



Histeroscopia de consultorio: método diagnóstico y terapéutico en sangrado uterino anormal

José Alanís Fuentes,* Eva Haydee Obregón Zegarra**

RESUMEN

Antecedentes: el sangrado uterino anormal es un problema de salud pública sólo superado en prevalencia por la secreción vaginal anormal como motivo de consulta médica.

Objetivo: reportar los hallazgos en las histeroscopias de consultorio de pacientes que acudieron a la Clínica de Histeroscopia del Hospital GEA González con diagnóstico de sangrado uterino anormal.

Pacientes y método: estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron 2,546 registros de pacientes que acudieron para histeroscopia de consultorio a la Clínica de Histeroscopia del Hospital Manuel GEA González entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Se seleccionaron 1,482 casos enviados a la Clínica con diagnóstico de sangrado uterino anormal y se describe la frecuencia de los hallazgos diagnósticos, su correlación con la edad de las pacientes y las intervenciones terapéuticas realizadas.

Resultados: la edad promedio de las pacientes fue 42.15 ± 9.30 años (límites 12 y 92 años); los grupos de edad de 40-44 años y de 45-49 fueron los de más frecuencia y consultaron por sangrado uterino anormal que aportaron 25 y 23.3% de casos, respectivamente. Los hallazgos de patología en la histeroscopia ocurrieron en 66% de los casos y en las pacientes de 65 años o más. Todas las histeroscopias revelaron algún hallazgo patológico. Los hallazgos patológicos más frecuentes fueron los miomas (26.9%) y los pólipos endometriales (27.3%) en el total de la muestra. Las pacientes con sangrado postmenopáusico tienen una frecuencia de 90.9% de hallazgos anormales y en este grupo los hallazgos patológicos más frecuentes fueron: atrofia endometrial (32.2%) y pólipos endometriales (24.3%). Durante las histeroscopias de consultorio se resolvieron, mediante polipectomía, 67% de los pólipos endometriales y 77.5% de los pólipos cervicales.

Conclusiones: la histeroscopia de consultorio es un método diagnóstico terapéutico bien tolerado y de gran utilidad en todos los grupos de edad e imprescindible en los casos de sangrado postmenopáusico. La histeroscopia de consultorio demuestra sus ventajas de costo-efectividad y costo-beneficio en el tratamiento de pólipos endometriales y cervicales.

Palabras clave: sangrado uterino anormal, histeroscopia de consultorio, sangrado postmenopáusico.

ABSTRACT

Background: Abnormal uterine bleeding is a public health problem prevalence exceeded only by abnormal vaginal discharge as a reason for medical consultation.

Objective: To describe the findings reported by the Hysteroscopy clinic of the Hospital GEA Gonzalez on patients with Abnormal Uterine bleeding diagnosis.

Material and Method: Retrospective, transversal, descriptive study. The total 2546 records of those patient that were evaluated by Office Hysteroscopic between January 2007 and December 2008 on the Hysteroscopy Clinic of Hospital Manuel GEA Gonzalez, then we selected the 1482 records of those patients that were sented because of an Abnormal Uterine bleeding condition. We describe the frequencies of the diagnosis and its interrelation with the age of the patients. We also report the therapeutical interventions during office hysteroscopy.

Results: The mean age of the patients was 42.15 ± 9.30 years (from 12 a 92 years); the age groups of patients that belonged to 40-44 years and 45-49 years are the most frequent patient and they represent the 25% y el 23.3% of the records. The abnormal findings occurred on the 66% de of the patients. : Those patients of 65 years old and older do not have any report of normal cavities, all of then have abnormal findings. The leiomyoma (26.9%) and the endometrial polyps (27.3%) were the most frequent findings. The postmenopausal bleeding had a rate of 90.9% abnormal findings and in this group of patients the most frequent diagnosis was atrophic endometrium (32.2%) and polyps (24.3%). Besides that the office hysteroscopy show its therapeutical usefulness because of the 67% and 77.5% of polypectomy perform for endometrial and cervical polyps respectively

Conclusions: The office Hysteroscopy is a well tolerated diagnosis and therapeutic method that is useful for any women with abnormal uterine bleeding condition and it is the ideal technique for the examination of abnormal uterine bleeding in postmenopausal women...

The office hysteroscopy is a efficient cost-effective and cost-benefic method for the management for endometrial and cervical polyps.

Key words: Abnormal Uterine Bleeding, Office Hysteroscopy/ Postmenopausal Bleeding.

RÉSUMÉ

Antécédents: Saignements utérins anormaux est un problème de santé publique prévalence dépassé que par des pertes vaginales anormales comme un motif de consultation médicale.

Objectif: présenter les conclusions de bureau hystérocopie chez des patients fréquentant la clinique de l'Hôpital Gea Gonzalez hystérocopie diagnostique des saignements utérins anormaux.

