

11:10 h. Tercera mesa

Hemorragia uterina disfuncional

Moderador
Dr. Josep Sabrià

Ponencia

Indicaciones de histerectomía en la hemorragia uterina disfuncional

Dra. María Jesús Pla i Farnos
Médico Adjunto Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell

Concepto de hemorragia uterina disfuncional

Si bien existen diferentes definiciones, desde un punto de vista práctico podemos definir la hemorragia uterina disfuncional como toda hemorragia anormal procedente del endometrio, que no sea causada por patología orgánica: trauma, neoplasias, inflamación o gestación¹.

Es difícil conocer la verdadera incidencia de la hemorragia uterina disfuncional, pero podríamos considerar que aproximadamente el 60-80% de las metrorragias son hemorragias uterinas disfuncionales (HUD)^{2,3}, y de éstas el 80% tienen su causa en el endometrio, no existiendo alteración en el eje hipotálamo-hipofisario².

Dada su relativa alta incidencia es importante definir cuáles serían las indicaciones de histerectomía en la HUD.

Clasificación de la hemorragia uterina disfuncional

1. Ovulatoria
 - Spotting ovulatorio
 - Deficiencia lutea
 - Deficiencia folicular
 - Enfermedad de Halban
 - Alteraciones de las prostaglandinas
 - Alteración de la coagulación y fibrinólisis

- Sustancias heparina-like en el endometrio
- Acción hormonal (endógena o exógena)
- Debilidad miometrial
- Congestión pelviana
- Alteraciones vasculares endometriales
- Causas generales (patología suprarrenal, tiroidea, hepatopatías, DM, HTA, discrasias sanguíneas, insuficiencia renal...)

2. Anovulatoria

- Hiperestronismo
- Alteraciones de las Prostaglandinas
- Alteración de la coagulación y fibrinólisis
- Sustancias heparina-like en el endometrio
- Acción hormonal (endógena o exógena)
- Debilidad miometrial
- Congestión pelviana
- Alteraciones vasculares endometriales
- Causas generales (patología suprarrenal, tiroidea, hepatopatías, DM, HTA, discrasias sanguíneas, insuficiencia renal ...)

3. Acíclica

- Hiperestronismo
- Fibrosis vascular endometrial
- Atrofia endometrial
- Acción hormonal (endógena o exógena).

Tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional

El tratamiento correcto de la hemorragia uterina disfuncional requiere un estudio sistemático intentando llegar al diagnóstico etiológico y tratar según la causa. Debemos admitir que en muchas ocasiones no nos será posible y por tanto tendremos que intentar corregir el sangrado sin conocer su etiopatogenia⁴.

El abordaje terapéutico en casos de no urgencia de la hemorragia uterina disfuncional es un tratamiento escalonado, considerándose el siguiente nivel como

fracaso o contraindicación del anterior. Los niveles terapéuticos considerados serían:

1. Tratamiento médico.
2. Resección o ablación endometrial
3. Histerectomía.

Tratamiento médico

El tratamiento de la HUD es inicialmente y básicamente el tratamiento médico.

Los fármacos usados en el tratamiento de la HUD son:

- Estrógenos
- Progestágenos
- Estrógenos+progestágenos
- Antiinflamatorios no esteroideos (inhibidores de la síntesis de prostaglandinas)
- Antifibrinolíticos
- Análogos de la GnRh
- Inductores de la ovulación
- DIU liberador de gestágenos.

Resección o ablación endometrial

Está indicada la resección o ablación endometrial cuando existe un fracaso del tratamiento médico o una contraindicación al mismo.

El fracaso del tratamiento médico ha de incluir un tiempo de tratamiento prudencial, después de considerar las diferentes pautas, combinaciones y dosis existentes como alternativas. Cuando, a pesar de todos estos esfuerzos, persisten las alteraciones menstruales, con repercusión ya sea en el estado hemodinámico de la paciente o con su vida de relación, podemos considerar pasar a este segundo paso.

Contraindicaciones de la resección endometrial en la HUD⁵:

- **Deseo de mantener la fertilidad.** Está totalmente contraindicada la resección endometrial en mujeres que quieran conservar la fertilidad porque el síndrome adherencial posterior a la intervención puede imposibilitar el embarazo. A la hora de considerar las indicaciones se ha de tener en cuenta que la resección endometrial en mujeres menores de 35 años tiene un porcentaje de éxito⁵ inferior, aunque no se considere una contraindicación en la técnica.
- **Hiperplasias adenomatosas, complejas o con atipia.** La existencia de patología endometrial que se puede considerar potencialmente premaligna

se considera también una contraindicación de la resección endometrial, dado que no se puede asegurar la sección total del endometrio, quedando un foco de hiperplasia, que con las adherencias son de difícil seguimiento^{6,7}. Por lo tanto hay unanimidad en contraindicar las hiperplasias adenomatosas, complejas o con atipia. En cuanto a la hiperplasia simple se puede considerar un contraindicación relativa a la misma, aunque seleccionando mucho los casos se podría realizar.

