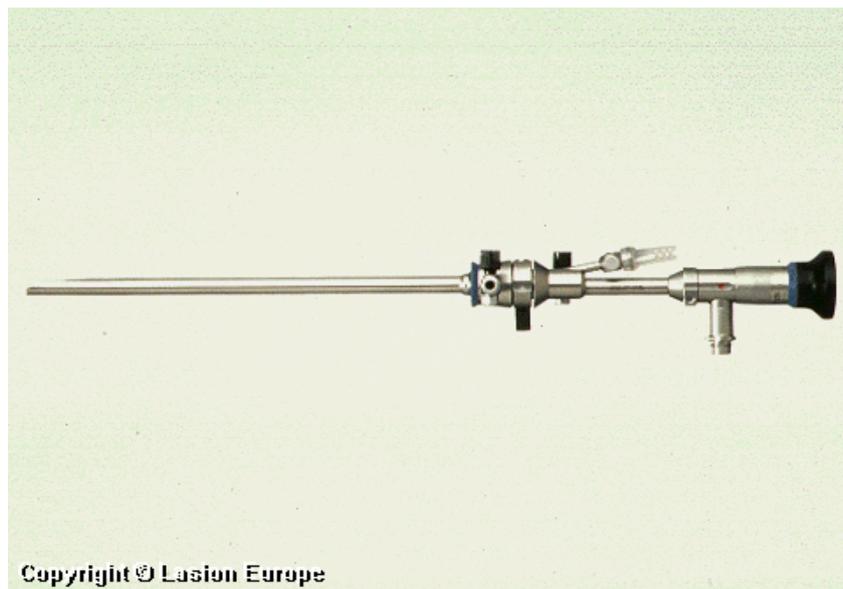


Hiperplasia endometrial

Sin embargo hay otro tipo de lesiones intracavitarias que se presentan en mayor proporción en pacientes perimenopáusicas dentro de las cuales encontramos los pólipos y la miomatosis uterina.(2)

Por lo anterior es importante realizar un estudio diagnóstico con alta efectividad y mínima invasión, que nos permita conocer la etiología del sangrado, y a su vez descartar cáncer endometrial.

La histeroscopia diagnóstica es un examen ambulatorio que permite visualizar directamente la cavidad uterina, obteniendo imágenes certeras utilizadas en el ámbito de la infertilidad, ginecología general y oncología.(5)



La histeroscopia quirúrgica mediante el resectoscopio permite la resección de miomas submucosos, algunos intramurales, pólipos endometriales, sinequias uterinas y resección endometrial, logrando a través de esta intervención, evitar el tratamiento radical, que en este caso es la la histerectomía. (2)

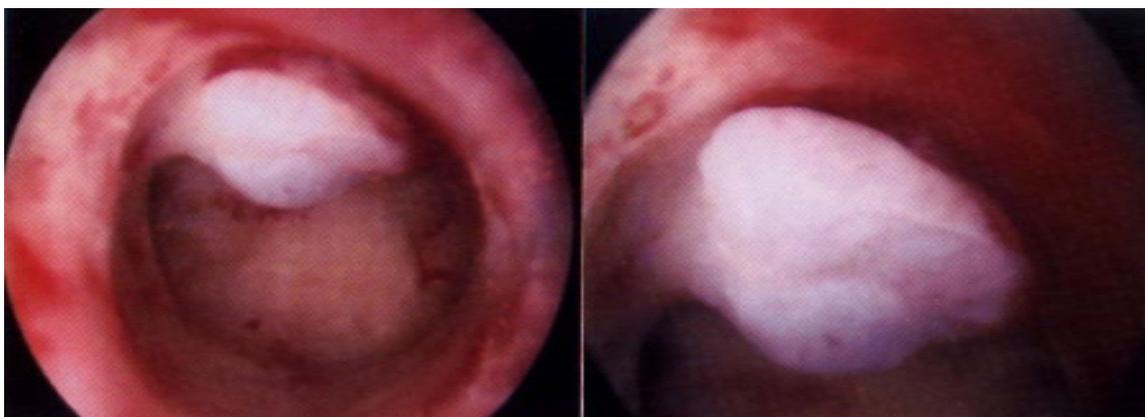
A través de este estudio conoceremos la principales causas de los sangrado uterino anormal diagnosticado a través de histeroscopia, así como su manejo y efectividad del mismo en las pacientes del Hospital Central Norte, ya que de acuerdo a múltiples estudios alrededor de un 50% de las histerectomías por causa benigna pueden ser reemplazadas satisfactoriamente con el uso de esta técnica, lo que constituye ventajas económicas para pacientes y centros hospitalarios al disminuir los días de hospitalización, las horas médico y que aumenta la posibilidad de incorporarse a su vida laboral de una forma inmediata. (16)

