

Ablación endometrial en el tratamiento de la hemorragia uterina anormal

**Santiago González
Nuñez**

Unidad de Cirugía
Ambulatoria
Hospital Universitario
Sant Joan de Déu
Barcelona

Las técnicas histeroscópicas de resección o destrucción endometrial se han establecido dentro del arsenal terapéutico para el tratamiento de la hemorragia uterina anormal en un lugar previo para unos, alternativo para otros, frente a la histerectomía. Han pasado más de 20 años desde la primera comunicación (Goldrath 1981) y numerosos estudios en la última década avalan su efectividad en el tratamiento de la hemorragia uterina anormal, dejando de ser un procedimiento desconocido para los médicos como para las pacientes. A partir de ensayos clínicos con más de 4 años de seguimiento, la tasa de pacientes que requirieron una histerectomía se sitúa entre el 10 y el 24%, quedando establecido que una adecuada selección de las pacientes y un estudio endometrial previo que descarte patología premaligna del endometrio son necesarios para ofrecer este tratamiento. La resección endometrial histeroscópica, mediante aplicación de energía monopolar con asa de corte o con electrodo "roller ball", o mediante Yag láser (puntualmente utilizado en nuestro país) se presenta como un método menos invasivo, con menos complicaciones, aplicable en régimen de cirugía mayor ambulatoria, con una rápida reincorporación laboral y una reducción de gastos a corto plazo, obteniendo un alto grado de satisfacción en la paciente, si bien, a largo plazo, algo inferior al proporcionado por la histerectomía.

La necesidad de un aprendizaje y habilidad personal, la posibilidad infrecuente de complicaciones graves, y el precisar ser efectuado en área quirúrgica han generado, con el apoyo de la industria tecnológica,

la búsqueda de nuevos métodos de eliminación del endometrio, conocidas como técnicas de ablación endometrial no histeroscópicas o de segunda generación, que consisten en la aplicación de diferentes energías bajo control robótico, siendo más fáciles de realizar, sin precisar apenas habilidad y experiencia, pero sí un conocimiento profundo del sistema empleado, presentando un alto grado de seguridad y algunos un mínimo tiempo de realización. Estamos asistiendo a la aparición de los primeros estudios empleando balones térmicos intrauterinos, crioterapia, radiofrecuencia, onda corta de alta frecuencia (microondas), laser diodo y mallas expansibles con energía bipolar. Todos ellos presentan unos resultados a corto plazo similares a la resección endometrial, con las ventajas ya mencionadas, si bien como contrapartida presentan la desventaja de ser métodos "a ciegas", requerir una cavidad sin patología añadida y un coste económico todavía alto.

No podemos olvidar, que además de estos tratamientos quirúrgicos, disponemos del sistema de liberación intrauterina de levonorgestrel (Mirena), que a una alta efectividad, si bien inferior a la resección endometrial, añade el beneficio de la anticoncepción, reversibilidad, e inserción en la consulta.

El ginecólogo que trate a las pacientes con hemorragia uterina excesiva o anormal deberá conocer el abanico de opciones terapéuticas para asesorar e individualizar el tratamiento más adecuado para cada paciente.

Correspondencia:

Santiago González Nuñez
Unidad de Cirugía
Ambulatoria
Hospital Universitario Sant
Joan de Déu
Ctra. de Esplugues s/n
08950 Esplugues
de Llobregat
Barcelona

Resúmenes de artículos publicados

Factors influencing long term outcome of loop endometrial resection

Tirso Pérez-Medina, Javier Haya, Luis San Frutos, José Bajo Arenas. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9(3):272-6

