

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS, EN MUJERES
PREMENOPÁUSICAS CON SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN EL HOSPITAL
INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA DEL 2013 AL 2018.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. SILVIA GUADALUPE SANCHEZ MEZA**

HERMOSILLO, SONORA, JULIO DEL 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS, EN MUJERES
PREMENOPÁUSICAS CON SANGRADO UTERINO ANORMAL, EN EL HOSPITAL
INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA DEL 2013 AL 2018.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. SILVIA GUADALUPE SANCHEZ MEZA**

DR. JOSÉ JESÚS CONTRERAS SOTO

Director General
Hospital Infantil del Estado de Sonora/
Hospital Integral de la Mujer del
Estado de Sonora.

DR. HOMERO RENDÓN GARCÍA

Jefe del Departamento de
Enseñanza, Investigación, Calidad
y Capacitación.

DR. FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE

Profesor Titular del curso Universitario
de Ginecología y Obstetricia

DR. HUGO ALONSO VALENZUELA

ISLAS
Director de tesis

HERMOSILLO, SONORA, JULIO DEL 2018

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES:

Director de Tesis: Dr. Hugo Alonso Valenzuela Islas

Cargo: Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefe de clínica de Histeroscopia del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora

Unidad laboral: Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora

Teléfono: 662 1680872

Correo electrónico: huginob7706@yahoo.com.mx

Tesista: Dra. Silvia Guadalupe Sánchez Meza

Cargo: Médico Residente de Cuarto Año de Ginecología y Obstetricia

Unidad laboral: Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora

Teléfono: 662 1112322

Correo electrónico: silviamed_sanchez@hotmail.com

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEORICO	7
ANTECEDENTES	15
JUSTIFICACION	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
HIPOTESIS	23
PREGUNTA DE INVESTIGACION	23
OBJETIVOS	24
MATERIAL Y METODOS	25
RESULTADOS	31
DISCUSION	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

La menstruación es el sangrado cíclico que se produce en la mujer en época de madurez sexual, acompañada de la eliminación de la capa funcional del endometrio, como resultado de la disminución del estímulo hormonal sobre el mismo. Se caracteriza por una periodicidad de 28 ± 7 días, la duración es de 5 ± 2 días y se pierde entre 50 a 120 ml de sangre.

La hemorragia uterina anormal (HUA) es definida como cualquier sangrado que difiera del patrón menstrual normal. Es la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales. Su prevalencia es del 30%, a tal punto que ocasiona 20% de las consultas en Ginecología y 25% de todas las cirugías ginecológicas (65% de las histerectomías y 100% de la ablación endometrial).

La etiología del sangrado uterino anormal, varía según la edad de la paciente. El 50% se presentan en mujeres mayores de 45 años, un 30% entre los 20 a 44 años, 19% en adolescentes y 1% en premenárquicas.

Clasificación

A. Hemorragia uterina disfuncional/ de origen no anatómico: se define como la hemorragia anormal en la que se ha descartado lesiones orgánicas uterinas, generalmente atribuida a trastornos hormonales que afectan al control del sistema

reproductor por parte del hipotálamo y la glándula hipófisis. Su diagnóstico es de exclusión y representa el 75% de todas las hemorragias uterinas anormales.

B) Hemorragia uterina anormal de causa orgánica: Se presenta como consecuencia de un trastorno orgánico en el útero, corresponde al 25% de las hemorragias uterinas anormales. Tienen mayor incidencia en la edad media de la vida y con el paso de los años. Su importancia radica en que suele ser causa importante de anemia, ocasionando graves consecuencias en la vida de la mujer. Que la mayoría de las veces no consulta de forma inmediata.

1. Marco Teórico

El sangrado uterino anormal se define como sangrado del cuerpo uterino que es anormal en volumen, regularidad, temporalidad (o los tres) que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses.¹ La menstruación es la única hemorragia uterina normal. Se caracteriza por una periodicidad de 28 ± 7 días, sangrado menstrual de 60 ± 20 ml y duración de 4 ± 2 días.

La sociedad canadiense de ginecología y obstetricia lo define como cualquier variación del ciclo menstrual normal e incluye cambios en la regularidad y la frecuencia de la menstruación, en la duración del flujo o en la cantidad de pérdida de sangre. Bajo esta categoría las definiciones adicionales pueden subdividirse en función del volumen de menstruación, regularidad, frecuencia, duración, cronicidad y tiempo relacionados con el estado reproductivo.²

En base a su forma de aparición se puede definir como sangrado uterino anormal agudo se un episodio de sangrado abundante que, en opinión médica, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre. El sangrado uterino anormal agudo puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.³

El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativo, considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales ; por su origen puede ser de tipo anatómica o disfuncional.⁴

De acuerdo a la nueva clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el sangrado uterino anormal en mujeres no gestantes, en edad reproductiva, pueden dividirse en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo al acrónimo PALM-COEIN (pahm-koin), y están enfocada en la causa de la SUA, lo que permite agruparla de una manera más ordenada.³