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales causas del sangrado uterino anormal identificadas a través de histeroscopia en las pacientes del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos durante el periodo de 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010?

2.3 Hipótesis

Los pólipos endometriales son la principal causa del sangrado uterino anormal identificada a través de histeroscopia realizada en las pacientes del Hospital Central Norte durante el 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010.



3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general

Conocer la patología ginecológica más frecuente observada mediante histeroscopia en las pacientes con sangrado uterino anormal del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos durante el periodo comprendido del 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar la revisión de los expedientes clínicos de pacientes a las que se les realizó histeroscopia indicada por sangrado uterino anormal
- Identificar los diagnósticos clínicos, histeroscópico e histopatológico.
- Determinar por grupo atareó las patología más frecuente condicionante del sangrado uterino anormal.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio y diseño

De acuerdo con el tipo de investigación es un estudio cuantitativo cuyo diseño será observacional ya que no habrá intervención por parte del investigador; es descriptivo y transversal, dicho estudio se llevara a cabo a través de la revisión de expedientes clínicos de las pacientes que presentaron sangrado uterino anormal y se les haya realizó histeroscopia como método diagnostico durante el periodo comprendido de 01 junio 2008 al 01 junio 2010, lo que nos habla que nuestro estudio será retrospectivo.

4.2. Paradigma de investigación

En el enfoque cuantitativo o positivista, a las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, se exige validez y confiabilidad, a fin de garantizar la objetividad de la información obtenida. Para su análisis e interpretación, los datos se transforman en unidades numéricas que permite, a su vez, realizar mediciones y predicciones más exactas. Se aplican fundamentalmente análisis estadísticos que argumentan matemática y objetivamente los resultados.

4.3. Universo y muestra

Para alcanzar los objetivos de la investigación es necesario seleccionar a todas las pacientes del Hospital Centra Norte de Petróleos Mexicanos que acudieron del 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010 por presentar sangrado uterino anormal y se les haya realizado una histeroscopia como método diagnóstico.

4.4. Criterios de elección para nuestro universo de estudio.

4.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes a las que se les realizó histeroscopia por presentar sangrado uterino anormal del periodo comprendido del 01 de junio 2008 al 01 de junio del 2010.

4.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes a las que se les realizó histeroscopia por presentar sangrado uterino anormal antes o después del periodo comprendido del 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010.

Pacientes a las que se les realizó histeroscopia pero su indicación no fue por presentar sangrado uterino anormal.

4.4.3 Criterios de eliminación

Pacientes con histeroscopia fallida donde no se haya podido obtener un diagnostico.

Pacientes que no cuenten con expedientes clínico en el sistema y se les haya realizado histeroscopia.

