

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**RELACION DE HALLAZGOS CLINICO-PATOLOGICOS  
OBTENIDOS POR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL EN  
PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL**

Estudio realizado en el Departamento de Ginecología del Instituto Guatemalteco de  
Seguridad Social, enero de 1990 - diciembre de 1994 , Guatemala.

**TESIS**

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

**POR**

**EDUARDO ROBERTO AVILA ARRIOLA**

*En el acto de investidura de:*

**MEDICO Y CIRUJANO**

**Guatemala, junio de 1995**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

R  
 35  
 (7310)  
 62

FORMATO PARA SOLICITAR AUTORIZACION DE ESTUDIOS DE TESIS

Guatemala, 24 de marzo de 1995

Yo EDUARDO ROBERTO AVILA ARRIOLA, estudiante de la Universidad de SAN CARLOS DE GUATEMALA, de la Facultad de: Ciencias Medicas, por este medio solicito sea autorizado realizar mi trabajo de Tesis en la Unidad: GINECO OBSTETRICIA del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, cuyo tema aprobado es: "RELACION DE HALLAZGOS CLINICO-PATOLOGICOS OBTENIDOS POR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL" siendo mi asesor institucional: (debe ser miembro del personal del IGSS) Doctor ROBERTO RODOLFO LOPEZ BURGOS, quien es: (puesto que ocupa) JEFE DE RESIDENTES E INTEGRANTE DEL COMITE DOCENTE DEPARTAMENTAL.  
 Comprometido a cumplir con la Reglamentación vigente para estudios de investigación, así como a entregar un ejemplar de la Tesis a la Sección de Docencia e Investigación y a la Unidad donde efectúe el estudio.

f) [Signature]

APROBADO

f) Dr. Roberto Lopez Burgos  
 JEFE DE RESIDENTES  
 Hospital General de Guatem.  
 (sello)

f) [Signature]  
 JEFE DE DEPARTAMENTO O COORDINADOR DEL PROGRAMA  
 DR. CARLOS A. VENTURA  
 JEFE DE DEPTO. Y EDUC. MEDICA  
 Gineco-Obstetricia. IGSS.  
 Colegiado No. 1972

USO EXCLUSIVO DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION.

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Protocolo de Investigación anexo a esta solicitud, no encontrando ningún inconveniente para su ejecución, debido a que llena los requisitos académicos, éticos y administrativos, como tampoco representa erogación para el Instituto.

[Signature]  
 JEFE DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION  
 O. B.

AUTORIZADO

f) [Signature]  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS  
 Servicio Medicos

Esta Sección es para autorizar al Informe Final. (Debe adjuntarse nota del asesor, aprobando el Informe Final).

La Sección de Docencia e Investigación, Hace Constar: Que revisó el Informe Final de Tesis, autorizando al estudiante a continuar sus trámites de inscripción.  
 AUTORIZADO:  
 f) [Signature]  
 JEFE DE LA SECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Vo.Bo. [Signature]  
 f) [Signature]  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO MEDICO DE SERVICIOS TECNICOS  
 Servicios Tecnicos

Esta solicitud debe llenarse en triplicado, adjuntando inicialmente el Protocolo de Tesis, autorizado por la Facultad respectiva. Para autorizar el Informe Final debe traer nota del asesor de tesis institucional, donde aprueba su impresión.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 23 de mayo de 1995  
DIF-051-95

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las  
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

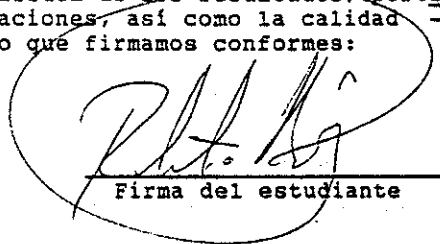
Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS EDUARDO ROBERTO  
Titulo o diploma de diversificado, Nombres y ape-

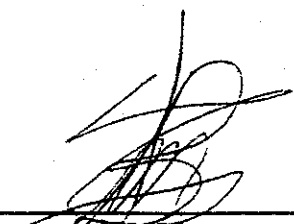
AVILA ARRIOLA Carnet No. 89-12939  
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
RELACION DE HALLAZGOS CLINICO-PATOLOGICOS OBTENIDOS POR LEGRADO UTERINO

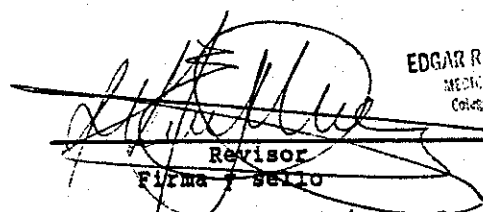
INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

Luzma Burgos  
M. CIRUJANO  
Colegiado No. 1728

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 17680

EDGAR R. HERRARTE  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 5160

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: EDUARDO ROBERTO AVILA ARRIOLA

Carnet Universitario No. 89-12939

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

RELACION DE HALLAZGOS CLINICO-PATOLOGICOS OBTENIDOS POR LEGRADO UTERINO

INSTRUMENTAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Trabajo asesorado por: DR. ROBERTO LOPEZ BURGOS

y revisado por: DR. EDGAR HERRARTE M.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 23 de mayo de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS  
Por Unidad de Tesis



DR. RAUL CASTILLO RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESA:

Dr. Edgar Axel Olive Gonzalez  
DECANO



## INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCION	1.
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2.
III. JUSTIFICACION	4.
IV. OBJETIVOS	6.
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	7.
VI. METODOLOGIA	25.
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	30.
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	36.
IX. CONCLUSIONES	41.
X. RECOMENDACIONES	42.
XI. RESUMEN	43.
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44.
XIII. ANEXOS	46.

## I. INTRODUCCION

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación de los hallazgos anatómo-patológicos obtenidos por legrado uterino instrumental, en pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia uterina disfuncional (HUD).

Para llevarlo a cabo se consultó el libro de procedimientos de sala de operaciones, buscando específicamente aquellos legrados cuya indicación fue HUD. Se obtuvieron 260 casos de los cuales la relación entre diagnóstico clínico inicial y hallazgos anatómo-patológicos fue del 81.84 %, siendo la edad más frecuente entre 35-54 años donde se encontró el 88.46 % de los casos estudiados. En total se realizaron 77 histerectomías (29.62 %). El porcentaje de recidivancia fue del 18.46 %.

## II. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La hemorragia uterina disfuncional (H.U.D.) representa un transtorno endócrino, en el que no existen causas sistémicas o locales. (1,2,3,15,16)

Dado que no existe una causa desencadenante, se ha instaurado el procedimiento de dilatación y legrado como método diagnóstico y a la vez terapéutico. En algunos casos en los que se identifica durante el legrado alguna patología uterina, se resuelve después, por medio de histerectomía, o algún otro procedimiento especial.