Etiología

Polipos endometriales

Los pólipos uterinos son crecimientos endometriales focales que pueden ocurrir en cualquier lugar dentro de la cavidad uterina. Contienen una cantidad variable de glándulas, estroma y vasos sanguíneos, cuyas cantidades relativas influyen en su apariencia visual en la histeroscopia. Pueden ser suaves y quísticos o firmes y fibrosos; pueden ser pedunculados o sésiles, únicos o múltiples, y varían en tamaño desde pequeños con un mínimo distorsión de la cavidad uterina a un gran tamaño, llenando toda la cavidad. La mayoría de los pólipos endometriales se diagnostican mediante imágenes por ultrasonido pélvico transvaginal o histeroscopia y la

confirmación se proporciona mediante el examen histológico de la muestra. La prevalencia de pólipos uterinos en una población femenina adulta en general sin sangrado uterino anormal generalmente se estima en alrededor del 10-15%. Si bien los pólipos uterinos pueden ser un hallazgo incidental, parecen ser más prevalentes en mujeres sometidas a investigación con ultrasonido pélvico de alta resolución o histeroscopia por SUA. La prevalencia de pólipos encontrados asociados con SUA varía de acuerdo con los criterios utilizados para definir un pólipo, la prueba de diagnóstico utilizada y el tipo de población estudiada. En general se consideran causales del 20-30% de las pacientes con sangrado uterino anormal.⁵

El mecanismo por el cual los pólipos pueden generar SUA no es claro y podría estar relacionado con las mismas teorías que tratan de explicar su formación. Solo se puede inferir la relación causal en forma indirecta por el alivio de los síntomas de SUA que experimentan la mayoría de las pacientes luego de la polipectomía.

En la propuesta de FIGO solo se clasifican los pólipos como presentes o ausentes definidos por ecografía y/o histeroscopia.

Adenomiosis

La adenomiosis es la presencia de glándula y estroma endometrial en el espesor del miometrio con hipertrofia e hiperplasia reactiva de las fibras musculares adyacentes. El diagnóstico es anatomopatológico, sin embargo no existen criterios universalmente aceptados.⁶

Se define como un conjunto de lesiones que afectan la interfase endometrio-miometrio o junctional zone (JZ) y que van desde un ligero engrosamiento de la misma hasta el compromiso difuso de todo el espesor del miometrio.

La prevalencia en la población general es desconocida y varía entre el 5-70% en las piezas de histerectomía según los criterios anatomopatológicos utilizados.

El rol de la adenomiosis en el desarrollo de SUA no es claro. El diagnóstico ha sido tradicionalmente realizado en las piezas de histerectomía por lo que si bien en muchos casos se podría establecer una relación causal, es imposible saber cuántas mujeres de la población general tienen adenomiosis y se encuentran completamente asintomáticas. Al igual que en el caso de los pólipos la FIGO solo clasifica la adenomiosis como presente o ausente definida por ecografía o resonancia magnética.³

Leiomiomas

Los miomas uterinos son los tumores mesenquimáticos más frecuentes del útero y resultan de una mutación somática de una célula de músculo liso y la posterior expansión clonal de estas células.

Son altamente prevalentes y se encuentran hasta en el 70% de las mujeres entre 40 y 50 años. Si bien son frecuentes en mujeres con SUA, la paradoja es que muchas mujeres con miomas presentan patrones de sangrado completamente normales.⁷

La relación entre miomas y SUA es poco entendida. Las teorías propuestas van desde las más antiguas que sugerían ulceración del endometrio o ectasia venosa

producida mecánicamente por el mioma hasta las más modernas que sugieren desregulaciones de distintos factores angiogénicos, de crecimiento celular, de remodelación tisular, proinflamatorios y alteraciones locales de coagulación.

La FIGO aquí propone una subclasificación. Esta se define en tres pasos. En el primer paso solo se define la presencia o ausencia de uno o mas miomas detectados por ecografía. En el segundo paso se diferencia entre miomas submucosos y los que no lo son ya que se considera que los submucosos son los miomas que más relación tienen con el SUA. El tercer paso es la clasificación los miomas en 8 subgrupos de acuerdo a la relación de los mismos con la mucosa o la serosa uterina. No se consideran en la clasificación datos como el tamaño uterino, número, localización, tamaño o volumen de el/los miomas pero se deja abierta la posibilidad de que cada clínico o investigador adjunte estos datos.³

Malignidad/hiperplasia

El cáncer endometrial es la neoplasia ginecológica más frecuente en el mundo occidental. Historicamente tenía un baja incidencia en mujeres premenopausicas, sin embargo con el aumento de tasas de obesidad, síndrome metabólico y factores de riesgo su incidencia ha aumentado.⁸

Las hiperplasias de endometrio con o sin atipias y los tumores malignos epiteliales o mesenquimáticos del cuerpo o cuello uterino son causas infrecuentes de SUA en pacientes en edad reproductiva. El sistema PALM-COEIN no fue diseñado para reemplazar las clasificaciones vigentes de la FIGO y de la Organización Mundial de la Salud (WHO) motivo por el cual si en la evaluación de una paciente por SUA se

descubre alguna de estas lesiones se debe clasificar, estadificar y tratar según los estándares vigentes.³

Coagulopatías

Dentro de este título se agrupan diferentes alteraciones de la hemostasia que pueden cursar con SUA como única manifestación o formar parte de un cuadro clínico más complejo.