4.5 Variables

4.5.1. Variable dependiente

Diagnostico histeroscópico

4.5.2 Variable independiente

Edad

Diagnóstico clínico

Diagnóstico histopatológico

Tiempo de estancia hospitalaria

Estudios diagnósticos previos a la histeroscopia

Tratamientos previos a la histeroscopia

Tiempo del sangrado uterino anormal

4.6 Método de recolección y procesamiento de datos

Búsqueda intencionada de expedientes que pertenezcan a pacientes que presentaron sangrado uterino anormal y se les realizó una histeroscopia diagnóstica del 01 de junio del 2008 al 01 de junio del 2010. De los expedientes se recolectará la siguiente información:

Nombre de la paciente

Edad

Ficha

Diagnostico clínico

Diagnostico histeroscopico

Fecha de la histeroscopia

Diagnóstico histopatológico

Estancia intrahospitalaria

Complicaciones

Una vez recolectada la información será capturada y procesada en el programa Microsoft office Excel.

4.7. Análisis de la información.

El plan de análisis está relacionado con el nivel de medición de las variables y la manera en que se formularon, respecto a los objetivos de este estudio, es importante tener en cuenta que se realizara un análisis estadístico.

Posterior al levantamiento de información se procesaran los datos colectados, al programa estadístico SPSS y a través de medidas de frecuencia se buscaran incidencias de los hallazgos encontrados en las histeroscopias realizadas, dichos resultados serán representados a través de graficas, promedios y porcentajes. Se hará la correlación entre los diagnostico histeroscopico y el diagnostico histopatológico, se realizara tablas tetracoricas y pruebas de chi-cuadrada con la finalidad de conocer la significancia estadística de los resultados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



PETRÓLEOS MEXICANOS

HOSPITAL CENTRAL NORTE

<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA REALIZACION DE HISTEROSCOPIA</p>

Lugar y fecha MEXICO DF.:

Nombre: **NO. FICHA** **Edad:**

Identificado con:

Nombre del Familiar Responsable:

Certificado con:

Representante:

Identificado con:

Por medio del presente manifiesto mi voluntad para someterme al Procedimiento de HISTEROSCOPIA sin que haya mediado violencia o coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informada de que se trata de un método de mínima invasión, pero que puede cursar con ciertos riesgos y complicaciones.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, las cuales me han sido explicadas a mi entera satisfacción; por lo tanto autorizo a los médicos, para que realicen el procedimiento endoscopico; así como, para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los Artículos 67 y 68 Fracción I y II de la Ley General de Salud, Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de los Servicios de Atención Medica.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Medico Tratante

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se procederá a elaboración de protocolo, y aprobación por comité de investigación.

	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010.	Julio 2010	Agosto 2009
Revisión bibliográfica	XXX				
Elaboración de protocolo	XXX				
Revisión de comité de ética		XXX			
Recolección de datos			XXX		
Análisis estadístico				XXX	
Resultados				XXX	
Publicación					XXX

RESULTADOS

Se captaron 204 pacientes, con las siguientes características:

