



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

**HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS EN MUJERES CON
SANGRADO UTERINO POSTMENOPAUSICO CON
ULTRASONIDO NORMAL EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO O ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. ELIA ELMA MARTÍNEZ MERCADO.

ASESOR:

DR. JOSÉ ALANIS FUENTES.

MEXICO D.F. JULIO 2012





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.

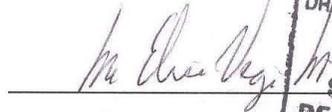
Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González y en la Sección de División y Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M bajo la Dirección del Dr. José Alanís Fuentes.

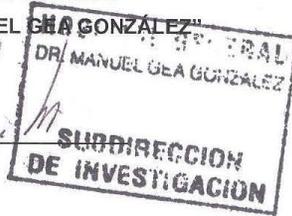
**Este trabajo de Tesis con No. PROT 11-24-2012,
presentado por la alumna Elia Elma Martínez Mercado
se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis
Dr. José Alanís Fuentes, y la División de Enseñanza e Investigación Clínica a cargo de la
Dr. Octavio Sierra Martínez y por con fecha del 27 de Julio del 2012
para su impresión final.**

**Tutor principal
Dr. José Alanís Fuentes**

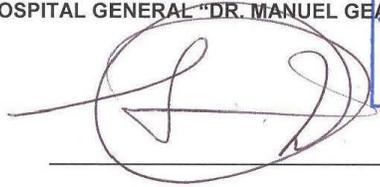
AUTORIZACIONES

DRA. MARÍA ELISA VEGA MEMIJE
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



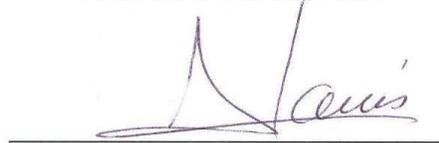


DR. OCTAVIO SIERRA MARTÍNEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"





DR. JOSÉ ALANÍS FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL
Y ASESOR DE TESIS
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Elia y Oseas:

Por haberme enseñado la importancia de la solidaridad, de la humanidad, que son la base de mi formación como médico, por su apoyo incondicional, por haberme enseñado a luchar por mis sueños a pesar de los obstáculos que se presentan.

A mi hermana Kaisia:

Por estar a mi lado en todo este proceso, por ser mi amiga y compañera incondicional, por no dejarme absorber por este sistema, por ayudarme a seguir encontrando y recordando el verdadero fin de mi profesión.

A mi abuela Elma:

Por haberme heredado el amor a esta profesión, sé que donde quiera que estés caminas a mi lado en este largo camino.

Al Dr. José Alanís Fuentes:

Por ser mi tutor, profesor y amigo.

A Carmen:

Por haberme brindado su apoyo, enseñanzas y sobre todo su amistad desde el primer día que llegue.

A mis profesores:

Por sus enseñanzas y formación.

A mis amigos y compañeros:

A quienes me apoyaron en los momentos difíciles y me acompañaron en los buenos y a quienes hicieron que me esforzara cada día por ser mejor con sus retos.

ÍNDICE

Resumen.....	7-8
Abstract.....	9-10
Introducción.....	11-13
Antecedentes.....	14-16
Marco de referencia.....	17-18
Planteamiento del problema.....	19
Justificación.....	20
Objetivo.....	21
Materiales y Método.....	22-25
Tipo de estudio.....	22
Criterios de Selección	
Criterios de Inclusión.....	22
Criterios de Eliminación.....	22
Tamaño de la muestra.....	23
Definición de variables.....	23
Descripción de procedimientos.....	23
Calendario.....	24
Recursos.....	24- 25
Resultados.....	26- 34
Discusión.....	35-37
Conclusión.....	38
Bibliografía.....	39-40
Glosario.....	41
Relación de gráficas y tablas.....	42-43
Anexo 1.....	44

RESUMEN

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances tecnológicos y terapéuticos a lo largo del siglo XXI han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que llegue a la etapa del climaterio y que inclusive pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia; lo anterior nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres en este grupo de edad. El sangrado uterino anormal en mujeres posmenopáusicas es una causa frecuente de consulta ginecológica.

El sangrado uterino anormal se presenta en el 10-15% de las mujeres postmenopáusicas y puede ser la primera manifestación clínica de cáncer endometrial, a pesar de que la patología maligna se encuentra en tan sólo el 10% de estas pacientes. Sin embargo, del 15 al 40% de estas pacientes tendrán otras alteraciones endometriales que pueden ser causa de sangrado, y el 50% restante será por causas no orgánicas

Por lo anterior, es importante complementar el estudio del sangrado uterino postmenopáusico con otros medios diagnósticos no invasivos, como la histeroscopia. En esta investigación, se busca describir los hallazgos histeroscópicos en mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal, ya que con este método se obtiene una visión directa de la cavidad uterina y permite la toma de biopsia dirigida para el diagnóstico de la patología endometrial.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo, transversal, Obteniendo de la base de datos de las pacientes que acudieron a la Clínica de Histeroscopia en el período comprendido del 1ro de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2010, en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Analizando un total de 102 expedientes.

Resultados: En la descripción de los hallazgos histeroscópicos se encontraron: Atrofia en el 59.80%, Pólipo endometrial en el 22.55%, Datos compatibles con Hiperplasia en el 10.78%, Datos sugerentes de cáncer en 2.94% y Adenomiosis en 3.92%. Siendo el hallazgo más frecuente la Atrofia endometrial, seguido del pólipo endometrial e Hiperplasia.

Dentro de la realización de las histeroscopías, se tomo biopsia de endometrio para estudio anatomopatológico al 100% de las pacientes incluidas en el estudio, encontrando que en el 29.41% la muestra fue insuficiente, 29.41% contaban con reporte histopatológico de endometrio atrófico, endometrio proliferativo en el 10.78%, en 3.92% reportaron endometritis, pólipo endocervical y endometrio secretor, 7.84% con reportes de pólipo endometrial y en 7.84% no se encontraron

alteraciones Sólo se encontró 1 expediente (0.90%) corroborando adenocarcinoma endometrial y 2 expedientes más (1.90%) con reporte de hiperplasia con atipia.

Conclusiones: Los hallazgos histeroscópicos que se encontraron en las mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el período del 1ro Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010: Atrofia (59.8%), Pólipo endometrial (22.55%), Hiperplasia (10.78%), Adenomiosis (3.92%) y Cáncer (2.94%).

Dentro de los reportes histopatológicos encontramos: material de la muestra insuficiente (29.41%), Endometrio Atrófico (29.4%), Endometrio Proliferativo (10.78%), Endometritis, Pólipo Endocervical y Endometrio Secretor (3.92%) respectivamente. Pólipo endometrial (7.84%). Hiperplasia con atipia (1.96%) y Adenocarcinoma Endometrial (0.98%). En el 7,84% no se encontraron alteraciones.

ABSTRACT

The progressive increase of the hope of life next to the therapeutic and technological advances along the 21st century have determined that each time be greater the number of women that arrive at the phase of the climacterium and that even spend at least a third of their life after menopause; this situate us before a new epidemiological profile of the women in this group of age. Abnormal uterine bleeding in postmenopausal women is a common cause of gynecological consultation.

Abnormal uterine bleeding occurs in 10-15% of postmenopausal women and may be the first clinical manifestation of endometrial cancer, although the malignancy is found in only 10% of these patients. However, from 15 to 40% of these patients have other endometrial abnormalities that can cause bleeding, and the remaining 50% will be for non-organic causes.