Patients et Méthodes: Une étude rétrospective, descriptive et transversale. 2.546 Nous avons examiné les dossiers des patients

qui sont venus au bureau de l'hystérocopie Hystérocopie Clinique Hôpital Manuel Gea Gonzalez entre Janvier 2007 et Décembre 2008. 1,482 cas ont été sélectionnés envoyé à la clinique avec un diagnostic de saignements utérins anormaux et décrit la fréquence des conclusions du diagnostic, leur corrélation avec l'âge des patients et des interventions thérapeutiques.

Résultats: L'âge moyen des patients était de $42,15 \pm 9,30$ années (gamme de 12 à 92 ans) les groupes d'âge 45-49 et 40-44 ans étaient le plus souvent et cherché des saignements utérins anormaux qui ont contribué à 25% et 23,3% des cas, respectivement. Les résultats pathologiques dans hystérocopie eu lieu dans 66% des cas et chez les patients de 65 ans ou plus. Tout hystérocopie a révélé un résultat pathologique. Les plus fréquents des fibromes résultats pathologiques (26,9%) et des polypes endométriaux (27,3%) de l'échantillon total. Les patients présentant une hémorragie post-ménopausique ont une fréquence de 90,9% des résultats anormaux dans ce groupe et plus fréquentes observations pathologiques étaient les suivants: atrophie de l'endomètre (32,2%) et polypes de l'endomètre (24,3%). Au cours de l'hystérocopie bureau résolu par polypectomie, 67% des polypes de l'endomètre et 77,5% des polypes cervicaux.

Conclusions: bureau hystérocopie est une méthode thérapeutique bien tolérée diagnostic et utile dans tous les groupes d'âge et indispensable en cas d'hémorragie post-ménopausique. L'hystérocopie bureau montre les avantages de coût-efficacité et coût-bénéfice dans le traitement des polypes du col utérin et de l'endomètre.

Mots-clés: saignements utérins anormaux, hystérocopie clinique, hémorragie post-ménopausique.

RESUMO

Antecedentes: O sangramento uterino anormal é um problema de saúde pública prevalência superado apenas pelo corrimento vaginal anormal como uma razão para consulta médica.

El sangrado uterino anormal es un problema de salud pública sólo superado en prevalencia por la secreción vaginal anormal como motivo de consulta médica. Se estima que afecta a por lo menos 20 a 30% de las mujeres, ocasiona 20% de las consultas ginecológicas

* Jefe de la División de Ginecología, profesor titular del Curso de Alta Especialidad en Endoscopia Ginecológica.

** Alumna del Curso de Alta Especialidad en Endoscopia Ginecológica.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, DF.

Correspondencia: Dr. José Alanís Fuentes. Hospital Ángeles del Pedregal. Camino a Santa Teresa 1055 consultorio 502. México 17000 DF.

Recibido: septiembre 2012. Aceptado: noviembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Alanís-Fuentes J, Obregón-Zegarra EH. Histeroscopia de consultorio: método diagnóstico y terapéutico en sangrado uterino anormal. Ginecol Obstet Mex 2012;80(12):761-768.

Objetivo: Apresentar os resultados do escritório histeroscopia em pacientes atendidos no Ambulatório do Hospital Gea Gonzalez histeroscopia diagnosticada com sangramento uterino anormal.

Pacientes e Métodos: Um estudo retrospectivo, descritivo e transversal. 2,546 Analisamos registros de pacientes que vieram para a histeroscopia escritório Histeroscopia Clínica Manuel Gea González Hospital entre janeiro de 2007 e dezembro de 2008. 1,482 casos foram selecionados enviado para a clínica com o diagnóstico de sangramento uterino anormal e descreveu a frequência de achados diagnósticos, sua correlação com a idade dos pacientes e intervenções terapêuticas.

Resultados: A média de idade dos pacientes foi de $42,15 \pm 9,30$ anos (12 a 92 anos) os grupos etários 45-49 e 40-44 anos foram os mais frequentemente e olhou para o sangramento uterino anormal, que contribuiu 25% e 23,3% dos casos, respectivamente. Os achados patológicos em histeroscopia ocorreu em 66% dos casos e em pacientes com 65 anos ou mais. Todos histeroscopia revelou um achado patológico. Os mais frequentes patológicas miomas resultados (26,9%) e pólipos endometriais (27,3%) da amostra total. Os pacientes com sangramento pós-menopausa têm uma frequência de 90,9% de resultados anormais desse grupo e mais frequentes achados patológicos foram: atrofia do endométrio (32,2%) e pólipos (24,3%). Durante escritório de histeroscopia resolvido através de polipectomia, 67% dos pólipos endometriais e 77,5% dos pólipos cervicais.