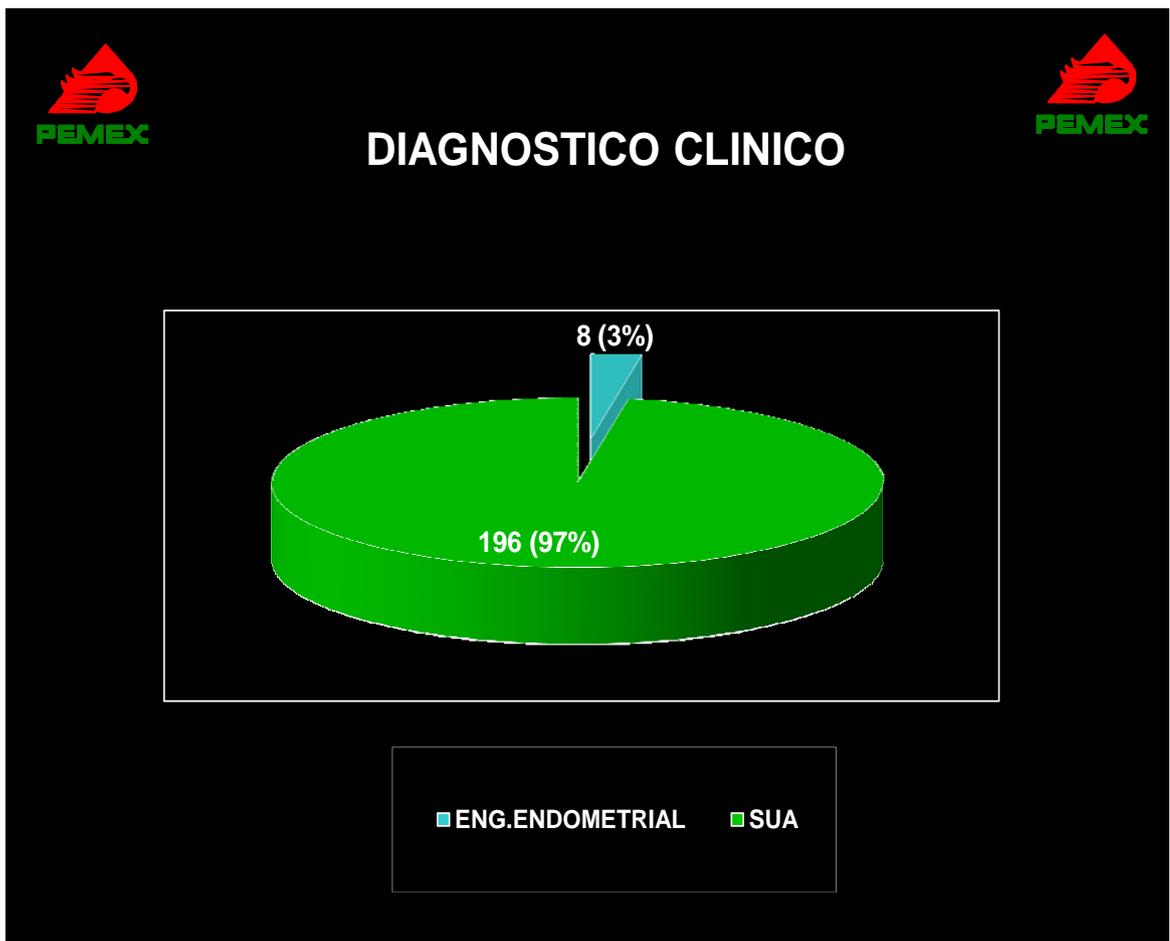
- TOTAL: 204 PACIENTES
- EDAD PROMEDIO: 55.4 AÑOS
- MEDIA:55.4 AÑOS
- MEDIANA:51AÑOS
- MODA:53-54
- MENOR EDAD: 23 AÑOS
- MAYOR EDAD:74

Edad	Pólipo	Mioma	Hiperplasia	Otros
20-30	4			
31-40	8	6		
41-50	48	8	8	2
51-60	40	20	15	22
61-70			6	10
71-80			2	4
total	100	34	31	38