Therefore, it is important to complement the study of postmenopausal uterine bleeding with other noninvasive diagnostic methods, such as hysteroscopy. In this research, seeks to describe the hysteroscopic findings in women with postmenopausal uterine bleeding with normal ultrasound, since this method provides a direct view the uterine cavity and allows targeted biopsy for the diagnosis of endometrial pathology.

Material and Methods: A descriptive, open, observational, retrospective, cross study Obtaining from the database of patients attending the hysteroscopy clinic in the period from January 1 2005 to December 31, 2010, the case file numbers of patients with postmenopausal abnormal uterine bleeding with normal ultrasound at the Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez " analyzing a total of 102 records.

Results: In the description of the hysteroscopic findings were: atrophy in 59.80%, endometrial polyp in 22.55%, hyperplasia in 10.78%, cancer in 2.94% and 3.92% in Adenomyosis. Being the most common finding endometrial atrophy, followed by endometrial polyp and hyperplasia. In carrying out hysteroscopy, endometrial biopsy was taken for pathology to 100% of the patients included in the study and found that 29.41% in the sample was insufficient, 29.41% had histopathological report of atrophic endometrium, proliferative endometrium at 10.78%. 3.92% reported in endometritis, endocervical polyp and secretory endometrium. 7.84% with reports of endometrial polyp and 7.84% there were no abnormalities found only 1 case (0.90%) and 2 endometrial adenocarcinoma corroborating records more (1.90 %) with hyperplasia with atypia report.

Conclusions: The hysteroscopic findings were found in women with postmenopausal uterine bleeding with normal ultrasound at the Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez "in the period

from 1 January 2005 to December 31, 2010: atrophy (59.8%), endometrial polyp (22.55%), hyperplasia (10.78%), adenomyosis (3.92%) and cancer (2.94%).

In histopathological reports are: insufficient sample material (29.41%), atrophic endometrium (29.4%), proliferative endometrium (10.78%), endometritis, and secretory endometrium Endocervical polyp (3.92%) respectively. Endometrial polyp (7.84%). Hyperplasia with atypia (1.96%) and Endometrial Adenocarcinoma (0.98%). In the 7.84% found no abnormalities.

INTRODUCCIÓN

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances tecnológicos y terapéuticos a lo largo del siglo XXI han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que llegue a la etapa del climaterio y que inclusive pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia; lo anterior nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres en este grupo de edad. El sangrado uterino anormal en mujeres posmenopáusicas es una causa frecuente de consulta ginecológica.

El sangrado uterino anormal se presenta en el 10-15% de las mujeres postmenopáusicas y puede ser la primera manifestación clínica de cáncer endometrial, a pesar de que la patología maligna se encuentra en tan sólo el 10% de estas pacientes. Sin embargo, del 15 al 40% de estas pacientes tendrán otras alteraciones endometriales que pueden ser causa de sangrado, y el 50% restante será por causas no orgánicas.

En los últimos años, el ultrasonido ha desplazado a cualquier otro método de imagen radiológico para el diagnóstico de la patología endometrial. En la actualidad, con el desarrollo y mejora de la ecografía transvaginal, disponemos de un método seguro y eficaz para la exploración no invasiva del espacio intrauterino.¹⁷ Sin embargo en el estudio realizado por Skaznik-Wikiel, *et al* (2009) Se determina que tiene una sensibilidad de 74% y especificidad de 46% con un valor predictivo positivo de 37% y un valor predictivo negativo de 80%.

Por lo anterior, es importante complementar el estudio del sangrado uterino postmenopáusico con otros medios diagnósticos no invasivos, como la histeroscopia. En esta investigación, se busca describir los hallazgos histeroscópicos en mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal, ya que con este método se obtiene una visión directa de la cavidad uterina y permite la toma de biopsia dirigida para el diagnóstico de la patología endometrial.

Los objetivos de esta investigación son: Describir los hallazgos histeroscópicos en mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del período del 1ro Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010, así como mencionar los diagnósticos histopatológicos encontrados en estas pacientes.

Para ello se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo, transversal, Obteniendo de la base de datos de las pacientes que acudieron a la Clínica de Histeroscopia en el período comprendido del 1ro de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2010, los números de

expedientes de las pacientes con sangrado uterino anormal postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Se realizaron un total de 7,786 histeroscopías en el período ya mencionado, de éstas 443 (5.6%) se realizaron a mujeres con sangrado uterino postmenopáusico y 102 (1.31%) fueron las que cumplieron con los criterios de inclusión, eliminando 4 de ellas por expedientes ilegibles.

Se obtuvieron de los expedientes datos clínicos como la edad de la paciente, edad de la inicio de la menopausia, tiempo de inicio del sangrado y los datos reportados en los ultrasonidos y los hallazgos en la histeroscopia, así como los reportes histopatológicos de las biopsias que se hayan tomado. Todas las histeroscopías fueron realizadas de manera ambulatoria en la Clínica de Histeroscopia.

Dentro de los criterios de inclusión se tomaron los expedientes completos de pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal y con reporte de histeroscopia y como criterio de eliminación los expedientes ilegibles

Se utilizó estadística descriptiva: Medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables: nominales: frecuencias, porcentajes, Moda, en algunos casos la mediana.

Para las variables de Intervalo: se utilizaron medidas como la media, mediana y desviación estándar.

Dentro de los resultados en la descripción de los hallazgos histeroscópicos se encontraron: Atrofia en el 59.80%, Pólipo endometrial en el 22.55%, Datos compatibles con Hiperplasia en el 10.78%, Datos sugerentes de cáncer en 2.94% y Adenomiosis en 3.92% . Siendo el hallazgo más frecuente la Atrofia endometrial, seguido del pólipo endometrial e Hiperplasia.

Dentro de la realización de las histeroscopías, se tomo biopsia de endometrio para estudio anatomopatológico al 100% de las pacientes incluidas en el estudio, encontrando que en el 29.41% la muestra fue insuficiente, 29.41% contaban con reporte histopatológico de endometrio atrófico, endometrio proliferativo en el 10.78%, en 3.92% reportaron endometritis, pólipo endocervical y endometrio secretor, 7.84% con reportes de pólipo endometrial y en 7.84% no se encontraron alteraciones Sólo se encontró 1 expediente (0.90%) corroborando adenocarcinoma endometrial y 2 expedientes más (1.90%) con reporte de hiperplasia con atipia.

Como conclusiones: Los hallazgos histeroscópicos que se encontraron en las mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General "Dr. Manuel Gea

González” en el período del 1ro Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010: Atrofia (59.8%), Pólipo endometrial (22.55%), Hiperplasia (10.78%), Adenomiosis (3.92%) y Cáncer (2.94%).

Dentro de los reportes histopatológicos encontramos: material de la muestra insuficiente (29.41%), Endometrio Atrófico (29.4%), Endometrio Proliferativo (10.78%), Endometritis, Pólipo Endocervical y Endometrio Secretor (3.92%) respectivamente. Pólipo endometrial (7.84%). Hiperplasia con atipia (1.96%) y Adenocarcinoma Endometrial (0.98%). En el 7,84% no se encontraron alteraciones.

ANTECEDENTES

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances tecnológicos y terapéuticos a lo largo del siglo XXI han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que llegue a la etapa del climaterio y que inclusive pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia; lo anterior nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres en este grupo de edad, el cual se caracteriza por una mayor prevalencia de enfermedades crónico degenerativas.