Conclusões: escritório histeroscopia é um bem tolerado método terapêutico de diagnóstico e útil em todos os grupos etários e essencial em casos de sangramento pós-menopausa. A histeroscopia escritório mostra as vantagens de custo-efetividade e custo-benefício no tratamento de pólipos cervical e endométrio.

Palavras-chave: sangramento uterino anormal, a histeroscopia clínica, sangramento pós-menopausa.

y 25 a 50% de las cirugías ginecológicas totales. El 100% de las ablaciones endometriales se realizan en pacientes con sangrado uterino anormal como síntoma, según diferentes estudios. Además, se describe que entre 9 y 30% de las mujeres en edad reproductiva tendrá irregularidades menstruales que ameritarán evaluación médica en algún momento de su vida.^{1,2,3}

En Estados Unidos, según publicaciones del 2001, se reportan más de 10 millones de consultas por sangrado uterino anormal y se realizan, al menos, 500,000 histerectomías anuales con un costo superior a 2,000 millones de dólares; sin embargo, muchas de esas histerectomías pudieron evitarse con tratamientos menos radicales posteriores a un algoritmo diagnóstico adecuado que implique la histeroscopia más la biopsia endometrial como el patrón de referencia del diagnóstico para decisión terapéutica.⁴

En Inglaterra, el National CALT Service reportó en un año más de 822,000 prescripciones médicas relacionadas

con sangrado uterino anormal, con un costo mayor a los siete millones de euros.⁵

En México, con base en datos del INEGI y por proyecciones del CONAPO, se estimó que la población mexicana llegaría a 107.5 millones de habitantes para finales del año 2008 con un crecimiento poblacional de 0.82% respecto de 2007 de los que más de 54 millones son mujeres. El Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud (SAEH) en el año 2006 reportó el registro de 24,636 histerectomías y para el año 2007 reportó 25,292 pacientes a quienes se efectuó ese procedimiento.

En cuanto a la prevalencia de sangrado uterino anormal se carece de estudios epidemiológicos extensos locales; con 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 tendrán acceso a servicios de salud y si lo tienen éste quizá no podrá resolver su problema de salud de manera eficaz y oportuna. Éste, es un motivo más que válido y poderoso para que el médico ginecoobstetra esté familiarizado con la patología, adopte adecuados protocolos de diagnóstico y tratamiento; sobre todo, haga una concienzuda evaluación de costo-beneficio y costo-efectividad de sus intervenciones.

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.⁴ En Estados Unidos se estima una pérdida anual de 1,692 dólares por mujer relacionados con pérdida de productividad laboral secundaria a sangrado uterino anormal.⁸

El sangrado uterino anormal también tiene repercusiones en la actividad diaria, afecta la calidad de vida de la mujer aunque se encuentre bien en todos los otros aspectos, causa ansiedad, lleva a anemia por déficit de hierro y a un estado de fatiga que afecta su desempeño en el entorno laboral, estudiantil o familiar. Pueden padecerlo las adolescentes, mujeres en edad reproductiva y también en la peri y postmenopausia.⁶

El sangrado uterino anormal es un síntoma que puede ser secundario a una variedad de patologías subyacentes; por ello es útil conocer las patologías más frecuentes según la edad de la paciente^{11,12} y el espectro de patologías que pueden expresarse con este síntoma. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Causas de sangrado uterino anormal

<i>Anatómicas</i>	<i>Sistémicas</i>
Pólipos miomas	Insuficiencia renal
Adenomiosis	Alteraciones hepáticas
Endometritis	Obesidad
Retención de productos de la concepción	Anorexia
Endometriosis	Enfermedades crónicas
Hiperplasia	
Malignidad	
	<i>Medicamentosas</i>
	Anticoagulantes
	Esteroides
	Progesterona
	Productos herbolarios y de soya
<i>Endocrinas</i>	
Disfunción tiroidea	
Hiperprolactinemia	
Disfunción adrenal	
Disfunción eje hipotálamo-hipófisis-ovario	
Tumores productores de estrógeno	
	<i>Misceláneas</i>
	Tabaquismo
	Depresión
	Alcoholismo
	Enfermedades de transmisión sexual
<i>Hematológicas</i>	
Coagulopatías (enfermedad de Von Willebrand, alteraciones plaquetarias)	
Leucemia	

- *Premenarquia:* traumatismos, lesiones malignas y abuso sexual.
- *Adolescencia:* anovulación, embarazo y coagulopatías.
- *Edad fértil:* embarazo y la patología relacionada con éste, iatrogénica medicamentosa, enfermedades sistémicas, patología uterina, lesión traumática y sangrado disfuncional como diagnóstico de exclusión.
- *Perimenopausia:* patología uterina y sangrado uterino disfuncional.
- *Postmenopausia:* atrofia endometrial, hiperplasia endometrial, cáncer endometrial y patología uterina.