Sin embargo, respecto a H.U.D. se ha demostrado que biopsia obtenida de la dilatación y legrado, rara vez contribuye con el diagnóstico, especialmente, si se trata de lesiones focales y también hay observaciones, acerca de que para esta patología, el legrado no es una terapéutica efectiva a largo plazo. (2,12)

Tomando en cuenta tales observaciones, se plantea siguiente pregunta: se relacionarán los hallazgos anátomo-patológicos, obtenidos por legrado uterino instrumental (L.U.I.), cuya indicación haya sido H.U.D. con el diagnóstico clínico de esta enfermedad? Para resolver esta interrogante, se efectuará un estudio retrospectivo, en el departamento de Ginecología, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que compare los hallazgos anátomo-patológicos obtenidos por L.U.I., con el diagnóstico clínico por el cual se

efectuó el legado. De no existir relación, se hará seguimiento de estos casos, con el objeto de comprobar cual fué, el diagnóstico y tratamiento definitivo.



### III. JUSTIFICACION

La hemorragia uterina disfuncional (H.U.D.) es tan antigua como el mismo sexo femenino.

A el diagnóstico de la enfermedad se llega principalmente por exclusión y en nuestro medio es poco lo que se ha investigado sobre manejo de la H.U.D. en virtud de que este se limita a protocolos estandarizados, ya que a toda paciente mayor de 35 años se decide someterla a legrado uterino instrumental (L.U.I.), sin considerar antes alguna otra técnica diagnóstica. No se puede negar la importancia que tiene la correlación clínico-patológica en esta enfermedad, sin embargo la conducta de someter a toda paciente mayor de 35 años a L.U.I., retarda el diagnóstico y tratamiento definitivo, cuando el diagnóstico clínico no es el correcto, además que somete a la paciente a riesgos quirúrgicos y de anestesia e incrementa los costos hospitalarios.

En nuestro medio la única manera de identificar la utilidad del L.U.I., en el diagnóstico y tratamiento de H.U.D. es comparar los hallazgos anatomo-patológicos obtenidos por L.U.I., con el diagnóstico clínico.

Por ello en este estudio se busca hacer una evaluación de la utilidad del L.U.I., como medio diagnóstico de la H.U.D., en pacientes mayores de 35 años con el propósito de verificar si los resultados

indican que es efectivo como tal, o que no lo es; ello contribuirá a continuar su práctica si lo fuere, o alentará a utilizar otros medios diagnósticos menos invasivos y costosos en pacientes mayores de 35 años con H.U.D.

#### IV. OBJETIVOS

##### 1. GENERAL

Determinar el porcentaje de relación clínico-patológica en pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia uterina disfuncional (H.U.D.), sometidas a legrado uterino instrumental (L.U.I.) en el departamento de Ginecología del IGSS, durante el 1 de enero de 1,990 al 31 de diciembre de 1,994.

##### 2. ESPECIFICOS

- a. Determinar los hallazgos anatomo-patológicos más frecuentes obtenidos por L.U.I. en pacientes, cuyo diagnóstico clínico inicial fué H.U.D.
- b. Identificar la edad más frecuente de paciente con diagnóstico clínico de H.U.D. y su relación anatomopatológica.
- c. Determinar la indicación más frecuente de histerectomía, en pacientes que fueron sometidas a L.U.I. por diagnóstico clínico inicial de H.U.D.
- d. Determinar el porcentaje de pacientes con H.U.D. recidivante, su diagnóstico definitivo y su tratamiento ulterior.

## I. MARCO TEORICO

### 1. VARIACIONES ENDOMETRIALES CICLICAS

La secuencia de cambios cíclicos del endometrio se basan en las específicas transformaciones anatómicas y fisiológicas de los elementos glandulares, vasculares y del estroma endometrial, los que se han descrito en 5 fases: (17)

- a. Endometrio menstrual: es un tejido relativamente delgado formado por un componente basal, estable y no funcional y por una cantidad variable de estrato esponjoso residual. El endometrio menstrual es considerado un estado de transición entre las fases exfoliativa y proliferativa del ciclo. (17)
- b. Fase proliferativa: la fase proliferativa (estrogénica) se asocia con el crecimiento del folículo ovárico y el aumento de la secreción de estrógenos, misma que favorece la reconstrucción y el crecimiento del endometrio. (8,17)  
El engrosamiento endometrial se debe a la hiperplasia fisiológica, como al aumento de la base estromal. Atravesando el estroma se encuentran vasos espiroideos no ramificados. El epitelio glandular se vuelve más alto y pseudoestratificado, lo que contribuye al engrosamiento endometrial, que

alcanza entre 3.5 mm.-5.5 mm. (8,14,17)

c. Fase secretora: (progestacional)

- i. Secretora precoz: el efecto se debe a la reacción combinada del estrógeno y de la progesterona. (8,17)

Los componentes tisulares continúan creciendo, pero sin alterar su grosor puesto que se limitan a una estructura fija que conduce a una tortuosidad progresiva de las glándulas y al aumento de la disposición espiroidea de los vasos. Esta aparente limitación o inhibición es inducida por la progesterona. (8,17)

- ii. Secretora tardía o de implantación: el endometrio de esta fase es muy vascularizado y rico en glucógeno. (14)

El endometrio se ha diferenciado en 3 zonas distintas:

- la capa basal: (25%) que no se modifica
- la porción media del endometrio: (50%) es la capa esponjosa compuesta de un estroma laxo, con vasos espiroideos abundantes y tortuosos.
- estrato compacto: (25%) que corresponde a la capa superficial. (17)

- d. Fase de desintegración del endometrio: en ausencia de implantación y fecundación y la consiguiente

falta de la hGC del trofoblasto, culmina el ciclo vital del cuerpo lúteo y disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona. Esta supresión inicia 3 procesos en el endometrio:

- i. reacciones vasomotoras
- ii. reacción tisular
- iii. menstruación

La retracción del grosor tisular se acompaña de notables respuestas vasomotoras, lo que disminuye el flujo sanguíneo en los vasos espiroideos, desciende el drenaje venoso y las arteriolas espiroideas sufren vasoconstricción y relajación rítmicas. (17)

Estas reacciones conducen a isquemia y estasis endometrial. La principal característica histológica de esta fase consiste en la infiltración del estroma por polimorfonucleares, a consecuencia de esto, es que el útero es resistente a la infección mientras están desnudas las superficies endometriales. (8,14,17)

Finalmente se produce una hemorragia intersticial a causa de la ruptura, de los capilares y arteriolas superficiales. En la superficie sangrante se forman coágulos de plaquetas y trombina que limitan la pérdida de sangre. El resultado final es un endometrio

menstrual, denso, colapsado y delgado. El flujo menstrual se detiene como resultado de los efectos combinados de vasoconstricción prolongada, colapso tisular, estasis vascular y acción estrógena. (17)