Estudio observacional de cohortes de 286 pacientes a las que se practica resección endometrial con asa, por menometrorragia refractaria a tratamiento médico. La edad media de las pacientes es de 41,8 años (27-54), con un seguimiento medio de 47 meses. Se utilizan tablas de vida para estimar el riesgo de histerectomía posterior a la resección endometrial, y analizan las variables edad, tiempo de seguimiento, tamaño uterino y presencia de adenomiosis. 48 pacientes (16,8%) requirieron histerectomía por hipermenorrea (21) hiper-dismenorrea (18), dismenorrea (4) y endometrio patológico (5). Un 76% de las pacientes a los 5 años no requirieron histerectomía alcanzando una meseta a los 2 años, siendo en el análisis multivariado significativo el riesgo de histerectomía en aquellas pacientes con adenomiosis (RR 11,2), edad por debajo de 45 años (RR 2,9), siendo especialmente acentuado en aquellas pacientes con edad inferior a 35 años. La presencia de adenomiosis es un diagnóstico histológico, siendo difícil su diagnóstico preoperatorio. La sintomatología y la exploración clínica nos permite sospecharlo. Algunos autores han propuesto efectuar biopsia miometrial o efectuar resonancia magnética en el estudio previo. Es importante que médicos y pacientes conozcan los factores que influyen negativamente el resultado de la resección endometrial para poder seleccionar el tratamiento más adecuado de forma individual.

Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection

Olav Istre, Birgitta Trolle. *Ferti Steril* 2001;76:304-9

Estudio prospectivo randomizado comparando la resección endometrial con el sistema liberador intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) en el tratamiento de la hemorragia uterina excesiva. Sobre 60 pacientes con una pérdida hemática estimada, en base a un pictograma menstrual superior a 60 ml, distribuye dos grupos homogéneos, definiendo el fracaso del trata-

miento como un mantenimiento de hemorragia menstrual estimada > 60 ml, el haber precisado nuevo tratamiento quirúrgico en el grupo de resección o la retirada del dispositivo intrauterino en el grupo SIU-LNG a los 12 meses de iniciado el tratamiento. En 6 pacientes se retiró el dispositivo en el período de estudio, 3 por presentar metrorragia irregular o prolongada durante más de 6 meses postinserción, 2 por dolor abdominal y 1 por acné/seborrea. Las 24 pacientes restantes presentaban a los 12 meses una reducción significativa de la pérdida menstrual. En el grupo de resección 2 pacientes precisaron una nueva histeroscopia por dolor pélvico y hematometra. Se obtuvo un tratamiento exitoso en 20 (67%) de las 30 pacientes del grupo SIU-LNG y en 26 (90%) del grupo quirúrgico ($p = 0,005$), reportándose más efectos secundarios en con el tratamiento médico, pero aceptables.

Se concluye confirmando que el SIU-LNG constituye una opción válida en el tratamiento de la HUA, especialmente indicado en pacientes jóvenes, pues a su efectividad añade el hecho de ser un método reversible, con unos efectos sistémicos habitualmente leves.

Microwave endometrial ablation versus endometrial resection: a randomized controlled trial

Christine Bain, Kevin G. Cooper, David E. Parkin. *Obstet Gynecol* 2002;99:983-7

Estudio prospectivo aleatorizado en 263 pacientes, comparando los resultados a los dos años de seguimiento entre resección endometrial y ablación mediante aplicación de un vástago intrauterino transmisor de onda corta de alta frecuencia. Ambos grupos eran homogéneos respecto a edad, tamaño uterino y sintomatología y recibieron tratamiento previo con análogos GnRh. Los índices de satisfacción obtenidos fueron del 79% tras ablación con microondas, un 67% en el grupo con resección endometrial ($p=0,02$), con índices de amenorrea similares (47 vs 41%) como el número de pacientes que requirió histerectomía (11,6 vs 12,7%).

Este estudio aporta información respecto a resultados similares con técnicas no histeroscópicas de ablación endometrial. Otras Publicaciones, utilizando otros métodos (Therma- Choice, ELLIT, Novasure), presentan resultados similares o sensiblemente superiores, siendo su aplicación más fácil y de menor duración.