Por esto, el médico ginecoobstetra debe adoptar un adecuado protocolo de diagnóstico y tratamiento que, por supuesto, debe partir de una detallada historia clínica con

un examen físico general, abdominal y pélvico porque la información obtenida se integrará y correlacionará con las pruebas diagnósticas.⁷

En la actualidad, la histeroscopia de consultorio ha demostrado ser el método más exacto y confiable para el diagnóstico y detección de patología intrauterina,¹⁰ por eso se ha constituido en una herramienta de ayuda para tomar decisiones terapéuticas y quirúrgicas. Desde 1869, cuando Panteleoni realizó con éxito la primera histeroscopia quirúrgica de un pólipo endometrial que cauterizó con nitrato de plata,⁹ la histeroscopia ha evolucionado con la integración de nuevos conocimientos y tecnologías, como fuentes de luz fría, histeroscopios amigables con diámetros inferiores a 5 mm que hacen posible realizar el procedimiento histeroscópico en el consultorio sin mayores molestias para la paciente, desarrollo de instrumental como pinzas y tijeras histeroscópicas, dispositivos de energía bipolar y manejo adecuado de medios de distensión. Además, la adopción de la técnica “no touch” para la histeroscopia de consultorio evita la colocación del espéculo; el pinzamiento cervical hace que sea tolerable el procedimiento y, además, brinda la oportunidad de evaluar el canal vaginal.

La histeroscopia debe ser parte del adiestramiento del médico ginecoobstetra y de sus habilidades y competencias para ser utilizada oportuna y apropiadamente. Imaginemos la repercusión positiva que esto podría tener en la economía mexicana y en el bienestar de nuestras mujeres y su entorno familiar. Este trabajo destaca la importancia que la histeroscopia de consultorio cumple en este cometido y porque su utilización se justifica con base en su exactitud y sensibilidad diagnóstica.

El objetivo principal es describir la frecuencia de los hallazgos diagnósticos post-histeroscopia de consultorio en las pacientes con sangrado uterino anormal. Y los objetivos secundarios: describir la frecuencia del sangrado uterino anormal según la edad, la frecuencia de hallazgos diagnósticos patológicos según la edad de la paciente, la frecuencia de cavidad uterina normal según la edad de la paciente, la frecuencia de cancelación del procedimiento y sus causas y reportar el porcentaje de pacientes tratadas en el consultorio según su padecimiento.

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 aspectos de costo efectividad y costo-

beneficio; su utilización asociada con biopsia endometrial se constituye en el patrón de referencia para la detección de patología en la cavidad uterina de pacientes que acuden por sangrado uterino anormal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, descriptivo, y transversal para el que se revisaron los 2,546 registros de las pacientes que acudieron para histeroscopia de consultorio a la Clínica de Histeroscopia del Hospital Manuel GEA González de la Ciudad de México de enero de 2007 a diciembre de 2008. Se seleccionaron 1,528 casos de pacientes que se enviaron para evaluación por diagnóstico de sangrado uterino anormal; se excluyeron 46 registros por cancelación del procedimiento, y sólo se analizó la información de 1,482 histeroscopias de consultorio realizadas.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes atendidas en la Clínica de Histeroscopia del Hospital Dr. Manuel GEA González, con diagnóstico de sangrado uterino anormal. Los criterios de exclusión: registro clínico no disponible o incompleto, no autorización del procedimiento y cancelación de éste.

Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas t-test apareadas y no apareadas y χ^2 para el análisis estadístico, donde una $p < 0.05$ se consideró significativa. El análisis se realizó con el programa SPSS, paquete estadístico para Windows 10.0 (SPSS Inc., USA)

RESULTADOS

Durante el periodo de enero de 2007 a diciembre de 2008 la Clínica de Histeroscopia del Hospital Dr. Manuel GEA González recibió 1,528 pacientes para histeroscopia de consultorio por el diagnóstico de sangrado uterino anormal, 46 de esos procedimientos se cancelaron, lo que representa 3.01% de cancelaciones; sin embargo, sólo en 10 pacientes la cancelación fue por dolor; es decir, que sólo 0.65% de las pacientes no toleró el procedimiento y el motivo de cancelación en las restantes 36 pacientes estuvo, básicamente, relacionado con problemas de equipo e instrumental. Se analiza la información de los 1,482 registros de las histeroscopias de consultorio realizadas.

Características de los pacientes

Al evaluar las características de las 1,482 pacientes incluidas en el estudio, la edad promedio fue 42.15 ± 9.30

años (límites 12 y 92 años). Las pacientes, según grupos de edad, se distribuyeron como se muestra en el Cuadro 2. De ellas 10.7% (n=159) es del grupo de 30-34 años, 16.3% (n=242) del grupo de 35-39 años, 25% (n=371) del grupo de 40-44 años, 23.3% (n=346) del grupo de 45-49 años y 16.2% (n=241) corresponde a todas las pacientes mayores de 49 años.