**2. CARACTERISTICAS AUTOLIMITANTES DE LA HEMORRAGIA POR SUPRESION DE ESTROGENOS-PROGESTERONA.**

- a. Es un proceso generalizado, las variaciones menstruales tienen lugar simultaneamente en todo el endometrio. (17)
- b. El tejido endometrial estimulado por una sucesión apropiada de estrógenos y progesterona, es estable y se evita la desintegración causal de tejido debido a fragilidad. (17)
- c. Al igual que las ondas vasoconstrictoras inician los fenómenos isquémicos que provocan la menstruación, también la vasoconstricción prolongada ocasionada por la estasis permite la intervención de los factores de coagulación. (17)

**3. HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL**

La hemorragia uterina disfuncional es definida como el sangrado proveniente de la cavidad uterina, en ausencia de embarazo o de alguna condición patológica demostrable, incluso infecciones y neoplasias, por lo que el diagnóstico correcto requiere de la exclusión de

enfermedades locales y sistémicas. (1,2,4,10,15,19)

El sangrado depende de la respuesta endometrial a las variaciones hormonales y del estado endócrino existente, cuando ocurre el estímulo hormonal; un ejemplo de esto lo constituye la ingesta de anticonceptivos orales. Estas drogas inducen cambios en el endometrio que son histológicamente diferentes, de los asociados con la secreción endógena normal de estrógenos y progesterona, sin embargo la hemorragia resultante de la administración de anticonceptivos orales, clínicamente se parece a la que ocurre después de las diferentes etapas de un ciclo menstrual normal.

(3)

Clásicamente se han mencionado 3 grupos de pacientes, con hemorragia uterina disfuncional:

- a. grupo anovulatorio: característicamente en mujeres perimenarquicas y posmenopáusicas. (3,10)
- b. grupo ovulatorio: que ocurre principalmente en mujeres de 30-45 años. (18)
- c. grupo subovulatorio. (3)

#### **FISIOPATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL**

La patogenia de la hemorragia disfuncional, incluye varios elementos, tales como estrógenos, progesterona, prostaglandinas, y algún otro factor aún desconocido. Actualmente son cuatro categorías principales que se



mencionan respecto a la HUD, estas son:

a. **SANGRADO POR SUPRESION ESTROGENICA:** puede ocurrir después de ooforectomía bilateral, radiación de folículos maduros, o cuando se discontinúa la terapia con estrógenos, en una mujer castrada.

(17,19)

b. **SANGRADO POR DISRUPCION ESTROGENICO:** clínicamente es el tipo más común de HUD secundaria a anovulación. Sin oposición a los estrógenos se induce una respuesta progresiva del endometrio, comenzando con una mínima proliferación de hiperplasia, hiperplasia adenomatosa y en algunas ocasiones y con el curso de los años atipia y carcinoma. En ausencia del límite de crecimiento por parte de la progesterona y de la periódica descamación; el endometrio alcanza una altura anormal, sin el concomitante soporte estructural, el tejido expuesto incrementa la hipervascularidad sin la intervención del estroma como soporte. El resultado es una superficie frágil y desorganizada que se quiebra y sangra. (17,19)

Este sangrado no es uniforme, ya que incluye diferentes porciones del endometrio, en diferente momento.

Finalmente el flujo es prolongado y excesivo por la gran cantidad de tejido disponible para descartar,

resultado de la exposición a canales vasculares.

No hay ritmo vasoconstrictor, ni estiramiento del rollo de espiral de los vasos y no hay un colapso ordenado que induzca estasis. La reconstrucción es rápida, pero dada la fragilidad del tejido, la descamación recurre a otros sitios del endometrio. En el sangrado con aumento estrogénico hay una relación semicuantitativa entre la cantidad de estrógeno estimulante del endometrio y el tipo de hemorragia. Dosis relativamente bajas de estrógenos, producen un manchado intermitente; el cual puede ser prolongado, pero generalmente ligero en cantidad. Por otra parte altos niveles de estrógenos y con disponibilidad sostenida, conduce a períodos prolongados de amenorrea seguido de una aguda y muchas veces profusa hemorragia. (17,19)

- c. SANGRADO POR SUPRESION DE PROGESTERONA: son ejemplos, la remoción del cuerpo luteo o una luteólisis prematura asociado a una fase corta. Farmacológicamente, se puede lograr, por la administración y supresión de progesterona o de derivados progestínicos no estrogénicos. El sangrado ocurre solamente si inicialmente ha proliferado el endometrio por estimulación estrogénica, endógena o exógena. Solamente si los niveles de estrógenos se incrementan a 10-20

veces, la hemorragia por supresión de progesterona se retardará. (17,19)

- d. SANGRADO POR DISRUPCION DE PROGESTERONA: ocurre solamente en presencia de una desfavorable relación progesterona-estrógenos. En ausencia de cantidades suficientes de estrógenos, la terapia continua con progesterona producirá una hemorragia intermitente y de duración variable, similar a la producida con dosis relativamente bajas de estrógenos, en el sangrado con aumento de estrógenos. (17,19)

Ejemplos de sangrados con aumento de progesterona incluyen la función prolongada del cuerpo luteo (como el síndrome de Halban's) y la regresión retardada del cuerpo lúteo. (4,19)

Otros estudios sugieren que la hemorragia uterina disfuncional puede estar relacionada con la excesiva actividad fibrinolítica y cambios en la producción de prostaglandinas. (2,19)

El útero tiene una eficiente actividad fibrinolítica endometrial, ya que sea ha identificado fibrina en coágulos vaginales de pacientes con HUD. La actividad fibrinolítica es aparente durante el ciclo menstrual, pero máxima en la menstruación. La presencia de altos niveles de productos de degradación de la fibrina y la ausencia de fibrinógeno en flujos

menstruales, pareciera ser el resultado del incremento de la actividad fibrinolítica en el compartimiento endometrial. Como sea el mecanismo exacto es desconocido. (19)

También se ha descrito una importante participación de las prostaglandinas, en las cuales la producción reducida de PG F2 alfa; que tiene como resultado estimular la contractibilidad e incrementar la producción de PG E2 y PG I2, estas últimas tienen efecto vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria. Esta teoría apoya el hecho de que la administración de inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, pueden reducir el excesivo sangrado en mujeres menorrágicas entre 30-50 %. (19)

#### DISRUPCION TEMPORAL DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-OVARIO.

Una alteración del equilibrio existente entre estos órganos, puede cursar como una HUD. Este fenómeno ocurre más frecuentemente durante los extremos de la vida, pero puede ocurrir en cualquier época. (4)

Una variedad de estímulos estresantes pueden interrumpir la armoniosa relación entre el cerebro y las gónadas. Sin embargo en muchas ocasiones la hemorragia es limitada porque el endometrio es rescatado por las hormonas ováricas en un ciclo subsecuente. (4)