Aproximadamente 13% de las mujeres con SUA, especialmente sangrado menstrual abundante, tienen alguna alteración de la hemostasia, siendo la más frecuente la enfermedad de von Willebrand.¹ Es importante tener en cuenta que este tipo de desórdenes de la hemostasia en la evaluación de pacientes con SUA y de ser necesario pedir una evaluación al hematólogo.

Disfunciones ovulatorias

Bajo este título se agrupan una serie de trastornos endocrinológicos que tienen en común una falla de la ovulación, la producción sostenida de estrógenos y la ausencia de la producción de progesterona por el cuerpo lúteo en forma cíclica. Esto lleva a una proliferación endometrial persistente asociada con la disminución de prostaglandina F_{2α}, uno de los principales factores relacionados con la hemostasia endometrial.

Alteraciones de este tipo producen sangrado impredecible en tiempo y cantidad del mismo. El espectro de alteraciones va desde la amenorrea, pasando por sangrados escasos y espaciados hasta sangrados muy intensos que requieren internación.

Muchos de estos desórdenes pueden formar parte de trastornos endocrinológicos como: hipotiroidismo, SOAP, hiperprolactinemia, obesidad, anorexia, stress, pérdida de peso, ejercicio de alta competición, etc. ¹

Endometriales

Se define como causa endometrial a aquel sangrado uterino anormal que ocurre en un ciclo ovulatorio normal sin ninguna otra causa de sangrado aparente. Se cree que la causa es primaria del endometrio. Donde mas evidencia científica hay es en el campo de los mecanismos de hemostasia local a nivel endometrial.

Deficiente producción local de vasoconstrictores como endothelin-1 y prostaglandina F2 α o una lisis acelerada del coagulo por el aumento de los niveles del activador del plasminógeno o el aumento de vasodilatadores como la prostaglandina E2 y prostaciclina (I2) se han estudiado como posibles causas de sangrado anormal. Pese a que esta información está disponible desde hace años, no se han desarrollado test de diagnóstico para aplicar en la práctica clínica.¹

Iatrogénicas

Dentro de esta categoría se agrupan aquellos dispositivos o intervenciones farmacológicas que pueden causar o contribuir al SUA.

Dispositivos que afectan directamente al endometrio como los dispositivos intrauterinos (DIU) con cobre o los que liberadores de levonorgestrel.

Medicamentos que afectan directamente al endometrio como las progesteronas via oral, sistémica o local. Medicamentos que afectan la ovulación como los anticonceptivos y otras combinaciones de estrógenos y progesterona, asi como anticoagulantes.

No clasificadas

Se agrupan aquí aquellas condiciones o anormalidades raras o que su rol en la patogénesis de sangrado uterino anormal no está del todo definido. Ejemplos de estos casos son: malformaciones arterio venosas y los istmoceles. En la medida que la evidencia esté disponible estas nuevas causas serán ubicadas en los grupos existentes o se crearan nuevas categorías.³

2. ANTECEDENTES

El sangrado uterino anormal se produce entre el 10-20% por ciento de las mujeres entre la menarquia y la menopausia, lo que afecta significativamente la calidad de vida y la imposición de la carga financiera.⁹ Se reporta en series como la segunda causa de consulta ginecológica. Afectando del 20-30% de las mujeres y siendo la indicación de hasta el 50% de las cirugías ginecológicas.

De acuerdo a la literatura del 40-60% de todas las histerectomías realizado son debido a la presencia de miomas. Los miomas son la indicación más común para la histerectomía en los Estados Unidos y Australia ⁷

Las pérdidas económicas anuales en USA ocasionadas por los medicamentos, consultas médicas, procedimientos quirúrgicos, uso de tampones o toallas sanitarias, se estiman hasta en 2 billones de dólares anuales. En México se carece de estos datos, sin embargo diversos artículos refieren al SUA como principal causa de consulta ginecológica en hospitales de sector salud.¹⁰

En México, de las mujeres que cursan con hemorragia uterina, anualmente solo 6 millones de ellas buscan atención médica; el diagnóstico se sospecha mediante el interrogatorio y examen físico (exploración ginecológica), y posteriormente confirmación mediante estudios de laboratorio y gabinete. Considerándose por algunos autores que del 9 al 14% de las mujeres en edad reproductiva han tenido ciclos menstruales mayores a 80 mililitros por ciclo menstrual.⁴

De las inconformidades interpuestas en la CONAMED entre 2001-2005 el 15% corresponden a atención ginecobstetrica y de estos el 71% de las denuncias se encuentran relacionada con el tratamiento quirúrgico de miomatosis uterina, principal causa de SU de origen orgánico. Estos datos nos orientan a la importancia de un adecuado diagnóstico y manejo de esta patología.¹⁰

Durante la etapa reproductiva y la posmenopausia el sangrado uterino anormal puede tener distintas causas. La historia clínica completa y el examen físico de la cavidad uterina permiten establecer el diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado para detener el sangrado uterino anormal.¹¹

El desarrollo de la histeroscopia ha proporcionado un enfoque mínimamente invasivo a problemas ginecológicos comunes, como el sangrado uterino anormal. Una de sus principales ventajas es que proporciona una visualización directa de la cavidad

uterina y el endometrio, lo que permite obtener una biopsia durante el procedimiento, en caso de sospecha de alguna enfermedad ginecológica.¹¹

Los métodos diagnósticos de patología endometrial han ido evolucionando desde la citología endometrial, pasando por la biopsia endometrial aislada, y el legrado, hasta la histeroscopia.