Del universo de nuestra muestra hacemos dos puntualizaciones: las mujeres que corresponden al límite de edad reproductiva definida por nosotros como pacientes entre 15 y 45 años representan 65.2% (n=967) de la muestra y las mujeres que acudieron específicamente por sangrado postmenopáusico representan 10.4% (n=154) de la muestra. Figuras 1 y 2

En los hallazgos histeroscópicos se observó que 65.8% (n=975) tuvieron algún tipo de patología como hallazgo histeroscópico y sólo 34.2% (n=507) se reportaron como evaluación histeroscópica normal. Figura 3

En el Cuadro 3 se observa la frecuencia de hallazgos histeroscópicos normales y anormales según su distribución por grupos de edad. Fácilmente se aprecia que a partir de los 65 años de edad en nuestro grupo de estudio todas las histeroscopias revelaron hallazgos anormales. Es importante mencionar el caso particular de una adolescente de 12 años en la que el hallazgo fue ectopia cervical.

Cuadro 2. Grupos de edad

Edades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
10-14 años	1	.1	.1
15-19 años	10	.7	.7
20-24 años	37	2.5	3.2
25-29 años	75	5.1	8.3
30-34 años	159	10.7	19.0
35-39 años	242	16.3	35.4
40-44 años	371	25.0	60.4
45-49 años	346	23.3	83.7
50-54 años	151	10.2	93.9
55-59 años	50	3.4	97.3
60-64 años	11	.7	98.0
65-69 años	8	.5	98.6
70-74 años	9	.6	99.2
75-79 años	4	.3	99.5
80-84 años	5	.3	99.8
85-89 años	2	.1	99.9
90-94 años	1	.1	100.0
Total	1,482	100.0	

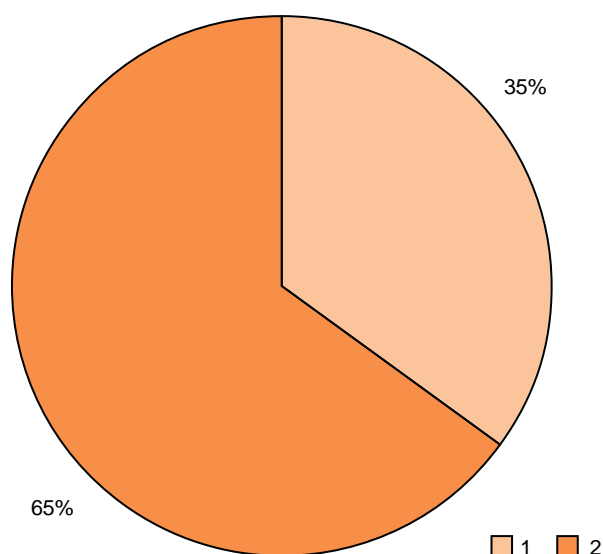


Figura 1. Mujeres en edad reproductiva

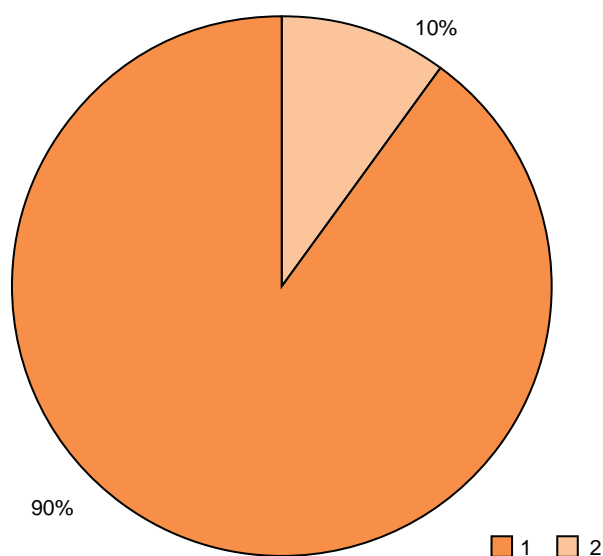


Figura 2. Pacientes con sangrado postmenopáusico

En el Cuadro 4 se describe la frecuencia de hallazgos patológicos *versus* los reportes de histeroscopias normales separando a las pacientes en tres grandes grupos de edad. El primero de menores de 15 años, el segundo entre 15 y 44 años y el tercero mayores de 45 años. En el primer grupo constituido por una sola paciente el 100% demostró hallazgo de patología en la histeroscopia. En el segundo grupo 39.7% (n= 384) eran normales *versus*