## 6. OTROS TRASTORNOS.

Estados "estrogénicos", pueden ser los responsables de la HUD. Entre estos están la obesidad, y enfermedades hepáticas, en las cuales la producción de androstenediona es normal, pero la eficiencia incrementada de la aromatización que ocurre en el hígado y en el tejido adiposo, se traduce en el aumento en la conversión de androstenediona en estrona. (4,9)

## 7. PATOLOGIAS QUE SE COMPORTAN COMO HUD.

Diversos cuadros patológicos, tienen como única manifestación una hemorragia uterina, la cual puede comportarse como disfuncional, ofreciendo dificultades para su diagnóstico y tratamiento correcto. Entre estas se pueden mencionar las siguientes:

### a. Enfermedad poliquística del ovario:

característicamente estas pacientes tienen antecedentes de oligo-ovulación y anovulación, por lo que son relativamente infértiles. El factor predominante del desorden es una producción incrementada de androstenediona, la cual se convierte a estrona en el hígado y sitios extra gonadales, haciendo a dichas pacientes víctimas de una producción crónica y excesiva de estrógenos endógenos. (4,20)

### b. Neoplasias: se han descrito neoplasias que

previamente eran designadas como "no endocrinas", tales como el tumor de Krukenberg, el teratoma maduro y el cistadenoma, que producen cantidades excesivas de androstenediona; esta es metabolizada a estrona y testosterona. Las mujeres con estos tumores pueden tener manifestaciones del exceso de andrógenos. (4)

También se han reportado los tumores productores de gonadotropinas, como los coriocarcinomas. Se cree que el mecanismo es el siguiente: primero, la producción excesiva de hCG puede estimular las gónadas a producir estrógenos, además la placenta, normalmente tiene la capacidad de aromatizar la androstenediona, la dehidroepiandrosterona y la testosterona, a estrona y estradiol, propiedad que también tienen los coriocarcinomas; estos casos se han reportado en carcinomas de pulmón, hígado y estómago, que también pueden producir hCG ectópica. (15,16)

Tumores productores de estrógenos, es una causa poco frecuente pero importante en mujeres premenopausicas, con tumor ovárico de células de la teca o granulosa. (4)

Estas lesiones pueden revelar un endometrio secretor o hipersecretor.

c. También se han mencionado asociaciones con

alteraciones tiroideas, hepáticas y renales; especialmente en pacientes sometidas a hemodíalisis. (1,3,4,19)

- d. Otras lesiones propiamente uterinas que se pueden comportar como una HUD, son pólipos endometriales, leiomiomas, (en los cuales se han descrito "estados estrógenicos", como posible causa), endometritis, y carcinoma endometrial. (15)
- e. Otro de los implicados parece ser el Ginseng; el cual tiene en algunas personas, un efecto similar al de los estrógenos, es así que ha causado sangrado en una paciente que tomaba cápsulas de Ginseng y otra que usaba una crema facial a base de Ginseng. (8)

#### 8. DIAGNOSTICO.

El diagnóstico debe basarse en la historia clínica de la paciente, considerando todos los antecedentes de importancia, tales como fertilidad, ingesta medicamentosa, pérdida de peso, tumoraciones, etc., con el fin de excluir alguna patología local y sistémica, ya que el diagnóstico es principalmente por exclusión. (1,2,3,4,18)

También se cuenta con métodos auxiliares, tales como la cuantificación de hormonas, con el fin de evaluar el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, el uso de

márgenes diagnósticas tales como:

- a. **DILATACION Y LEGRADO:** es una de las técnicas más utilizadas, la cual en ocasiones suele ser hasta terapéutica. Este procedimiento permite conocer el tipo de endometrio, así como la exclusión de anomalías útero estructurales. Sin embargo a pesar de ser este el último recurso diagnóstico y terapéutico, han surgido algunas desventajas, tales como:
  - i. se requiere de anestesia
  - ii. riesgo de perforación con la sonda o con el dilatador
  - iii. las muestras del tejido rara vez contribuyen con el diagnóstico de desordenes funcionales, especialmente en lesiones endometriales focales, así como no es posible detectar adenomiosis. (12,17)
- b. **ULTRASONOHISTEROGRAFIA:** esta técnica se basa en introducir cierta cantidad de líquido en la cavidad uterina, con el fin de aumentar el área de superficie endometrial, y examinar por ultrasonografía vaginal. El grosor endometrial se mide en base a la cantidad de líquido instilado. Por este método es posible detectar pólipos y miomas submucosos. Las muestras endometriales, se toman a través de una sonda de succión; ofrece una

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central



alta correlación anátomo-patológica. (6)

c. **HISTEROSCOPIA:** hace algunos años se ha postulado la histeroscopia panorámica como una alternativa válida a la tradicional técnica de dilatación y curetage. Una de las principales ventajas, es que no necesita anestesia (97 %), y una mínima o ninguna dilatación cervical. Las lesiones focales son fácilmente vistas.

Si existe indicación de biopsia endometrial, se inserta el forceps para biopsia, para lo cual se requiere de anestesia local, lo que basta con bloqueo paracervical. (12,13)

#### 9. **TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL**

El tratamiento tiene como metas: controlar el episodio agudo, prevenir las recurrencias y restablecer las condiciones reguladoras naturales. (10,17)

Si se trata de un cuadro severo y hay compromiso circulatorio, se debe considerar la hospitalización con el fin de estabilizar la hemodinamia. (3,4,10)

Una vez ya estable la paciente, se inicia el esquema con hormonoterapia, el cual constituye la base del tratamiento ambulatorio. Sin embargo existen controversias sobre que droga utilizar. En cuanto a los estrógenos se menciona que son útiles para eventos agudos, pero no se consideran una terapia óptima ya que

si bien es cierto que detienen la hemorragia, también inducen el crecimiento endometrial. Subsecuentemente hay una hemorragia, (como la descrita en sangrado por aumento estrógeno), denominada de "despojo irregular" y toma lugar de un endometrio no secretor. (4)

Con el fin de evitar estas circunstancias, se deben utilizar, dosis elevadas de estrógenos, como sulfato de estrona (Premarin) 25 mg, por vía intravenosa, cada cuatro horas, hasta que cese la hemorragia. Una vez controlada se pueden administrar dosis más bajas de estrógenos por vía oral 1.25 mg. diarios de estrógenos conjugados por 7 a 10 días, seguidos de progestinas como acción protectora. (17)