La citología endometrial tiene un valor limitado. Las técnicas ciegas obtienen un índice de falsos negativos que varía según los autores entre el 25-60 %. Con el legrado sólo se obtienen muestras del 60-70% de la cavidad, con lo que procesos focales podrían pasar inadvertidos. Las cifras de patología orgánica en mujeres premenopáusicas alcanzan hasta el 45% según las series, y patología neoplásica hasta el 0,3%. En mujeres posmenopáusicas, estas cifras ascienden hasta el 8,1%. Estos datos pueden infravalorarse si únicamente realizamos un estudio biópsico a ciegas.¹²

La histeroscopia parece ser la técnica de elección para el diagnóstico de la patología endocavitaria, ya que permite la total visualización de la cavidad y la toma directa de muestras para estudio anatomopatológico, existiendo además una alta correlación entre diagnóstico patológico e histeroscópico.¹²

La histeroscopia se ha convertido en el procedimiento número uno a nivel mundial para el diagnóstico y manejo de la patología intrauterina. Por medio de la histeroscopia diagnóstica podemos visualizar una amplia gama de trastornos intracavitarios y, gracias a nuevos modelos de histeroscopios, muchas veces

podemos realizar procedimientos operatorios menores en el curso de una histeroscopia diagnóstica. Debido a los avances tecnológicos es posible ahora la histeroscopia de consultorio, resultando en mayor comodidad para la paciente, la cual es atendida en forma ambulatoria, con un gran ahorro en costos y tiempo.¹³

3. Justificación

Los trastornos menstruales son una indicación común de visitas médicas entre mujeres en edad reproductiva y el sangrado menstrual abundante afecta hasta el 30% de las mujeres a lo largo de su vida reproductiva. Estas quejas pueden afectar significativamente la calidad de vida, resultan en tiempo libre, conducen a intervenciones quirúrgicas incluida la histerectomía y tienen un impacto significativo en el sistema de atención médica.²

En México, con datos del INEGI y proyecciones de la CONAPO (Comisión Nacional de Población) se estimó que la población en el 2008 llegaría a 107.5 millones de habitantes, de los cuales 54 millones son mujeres. El sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud en el 2007 reportó 25292 histerectomías.

En base en las prevalencias reportadas por otros países estamos frente a más de 10 millones de mujeres que potencialmente podrían ser afectadas por episodios de sangrado uterino anormal; sin embargo no todas las pacientes tendrán acceso a

servicios de salud y si lo tienen éste quizá no podrá resolver de manera efectiva su patología.¹⁴

Ante estos hechos es necesario que el médico ginecobstetra esté familiarizado con la patología, desarrolle protocolos de diagnóstico y tratamiento adecuados. Los costos que resultan del tratamiento de este síntoma no se limitan a los costos directos de las cuentas por las consultas, estudios diagnósticos, hospitalizaciones o cirugías sino a los costos indirectos representados por la pérdida de productividad laboral.

El ultrasonido transvaginal ha sido el estudio de primera elección en el diagnóstico de sangrado uterino anormal, con una sensibilidad y especificidad general de 89% y 56% respectivamente, misma que decrece hasta el 26-57% en sensibilidad y 33-69% de especificidad cuando se trata de patología intracavitaria. Otros exámenes tradicionalmente incluidos en el protocolo de estudio de estas pacientes son la biopsia endometrial y el legrado instrumental.

Actualmente la histeroscopia de consultorio está tomando un papel importante en el diagnóstico y tratamiento del SUA y sus diversas etiologías, llegando a ser considerado en algunos centros como estudio de primera intención con el fin de incrementar la prontitud y exactitud diagnóstica.¹⁵

La biopsia endometrial de consultorio es relativamente económica, conveniente y tiene un bajo riesgo de complicaciones. Los hallazgos pueden incluir endometrio

benigno, hiperplasia simple o compleja sin atipia, hiperplasia con atipia o adenocarcinoma endometrial. En mujeres premenopáusicas, la biopsia endometrial es 82.3 por ciento sensible para detectar hiperplasia con atipia y 91 por ciento sensible para detectar cáncer de endometrio; la especificidad es del 98 por ciento para ambos.⁹

El objetivo de este estudio es evaluar la correlación entre los hallazgos histeroscópicos e histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal, enfocándonos en las que se encuentran en premenopausia ya que es la población mayormente afectada.

4. Planteamiento del problema

El sangrado uterino anormal es un problema de salud pública, ya que se presenta hasta en el 30% de la población femenina, afectando a mujeres de edad reproductiva hasta pasada la menopausia. Constituyendo a su vez una de las principales indicaciones para la realización de histerectomía. Acarreando con esto disminución en la calidad de vida, aumento en consultas médicas, intervenciones quirúrgicas y un alto costo al sector salud.¹⁶

La histeroscopia de consultorio es un método diagnóstico-terapéutico que con la continua innovación y evolución de los equipos permite la visión directa de la cavidad uterina en tiempo real. El uso de esta herramienta tiene un alto beneficio en aspecto de costo efectividad. Su aplicación aunada a toma de biopsia endometrial constituye en el patrón de referencia para la detección de patología en la cavidad uterina de pacientes que acuden por sangrado uterino anormal.¹⁵

Aun a pesar de la ya reportada en diversas series alta sensibilidad de la histeroscopia en el manejo del SUA, no es considerada aun por todos como manejo de primera línea, prefiriéndose en algunos casos la realización de legrado con toma de biopsia, ya sea por falta de disponibilidad de equipo técnico o preferencia del médico.