- **Sospecha de adenomiosis (¿?).** Respecto a la adenomiosis se considera que es una de las principales causas de fracaso de la endometrectomía. El problema que existe es la dificultad del diagnóstico de certeza de la misma, que es anatomopatológico y que por tanto mediante el estudio del material de resección endometrial o de la pieza de histerectomía. Otros aspectos que nos podrían orientar hacia la adenomiosis, ya sea la clínica (dismenorrea) o el diagnóstico ecográfico son tan inespecíficos, que no nos sirven a priori para contraindicar la técnica.
- **Histerometría de más de 12-14 cm.** Los úteros de más de 12 y algunos autores consideran de más de 14 cm, no serían tributarios de resección por el alto índice de recidivas^{8,9}.

Indicaciones de histerectomía en la HUD

Por tanto, como tercer paso del tratamiento, la histerectomía estará indicada en los casos de contraindicación al tratamiento médico y en la resección endometrial o en la recidiva del sangrado después de esta técnica.

Asimismo la coexistencia de patología orgánica, como por ejemplo adenomiosis o miomas no submucosos en mujeres en las que no se prevee una menopausia en menos de dos años, puede ser una indicación de cirugía exéretica.

Tabla resumen del tratamiento quirúrgico de la HUD

1. Resección endometrial si:
 - contraindicación de tratamiento médico (cáncer de mama, riesgo tromboembólico, enfermedades sistémicas graves...);
 - fracaso de tratamiento médico.
2. Histerectomía si:
 - contraindicación de resección endometrial;

- recidiva de sintomatología. Fracaso de la técnica;
 - patología orgánica asociada.
3. Raspado uterino
- metrorragias importantes, como tratamiento de urgencia.

Bibliografía

1. Comino R. *Hemorragia uterina disfuncional*. Barcelona: Editorial JR Prous,1993;14
2. Cameron IT. Disfuncional uterine bleeding. *Baillier Clin Obstet Gynaecol* 1989;3:315
3. Dockeray P, Li TC, Robers AW, *et al*. An examination of the variation in timed endometrial biopsies. *Hum Reprod* 1988;3:715.
4. Van Ejkeren MA, Cristiaens GCML, Haspels AA, Sixma JJ. Measured menstrual blood loss in women with a bleeding disorder or using oral contraceptives therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1261.
5. Lewis BV. Guidelines for endometrial ablation. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:470-31
6. Valle RF, Baggish MS. Endometrial carcinoma after endometrial ablation: high risk factors predicting its occurrence. *Am J Ostet Gynecol* 1998;179:569.
7. Horowitz IR, Copas PR, Aarano M, Spann CO, McGuire WP. Endometrial adenocarcinoma after endometrial ablation for postmenopausal bleeding. *Gynecol Oncol* 1995;56:460.
8. Taylor PJ, Gomel V. Endometrial ablation: Indications and preliminary diagnostic hysteroscopy. *Bailliere's Clin Obstet Gynecol* 1995;9:251-60.
9. O'Connor H, Magos A. Endometrial resection for the treatment of menorrhagia. *New Eng J Med* 1996;335:151.

Comunicaciones

Histerectomía por hemorragia uterina disfuncional

Dres.: J. Domènech i Milà, F. Tostado Fernández, C. Rodríguez Herreo, M. Monteagudo Zaragoza, Hussein Mohamad, J. Postigo Romero, A. Puig Menen, J. Flores Balanza

Servicio de Obstetricia y Ginecología
 Consorcio Hospitalario de la Cruz Roja.
 L'Hospitalet (Barcelona)

Se han revisado las historias de las pacientes operadas durante el período comprendido entre el 1/10/1999 y el 30/09/2000. El número de histerectomías realizadas han sido de 110 con una media de 7.55 días. Según la técnica quirúrgica empleada se dividen en:

- Histerectomía abdominal total: 59.
- Histerectomía vaginal: 31.
- Histerectomía radical: 18.
- Histerectomía subtotal: 2.