Respecto al uso de progestinas solas, tiene su mayor cabida en el tratamiento de pacientes con enfermedad poliquística del ovario, ya que utilizarla con el objetivo de inducir un "curetaje médico"; no se considera conveniente. Esta conducta, detiene muchas veces la hemorragia anovulatoria, pero debido a la duración de la terapia, se presentan sangrados por supresión cuando esta se descontinúa. Los que avogan por su utilización, destacan el efecto antiestrogénico de la progesterona, ya que estimula la producción de 17-hidroxiesteroide deshidrogenasa en las células del endometrio, esta enzima convierte el estradiol en estrona que es menos activa. Las progestinas también

disminuyen los efectos de los estrógenos, al inhibir el aumento de los receptores citosólicos de estrógenos. Estos efectos explican la capacidad antimitótica e inhibidora del crecimiento endometrial (prevención y reversión de la hiperplasia), atrofia acentuada durante el embarazo y limitación del crecimiento después de la ovulación. Con esta intención se han sugerido los siguientes esquemas, que incluyen a las progestinas solas, entre estas están: (4,17)

- a. acetato de medroxiprogesterona, (Provera) 10-20 mg. diarios durante 10 días. (3,4,7,10,18)
- b. noretindrona, (Norlutin) 5-10 mg. cada 4-6 horas durante 24 horas y luego 5 mg. dos veces al día por 1-2 semanas. (3,7)

Una de las terapias más aceptadas es la utilización de contraceptivos orales combinados, por ejemplo: noretindrona 1mg.+ mestranol 50 microgramos cada ocho horas, esto disminuye significativamente la hemorragia en 1 o 2 días; ya que el paquete contiene 21 píldoras, la paciente tiene 7 días de alivio, después vendrá un episodio hemorrágico, posteriormente se sugiere continuar con el esquema de 2 píldoras al día, comenzando el quinto día del sangrado y continuar así por 2-3 ciclos. (4)

Cuando se trata de adolescentes se pueden utilizar contraceptivos orales, sin embargo la hemorragia

usualmente se limita, en cuanto inicia la menstruación ovulatoria ya que rara vez persiste por más de un año.

(3)

Si se trata de mujeres jóvenes se utilizan contraceptivos orales, pero si después de algunos meses de tratamiento persisten, se utiliza la dilatación y legrado diagnóstico-terapéutico; así como en aquellas pacientes que son mayores de 35 años. (3)

Después del procedimiento de dilatación y legrado, y si no existen hallazgos de patología, deben continuar la paciente con períodos menstruales normales, sin embargo alrededor del 25-30% de las pacientes recurriran en unos cuantos meses. (3)

Otra alternativa terapéutica que se mencionaba hacia algunos años era la terapia hemostática, sin embargo análisis comparativos con tratamientos hormonales, demostraron una menor efectividad de dicho procedimiento, y por el contrario reportaron que se acompaña de una significativa inhibición de la actividad gonadotrópica de la hipófisis. (11)

Recientemente se ha iniciado la terapia con inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, especialmente con antiinflamatorios no esteroideos. (18)

La medida alternativa más efectiva, que esta a disposición de aquellas pacientes, que han completado su paridad, o aquellas que no desean continuar con una

terapia hormonal, y para las que presentan recidivas, se dispone de la histerectomía, la cual resulta ser un método razonable y definitivo. (1,2,3,4,10,18)

Cuando el sangrado se debe a causas orgánicas, el tratamiento debe dirigirse a corregir las mismas. En el caso de pólipos cervicales y endometriales, el tratamiento puede ser la resección quirúrgica del mismo. Si se trata de miomatosis uterina se puede seleccionar una miomectomía dependiendo de la localización y tamaño del leiomioma, o puede elegirse una histerectomía. (10)

En la hiperplasia adenomatosa el tratamiento depende de la edad de la paciente, así como de la voluntad de la misma para someterse a hormonoterapia; sino puede utilizarse la dilatación y legrado como tratamiento o una histerectomía, como una forma más radical. (10)

Respecto a carcinoma endometrial, el tratamiento varía de acuerdo al estadio del mismo, el cual puede comprender entre la histerectomía sola, o asociación con radioterapia en el pre o posoperatorio.

**VI. METODOLOGIA****1. Tipo de Estudio.**

- a. Observacional: porque se limita a plasmar los hechos tal y como ocurren en la naturaleza.

**2. Selección del Objeto de estudio.**

El objeto de estudio son los hallazgos anátomo-patológicos obtenidos por legrado uterino instrumental (L.U.I.), en pacientes con diagnóstico clínico de hemorragia uterina disfuncional (H.U.D.).

**3. Marco muestral y tamaño de la muestra:**

Para efectuar el estudio se trabajará con el universo comprendido por el total de registros clínicos de pacientes a quienes se les efectuó L.U.I. por diagnóstico clínico de H.U.D., durante los años de 1,990 a 1,994 en el departamento de ginecología del IGSS.

**4. Sujetos de Estudio:**

Los registros clínicos de pacientes atendidas en el departamento de ginecología del IGSS, durante 1,990 a 1,994 con diagnóstico clínico de H.U.D., sometidas a L.U.I.

**a. criterios de inclusión:**

- i. diagnóstico clínico de H.U.D.
- ii. sometida a L.U.I.

**b. criterios de exclusión: ninguno.**

5. Variables a estudiar.

- a. hemorragia uterina disfuncional.
- b. hallazgos anátomo-patológicos post-LUI
- c. hallazgos anátomo-patológicos post-histerectomia
- d. edad
- e. legrado uterino instrumental (LUI)
- f. histerectomia

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
H.U.D.	hemorragia proveniente del útero en ausencia de embarazo y de causas sistémicas o locales.	diagnóstico clínico anotado en el libro de procedimientos de S-Op del depto. de Ginecología del IGSS.
hallazgos anátomo-patológicos post-LUI	descripción patológica de muestras obtenidas por L.U.I.	informe de patología disponible en el expediente clínico. Correlación (positiva) con HUD= endometrio secretor, hipersecretor proliferativo, disociativo, hiperplasia sin atipia. No correlación (negativo) con HUD= hiperplasia glandular, adenomatosa con atipia o/y carcinoma.
hallazgos anátomo-patológicos post-histerectomia	descripción patológica de muestras obtenidas por histerectomia.	igual a la definición anterior, más adenomiosis, leiomiomatosis, polipos intrauterinos, endometrio y miometrio sin anomalía.
edad	tiempo transcurrido desde del nacimiento	expresado en años, se encuentra en el expediente clínico.

LUI	método quirúrgico cuyo objetivo es remover el endometrio.	indicado por HUD.
histerec- tomía	extirpación quirúrgica del útero	procedimiento efectuado posterior a un LUI cuya indicación fue HUD

## 6. Recursos

- a. **Materiales:**
- i. económicos: los gastos correrán a cuenta del investigador que incluyen material y útiles de oficina e impresión de boletas, el costo aproximado será de Q.400.00.
  - ii. físicos:
    - boleta de recolección de datos
    - libro de procedimiento de sala de operaciones de ginecología, del IGSS.
    - equipo de oficina
    - expedientes clínicos del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.
- b. Humanos: ninguno.
- c. Legales:
- i. aspectos éticos de la investigación: por tratarse de un estudio retrospectivo no se efectuará ninguna manipulación con humanos, solo se estudiarán expedientes, no pacientes, por lo que el estudio no



menoscabará la salud física o emocional de las pacientes.