La menopausia es el cese permanente de la menstruación el cual se diagnostica tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista ninguna otra causa patológica, es resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica y ocurre en promedio a los 49 años de edad en la mujer mexicana.¹

Posterior a la menopausia, cualquier sangrado uterino debe considerarse como anormal y debe ser estudiado de forma inmediata, lo anterior debido a que una de cada ocho pacientes con sangrado uterino posmenopáusico presentará cáncer de endometrio.²

Existe un gran número de condiciones patológicas y iatrogénicas que se presentan en esta etapa de la vida de la mujer y que pueden originar sangrado uterino posmenopáusico como pueden ser: pólipos endometriales, miomas uterinos, hiperplasia endometrial, terapia hormonal de reemplazo y atrofia endometrial. También existen afecciones extrauterinas que pueden provocar sangrado durante la posmenopausia y que pueden confundir el diagnóstico, como por ejemplo la atrofia vaginal, la presencia de hemorroides, la cistitis, etc.³

El sangrado uterino anormal en mujeres posmenopáusicas es una causa frecuente de consulta ginecológica. Las pacientes eran tradicionalmente diagnosticadas mediante legrado uterino y biopsia fraccionada.⁴⁻⁵

El sangrado uterino anormal se presenta en el 10-15% de las mujeres postmenopáusicas y puede ser la primera manifestación clínica de cáncer endometrial, a pesar de que la patología maligna se encuentra en tan sólo el 10% de estas pacientes.⁶ Sin embargo, del 15 al 40% de estas pacientes tendrán otras alteraciones endometriales que pueden ser causa de sangrado, y el 50% restante será por causas no orgánicas. Por lo anterior, es importante contar con medios diagnósticos no invasivos que permitan identificar la patología endometrial.⁷

Cuando se determina que el origen del sangrado proviene de la cavidad uterina, suele considerarse que la biopsia de endometrio es imprescindible. Aunque la dilatación y el legrado uterino continúa siendo un procedimiento realizado con frecuencia para fines diagnósticos y terapéuticos, la biopsia endometrial realizada en el consultorio acelera el diagnóstico y el tratamiento apropiados. Se han diseñado muchos instrumentos para biopsia de tejido endometrial y para evaluar la cavidad endometrial. El instrumento convencional empleado durante muchos años fue la cánula de Novak, ya que tiene un diámetro de 5mm y suele pasar sin necesidad de dilatación a través del canal cervical pequeño, incluso en mujeres nulíparas. Debido a que la mujer postmenopáusica tiene un orificio cervical estenosado difícil de penetrar, se han desarrollado nuevas cánulas de materiales sintéticos como el silicón, que tienen diámetros menores de 3mm (cánula de Pipelle), son flexibles y mejor toleradas por las pacientes. La principal utilidad de la biopsia endometrial es que permite analizar si el tejido resecado contiene un adenocarcinoma. La exactitud de la detección del cáncer de endometrio por medio del legrado endometrial oscila entre un 76 y un 92%.

También se ha investigado a la ecografía transvaginal como herramienta de detección en pacientes con sangrado postmenopáusico, en donde en pacientes con ecos endometriales menores de 4mm se observó una sensibilidad del 96% y una especificidad del 68% para detectar patología endometrial.⁸

Pacientes con sangrado postmenopáusico con un grosor endometrial menor de 4mm en ultrasonido transvaginal, puede sugerir un endometrio atrófico como causa del sangrado uterino y el riesgo de presentar carcinoma o hiperplasia atípica en esta población es muy bajo. La hiperplasia endometrial es un diagnóstico histopatológico caracterizado por el incremento en el crecimiento glandular con o sin proliferación del estroma y se debe probablemente a una estimulación endometrial por estrógenos de manera prolongada. Hasta un tercio de las pacientes con carcinoma endometrial tienen el antecedente de una hiperplasia endometrial; el diagnóstico definitivo es histopatológico por medio de toma de biopsia por lo que aquellas pacientes que presentan un engrosamiento endometrial mayor de 5mm son candidatas a toma de biopsia para descartar malignidad.⁹

La sonohisterografía es un método diagnóstico mediante la cual se introduce solución salina a la cavidad endometrial a través del cuello uterino, y se usa la ecografía para proyectar imágenes de la cavidad uterina. El líquido revela con mayor detalle el interior de la cavidad uterina que cuando se usa solamente la ecografía. La indicación más común para este estudio es el sangrado uterino anormal en las mujeres pre y postmenopáusicas, aunque también se utiliza para estudiar a pacientes con infertilidad donde se evalúa la cavidad uterina para descartar malformaciones uterinas.¹⁰

Pantaleoni describió los procedimientos histeroscópicos por primera vez en 1869, no obstante la técnica no generó gran interés dentro de la especialidad hasta finales de la década de los 70's. Los opositores a la histeroscopia realizaban la dilatación y el legrado a ciegas en lugar de usar la histeroscopia para el diagnóstico de la patología endometrial. Sin embargo a mediados de la década de los 80's, la histeroscopia reemplazó a la dilatación y legrado a ciegas como procedimiento estándar para diagnosticar la patología intrauterina en forma precisa. Las ventajas como técnica diagnóstica precisa consisten en que no sólo permite una observación directa y una ubicación precisa de la enfermedad, sino que también ofrece un medio para tomar muestra del sitio en el que es más probable que se obtengan resultados positivos.

La histeroscopia en el consultorio con nuevos histeroscopios flexibles o rígidos con menor diámetro tiene cada vez mayor popularidad ya que permite efectuar biopsias selectivas en áreas del endometrio ante la observación de un posible proceso neoplásico. Una biopsia de endometrio a ciegas que revela histología endometrial benigna no asegura en forma absoluta que no exista un proceso maligno en alguna otra parte dentro del endometrio. Una transformación neoplásica del endometrio suele corresponder a una anormalidad localizada. Otra ventaja importante de la histeroscopia es el diagnóstico de pólipos endometriales, miomas submucosos u otras fuentes de sangrado que no pueden identificarse por medio de la biopsia de endometrio o del legrado convencional.⁸

MARCO DE REFERENCIA

Desde la década de los 90's numerosos estudios plantean que la histeroscopia es el estándar de oro como método diagnóstico para la evaluación de la patología endometrial. La histeroscopia es un método preciso y poco invasivo utilizado para la evaluación de los trastornos ginecológicos causantes de sangrado uterino anormal, tanto en pacientes premenopáusicas como postmenopáusicas, como por ejemplo hiperplasia endometrial, cáncer endometrial e infertilidad. También se han planteado otros métodos diagnósticos no invasivos para el estudio de la patología endometrial como la sonohisterografía, el ultrasonido transvaginal y la histerosalpingografía, así como la toma de biopsia de endometrio a ciegas por medio de la cánula de Pipelle. Sin embargo la histeroscopia tiene mayor precisión diagnóstica ya que se obtiene una visualización directa de la cavidad endometrial, la única desventaja es que se requiere de personal capacitado para realizar el procedimiento. De ahí que, la histeroscopia es un método valioso y con mayores tasas de éxito para el estudio del sangrado uterino en mujeres pre y postmenopáusicas.¹¹

Barati, *et al* (2007) realizó un estudio en el cual incluyó a 147 pacientes con sangrado uterino anormal y con ultrasonido normal, a quienes se les realizó histeroscopia, demostrando que el 21.8% (32) tuvieron una histeroscopia anormal, siendo los hallazgos más frecuentes el pólipo endocervical en 12 pacientes (8.2%), seguido de pólipo endometrial en 10 pacientes (6.8%), irregularidades endometriales (probable hiperplasia endometrial) en 6 pacientes (4.1%), atrofia endometrial en 3 pacientes (2%) y un mioma submucoso (0.7%) concluyendo que la histeroscopia es mejor método diagnóstico en relación con el ultrasonido transvaginal para el diagnóstico de patología endometrial.¹²