En 18 casos la indicación quirúrgica ha sido por metrorragia uterina resistente al tratamiento médi-

co. Revisado los informes anatomopatológicos se han descartado 14 casos en que la metrorragia respondía a patologías uterinas específicas: 12 leiomiomas submucosos y 3 pólipos endometriales. En los cuatro casos restantes que se revisan a continuación, el estudio anatomopatológico sustenta el diagnóstico inicial de hemorragia uterina disfuncional.

Paciente A

38 años. Menarquía 14 a. Patrón menstrual 5-7/28
 Paridad 1/0/0/1

Antecedentes patológicos

- Rinoplastia.
- Apendicectomía.
- Anexectomía izquierda por quiste luteo hemorrágico.
- Oclusión tubárica (1997).
- Enfermedad inflamatoria pélvica (1998).

Motivo de consulta (febrero de 1999): meno-metrorragia y anemia de un año de evolución.

Citología c/v: ambulatoria, no consta en la historia.
 Endometrio: estudio ambulatorio, no consta en la historia.

Tratamiento

- Ambulatorio con gestágenos.
- Histerectomía abdominal total con conservación del anexo restante (diciembre de 1999).

Anatomía patología (A.P): endometrio quiescente de características hipotróficas.

Paciente B

41 años. Menarquía 12 a. Patrón menstrual 4-5/30
Paridad 3/0/1/3

Antecedentes patológicos

- Cólico nefrítico.
- Miomectomía.
- Oclusión tubárica (1992).
- Aspirado de endometrio 1994 con A.P. maduración irregular del endometrio.

Motivo de consulta (1999): remitida de ABS por menorragias y útero hipertrófico.

Citología c/v: trófica, metaplasia escamosa.

Endometrio: secreción deficiente discordante con el día del ciclo (insuficiencia del cuerpo luteo).

Tratamiento

- Gestágenos.
- Histerectomía abdominal total y anexectomía derecha.

Anatomía patológica: maduración irregular del endometrio y adenomiosis.

Paciente C

46 años. Menarquía: 13 a. Patrón Menstrual: 7/30.
Paridad 1/0/0/1

Antecedentes patológicos

- Polipectomía endocérvica (1993).
- Hiperplasia endometrial tratada con gestágenos (1993).
- Hiperprolactinemia transitoria con TAC craneal normal (1996).

Motivo de consulta (1999): metrorragia y anemia ferropénica.

Citología c/v: trófica, metaplasia escamosa.

Endometrio: maduración irregular.

Tratamiento

- Gestágenos cuatro meses.
- Análogos de la GnRH, cuatro meses.
- Histerectomía abdominal total con doble salpingoferectomía.

Anatomía patológica: endometrio en descamación irregular, hiperplasia focal de la basal. Ovarios con hiperplasia estromal difusa.

Paciente D

47 años. Menarquía: 13 años. Patrón menstrual: 3-5/28 Paridad: 1/0/0/1

Antecedentes Patológicos

- Depresión endógena
- Polipectomía.

Motivo de consulta: menorragia y anemia.

Citología c/v: trófica, metaplasia escamosa.

Endometrio: citología ambulatoria negativa.

Tratamiento

- Análogos de la GnRH, cuatro meses.
- Histerectomía abdominal total con conservación de los anexos.

Anatomía patológica: estatus post-descamativo del endometrio, tres leiomiomas subserosos de 10, 12, y 25 mm.

Discusión

A pesar que el tamaño de la muestra sólo refleja nuestra actividad y por el período señalado, las histerectomías realizadas por hemorragia uterina disfuncional representan sólo un 3,6%. Es de esperar que con los actuales y futuros recursos terapéuticos (progestágenos, estrógenos/progestógenos, DIU liberador de progesterona, análogos de la GnRH), junto con los medios diagnósticos disponibles, este porcentaje todavía se puede reducir. Un tratamiento médico hormonal individualizado por cada caso podría evitar algunas de las indicaciones quirúrgicas. La endometrectomía por histeroscopia puede representar una alternativa terapéutica en las pocas pacientes que no respondan con el tratamiento médico siempre que se seleccione adecuadamente cada caso. A considerar otros métodos de destrucción endometrial que quizás en un futuro demuestren su eficacia.

Nuestros resultados de la histerectomía en la hemorragia uterina disfuncional

I. Jordà, G. Bosch, I. Barco, C. Kishimoto, A. Pessarrodona

Hospital Mútua de Terrassa (Barcelona).

La hemorragia uterina disfuncional puede definirse como pérdidas hemáticas irregulares, de origen endometrial, sin que exista una lesión orgánica responsable. Su etiopatogenia puede ser muy diversa. Representa uno de los problemas clínicos más frecuentes en la práctica ginecológica.