7. Plan para la recolección de datos:

- a. Se extraerá del libro de procedimientos de sala de operaciones, una lista de casos anotando el número de afiliación por orden de aparición, de todos los legrados efectuados durante el período comprendido del 1 de enero de 1,990 al 31 de diciembre de 1,994, cuya indicación halla sido una hemorragia uterina disfuncional, se asignará a cada paciente un número entero correlativo desde el 001 hasta el último caso registrado.
- b. La muestra la constituye el universo de los casos encontrados, en el libro de procedimientos de sala de operaciones.
- c. En base a la lista anterior, se solicitará al archivo general los expedientes clínicos por número de afiliación.
- d. En el expediente clínico se buscarán los datos que serán anotados en la boleta de recolección de datos (ver anexo No. 1).
- e. Para solicitar la autorización por parte de las autoridades del hospital, se entregará una carta dirigida al Jefe del departamento y educación médica Dr. Carlos Vettorazzi.

- f. Todos los datos serán recabados por el investigador y se anotarán en la boleta de recolección de datos.

8. Tiempo de ejecución de la investigación.

A																	
C	1.	XX															
T	2.	XX															
I	3.	XXXX															
V	4.	XXXXX															
I	5.		X														
D	6.		XX														
A	7.		X														
D	8.		XXXXXXXXX														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO										

a. Descripción de actividades según número

1. Selección del tema de proyecto de investigación
2. Elección del asesor y revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto con asesor y revisor
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del hospital donde se efectuará el estudio
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
7. Diseño de los instrumentos que se utilizará para recopilación de la información
8. Ejecución del trabajo de campo

La investigación será realizada según el método y pasos descritos en la metodología, de acuerdo al tiempo estipulado en el cronograma, en el departamento de ginecología del IGSS.

**VII. PRESENTACION DE RESULTADOS**

Se consultó el libro de procedimientos de sala de operaciones, del departamento de ginecología, donde se obtuvieron 464 casos, de los cuales al ser solicitados en el archivo correspondiente, solo se obtuvieron 376 expedientes, los 88 restantes pertenecían a otras unidades de atención, por ejemplo clínicas periféricas o departamentales por lo que no fué posible lograr su ubicación. De las 376 obtenidas, 116 fueron descartadas por no cumplir con los criterios de inclusión, como legrados uterino instrumentales indicados por Síndrome de Asherman, dispositivos intrauterinos extraviados, molas hidatiformes y en algunos casos que no se encontró el reporte de patología pos-legrado.

Con los 260 expedientes disponibles (población que constituyó el universo) se procedió a tabular obteniendo los siguientes resultados:

CUADRO # 1

**PORCENTAJE DE RELACION CLINICO-PATOLOGICA  
SEGUN EDAD**

EDAD	REL. POSITIVA		REL. NEGATIVA		TOTAL	
	No.c.	%	No.c.	%	No.c.	%
25-29	7	2.69	1	0.38	8	3.08
30-34	8	3.08	-	-	8	3.08
35-39	57	21.92	8	3.08	65	25.00
40-44	77	29.61	13	5.00	90	34.61
45-49	41	15.76	6	2.31	47	18.07
50-54	17	6.53	6	2.31	23	8.84
55-59	0	0.00	2	0.77	2	0.77
60-64	4	1.54	1	0.38	5	1.92
65- <	1	0.38	1	0.38	2	0.77
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>81.54</b>	<b>38</b>	<b>14.62</b>	<b>250</b>	<b>96.15</b>

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 2

**HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS MAS FRECUENTES  
QUE SE RELACIONAN CON EL DIAGNOSTICO CLINICO DE HUD**

HALLAZGOS	No. casos	%
1. Endometrio secretor	73	28.08
2. Hiperplasia simple sin atipias	42	16.15
3. Endometrio proliferativo	42	16.15
4. Hiperplasia compleja sin atipias	16	6.15
5. Disociación estromo/ glandular	13	5.00
6. Endometrio regenera- tivo	7	2.69
7. Endometrio del itsmo	7	2.69
8. Sin anormalidad Dx	12	4.62
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>81.54</b>

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 3

**HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS MAS FRECUENTES QUE NO SE RELACIONAN CON EL DIAGNOSTICO CLINICO DE HUD**

HALLAZGOS	No.casos	%
1. Cervicitis ag./cra.	28	10.77
2. Endometrio: adenocarcinoma bien diferenciado	2	0.77
4. Endometrio: adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante	2	0.77
5. Neoplasia intraepitelial gr. II	2	0.77
6. Endocervix: adenocarcinoma papilar gr. I	1	0.38
7. endocervix: adenocarcinoma papilar	1	0.38
8. Carcinoma epidermoide de cél. grandes queratinizante infiltrante	1	0.38
9. Cervix carcinoma epidermoide in situ	1	0.38
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>14.62</b>

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 4

**HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS QUE NO SE RELACIONAN CON HUD NI CON HUA**

HALLAZGOS	No.casos	%
1. metaplasia del cervix	5	1.92
2. eritrocitos y fibrina	3	1.15
3. quistes de Naboth	2	0.77
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>3.85</b>

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 5.

INDICACION DE HISTERECTOMIA, EN PACIENTES CON  
 DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL DE HUD QUE FUERON SOMETIDAS A  
 LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL Dx-Ix.

INDICACION	No. casos	%
1. Miomatosis uterina	23	29.87
2. Hiperplasia simple sin atipias	14	18.18
3. H.U.D.	12	15.58
4. Adenomiosis	9	11.69
5. Hiperplasia compleja sin atipias	7	9.09
6. adenocarcinoma bien diferenciado	2	2.60
7. NIC II	1	1.30
8. NIC III	1	1.30
9. Metaplasia endocervical	1	1.30
10. Dolor pelvico cronico + H.U.D.	1	1.30
11. atrofia endometrial	1	1.30
12. Hiperplasia compleja + adenomiosis	1	1.30
13. Sin indicación	4	5.19
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 6

PORCENTAJE DE CORRELACION ANATOMO-PATOLOGICA,  
 CON LA INDICACION DE HISTERECTOMIA EN PACIENTES CON  
 DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL DE HUD.