**G
R
U
P
O**

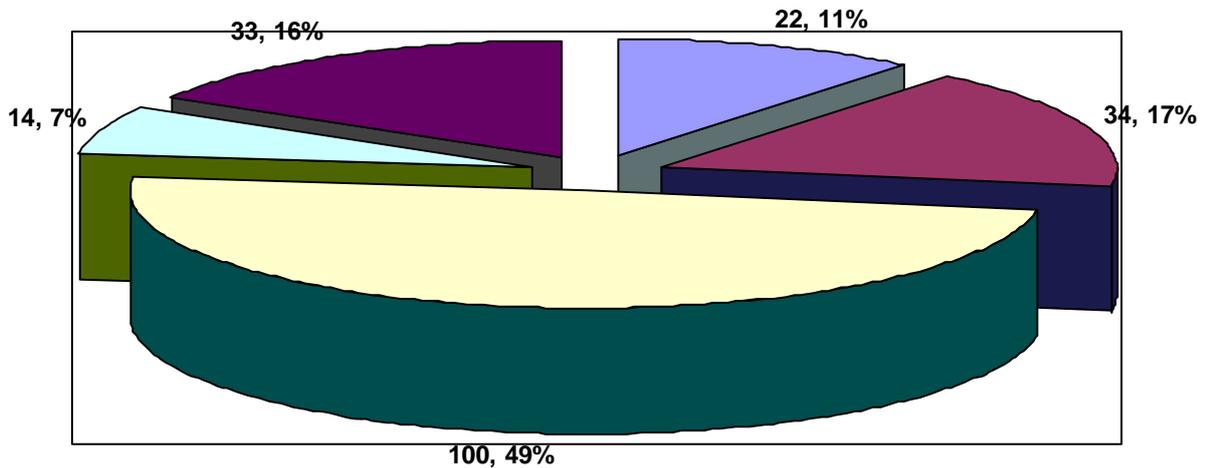
**E
T
A
R
E
O**

En este recuadro podemos resaltar, el grupo atareo que con mayor frecuencia se hizo presente, en el que se observa el rango de 41 a 60 años de edad. Con los respectivos diagnósticos mas frecuentes en tre ellos el pólipo con 100 pacientes, seguido del mioma submucoso con 34 e hiperplasia 31, resto 38 casos.



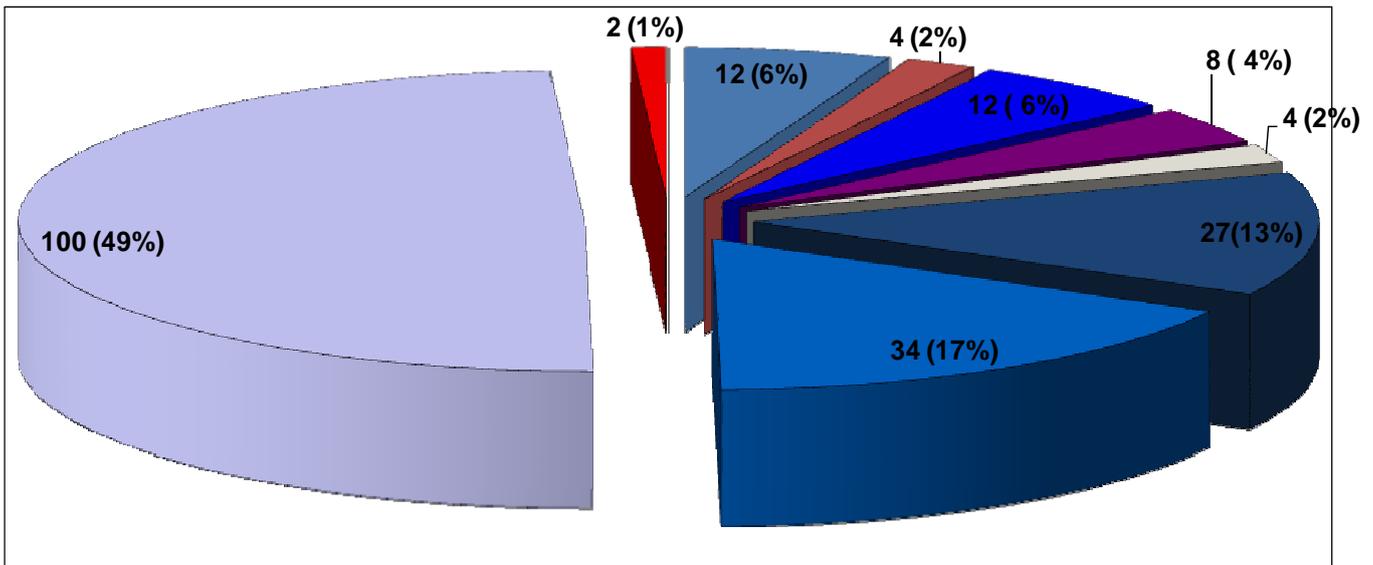
El diagnostico clínico fue prácticamente el 100%, en esta grafica se muestra que el 3% se debió aun engrosamiento endometrial, sin embargo, todas las pacientes captadas cursaron con Sangrado uterino anormal.

DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO



El diagnóstico histeroscópico fue el pólipo endometrial con el 49% de los casos. Seguido de miomatosis, con un 17%, Engrosamiento con 16%, atrofia 7% y normal con un 16%. Lo cual se tendrá que comparar con la grafica que muestra los resultados de histopatología.

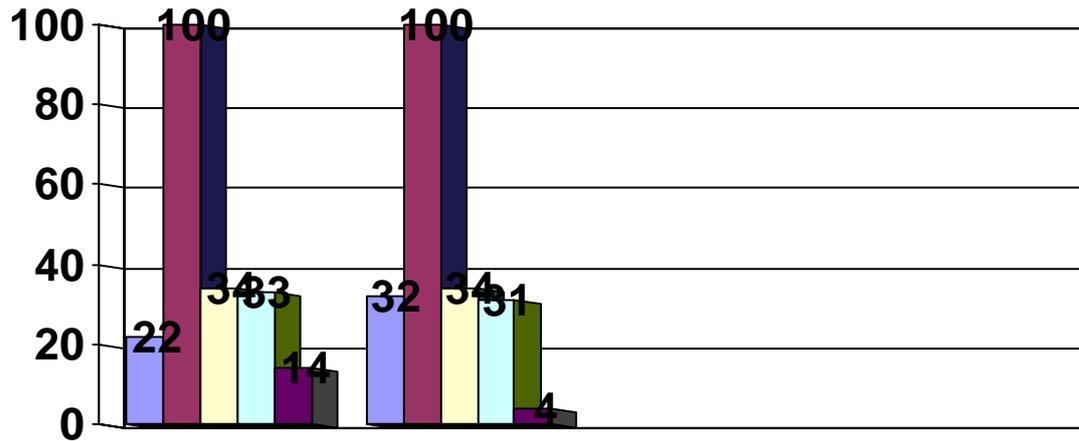
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO



■ ENDOM. SECRETOR	■ ENDOM. ATROFICO	■ ENDOM. DEL SEGMENTO
■ ENDOM. PROLIFERATIVO	■ H.A. CON ATIPIAS	■ H.S. SIN ATIPIAS
■ MIOMA	■ POLIPO	■ MUESTRA INSUF.
■		

En esta gráfica se puede comprobar que el diagnóstico histopatológico más frecuente fue el pólipo endometrial con un 49%, seguido de mioma por un 17%, Hiperplasia simple sin atipias 13%, Hiperplasia adenomatosa con atipias 2%, Endometrio del segmento 6%, secretor 6%, proliferativo 4%, endometrio atrófico 2%, muestra insuficiente 1%.

RELACION DE DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO CON HISTOPATOLOGICO

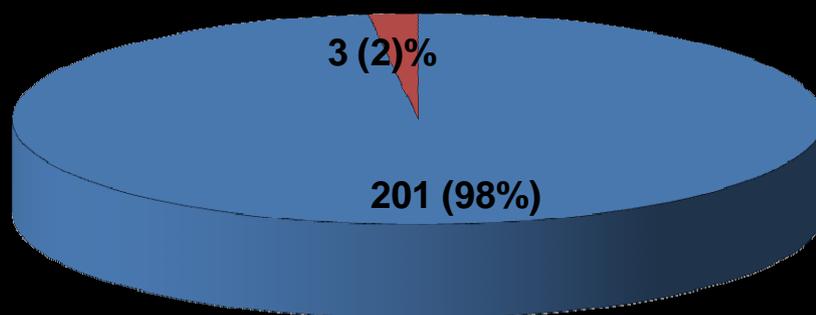


■ NORMAL	■ POLIPO	■ MIOMA	■ ENGROSAMIENTO
--	--	---	---

La relación de pólipo endometrial, diagnóstico más frecuente histeroscópico, se comprobó al 100% por histopatología. Y en cuanto a los demás diagnósticos existe una buena relación, no habiendo diferencia significativa entre ambos métodos diagnósticos.