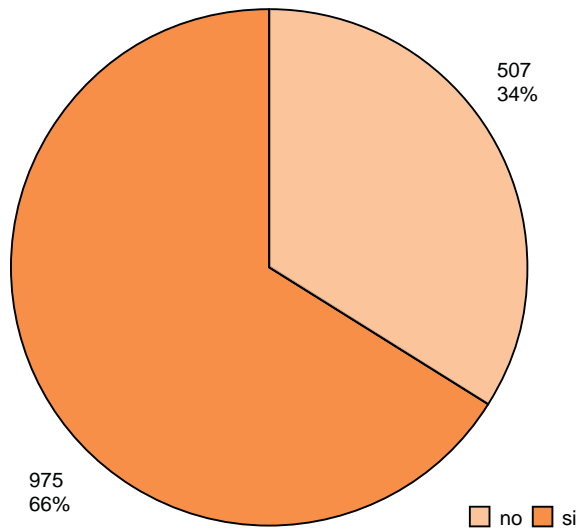


Figura 3. Porcentaje de hallazgos patológicos en histeroscopia

Cuadro 3. Frecuencia de hallazgos patológicos vs normales por grupo de edad

Grupo etario	Hallazgos-patológicos n=975	Hallazgos normales n=507	Totales
10-14 años	1 (100%)	0(0%)	1(100%)
15-19 años	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)
20-24 años	19 (51.3%)	18 (48.7%)	37 (100%)
25-29 años	49 (65.3%)	26 (34.7%)	75 (100%)
30-34 años	89 (55.9%)	70 (44.1%)	159(100%)
35-39 años	144 (59.5%)	98 (40.5%)	242 (100%)
40-44 años	231 (62.3%)	140 (37.7%)	371(100%)
45-49 años	232 (67.1%)	114 (32.9%)	346(100%)
50-54 años	120 (79.5%)	31 (20.5%)	151(100%)
55-59 años	45 (90%)	5 (10%)	50(100%)
60-64 años	10(90.9%)	1 (9.1%)	11(100%)
65-69 años	8 (100%)	0	8 (100%)
70-74 años	9 (100%)	0	9 (100%)
75-79 años	4 (100%)	0	4 (100%)
80-84 años	5 (100%)	0	5 (100%)
85-89 años	2(100%)	0	2 (100%)
90-94 años	1(100%)	0	1 (100%)
Total	975	507	1482

60.3% (n=583) que se reportaron con histeroscopias con hallazgos patológicos. En el tercer grupo, es decir las mayores de 44 años, se observaron 23.9% (n=123) de reportes normales *versus* 76.1% (n=391) de reportes con hallazgos de patología. Al analizar esta información se encontró

Cuadro 4. Frecuencia de hallazgo anormal según grupo de edad

Hallazgo anormal	Grupos de edad			Total
	<15 años	15-44 años	≥ 45 años	
No	0	384	123	507
Si	1	583	391	975
Total	1	967	514	1482

que las probabilidades mayores de encontrar hallazgos patológicos en las mayores de 44 años en comparación con los otros dos grupos es estadísticamente significativa (χ^2 37.65 y $p<0.05$)

La distribución de los hallazgos histeroscópicos patológicos de las 975 pacientes fue: adenomiosis 1.3% (n=13), adherencias 0.2% (n=2), atrofia endometrial 10.6% (n=103), síndrome de Asherman 0.5% (n=5), imágenes sospechosas de neoplasia 4% (n=39), malformaciones uterinas 1.2% (n=12), hiperplasia endometrial 12.5% (n=122), endometritis 8.2% (n=80), miomatosis 26.9% (n=262), DIU traslocados 1.5% (n=15), pólipo endometrial 27.3% (n=266), pólipo cervical 4.1% (n=40), poliposis endometrial 1.2% (n=12), ectopia cervical 0.1% (n=1) y patología por productos relacionados con la concepción 0.3% (n=3) Cuadro 5.

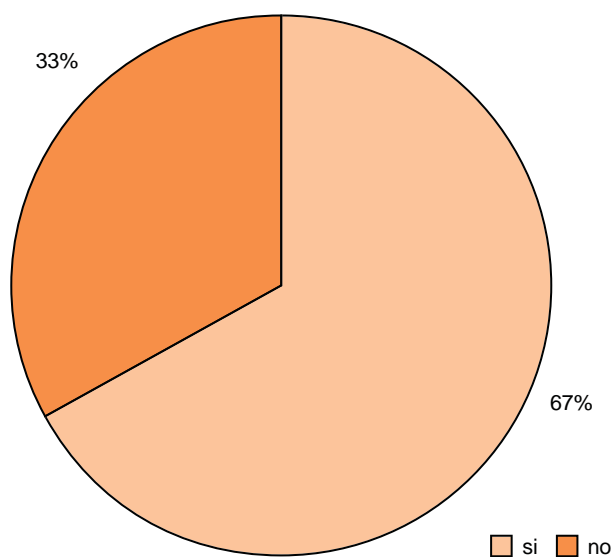
En la Figura 4 puede observarse, además, cómo la histeroscopia de consultorio cumple un papel terapéutico en las pacientes en las que se detectó pólipo endometrial (n=266) porque en 66.5% (n=177) de ellas se procedió a polipectomía en el mismo procedimiento dentro del consultorio. En las restantes 89 pacientes se programó la polipectomía en quirófano, básicamente por el tamaño del pólipo.