En otro estudio llevado a cabo por Bettocchi, *et al* (2002) se probó la eficacia de la histeroscopia en el tratamiento de la patología benigna intrauterina en la mujer postmenopáusica, realizando un estudio de 5 años en el cual incluyó a 925 pacientes postmenopáusicas con sangrado uterino, dividiéndolas en dos grupos de acuerdo al grosor endometrial reportado en el ultrasonido transvaginal: el grupo 1 con un grosor endometrial menor de 4mm y el grupo 2 con un grosor endometrial mayor de 4mm; en el primer grupo se encontró histeroscopia anormal en 105 pacientes (18.3%) donde 100 de ellas tenían pólipos endometriales, 4 con miomas submucosos y una con adenocarcinoma; el diagnóstico histeroscópico fue confirmado en todas las pacientes, por lo que concluye que la histeroscopia y el ultrasonido transvaginal pueden considerarse como métodos complementarios para la evaluación de la patología endometrial y que la histeroscopia debería ser un método considerado de rutina para el estudio del sangrado postmenopáusico.¹³

Dentro de las causas de sangrado postmenopáusico se encuentra el cáncer endometrial; este tipo de patología maligna generalmente se presenta con sangrado uterino anormal como primer síntoma, aunque algunas de las pacientes con adenocarcinoma endometrial se encuentran asintomáticas; por lo general la hiperplasia endometrial es el precursor de esta patología, por lo que es importante la medición del grosor endometrial en el ultrasonido, sin embargo, desafortunadamente tiene una baja especificidad en comparación con la biopsia de endometrio. Un grosor endometrial mayor de 4mm requiere de una evaluación más profunda.¹⁴

En el estudio realizado por Skaznik-Wikiel, *et al* (2009) se determinó si el grosor endometrial menor a 5mm en la ecografía transvaginal era suficiente para excluir lesiones benignas endometriales en mujeres postmenopáusicas, encontrando que el ultrasonido transvaginal con un grosor endometrial menor de 5mm tiene una sensibilidad de 74% y especificidad de 46% con un valor predictivo positivo de 37% y un valor predictivo negativo de 80%, por lo que debe complementarse con otro método diagnóstico como la histeroscopia para una mejor evaluación y diagnóstico de la patología intrauterina.¹⁵

Por último, en el estudio publicado por Bingol, *et al* (2011) se comparó la precisión diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal, sonohisterografía y la histeroscopia para el diagnóstico del sangrado postmenopáusico; para ello se incluyeron a 151 pacientes, encontrando que la sonohisterografía es segura y superior al ultrasonido transvaginal como método diagnóstico en el sangrado postmenopáusico producido por pólipos, hiperplasia endometrial y miomas submucosos, y encontraron también, que la sonohisterografía es similar a la histeroscopia para detectar este tipo de alteraciones de la cavidad uterina; aún así determinaron que la biopsia de endometrio continúa siendo el estándar de oro diagnóstico.¹⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los hallazgos histeroscópicos en mujeres con sangrado uterino postmenopáusico y ultrasonido normal?

JUSTIFICACIÓN

El aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances tecnológicos y terapéuticos a lo largo del siglo XXI han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que llegue a la etapa del climaterio y que inclusive pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia; lo anterior nos sitúa ante un nuevo perfil epidemiológico de las mujeres en este grupo de edad. El sangrado uterino anormal en mujeres posmenopáusicas es una causa frecuente de consulta ginecológica.¹

El sangrado uterino anormal se presenta en el 10-15% de las mujeres postmenopáusicas y puede ser la primera manifestación clínica de cáncer endometrial, a pesar de que la patología maligna se encuentra en tan sólo el 10% de estas pacientes. Sin embargo, del 15 al 40% de estas pacientes tendrán otras alteraciones endometriales que pueden ser causa de sangrado, y el 50% restante será por causas no orgánicas.⁷

En los últimos años, el ultrasonido ha desplazado a cualquier otro método de imagen radiológico para el diagnóstico de la patología endometrial. En la actualidad, con el desarrollo y mejora de la ecografía transvaginal, disponemos de un método seguro y eficaz para la exploración no invasiva del espacio intrauterino.¹⁷ Sin embargo en el estudio realizado por Skaznik-Wikiel, *et al* (2009) Se determina que tiene una sensibilidad de 74% y especificidad de 46% con un valor predictivo positivo de 37% y un valor predictivo negativo de 80%.¹⁵

Por lo anterior, es importante complementar el estudio del sangrado uterino postmenopáusico con otros medios diagnósticos no invasivos, como la histeroscopia. En esta investigación, se busca describir los hallazgos histeroscópicos en mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal, ya que con este método se obtiene una visión directa de la cavidad uterina y permite la toma de biopsia dirigida para el diagnóstico de la patología endometrial.

OBJETIVO

General:

- Describir los hallazgos histeroscópicos en mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del período del 1ro Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010.

Secundario:

- Mencionar los diagnósticos histopatológicos encontrados en las pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del período del 1ro Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010.

MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de Estudio:

- Descriptivo, Abierto, Observacional, Retrospectivo, Transversal

Ubicación Temporal y Espacial:

- **Sede:** Hospital General "Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, México, Distrito Federal. Subdirección de Ginecología. Clínica de Histeroscopia.
- **Período:** 1 de Enero 2005 al 31 de Diciembre 2010.

Criterios de Selección de la Muestra

- **Criterios de Inclusión:** Expedientes completos de pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal y con reporte de histeroscopia.
- **Criterios de Eliminación:** Expedientes ilegibles

VARIABLES

VARIABLES			
INDEPENDIENTES		DEPENDIENTES	
VARIABLE	ESCALA	VARIABLE	ESCALA
EDAD	INTERVALO AÑOS	HALLAZGOS HISTEROSCOPICOS	NOMINAL POLITOMICA ATROFIA POLIPO ENDOCERVICAL POLIPO ENDOMETRIAL MIOMA SUBMUCOSO PROBABLE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL CANCER ENDOMETRIAL NORMAL OTROS
EDAD DE LA MENOPAUSIA	INTERVALO AÑOS		
TIEMPO DE INICIO DEL SANGRADO	INTERVALO MESES		
REPORTE HISTOPTOLOGICO	NOMINAL SI /NO		
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	NOMINAL POLITOMICA HIPERPLSIA SIN ATIPIA HIPERPLASIA CON ATIPIA ATROFIA ADENOCARCINOMA POLIPOS ENDOMETRIALES OTROS		

Tamaño de la Muestra

Se seleccionaron de la Base de Datos de las pacientes que acudieron a la Clínica de Histeroscopia con sangrado uterino anormal, del período comprendido del 1ro de Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010 (7786 pacientes), los expedientes de las pacientes con sangrado uterino postmenopáusico y ultrasonido normal, obteniendo una muestra total de 102 expedientes.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva: Medidas de tendencia central y dispersión.

Para las variables nominales se utilizó: Porcentajes, Moda, en algunos casos la Mediana.

Para las variables de Intervalo: medidas como la Media, Mediana y Desviación Estándar.

Descripción Operativa del Estudio

Se obtuvieron de la Base de datos de las pacientes que acudieron a la Clínica de Histeroscopia en el período del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2010, los números de expedientes de las pacientes ingresadas a la Clínica de Histeroscopia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con sangrado uterino postmenopáusico, de éstos se seleccionaron sólo los que contaban con reporte de ultrasonido normal.

Se recolectaron datos clínicos como la edad de la paciente, edad de inicio de la menopausia, tiempo de inicio del sangrado y los datos reportados en los ultrasonidos y los hallazgos en la histeroscopia, así como los reportes histopatológicos de las biopsias que se hayan tomado. Todas las histeroscopías fueron realizadas de manera ambulatoria en la Clínica de Histeroscopia.

Hoja de Captura de Datos (Anexo 1.)