Ante tal situación nos vemos en la necesidad de realizar una revisión de los hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado uterino anormal y los reportados histopatológicamente en nuestro centro y realizar una descripción de los mismos. Secundariamente podremos observar que comorbilidades se encuentran asociadas más frecuentemente en estas pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales hallazgos histeroscópicos e histopatológicos en pacientes premenopausicas con sangrado uterino anormal en Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora?

HIPÓTESIS

La patología benigna endometrial es la principal causa de sangrado uterino anormal en pacientes premenopausicas.

OBJETIVOS

General

Describir los hallazgos histeroscópicos e histopatológicos más frecuentes en pacientes premenopausicas con sangrado uterino anormal en el Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora del 2013 al 2018.

Específicos

- Estimar la prevalencia de patología maligna en pacientes premenopausicas con sangrado uterino anormal.
- Determinar las principales causas etiologías del sangrado uterino anormal
- Describir las principales comorbilidades asociadas a este padecimiento

Marco Metodológico

Diseño y tipo de estudio:

- a) **Diseño:** Descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.
- b) **Tipo de estudio:** Descriptivo en las etiologías del sangrado uterino anormal y los hallazgos histológicos e histeroscópicos.
- c) **Tipo de investigación:** Clínica
- d) **Lugar de estudio:** Clínica de Histeroscopia del Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora.
- e) **Periodo de estudio:** Septiembre del 2013 a Enero del 2018.

Universo de trabajo:

Pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal atendidas en la clínica de histeroscopia del Hospital Integral de la mujer del estado de Sonora del 2013 a Enero del 2018.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal atendidas en la clínica de histeroscopia del Hospital Integral de la mujer del estado de Sonora del 2013 a Enero del 2018.
- Que se cuente con reporte histopatológico e histeroscópico en expediente.

Criterios de exclusion:

- Pacientes con sangrado uterino postmenopáusico
- Pacientes con antecedente de CACU o CA endometrial

Variables:

- Sangrado uterino anormal
- Edad
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Obesidad
- Pólipo endometrial
- Hiperplasia compleja con atipia
- Hiperplasia simple sin atipia
- Miomatosis
- Adenomiosis

Tamaño de la muestra:

123 pacientes

Tipo de muestreo:

No probabilístico por conveniencia

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que se realizó en el Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora, localizado en Ciudad de Hermosillo, Sonora, con las pacientes atendidas en clínica de histeroscopia por sangrado uterino anormal premenopausico en el periodo del 2013 al 2018.

Se incluyeron un total de 123 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: reporte histológico e histeroscópico en el expediente, con diagnóstico de sangrado uterino anormal. Se excluyeron pacientes que no contaban con reporte de histopatología o histeroscopia en expediente, que contaran con antecedente de cáncer endometrial, o pacientes en periodo postmenopáusico.

Se revisó la base de datos de la clínica de Histeroscopia del HIMES, obteniendo diagnóstico de envió, diagnostico histopatológico, histeroscópico, diabetes, hipertensión, obesidad y edad. Se calculó el índice de masa corporal con base en la talla y el peso registrados en el expediente y se clasificaron de acuerdo a la categoría descrita por la OMS.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se integrarán a las hojas de recolección de datos y se analizarán mediante el programa SPSS versión 22 en español.

Se realizará estadística descriptiva; para variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar. Se obtendrán datos con respecto a los principales hallazgos histeroscopicos e histopatológicos y las comorbilidades asociadas más frecuentemente. Los resultados se presentaran en tablas para su interpretación.

OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Sangrado Uterino Anormal	Para fines de este estudio se definirá como sangrado uterino anormal el reportado por las pacientes que cumpla con los criterios de aumento en volumen, regularidad y temporalidad en al menos 3 meses y que ese haya sido el motivo de consulta.	Cualitativa	Presente Ausente
Edad	Años cumplidos expresados por el sujeto al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	1. Años
Diabetes Mellitus	Para fines de este estudio se tomara como positivo para DM a las pacientes que ya contaran con el diagnóstico previo a su atención ginecológica así como aquellas que durante su protocolo de estudio hayan sido diagnosticadas.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Hipertensión arterial sistémica	Para fines de este estudio se tomara como positivo para HAS a las pacientes que ya contaran con el diagnóstico previo a su atención ginecológica así como aquellas que durante su protocolo de estudio hayan sido diagnosticadas.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Pólipo Endometrial	Para fines de este estudio se consideraran positivos los casos con hallazgos reportados por histopatología e histeroscopia.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Hiperplasia endometrial sin atipia/ de bajo riesgo	Para fines de este estudio se consideraran positivos los casos con hallazgos reportados por histopatología e histeroscopia.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Hiperplasia endometrial con atipia/ de alto riesgo	Para fines de este estudio se consideraran positivos los casos con hallazgos reportados por histopatología e histeroscopia.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente

Miomatosis uterina	Para fines de este estudio se consideraran positivos los casos con hallazgos reportados por histopatología e histeroscopia.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Adenomiosis	Para fines de este estudio se consideraran positivos los casos con hallazgos reportados por histopatología e histeroscopia.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Cáncer endometrial	Para fines de este estudio se consideraran positivos los casos con hallazgos reportados por histopatología e histeroscopia.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
Obesidad	Para fines de este estudio se utilizo el IMC (peso/talla ²) y se clasifico a las pacientes en 5 grupos: 1: IMC 18.5-24.9; sobrepeso \geq 25-25.9; obesidad grado I IMC \geq 30-34.9; obesidad grado II IMC \geq 35.0-39.9; obesidad grado III IMC \geq 40.0.		1. IMC dentro de parámetros normales 2. Sobrepeso 3. Obesidad grado I 4. Obesidad grado II 5. Obesidad grado III

Cronograma

Actividad	NOV 17	DIC 17	FEB 18	ABR 18	JUN 18
		ENE18	MAR18	MAY 18	JUL 18
Planteamiento del proyecto	x				
Elaboración de marco teorico		x			
Recolección de datos			x		
Revisión de proyecto y análisis de datos				x	
Reporte Final					x
Entrega de la investigación					x

Resultados

En este estudio la media de edad fue de 39.6 años con una desviación estándar de 6.5 años.

De las 123 pacientes incluidas en este estudio 43 pacientes se reportaron con endometrio normal histopatológicamente, el resto se subdividió en pólipos (37 pacientes), hiperplasia endometrial (18 pacientes), cáncer de endometrio (5 pacientes) y otros (7), todos estos diagnosticados por histopatología. Por histeroscopia se reportó como endometrio normal a 40 pacientes, el resto se subdividió en pólipos (35 pacientes), hiperplasia endometrial (8 pacientes), cáncer de endometrio (8 pacientes), miomatosis (1 paciente) , adenomiosis (4 pacientes) y otros (17). Se definieron como otros hallazgos: disociación estroma-glandular, endometritis e istmocele.

Con respecto a las comorbilidades asociadas se encontró que en las 43 pacientes con reporte histopatológico normal 8 contaban con diagnóstico de DM, mientras que de las 80 pacientes con resultado anormal 23 pacientes contaban con el antecedente. Con respecto a la hipertensión arterial crónica en las 43 pacientes con reporte histopatológico normal ocho contaban con diagnóstico de HAS, mientras que de las 80 pacientes con resultado anormal, 20 pacientes contaban con el diagnóstico de HAS.

Con respecto a obesidad encontramos únicamente 11 pacientes con IMC dentro del rango normal de las cuales 2 se reportaron con pólipos, 2 con endometrio normal, y 7

con otros hallazgos. En sobrepeso se clasifico a 40 pacientes de las cuales 16 presentaron pólipos, 14 se reportaron con endometrio normal, 3 pacientes con hiperplasia y 7 con otros hallazgos. En obesidad grado I se clasifico a 31 pacientes del estudio de las cuales 13 presentaron pólipos, 12 se reportaron con endometrio normal, 3 pacientes con hiperplasia endometrial, 1 paciente con cáncer y 2 pacientes con otros hallazgos. En obesidad grado II se clasifico a 29 pacientes del estudio de las cuales 4 presentaron pólipos, 12 se reportaron con endometrio normal, 7 pacientes con hiperplasia endometrial, 3 pacientes con cáncer y 3 pacientes con otros hallazgos.

En obesidad grado III se clasifico a 12 pacientes del estudio de las cuales 2 presentaron pólipos, 3 se reportaron con endometrio normal, 5 pacientes con hiperplasia endometrial, 1 pacientes con cáncer y 1 paciente con otros hallazgos.

En cuanto a la similitud de hallazgos en pacientes con reporte de endometrio normal histopatológicamente se reportaron 43 y por histeroscopia 40. Con reporte de pólipos histopatológicamente se reportaron 37 y por histeroscopia 44. Con reporte de hiperplasia endometrial histopatológicamente se reportaron 18 y por histeroscopia 8. Con reporte de cáncer endometrial histopatológicamente se reportaron 5 y por histeroscopia 8. Histeroscopicamente se clasifico a 1 paciente con miomatosis y 4 pacientes con adenomiosis, rubros que histopatológicamente en los que no se ubicó ninguna paciente.

En las pacientes con diagnóstico histopatológico de pólipos (37), hubo coincidencia en 35 pacientes, con 1 paciente clasificada como normal histeroscópicamente y 1 clasificada en otros hallazgos. Mientras que por histeroscopia, 6 pacientes más se reportaron como pólipos de las cuales histopatológicamente 4 correspondieron a endometrio normal y 2 a hiperplasia endometrial.

En pacientes con reporte de endometrio normal histopatológicamente se reportaron 43, hubo coincidencia en 37 pacientes (por histeroscopia 1 paciente se clasifico con pólipos y 2 con hiperplasia) y de las 43 con endometrio normal por patología, 4 fueron clasificadas como pólipos por histeroscopia, 1 paciente como hiperplasia endometrial por histeroscopia y 1 como miomatosis por histeroscopia.