En el caso de los pólipos cervicales se resolvieron durante la histeroscopia de consultorio 77.5% (n=31) de las 40 pacientes que tuvieron esta afección como se aprecia en la Figura 5, las nueve que no se realizaron durante el procedimiento de histeroscopia de consultorio se debieron, principalmente, a no haber contado con el instrumental adecuado (pinza o tijeras).

En la muestra del estudio de 1,482 pacientes con sangrado uterino anormal hay un subgrupo particularmente especial que corresponde a mujeres con sangrado postmenopáusico compuesto por 154 pacientes, que representa 10.4% de la muestra. En el Cuadro 6 se compara la probabilidad de reporte de hallazgo patológico *versus*

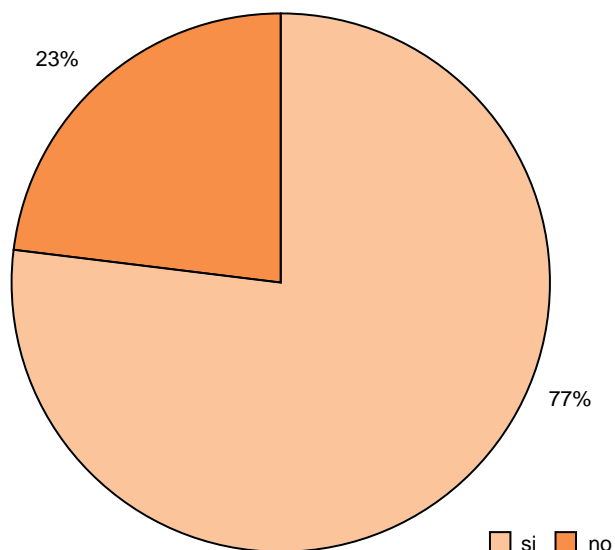
Cuadro 5. Distribución de hallazgos patológicos

Hallazgos patológicos	Frecuencia	%
Adenomiosis	13	1.3
Adherencias	2	0.2
Atrofia endometrial	103	10.6
Síndrome de Asherman	5	0.5
Imágenes pb neoplasia	39	4.0
Malformaciones uterinas	12	1.2
Hiperplasia endometrial	122	12.5
Endometriosis	80	8.2
Miomas	262	26.9
DIU traslocado	15	1.4
Pólipo endometrial	266	27.3
Pólipo cervical	40	4.1
Ectopia cervical	1	0.1
Poliposis	12	1.2
relacionada con productos de la concepción	3	0.3
Total	975	100.0

**Figura 4.** Polipectomía en consultorio (pólipos endometriales)

histeroscopia con hallazgos normales en las pacientes con sangrado postmenopáusico *versus* el resto de pacientes con sangrado uterino anormal. Se analiza este dato y es estadísticamente significativa la diferencia (χ^2 48.18 y $p < 0.05$) lo que significa mayor probabilidad de encontrar patología en el grupo de pacientes postmenopáusicas.

En el Cuadro 7 se muestra la frecuencia de los tipos de hallazgos anormales de las pacientes con sangrado

**Figura 5.** Polipectomía en consultorio (pólipos cervicales)**Cuadro 6.** Sangrado postmenopáusico y hallazgo anormal

Hallazgo anormal	Sangrado postmenopáusico		
	No	Si	Total
No	493	14	507
Si	835	140	975
Total	1328	154	1482

Cuadro 7. Frecuencia por hallazgo

Hallazgos patológicos	Sangrado postmenopáusico	
	Frecuencia	%
Adenomiosis	1	0.7
Atrofia endometrial	45	32.2
Imágenes Pb neoplasia	24	17.1
Hiperplasia endometrial	7	5.0
Endometritis	6	4.2
Miomas	14	10.0
Pólipo endometrial	34	24.3
Pólipo cervical	9	6.4
Total	140	100

postmenopáusico; los hallazgos anormales más frecuentes fueron la atrofia endometrial 32.2% (n=45) y el pólipo endometrial 24.3% (n=34). Además, en 17.1% de las pacientes se observaron imágenes sospechosas que, al igual que todos los casos de sangrado postmenopáusico, se complementaron con biopsia endometrial.