Calendario

- 1.- Revisión bibliográfica: 2 meses.
- 2.- Elaboración del protocolo: 1 mes.
- 3.- Obtención de la información: 2 meses.
- 4.- Procesamiento y análisis de los datos 1 mes.
- 5.- Elaboración del informe técnico final: 1 mes
- 6.- Divulgación de los resultados: 6 mes

Fecha de inicio: 1ero Enero 2012

Fecha de terminación: 31 de Julio 2012

Recursos

Recursos Humanos

Investigador Responsable: Dr. José Alanís Fuentes.

Jefe de Servicio de Ginecología.

Actividad: Coordinación, Apoyo en la obtención de bibliografía y resultados.

Número de horas por semana: 2

Investigador Principal: Dra. Elia Elma Martínez Mercado.

Médico Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

Actividad: Revisión de bibliografía, elaboración del protocolo, obtención y análisis de resultados, escrito final y divulgación.

Número de horas por semana: 10

Recursos materiales

Se requiere computadora, impresora, cartuchos de impresión, papelería.

Recursos con los que cuentan los investigadores.

Recursos financieros

CARGO	SUELDO * NETO MENSUAL	SUELDO POR HORA /160	MULTIPLIQUE POR NÚM HRS A LA SEMANA ⁽¹⁾	MULTIPLIQUE POR NÚM DE SEMANAS ⁽²⁾
ESPECIALISTA	17,008	106	212 (2)	5,936 (28)
RESIDENTE IV	11,119	69	690 (5)	19,320
				TOTAL RECURSOS HUMANOS 25,256

*Sueldo a octubre 2009

(1) Número de horas a la semana que dedica al protocolo

(2) Número de semanas que durará el protocolo

TOTAL DE RECURSOS HUMANOS	MATERIALES, REACTIVOS Y PROCEDIMIENTOS	EQUIPO	MANTENIMIENTO	SERVICIOS GENERALES	TOTAL
25,256	500	0	0	6,115	31,871

RESULTADOS

Se llevó a cabo la recolección de datos de expedientes de pacientes con presencia de sangrado uterino postmenopáusico y ultrasonido normal en el periodo del 1ero de Enero del 2005 al 31 de Diciembre del 2010 que acudieron a la Clínica de Histeroscopia del Servicio de Ginecología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Se realizaron un total de 7,786 histeroscopías en el período ya mencionado, de éstas 443 (5.6%) se realizaron a mujeres con sangrado uterino postmenopáusico y 102 (1.31%) fueron las que cumplieron con los criterios de inclusión, eliminando 4 de ellas por expedientes ilegibles. (Tabla 1, Gráfica 1,2)

Recabándose datos descriptivos de los hallazgos histeroscópicos, reportes de patología, así como datos demográficos y clínicos.

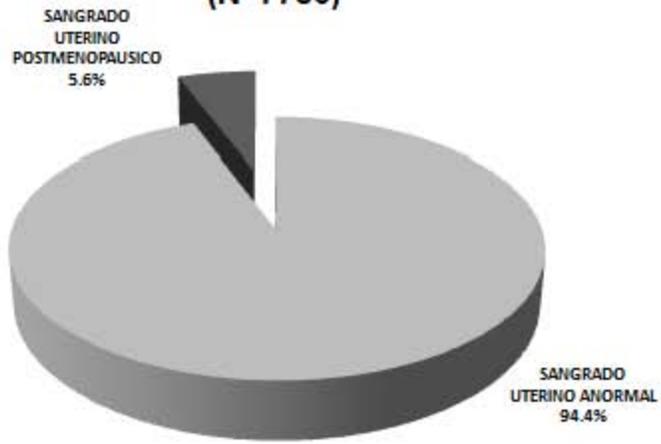
El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows versión 12.0, mediante estadística descriptiva, se expresaron los resultados como promedio \pm desviación estándar para variables continuas con distribución normal. Las variables nominales se expresaron como frecuencia absoluta y relativa.

TABLA 1

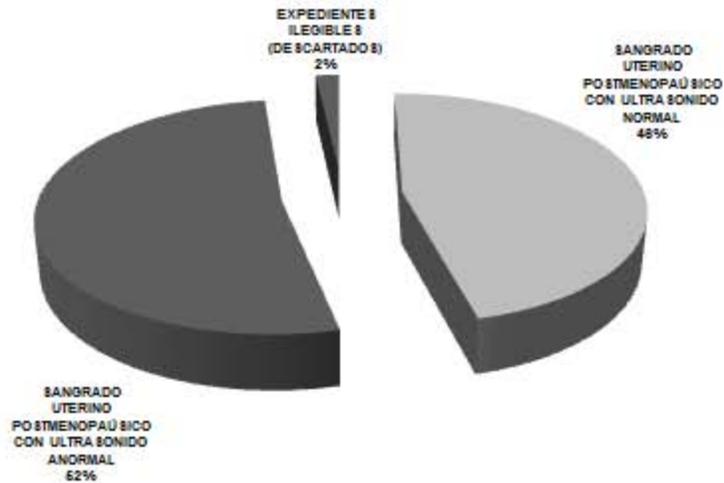
TOTAL DE CONSULTAS DE LA CLÍNICA DE HISTEROSCOPIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" DEL 1ERO ENERO 2005 AL 31 DE DICIEMBRE 2010

TOTAL DE CONSULTAS	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
CLÍNICA HISTEROSCOPIA	7786	100
SANGRADO UTERINO POSTMENOPÁUSICO	443	5.60
SANGRADO UTERINO POSTMENOPÁUSICO CON ULTRASONIDO NORMAL	102	1.31

GRÁFICA 1.
TOTAL DE MUJERES CON SANGRADO UTERINO ANORMAL
(N=7786)



GRÁFICA 2
MUJERES CON SANGRADO UTERINO POSTMENOPÁUSICO
(N=221)

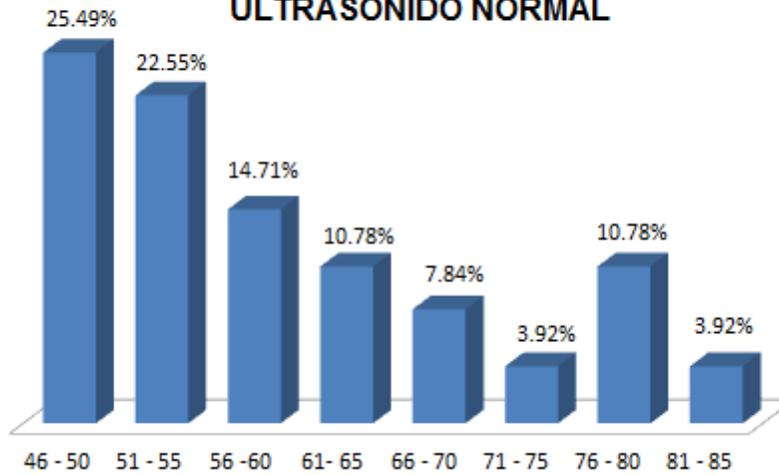


En cuanto a la edad de las pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General “Manuel Gea González”, se encontraron en un intervalo de edad máxima de 81 a 85 años y 46 a 50 años como mínima, siendo la moda de 49 años y la media de 59.8, con una desviación estándar de 8.17, con una frecuencia mayor en las pacientes al momento del diagnóstico de 46 a 50 años de edad (25.49%) y una frecuencia menor en las pacientes al momento del diagnóstico de 71 a 75 años y 81 a 85 años de edad (3.92%). (Tabla 2, Grafica 3).