Resultados

En nuestro hospital, durante los años 1997-2000 se han practicado 563 histerectomías. En un 87,2% de los casos la indicación de la histerectomía ha sido patología benigna ginecológica y en un 12,8% procesos neoplásicos (endometrial, ovárico, cervical). De la patología benigna, el útero miomatoso ha sido la indicación de histerectomía más prevalente, un 41,5% seguido del prolapso uterino, un 28,6%.

Refiriéndonos sólo a las *hemorragias uterinas disfuncionales*:

- Representan un 4% de las histerectomías realizadas (22 casos).
- La edad media de las pacientes es de 47 años (37-58).
- Por lo que se refiere a la paridad, la media es de 3 hijos.
- El síntoma príncipe es la menorragia/hipermenorrea.

En todas las pacientes se ha descartado la existencia de una causa orgánica productora de estos trastornos menstruales, ayudándonos de la anamnesis, la exploración, determinaciones hormonales (h. tiroideas, factores de coagulación...), ecografía transvaginal, biopsia endometrial e histeroscopia.

En un 100% de los casos se ha realizado ecografía transvaginal, biopsia de endometrio e histeroscopia.

La media de las medidas uterinas ha sido de 87x66x49 mm.

Todas las pacientes han recibido tratamiento médico; los más utilizados han sido los progestágenos en segunda fase y en casos de anemias severas y preoperatoriamente se han administrado análogos de

la GnRH. Sólo en un caso (4,5%) se ha necesitado transfusión de concentrados de hemáties. Previamente se había practicado una resección endometrial en 8 casos.

En todas estas pacientes ha fracasado el tratamiento conservador, por el que se ha practicado una histerectomía.

En un 89,5% de los casos han sido histerectomías abdominales, de las cuales un 17,6% se ha asociado un Burch ya que además presentaban I.U.E. Y en un 11,7% se ha realizado una histerectomía y anexectomía bilateral por la existencia concomitante de patología ovárica. En un 10,5% de los casos hemos practicado una histerectomía vaginal.

La anatomía patológica del útero fue normal en 19 casos, y presentaban adenomiosis tres casos.

Discusión

Las hemorragias uterinas disfuncionales son muy frecuentes, sobre todo en las edades que delimitan la vida genital: pubertad y perimenopausia.

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial, ya que el carácter funcional sólo puede aceptarse después de excluir una patología orgánica endometrial o bien una etiología no ginecológica¹.

El tratamiento médico es la terapia inicial de elección. Las principales opciones terapéuticas son los anticonceptivos orales, los AINES, los antifibrinolíticos. Los gestágenos administrados en fase luteínica es la terapia hormonal más utilizada, pero hay poca documentación que refuerce su eficacia, especialmente en pacientes con ciclos ovulatorios. No ofrecen ventajas respecto a los AINES, ac. tranexámico y danazol². La terapia de 21 días con gestágenos, disminuye significativamente la pérdida sanguínea, pero tiene muy mala tolerancia². El danazol y los análogos de la GnRH son eficaces, pero tiene muchos efectos secundarios³. Se está introduciendo el DIU con levonorgestrel que disminuye de forma significativa el sangrado^{4,5}.

Cuando falla el tratamiento médico, una buena alternativa a la histerectomía es la ablación o resección endometrial⁶, ya que el tiempo postoperatorio, las complicaciones postoperatorias y el coste son menores.

Y cuando fallan los tratamientos conservadores citados, la anemia persiste y es severa, la paciente no tiene deseo gestacional y no existen contraindicaciones para la cirugía se ha de practicar una histerectomía.

Bibliografía

1. James Chuong C, Brenner PF. Management of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:787-92.
 2. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestagens for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software, 2000; Issue 2.
 3. Kramer MG, Reiter RC. Hysterectomy: indications, alternatives and predictors (see comments). [Published erratum appears in: *Am Fam Physician* 1997;55(5):1586]. *Am Fam Physician* 1997;55(3):827-34.
 4. Matorras R, Ocerin I. Revisión. Estado actual de los conocimientos. *Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología* 2001;25:9-30.
 5. Barrington JW, Bowen-Simpkins P. The levonorgestrel intrauterine system in the management of menorrhagia. *May* 1997;104:614-6.
 6. Hugh O'Connor MRCOG, Adam Magos MD. Endometrial resection for the treatment of menorrhagia. *N Engl J Med* 1996;335:151-6.
-