DISCUSION

En la actualidad, la histeroscopia es parte del procedimiento diagnóstico terapéutico de nuestras pacientes. En la Clínica de Histeroscopia del Hospital GEA González está protocolizada la utilización de este procedimiento. El grupo poblacional que acude al hospital y, en especial las pacientes con sangrado uterino anormal, que son la muestra de este estudio, constituyen una población muy representativa de la Ciudad de México y creemos, también, que lo son del país.

La buena tolerabilidad de la histeroscopia de consultorio tanto por los equipos con histeroscopios de diámetro pequeño y forma oval y la adopción de la técnica “no touch” permiten realizar este procedimiento de manera rutinaria.^{13,14} Los grupos de edad que más acudieron a la clínica por sangrado uterino anormal fueron los de 40 a 44 años y de 45 a 49, que fueron los que con más frecuencia consultaron por sangrado uterino anormal y aportaron 25 y 23.3% de casos, respectivamente. Esto también lo han reportado otros investigadores.^{4,6,15}

Las 154 pacientes con sangrado postmenopáusico, que representan 10% del universo de estudio, la utilidad diagnóstica de la histeroscopia en este grupo es clara porque en 90.9% se reportaron hallazgos patológicos, muchos trabajos confirman que la histeroscopia es el patrón de referencia en estas pacientes, lo que permite la eliminación de falsos negativos que ocurren cuando se recurre a la biopsia ciega.¹⁶

CONCLUSIONES

Este estudio apoya el criterio de la necesidad de extender la histeroscopia de consultorio como parte del protocolo diagnóstico y terapéutico en pacientes con sangrado uterino anormal, por su demostrada capacidad para detectar patología en la cavidad uterina porque hace una evaluación de la misma en tiempo real.

La histeroscopia de consultorio es un método diagnóstico terapéutico muy bien tolerado con utilidad en todos los grupos de edad e imprescindible en los casos de sangrado postmenopáusico. La histeroscopia de consultorio demues-

tra sus ventajas de costo-efectividad y costo-beneficio en el tratamiento de pólipos endometriales y cervicales.

REFERENCIAS

1. Bradley L. Abnormal uterine bleeding: a quick guide to evaluation and treatment. Protocol of Cleveland Clinic Foundation.
2. Alanís FJ, Zacarías CR, Aragón HJP. Sangrado uterino anormal (y el endocrinólogo). *Rev Endocrinol Nutr* 2005;13(1).
3. Janet R, Alberts Hull S, Wesley R. Abnormal uterine bleeding www.aafp.org/afp 2004
4. Hvan Dongen, CD de Kroon, CE Jacobi, JB Trimbos, FW Jansen. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding and systematic review and meta-analysis Best practice & Research clinical Obstetrics and Gynaecology on line at www.sciencedirect.com.
5. Fender GR, Prentice A, Gorst T, et al. Randomised controlled trial of educational package of management of menorrhagia in primary care. *BMJ* 1999;318:1246-1250.
6. Nadia C, Samuel T, Justin Clark. Future research into abnormal uterine bleeding. *Best practice & Research clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007;21(6):1023-1040.
7. Clark TJ, Bakour S, Gupta JK, et al. Evaluation of outpatient hysteroscopy and ultrasonography in the diagnosis of endometrial disease. *Obstet Gynecol* 2002;99: 1001-1007.
8. Cote I, Jacobs P, Cumming D. Work lost associated with increased menstrual lost in the United States. *Obstet Gynecol* 2002;100:683-687.
9. Pantaleoni DC. On endoscopic examination of the cavity of womb. *Medical Press Circular* 1869;8:26-27.
10. Dukanovic S, Canic T. The value of hysteroscopy in perimenopausal women. *Acta Med Croatica* 2007;61(2):185-190.
11. Hill NC, Oppenheimer LW, Morton KE. The aetiology of vaginal bleeding in children. A 20 years review. *J Obstet Gynaecol* 1989;96:467-470.
12. Shwayder JM. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. *Obstet and Gynaecol Clin North Am* 2000;27:219-234.
13. Bettocchi S, Selvaggi L, Porreca M, Loverro G. The gynecoscopic techniques new approach to hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;2(Suppl):76.
14. Bettocchi S, Selvaggi L. A gynecoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;4:255-258.
15. Saad GA, Salazar Lopez-Ortiz C, Lejtik-Alva AC, Quintero-Bernal PP, Dorantes J. Utilidad de la histeroscopia de consultorio. *Ginecol Obstet Méx* 2006;74(2):104-109.
16. Angioni S, Loddio A, Milano F, Piras B, Minerba L, Melis GB. Detection of benign intracavitary lesions in postmenopausal women with abnormal uterine bleeding: a prospective comparative study on outpatient hysteroscopy and blind biopsy. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(1):87-91.