Por lo tanto se comprueba la alta sensibilidad de la histeroscopia.

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA



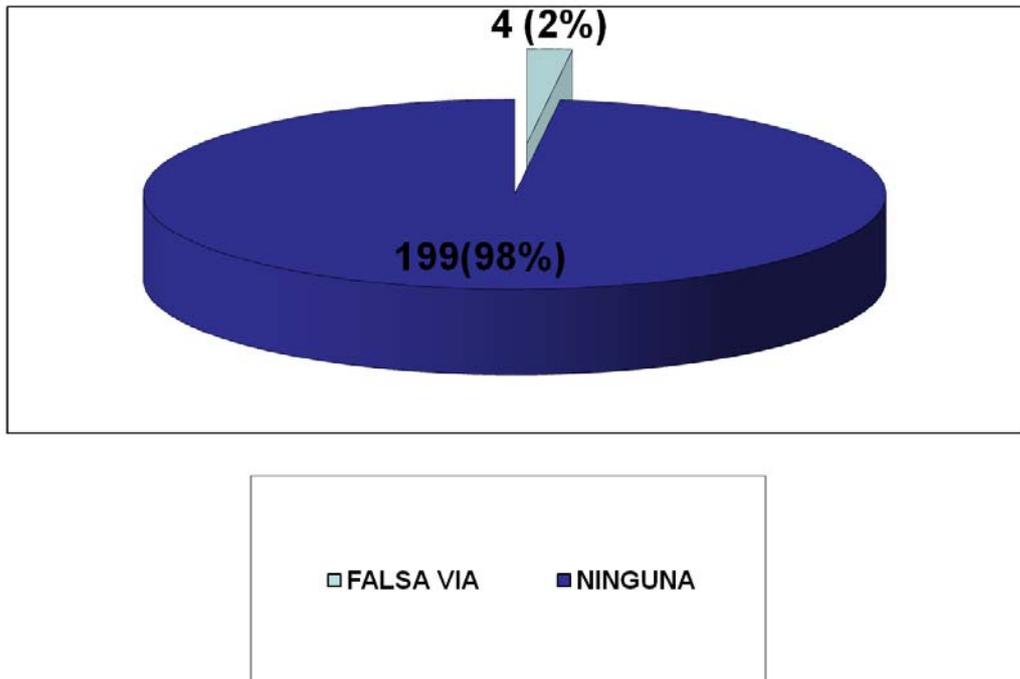
■ AMBULATORIA

■ 1 DIA



Los días de estancia intrahospitalaria, comprueban que la histeroscopia es un procedimiento ambulatorio. El 98% de los casos las pacientes se egresaron el mismo día. Mientras que el 2%, al siguiente, día esto relacionado con la baja incidencia de.

COMPLICACIONES PRESENTADAS



Las complicaciones de la histeroscopia son prácticamente raras, en esta ocasión solo hubo presencia de falsas vías en el 2 % de las pacientes, sin llegar a corroborarse perforación uterina.

CONCLUSIONES

- 1) El pólipo endometrial es el diagnóstico histopatológico más frecuente 100 pacientes (49%)

- 2) El grupo de edad a quienes se les practico el mayor número de procedimientos es de 51-60 años, 97 casos (47.5 %).

- 3) El 100% de los pacientes a quienes se les diagnosticó pólipo endometrial por histeroscopia – se corroboró histopatológicamente al 100%.