INDICACION	No. casos	%
1. Miomatosis	6	7.79
2. H.U.D.	4	5.19
3. Adenomiosis	2	2.60
4. Hiperplasia simple sin atipias	2	2.60
5. Atrofia endometrial	1	1.30
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>19.48</b>

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

## CUADRO # 7

HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS OBTENIDOS POR  
HISTERECTOMIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO  
INICIAL DE HUD

HALLAZGO	No. casos	%
1. Sin anormalidad diagnostica	18	23.38
2. Adenomiosis	17	22.08
3. Leiomiomatosis	14	18.18
4. Hiperplasi simple, adenomiosis y miomatosis	2	2.60
5. Hiperplasia simple sin atipias	2	2.60
6. Cervicitis crónica	2	2.60
7. Hiperplasia compleja sin atipias + adenomiosis	2	2.60
8. Adenomiosis + miomatosis	1	1.30
9. Atrofia endometrial	1	1.30
10. Cervicitis crónica folicular	1	1.30
11. Neoplasia intraepitelial II endometrio + miometrio sin anormalidad Dx.	1	1.30
12. Cervix: neoplasia intraepitelial I; endometrio secretor.	1	1.30
13. Hiperplasia simple sin atipias + adenomiosis	1	1.30
14. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado; miometrio: adenocarcinoma que infiltra el tercio medio	1	1.30
15. Adenocarcinoma bien diferenciado que no infiltra muscular	1	1.30
16. Sin informe	12	15.58
TOTAL	77	100.0

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 8

PORCENTAJE DE H.U.D. RECIDIVANTE POST-LEGRADO  
Y SU RELACION CON EL GRUPO ETAREO.

EDAD	No. casos	%
25-29	2	0.77
30-34	1	0.38
35-39	7	2.69
40-44	17	6.59
45-49	15	5.77
50-54	6	2.31
55-59	-	-
60- <	-	-
TOTAL	48	18.46

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.

CUADRO # 9

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO  
HORMONAL PREVIO AL TRATAMIENTO QUIRURGICO

HALLAZGO POS LEGRADO	ESQUEMA	25- 30	31- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54
Endometrio secretor	1				3		1
	2			1	2		
	3			1			
Hiperplasia simple sin atipias	1			1	2	2	3
	2	1					
	3						
Endometrio proliferat.	2			2	3	1	
Cervicitis crónica	1					1	
Disociación estr/gland.	2			1			
	3				1	1	
Hiperplasia compleja sin atipias	1						1

Fuente: Archivo de ginecología, HGO del IGSS.



**Esquema:**

- 1 = Acetato de medroxiprogesterona.
- 2 = Estradiol + norgestrel.
- 3 = Etinilestradiol + norgestrel.

**VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS**

Se correlacionó la edad con la relación o no relación de los hallazgos obtenidos post-legaldo con la indicación de hemorragia uterina disfuncional (HUD). Es evidente la relación positiva que representa el 81.54 % respecto a la negativa con solo el 14.62 %. Otro de los aspectos importantes es que el 88.52 % de las pacientes estaban comprendidas entre la edad de 35-54 años, lo que es comparable a la literatura que menciona a las etapas perimenarquica y perimenopausica, como las más frecuentes para el apareamiento de HUD, sin embargo y por el tipo de servicio de la institución no es posible identificar a las pacientes en etapa perimenarquica, por lo que no se debe tomar en cuenta a dicho grupo etareo (cuadro # 1).

Los hallazgos que se relacionan con HUD, se presentan por orden de frecuencia. Es notable la influencia de la estimulación estrogénica, debida a anovulación (fenomeno que es propio del periodo perimenopausico), la cual se relaciona con hiperplasia simple/compleja sin atipias y la disociación estromoglandular que representan 71 casos o sea el 27.31 %. En

este mismo cuadro con el numeral 8 se incluyen los reportes "sin anormalidad diagnóstica"; los cuales en realidad no permiten ubicar al tejido endometrial en algún día específico del ciclo menstrual, pero tampoco representan causa de hemorragia uterina anormal (ver cuadro # 2).

En cuanto a los hallazgos que no se relacionan con una HUD (cuadro # 3), es decir que representan una hemorragia uterina anormal (HUA) (que incluye causas orgánicas tales como: leiomiomatosis uterina, adenomiosis, pólipos endometriales, entre otros). Estas constituyeron el 14.62 % de todos los legrados efectuados. Dentro de este grupo los hallazgos más frecuentes estuvieron constituidos por causas inflamatorias del cervix ya sea en su forma aguda o crónica, siendo estos 28 es decir 10.75 %. Respecto a neoplasias, el hallazgo fue de 5 endometriales (1.92 %) y 5 cervicales (1.92 %) para un total de 10 casos (3.85 %), de todos los legrados efectuados.

Se encontraron hallazgos que no se relacionan con HUD ni con HUA, es decir que no existe relación causal con eventos hemorrágicos. Su presencia se considera casual, tal es el caso de las metaplasias cervicales que representa un evento fisiológico reversible (cuadro # 4).

En cuanto a histerectomias (cuadro # 5), se

realizaron en 77 casos (29.62 %). Dicha cifra no puede considerarse absoluta, dado que no se tiene la certeza de que todas las pacientes, que fueron sometidas a LUI y tuvieron cuadros recidivantes, reconsultaron a la institución para un tratamiento definitivo.

Las indicaciones fueron variadas, unas relacionadas con el hallazgo anatómico-patológico post-legrado y otras con diagnósticos compatibles con hemorragia uterina anormal (HUA). Es así que se realizaron 36 histerectomías por HUD recidivante, o procesos endometriales relacionados con HUD, como por ejemplo: hiperplasia simple/compleja sin atipias, eventos que pudieron ser tratados médicamente con hormonoterapia. Respecto a causas de HUA, las indicaciones más frecuentes fueron leiomiomatosis uterina y adenomiosis constituyendo 33 indicaciones de cirugía (42.86 %), esto implica que el procedimiento previo, es decir, el legrado uterino instrumental, no era necesario y que retrasó el tratamiento definitivo en 33 pacientes o sea el 12.69 % de los 260 casos revisados.

Se relacionó la indicación de histerectomía con el hallazgo anatómico-patológico, la cual es sumamente baja pues solamente se alcanzó en 15 casos o sea el 19.48 % de todas las histerectomías (ver cuadro # 6).

En el cuadro # 7 se muestran los hallazgos de patología obtenidos por histerectomía, el cual muestra

diagnósticos como adenomiosis y leiomiomatosis uterina, como los más frecuentes presentándose en 36 casos de los 65 disponibles, ya que en 12 casos no se disponía del reporte correspondiente.

Si se analiza el cuadro 5, 6 y 7, se puede observar que en el caso de diagnósticos como leiomiomatosis en el que constituyó indicación de histerectomía en 23 casos, solamente en 8 se confirmó dicho diagnóstico por patología, sin embargo en 14 casos, que tenían otra indicación de histerectomía, tales como HUD, hiperplasia simple/compleja sin atipias, se obtuvo el diagnóstico de leiomiomatosis uterina, por patología. En cuanto a HUD, solamente 21 casos fueron compatibles.