TABLA 2
EDAD DE LAS PACIENTES CON SANGRADO UTERINO POSTMENOPÁUSICO CON
ULTRASONIDO NORMAL

EDAD (AÑOS)	NÚMERO	PORCENTAJE (%)
46 - 50	26	25.49
51 - 55	23	22.55
56 - 60	15	14.71
61 - 65	11	10.78
66 - 70	8	7.84
71 - 75	4	3.92
76 - 80	11	10.78
81 - 85	4	3.92

**GRÁFICA 3
GRUPOS DE EDAD DE PACIENTES CON
SANGRADO UTERINO POSTMENOPÁUSICO Y
ULTRASONIDO NORMAL**



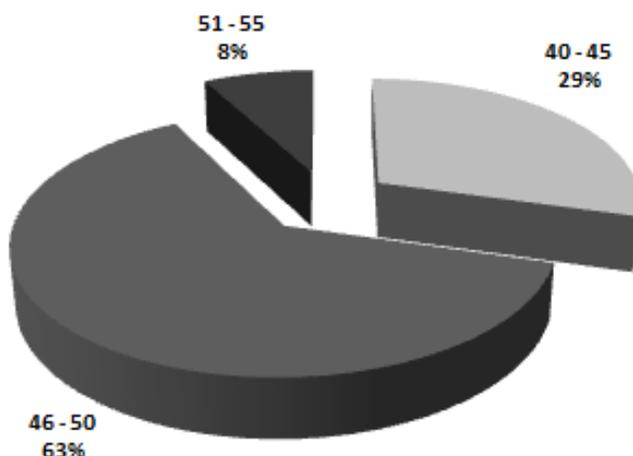
Para los años de inicio de la menopausia, encontramos como años máximos de inicio el intervalo de 51 a 55 años y como mínimo el intervalo de edad de 40 a 45 años, con una moda de 48 años y la media de 47 años, con una desviación estándar de 28,2 y la mayor frecuencia en el intervalo de 46 a 50 años con un 62.7%, en los 102 expedientes revisados. (Tabla 3, Grafica 4)

TABLA 3

EDAD DE LA MENOPAUSIA

EDAD DE MENOPAUSIA	NÚMERO	PORCENTAJE
40 – 45 años	30	29.40%
46 – 50 años	64	62.70%
51 – 55 años	8	7.80%

GRÁFICA 4
EDAD DE INICIO DE MENOPAUSIA

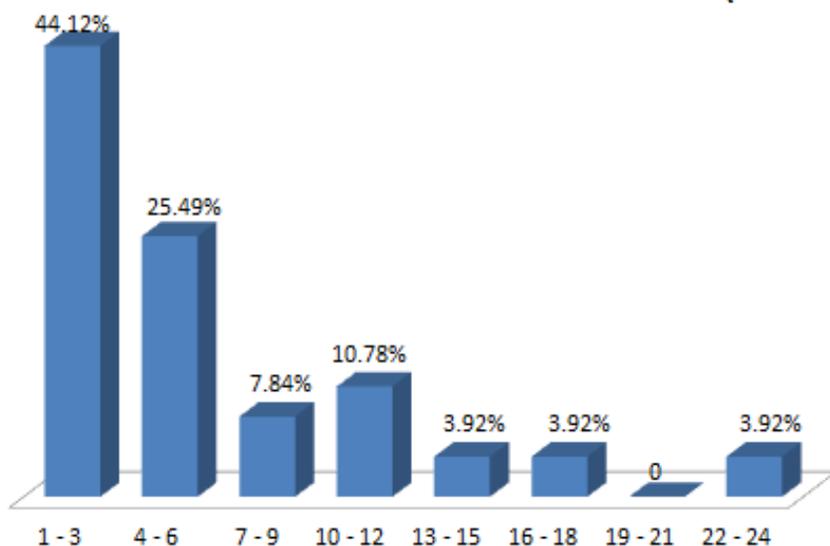


En cuanto a la duración del sangrado uterino postmenopáusico al momento del diagnóstico, resulto como meses máximos de duración de 22 a 24 meses y como mínimo de 1 a 3 meses, con una moda de 3 meses y una media de 5.4 meses, con una desviación estándar de 15.28 y encontrando la mayor frecuencia en el intervalo de 1 a 3 meses. (Tabla 4, Grafica 5).

TABLA 4
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL SANGRADO

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL SANGRADO (MESES)	NÚMERO	PORCENTAJE
1 - 3	45	44.10%
4 - 6	26	25.40%
7 - 9	8	7.80%
10 - 12	11	10.70%
13 - 15	4	3.90%
16 - 18	4	3.90%
19 - 21	0	0
22 - 24	4	3.90%

GRÁFICA 5
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL SANGRADO (MESES)



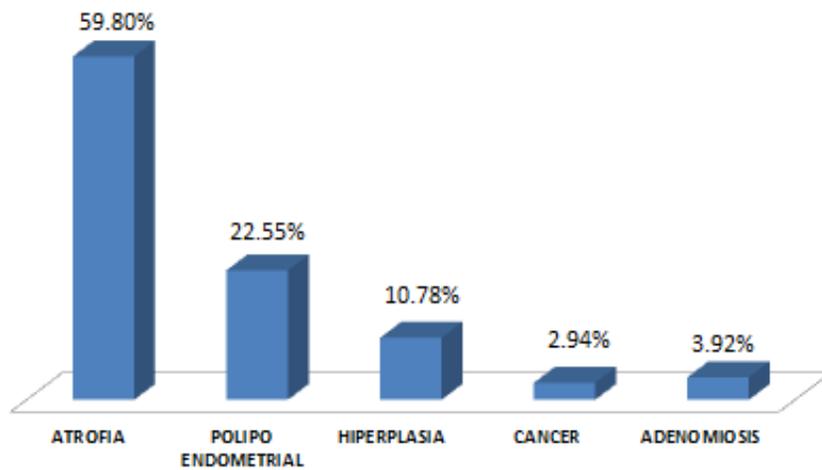
En la descripción de los hallazgos histeroscópicos se encontraron: Atrofia en 61 expedientes de las pacientes que corresponde al 59.80%, Pólipo endometrial en 23 expedientes que corresponde al 22.55%, Datos compatibles con Hiperplasia en 11 expedientes que representa en 10.78%, Datos sugerentes de cáncer en 3 pacientes que corresponde al 2.94% y Adenomiosis en 4 expedientes representando el 3.92% (Tabla 5, Grafica 6). Siendo el hallazgo más frecuente la Atrofia endometrial, seguido del pólipo endometrial e Hiperplasia.

TABLA 5

**HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS EN PACIENTES CON SANGRADO UTERINO
POSTMENOPÁUSICO CON ULTRASONIDO NORMAL**

HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
ATROFIA	61	59.8%
PÓLIPO ENDOMETRIAL	23	22.50%
HIPERPLASIA	11	10.70%
CANCER	3	2.9%
ADENOMIOSIS	4	3.90%