Cabe mencionar que histológicamente no hubo ningún reporte de miomatosis mientras que por histeroscopia se reportó una paciente; que histológicamente correspondía a endometrio normal. A su vez por histopatología tampoco hubo pacientes con diagnóstico de adenomiosis, mientras que por histeroscopia se registraron 4 pacientes que histopatológicamente correspondían a hiperplasia.

En las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer endometrial (5 casos), hubo coincidencia de resultados en 4 pacientes, una paciente fue clasificada como hiperplasia endometrial por histeroscopia y 4 pacientes más que por histeroscopia se reportaron como cáncer, por histopatología correspondía a hiperplasia endometrial.

En los hallazgos histológicamente clasificados como otros (20 casos), se coincidió en el diagnóstico por histeroscopia en 17 pacientes, mientras que 3 fueron reportados como pólipos por histeroscopia.

Histeroscopia/patología tabulación cruzada

Recuento		Reporte histopatológico					Total
		Pólipo	Normal	Hiper	Cáncer	Otros	
Histeroscopia	Pólipo	35	4	2	0	3	44
	Normal	1	37	2	0	0	40
	Hiper	0	1	6	1	0	8
	Mioma	0	1	0	0	0	1
	Adeno	0	0	4	0	0	4
	Cáncer	0	0	4	4	0	8
	Otros	1	0	0	0	17	18
Total		37	43	18	5	20	123

Hiper=hiperplasia; Mioma=miomatosis; Adeno=adenomiosis

DM/ hallazgos histopatológicos tabulación cruzada

Recuento		Reporte histopatológico					Total
		Pólipo	Normal	Hiper	Cáncer	Otros	
DM	Si	8	8	10	1	4	31
	No	29	35	8	4	16	92
Total		37	43	18	5	20	123

HAS/ hallazgos histopatológicos tabulación cruzada

Recuento		Reporte histopatológico					Total
		Pólipo	Normal	Hiper	Cáncer	Otros	
HAS	Si	5	8	8	2	5	28
	No	32	35	10	3	15	95
Total		37	43	18	5	20	123

IMC/ hallazgos histopatológicos tabulación cruzada

Recuento		Reporte histopatológico					Total
		Pólipo	Normal	Hiper	Cáncer	Otros	
IMC	Normal	2	2	0	0	7	11
	Sobrepe	16	14	3	0	7	40
	G I	13	12	3	1	2	31
	G II	4	12	7	3	3	29
	G III	2	3	5	1	1	12
Total		37	43	18	5	20	123

Discusión

En este estudio el endometrio normal, seguido por poliposis endometrial fueron, los hallazgos histopatológicos más frecuentes. La poliposis endometrial es una entidad poco frecuente en menores de 20 años y su incidencia aumenta con la edad, con mayor prevalencia en la perimenopausia y un declive gradual después de la menopausia. Los pólipos endometriales son sintomáticos en cerca de la mitad de los casos, siendo el principal síntoma el sangrado uterino anormal.¹⁹

Ya se ha descrito previamente la asociación de obesidad con patología endometrial tanto benigna como maligna. En este estudio el total de las pacientes con hiperplasia endometrial tenían sobrepeso y obesidad, así como 4 de las 5 pacientes que se diagnosticaron con cáncer endometrial se clasificaron en algún grado de obesidad lo cual corresponde con la asociación que se describe en la literatura. En mujeres premenopáusicas, la obesidad y el síndrome de ovario poliquístico están asociados a ciclos anovulatorios, y como consecuencia de ello, el endometrio se encuentra expuesto a la acción de los estrógenos en ausencia de la acción reguladora de la progesterona.²⁰

Un incremento significativo del peso corporal, aun sin llegar al umbral del sobrepeso, sería suficiente para entrar en el grupo de riesgo. La acumulación de grasa durante etapas reproductivas es un factor de riesgo determinante para la aparición de cáncer

de endometrio.⁵ Los adipocitos incrementan la circulación de factores de inflamación, promueven la proliferación celular y la producción de radicales libres que dañan el ADN.²¹

En pacientes con DM, 8 se reportaron con pólipos endometriales, 10 con hiperplasia endometrial y 1 con cáncer endometrial. En cuanto la asociación con HAS, de las 28 pacientes con diagnóstico 8 contaron con diagnóstico de hiperplasia y dos con diagnóstico de cáncer endometrial. La diabetes y la hipertensión contribuyen como factores de riesgo para presentar este tipo de cáncer, ya que favorecen el estado de hiperestrogenemia o inciden indirectamente mediante mecanismos de estimulación del factor de crecimiento insulínico tipo 1.²¹

En nuestro estudio la patología más frecuentemente diagnosticadas en las pacientes fue poliposis endometrial. El potencial maligno de un pólipo endometrial es conocido, y varía entre un 0,8 a un 8% según las distintas series publicadas. Existe consenso en que el riesgo de cáncer subyacente aumenta con la edad y el sangrado; se han reportado como un factor importante de riesgo de malignidad en algunas series. Otros factores que aumentan el riesgo oncológico, con evidencia inconsistente, son: HTA, diabetes mellitus tipo II, uso de tamoxifeno, obesidad, tamaño mayor a 15 mm del pólipo y edad mayor a 60 años.²²

Conclusión

El 95% de los hallazgos histopatológicos en las pacientes con sangrado uterino anormal en este estudio correspondió a patología benigna, tomando en cuenta que la población en estudio correspondió a mujeres premenopausicas los resultados van acorde a lo encontrado en la bibliografía.