Respecto a casos de HUD recidivante (cuadro # 8), fueron 48 casos en total (18.46 %), siendo entre los 40-49 años la edad más frecuente (32 casos, o sea 12.31 %). Sin embargo a pesar de los datos obtenidos, considero que no constituyen valores reales, por diversas razones tales como: no se hace el registro de forma adecuada, muchas pacientes post-legrado no reconsultan al tener recidivancia, sino deciden consultar en lo privado.

La hormonoterapia post-legrado se utilizó en 28 casos, siendo el acetato de medroxiprogesterona el más utilizado, principalmente en el hallazgo de hiperplasia simple sin atipias; entre las edades de 35-54 años. En

total el acetato de medroxiprogesterona se utilizó en 14 casos, el otro más utilizado fué el estradiol más norgestrel en 11 casos y el etinilestradiol más norgestrel en 3 casos.

**IX. CONCLUSIONES**

1. El 88.46 % de las pacientes estuvo comprendido entre la edad de 35-54 años, lo cual se compara a la literatura que menciona que la hemorragia uterina disfuncional, es más frecuente en etapa perimenopausica.
2. Los hallazgos anatómo-patológicos post-legrado, se relacionan con la indicación de hemorragia uterina disfuncional en un 81.84 %.
3. La influencia de estimulación estrogénica relacionada con los hallazgos anatómo-patológicos post-legrado fué uno de los más frecuentes encontrándose en el 27.31 % de todos los legrados.
4. Se realizaron 77 histerectomías, de las cuales el 42.85 % de las indicaciones, estuvo constituido por causas que corresponden al diagnóstico de hemorragia uterina anormal.
5. Los casos de hemorragia uterina disfuncional recidivante fueron 48 en total (18.46 %), siendo la edad más frecuente entre los 40-49 años, con 32 casos.

**X. RECOMENDACIONES**

1. Considerar la aplicación de métodos diagnósticos distintos al legrado uterino instrumental, que sean menos invasivos y menos costosos, como por ejemplo la biopsia de endometrio por consulta externa.
2. Evaluar la utilización de tratamiento hormonal, como terapeutica de primera línea, previa aplicación de métodos diagnóstico diferentes al legrado uterino instrumental.
3. Mejorar el seguimiento de los casos de HUD, insistiendo en la importancia de la reconsulta, con el fin de mejorar la calidad de atención a las pacientes con dicho problema.
4. Sustentar la indicación de histerectomía, en base a examen físico y métodos diagnósticos, con el objetivo de mejorar la relación: indicación-hallazgo patológico.

**RESUMEN**

Se revisaron los casos de legrado uterino instrumental, cuya indicación fué hemorragia uterina disfuncional, efectuados durante el 1.º de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1994. En total se extrajeron 260 casos, relacionando los hallazgos anatómo-patológicos obtenidos por legrado con la indicación de hemorragia uterina disfuncional. Los resultados mostraron que el 86.52 % de las pacientes comprendían entre 35-54 años así como la relación positiva entre los hallazgos anatómo-patológicos con hemorragia uterina disfuncional fué del 81.84 %.

Se realizaron 77 histerectomías de las cuales 47 hallazgos anatómo-patológicos correspondieron a causas orgánicas tales como: leiomiomatosis uterina, adenomiosis, etc. Los hallazgos obtenidos por histerectomía, que correlacionaron con hemorragia uterina disfuncional fueron 21. El porcentaje de recidivancia fué del 18.46 %.



## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Séptima edición, Manual Moderno, México 1,985. pp 334-348.
2. Boyd, M.E. Dysfunctional uterine bleeding. Journal of Surgery. 1,986. sep 29 (3):305-7.
3. Danforth, David. et.al. Obstetrics and Gynecology" Hdrpes and Rew Publishers. Philadelphia. 4th edition.
4. Duenhoelter, Johann H. Greenhill's office gynecology. Year Book Medical Publishers. 1983 10th edition: 210-17.
5. García-Pelayo, Ramon. Pequeño Larousse Ilustrado. Larousse, Buenos Aires 1,975.
6. Goldstein, Steven R. Use of ultrasonography for triage of perimenopausal patients with unexplained uterine bleeding. American Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1,988. 59:5 1121-2.
7. Goodman, Alfred. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Séptima edición, Panamericana. Buenos Aires 1,988.
8. Guyton, Arthur. Tratado de Fisiología Médica. Séptima edición, Interamericana McGraw-Hill. México 1,989.
9. Hopkins, Michael; et.al. Ginseng face cream and unexplained uterine bleeding. American Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1,988. 59:5 112-2
10. Jones, H.V. Tratado de Ginecología de Novak. Decima primera edición, Interamericana, McGraw-Hill. México 1,991.
11. Lekontsev, SP. Hemostatic therapy of dysfunctional uterine bleeding. Sovetskai Meditsina 1,985 (11):103-5.
12. Lewis, Victor. Hysteroscopy for the investigation of abnormal uterine bleeding. British Journal of obstetric and gynaecology 1,990.97:283-4

13. Petracco, A. et. al. Histeroscopia de diagnostico de sangramento uterino anormal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1982 4(3):115-8.
14. Pritchard, Jack. et.al. Williams Obstetricia. Tercera edición, Salvat Editores S.A., México 1,987.
15. Robbins, SL. Patología Estructural y Funcional Tercera edición, Nueva editorial Interamericana S.A de C.V. México 1,988.
16. Smith, Lawrence G. et.al. Postmenopausal Uterine Bleeding due to Estrogen Production by Gonadotropin-secreting Lung Tumors. The American Journal of Medicine 1,992 vol.92:327-30.
17. Speroff, Leon, et. al. Endocrinología ginecológica e infertilidad. Tercera Edición, Ediciones Toray S.A. Barcelona 1,986.
18. Strickler, RC. Dysfunctional uterine bleeding en ovulatory women. Postgraduate Medicine. 1985:77(1) 235-7; 240-3;246.
19. World Congress The Proceeding's of the XIIIth World Congress of Gynaecology and Obstetrics. Singapore sept. 1,991. General Gynaecology vol. 6.
20. Wyngaarden, JB. et.al. Cecil Tratado de Medicina Interna. Decima séptima edición, Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. México 1,987.

**ANEXOS.**



ANEXO No. 1.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

. de Boleta: \_\_\_\_\_

. de afiliación \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

ad: \_\_\_\_\_ diagnóstico clínico: H.U.D.

legrado uterino instrumental

a. descripción macroscópica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. hallazgos anátomo-patológicos obtenidos por L.U.I.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. se instauró hormonoterapia: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

d. diagnóstico final: \_\_\_\_\_

. hemorragia uterina disfuncional, recidivante?:

si: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_

a. se instauró hormonoterapia?: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

. se realizó histerectomia?: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

a. indicación: \_\_\_\_\_

b. diagnóstico anátomo-patológico obtenido por histerectomia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----

c. diagnóstico final: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central