**GRÁFICA 6
HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS**



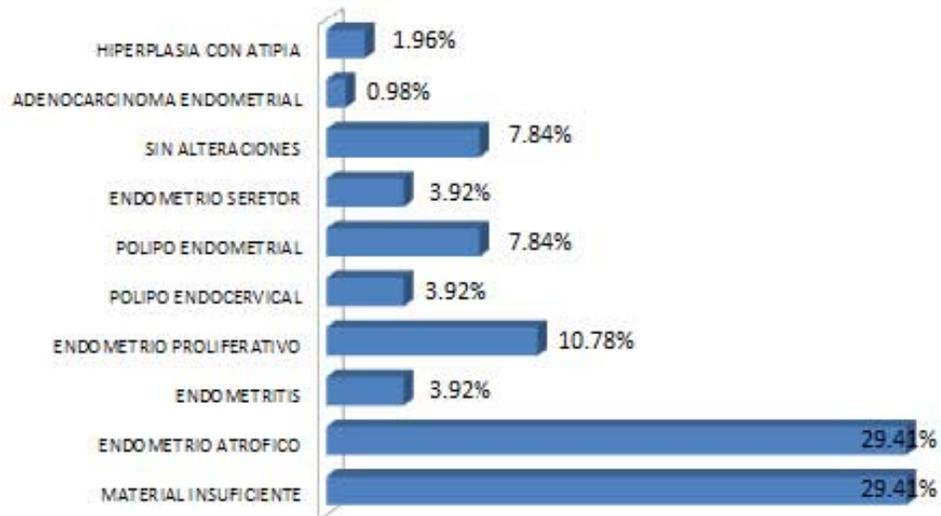
Dentro de la realización de las histeroscopías, se tomó biopsia de endometrio para estudio anatomopatológico al 100% de las pacientes incluidas en el estudio, encontrando que en 30 de los expedientes el material de la muestra fue insuficiente correspondiendo al 29.41%. 30 expedientes contaban con reporte histopatológico de endometrio atrófico, correspondiendo al 29.4%, en 11 pacientes endometrio proliferativo correspondiente al 10.78%, en 4 expedientes se encontró reporte histopatológico de endometritis, pólipo endocervical y endometrio secretor, con 3.92% respectivamente. En 8 pacientes se encontraron reportes de pólipo endometrial y en otras 8 no se encontraron alteraciones correspondiendo al 7.84%. Sólo se encontró 1 expediente corroborando adenocarcinoma endometrial y 2 expedientes más con reporte de hiperplasia con atipia. (Tabla 6, Grafica 7).

TABLA 6

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS DE LAS PACIENTES CON SANGRADO UTERINO POSTMENOPÁUSICO Y ULTRASONIDO NORMAL

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS	NÚMERO	PORCENTAJE
MATERIAL INSUFICIENTE	30	29.40%
ENDOMETRIO ATRÓFICO	30	29.40%
ENDOMETRITIS	4	3.90%
ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	11	10.70%
PÓLIPO ENDOCERVICAL	4	3.90%
PÓLIPO ENDOMETRIAL	8	7.40%
ENDOMETRIO SERETOR	4	3.90%
SIN ALTERACIONES	8	7.40%
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	1	0.90%
HIPERPLASIA CON ATIPIA	2	1.90%

GRÁFICA 7 HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS



DISCUSIÓN

Como ya se mencionó anteriormente el aumento progresivo de la esperanza de vida junto a los avances tecnológicos y terapéuticos a lo largo del siglo XXI, han determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que llegue a la etapa del climaterio y que inclusive pasen al menos un tercio de su vida después de la menopausia.

La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación, el cual se diagnostica tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista ninguna otra causa patológica, es resultado de la pérdida de la actividad folicular ovárica y ocurre en promedio a los 49 años de edad en la mujer mexicana.¹

En este estudio observamos que máximo de edad de la menopausia se encontraba en el intervalo de 51 a 55 años y como mínimo el intervalo de edad de 40 a 45 años, con una promedio de 47 años, lo que coincide con lo que plantea la Norma Oficial Mexicana de Atención del Climaterio y Menopausia, ya que puede presentarse 3 años antes o después de la edad ya mencionada.

Posterior a la menopausia, cualquier sangrado uterino debe considerarse como anormal y debe ser estudiado de forma inmediata, lo anterior debido a que una de cada ocho pacientes con sangrado uterino posmenopáusico presentará cáncer de endometrio.²

El sangrado uterino anormal se presenta en el 10-15% de las mujeres postmenopáusicas y puede ser la primera manifestación clínica de cáncer endometrial, a pesar de que la patología maligna se encuentra en tan sólo el 10% de estas pacientes.⁶ Sin embargo, del 15 al 40% de estas pacientes tendrán otras alteraciones endometriales que pueden ser causa de sangrado, y el 50% restante será por causas no orgánicas. Por lo anterior, es importante contar con medios diagnósticos no invasivos que permitan identificar la patología endometrial.⁷

En cuanto a la edad de las pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General "Manuel Gea González", se encontraron en un intervalo de edad máxima de 81 a 85 años y 46 a 50 años como mínima, siendo el promedio de 59.8 años de edad, con una desviación estándar de 8.17, con una frecuencia mayor en las pacientes al momento del diagnóstico de 46 a 50 años de edad (25.49%) y una frecuencia menor en las pacientes al momento del diagnóstico de 71 a 75 años y 81 a 85 años de edad (3.92%). Lo anterior indica que en la población estudiada los 60 años de edad es el promedio donde más frecuentemente podemos encontrar esta patología y siendo menos frecuente después de los 81 años de edad.

Referente a la duración del sangrado uterino postmenopáusico al momento del diagnóstico, resultaron como meses máximos de duración de 22 a 24 meses y como mínimo de 1 a 3 meses, con un promedio de 5.4 meses. Esto es importante ya que encontramos que las pacientes acuden a valoración en un periodo relativamente corto de tiempo, lo que puede traducirse en un diagnóstico precoz del origen de esta patología, facilitando su manejo oportuno.

Desde la década de los 90's numerosos estudios plantean que la histeroscopia es el estándar de oro como método diagnóstico para la evaluación de la patología endometrial. La histeroscopia es un método preciso y poco invasivo utilizado para la evaluación de los trastornos ginecológicos causantes de sangrado uterino anormal, tanto en pacientes premenopáusicas como postmenopáusicas, como por ejemplo hiperplasia endometrial, cáncer endometrial e infertilidad.

También se han planteado otros métodos diagnósticos no invasivos para el estudio de la patología endometrial como la sonohisterografía, el ultrasonido transvaginal y la histerosalpingografía, así como la toma de biopsia de endometrio a ciegas por medio de la cánula de Pipelle. Sin embargo, la histeroscopia tiene mayor precisión diagnóstica ya que se obtiene una visualización directa de la cavidad endometrial, la única desventaja es que se requiere de personal capacitado para realizar el procedimiento. De ahí que, la histeroscopia es un método valioso y con mayores tasas de éxito para el estudio del sangrado uterino en mujeres pre y postmenopáusicas.¹¹

En este estudio observamos que de las 102 pacientes incluidas, los hallazgos histeroscópicos que se encontraron fueron: Atrofia en el 59.80%, Pólipo endometrial en el 22.55%, Datos compatibles con Hiperplasia en 10.78%, Datos sugerentes de cáncer en el 2.94% y Adenomiosis en 3.92%. Siendo el hallazgo más frecuente la Atrofia endometrial, seguido del pólipo endometrial e Hiperplasia. Lo que difiere de lo reportado en el estudio de Barati, *et al* (2007), donde se encontró que el 21.8% tuvieron una histeroscopia anormal, siendo los hallazgos más frecuentes el pólipo endocervical (8.2%), seguido de pólipo endometrial (6.8%), irregularidades endometriales (probable hiperplasia endometrial (4.1%), atrofia endometrial (2%) y un mioma submucoso (0.7%).

Se tomó biopsia de endometrio para estudio anatomopatológico al 100% de las pacientes incluidas en el estudio, encontrando que en 30 de los expedientes el material de la muestra fue insuficiente correspondiendo al 29.41%, en 30 expedientes contaban con reporte histopatológico de endometrio atrófico, correspondiendo al 29.4%, en el 10.78% endometrio proliferativo, endometritis, pólipo endocervical y endometrio secretor, en el 3.92% respectivamente. En 8 pacientes se encontraron reportes de pólipo endometrial y en otras 8 no se encontraron alteraciones correspondiendo al 7.84%. Sólo se encontró 1 expediente corroborando adenocarcinoma endometrial (0.90%) y 2 expedientes más (1.90%) con reporte de hiperplasia con atipia. Por lo anterior demostramos que sólo en 7.84% no se encontró patología demostrable por biopsia de

endometrio, por lo que la histeroscopia debería de formar parte de los estudios solicitados para el protocolo de sangrado uterino postmenopáusico, ya que no solo permite la visualización directa de la cavidad endometrial, sino que también permite la toma de biopsia dirigida para tener mayor precisión diagnóstica.