- 4) Tiempo de estancia intrahospitalaria es menor.

- 5) Las complicaciones encontradas fueron mínimas, en solo 4 pacientes, por falsa vía, (2%).

Por lo tanto; La histeroscopia es un método diagnóstico de mínima invasión, cuya principal ventaja es que permite observar directamente la patología que afecta a la cavidad en muchos de los casos tratarla.

Los hallazgos histeroscópicos más frecuentes fueron pólipo endometrial 100 (49%), miomatosis 34 (17%) e hiperplasia simple sin atipias 27 (13%), Hiperplasia difusa con atipias 4 (2%).

Bibliografía

- 1.- ACOG. Endometrial ablation. Practice Bulletin. No. 81. May 2007.
- 2.- Agarwal N. Medical management of dysfunctional uterine bleeding. J Obstet Gynecol. 106. 360. 2007.
- 3.- Bakour DH, Gupra JK. Risk factors associated with endometrial polyps in abnormal uterine bleeding. Int J Gynecol Obst. 76. 165. 2008
- 4.- Boubli L, Blanc B, Baufrant E, Achilli-Cornesse MG, Houvenaeghel N, Manelli JC, Aquaron R. Le risque métabolique de la chirurgie hystéroscopique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1990; 19: 217-222.
- 5.- Cararach M, Penella J, Ubeda A, Labastida R. Hysteroscopic incisión of the septate uterus: scissors versus resectoscope. Hum Reprod 2004; 9 (1): 87-89.
- 6.- Favez JA, Mutie G, Scheider PJ. The diagnostic value of hysterosalpingography and hysteroscopy in infertility investigation. Am J obstet Gynecol 2007; 156, 558.
- 7.- Golan A, Ron El R, Herman A, Soffer Y, Bukobsky I, Capsi E: Diagnostic hysteroscopy: Its value in an in-vitro fertilization/embryo transfer unit. Human. Reprod. 2002, 7 (10); 1433-1434.
- 8.- Hallez JP, Perino A. Endoscopic intrauterine resection: Principles and techniques. Acta Eur Fertil 2008; 19 (1): 17-21.
- 9.- Labastida Nicolau R. Tratado y Atlas de Histeroscopia. 2005.
- 10.- Labastida R, Cararach M, Marqués L, Dexeus S. La microcolpohisteroscopia en el estudio de esterilidad e infertilidad. Prog Obstet Ginecol 1996, 29 (2); 83-87.
- 11.- Labastida R: Tratado y Atlas de Histeroscopia. Barcelona: Salvat, 2007.
- 12.- March CM. Hysteroscopy as an aid to diagnosis in female

infertility. Clin Obstet Gynecol 2006; 26 (2); 302-312.

13.- March CM. Hysteroscopy. J Reprod MEd 2006; 37 (4): 293-312.

14.- Mergui JL, Raossanaly K, Salat-Baroux J. L'hystérocopie opératoire en 1989: instrumentation, technique, indications et résultats. Contraception-Fertilité-Sexualité 2009; 17 (11): 1059-1074.

15.- Randle S C. Indicaciones para histeroscopia. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Interamericana. Vol. 1. 2008.

16.- Valle R. Hysteroscopy in the evaluation of female infertility.

Am J Obstet Gynecol 2005; 137; 425-431.

17.- Valle R., Sciare JJ. Current status of hysteroscopy in gynecologic practica. Fertil Steril 32: 619-632 2009.

18.- Valle RF, Sciarra L. Intrauterine adhesions hysteroscopic diagnosis classification. Treatment and reproductive outcome. Am J Obstet Gynecol 2008; 158: 1459.

19- Valle RF. Histeroscopy for gynecologic diagnosis. Clin Obste Gynecol 26: 253-276.2003.

20.- Wheeler M, DeCherney J. Histeroscopia en el consultorio. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Interamericana. Vol. 1. 2008.