La Diabetes Mellitus continua siendo un factor de riesgo muy frecuente para el desarrollo de patología uterina; tanto benigna como maligna. En este estudio el 25.2% de las pacientes tenían diagnóstico de DM y de estas el 33% se diagnosticó con hiperplasia endometrial y el 1% con cáncer de endometrial.

La hipertensión arterial sistémica crónica afecto al 22.7% de la población en estudio, de las pacientes afectadas el 28.5% se asoció a diagnóstico de hiperplasia y el 1.6% a diagnóstico de cáncer de endometrial.

EL 32.5% de las pacientes se categorizaron el sobrepeso, el 25.2% en obesidad grado I, el 23.5% en obesidad grado II y el 9.7% en obesidad grado III. El 100% de las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio correspondían a pacientes con obesidad, coincidiendo con la literatura actual en la que se presenta la obesidad como un fuerte factor de riesgo para patología endometrial.

Como sesgo en este estudio podríamos encontrar que dentro de la etiología del SUA la miomatosis juega un papel importante en las pacientes premenopausicas, sin embargo en este estudio no se encontró histopatológicamente ningún mioma, cabe mencionar que la población en estudio se tomó de la base de datos de la clínica de histeroscopia del HIMES, clínica a la que generalmente no se envía a pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, lo que explicaría su nula incidencia en este estudio.

Bibliografía

1. Rommy F. DEL NACIONAL Hemorragia uterina anormal orgánica
Abnormal organic uterine bleeding. Rev Nac. 2012;4(2):15–22.
2. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos*. Rev del Clim. 2011;15(85):9–17.
3. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL, Clinical Practice – Gynaecology Committee, et al. Abnormal uterine bleeding in pre-
4. menopausal women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2013;35(5):473–9.
5. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;113(1):3–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>
6. Diagnóstico y Tratamiento del Sangrado Uterino anormal de origen no anatómico. México: Secretaría de Salud; 26 de marzo de 2015.
7. Clark TJ and Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2016;40:89-104

8. Naftalin J, Hoo W, Pateman K, Mavrellos D, Foo X, Jurkovic D. Is adenomyosis associated with menorrhagia? *Hum Reprod.* 2014;29(3):473–9.
9. Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. Epidemiology of uterine myomas: A review. *Int J Fertil Steril.* 2016;9(4):424–35.
10. Whitaker L, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;34:54–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012>
11. Food US. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. 2012;35–43.
12. Magaña Perez, Rojas-Bolaños. Epidemiología del sangrado uterino anormal en el Hospital Benito Juárez del IMSS, Merida, Mexico. *Rev Biomed* 201; 24:13-20.
13. Valenzuela-Islas HA, Frías-Mendivil M, Luis-Zárate H. Correlación entre hallazgos histeroscópicos y reportes histopatológicos en pacientes con sangrado uterino anormal. *Ginecol Obstet Mex.* 2017;85(11):748–54.
14. Zapico A. Cortes- Prieto J, et al. Hallazgos histeroscópicos en la hemorragia uterina anormal con biopsia a ciegas previa negativa.
15. Nitze M. Histeroscopia diagnóstica en la práctica ginecológica. *Rev Med Hond* 2002; 70:16-20
16. Alanis Fuentes J., Obregón Zegarra E. Histeroscopia de consultorio: método diagnóstico y terapéutico en sangrado uterino anormal. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(12):761–8.

17. Alanís Fuentes J, Zacarías Castillo R, Aragón Hernández JP. Sangrado uterino anormal (y el endocrinólogo). *Rev Endocrinol y Nutr.* 2005;13(5).
18. Pato-Mosquera M, Vázquez- Rodríguez M, Pérez-Adán M, García-García MJ, Blanco-Pérez S. Indicaciones y resultados de la histeroscopia diagnóstica ambulatoria en el complejo Hospitalario Universitario de Ourense. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:382-388
19. Vivas Carlos, Ríos Juan José, Romero Héctor. Pólipos endometriales, fisiopatología y factores de riesgo. *Rev CES Med.* 2012;26(2):175–84.
20. García Ayala E, Cárdenas Mastrascusa L, Mayorga Anaya H. Hiperplasia Endometrial: Análisis De Serie De Casos Diagnosticados En Biopsia Endometrial. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2010;75(3):146–52.
21. Vilar-Compte D. Sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión en cáncer de endometrio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(3):326–9.
22. Viguera AS, Raúl Escalona JM. Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Rev Chil Obs Ginecol* 2016;81(2):152–8.

ANEXO

Datos del Alumno	
Autor:	Dra. Silvia Guadalupe Sánchez Meza
Teléfono:	(662) 111 23 22
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad	Facultad de Medicina
No. De cuenta	515210619
2. Datos del Director	
Director de tesis:	Dr. Hugo Alonso Valenzuela Islas
3.- Datos de la tesis	“Hallazgos histeroscópicos e histopatológicos, en mujeres premenopáusicas con sangrado uterino anormal, en el Hospital Integral de la Mujer del estado de Sonora del 2013 al 2018”
Numero de paginas	38
Año	2018