CONCLUSIONES

- Los hallazgos histeroscópicos que se encontraron en las mujeres con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en el período del 1ro Enero 2005 al 31 de Diciembre del 2010: Atrofia (59.8%), Pólipo endometrial (22.55%), Hiperplasia (10.78%), Adenomiosis (3.92%) y Cáncer (2.94%).
- Dentro de los reportes histopatológicos encontramos: material de la muestra insuficiente (29.41%), Endometrio Atrófico (29.4%), Endometrio Proliferativo (10.78%), Endometritis, Pólipo Endocervical y Endometrio Secretor (3.92%) respectivamente. Pólipo endometrial (7.84%). Hiperplasia con atipia (1.96%) y Adenocarcinoma Endometrial (0.98%). En el 7,84% no se encontraron alteraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención del Climaterio y Menopausia. México: Secretaria de Salud; 2009.
2. Molinas SCR, Campo RY, Van Belle, Rombauts L, et al. Prospective multicenter randomized controlled trial to evaluate the feasibility and acceptability of diagnostic office hysteroscopy. *Fertil Steril* 2004; 82: 12.
3. Alanis FJ, Martínez GM, Mata MP. Hallazgos por histeroscopia en pacientes con hemorragia postmenopáusica. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75 (5): 253-258.
4. Cacciatore B, Ramsay T, Lehtovirta P. Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 413-416.
5. Nagele F, O'Connor H, Baskett T, et al. Hysteroscopy in women with abnormal uterine bleeding on hormonal replacement therapy: a comparison with postmenopausal bleeding. *Fertil Steril* 1996; 65: 1145-1150.
6. Baine C, Ketchner HC: Postmenopausal bleeding. In *Clinical Disorders of Endometrium and Mestrual Cycle* 1998; 2766-2787.
7. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Santoro A, Fattizzi N, Nardelli C et al. The role of office hysteroscopy in menopause. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11: 103–106.
8. Rock, John A, Thompson, John D. Te Linde. *Ginecología quirúrgica Tomo I*. 9ª ed. México: Ed. Panamericana; 2006.
9. Jacobs I., Gentry-Maharaj, A., Burnell, M., et al. Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case-control study within the UKCTOCS cohort. *Lancet Oncol* 2011; 12: 38–48.
10. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnóstico por ecografía*. 2ª ed. Madrid, España: 1999.

11. Daniilidis, Angelos, Pantelis, A, Dinas, K. Indications of diagnostic hysteroscopy, a brief review of literature. *Gynecol Surg* 2012; 9: 23–28.
12. Barati M, Masihi S, Moramezi F, Salemi S. Office hysteroscopy in patients with abnormal uterine bleeding and normal transvaginal ultrasonography. *Int J Fertil Steril* 2007; 4: 175–178.
13. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Santoro A, Fattizzi N, Nardelli C, et al. The role of office hysteroscopy in menopause. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 11: 103–106.
14. Bree RL, Bowerman RA, Bohm-Velez M, Benson CB, Doubilet PM, DeDreu S et al. US evaluation of the uterus in patients with postmenopausal bleeding: a positive effect diagnostic decision making. *Radiology* 2000; 216: 260–264.
15. Skaznik-Wikiel, M, Jelovsek, J. E. et al. Accuracy of endometrial thickness in detecting benign endometrial pathology in postmenopausal women. *Journal of the North American Menopause Society*. 2009; 17: 104-108.
16. Bingol, B, Ziya Gunenc, M, et al. Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284: 111–117.
17. Huertas Fernández, Miguel A, Rojo Riol Jose Ma. *Manual de Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica*. Barcelona: Ed. Glosa; 2008. 67- 75.
18. Robbins,S. Cotran, R. y Kumar, VII. *Patología Estructural y Funcional*. 7ma ed. México: Editorial Interamericana; 2005. 724-730.
19. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Ed. Espasa- Calpe; 1970.

GLOSARIO

SANGRADO UTERINO ANORMAL: Se define como aquel en el que se producen cambios en la frecuencia del ciclo menstrual, en su duración, o en la cantidad de la pérdida sanguínea.

SANGRADO UTERINO POSTMENOPAUSICO: Es aquel que se produce posterior a la menopausia.

MENOPAUSIA: Es el cese permanente de la menstruación el cual se diagnostica tras 12 meses consecutivos de amenorrea sin que exista ninguna otra causa patológica.

EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.

HISTEROSCÓPIA: Es un procedimiento diagnóstico que permite la visualización directa del canal cervical y de la cavidad uterina. Puede realizarse en consulta, de manera ambulatoria o en el hospital. Dentro de los hallazgos histeroscópicos que se pueden reportar: Atrofia, miomas submucosos, pólipo endometrial o endocervical, hiperplasia endometrial, cáncer endometrial, histeroscopia normal u otras malformaciones uterinas.

ECOGRAFIA O ULTRASONOGRAFÍA: Es una técnica de diagnóstico no invasiva en la que las imágenes se forman por el uso de ultrasonidos. Los ultrasonidos, al atravesar las diferentes estructuras devuelven "ecos" de diferentes amplitudes según sean los órganos atravesados, generando imágenes que permiten analizar un órgano o estructura.

SONOHISTEROGRAFÍA: Es un método diagnóstico mediante la cual se introduce solución salina a la cavidad endometrial a través del cuello uterino, y se usa la ecografía para proyectar imágenes de la cavidad uterina. El líquido revela con mayor detalle el interior de la cavidad uterina que cuando se usa solamente la ecografía.¹⁰

BIOPSIA ENDOMETRIAL: Consiste en la toma de una muestra de tejido del endometrio para su estudio anatomopatológico. Puede realizarse mediante cánulas de aspiración o dirigida durante la realización de una histeroscopia.

REPORTE HISTOPATOLÓGICO: Un informe de patología es un documento que contiene el diagnóstico determinado mediante el examen de células y tejidos bajo un microscopio. El informe también puede contener información sobre el tamaño, forma y apariencia de una muestra de lo que parece a simple vista. Esta información se conoce como la descripción macroscópica

RELACIÓN DE GRÁFICAS Y TABLAS

TABLA 1

Total de consultas de la Clínica de Histeroscopia del Servicio de Ginecología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" del 1ero enero 2005 al 31 de diciembre 2010.

TABLA 2

Edad de las pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal.

TABLA 3

Edad de la menopausia

TABLA 4

Tiempo de evolución del sangrado

TABLA 5

Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado uterino postmenopáusico con ultrasonido normal.

TABLA 6

Hallazgos histopatológicos de las pacientes con sangrado uterino postmenopáusico y ultrasonido normal.

GRÁFICA 1

Total de mujeres con sangrado uterino anormal.

GRÁFICA 2

Mujeres con Sangrado uterino postmenopáusico.

GRÁFICA 3

Grupos de edad de pacientes con sangrado uterino postmenopáusico y ultrasonido normal.

GRÁFICA 4

Edad de inicio de menopausia.

GRÁFICA 5

Tiempo de evolución del sangrado uterino postmenopáusico.

GRÁFICA 6

Hallazgos Histeroscópicos.

GRÁFICA 7

Hallazgos Histopatológicos.

