

EVALUACION Y MONITORIZACION DEL SANGRADO POST-MENOPAUSICO

José Saulo Torres R. MD.

Ginecólogo-oncólogo. Hospital Universitario del Valle.

El sangrado vaginal proveniente del útero en post-menopáusicas debe poner al clínico en alerta ya que puede ser la primera manifestación de una lesión neoplásica cuyo origen puede provenir de endometrio, músculo uterino (miometrio), ovarios, cérvix y muy rara vez trompa.

Etiología:

Las causas más comunes de sangrado post-Menopáusico provenientes de útero son I

I: Estrógenos Exógenos	30%
II. Endometritis atrófica	30%
III. Cáncer Endometrial	15%
IV: Pólipos Endometriales o Cervicales	10%
V: Hiperplasia Endometrial	5%
VI: Misceláneas (Ca de : Ovario- Cérvix-trompas-Sarcomas)	10%

I. Estrógenos exógenos

Cada vez es más frecuente el uso de estrógenos en las mujeres post-menopausicas debido no sólo a la mejoría de los síntomas vasomotores, insomnio, atrofia urogenital, menos infarto de miocardio al prevenir la arterioesclerosis coronaria, posible efecto protector de la osteoporosis contribuyendo a menos fracturas de cadera y si además, se confirma que puede prevenir el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer, llegara a ser utilizada hasta por médicos de atención primaria 2.

No hay que minimizar el riesgo de los estrógenos. En la etiología del carcinoma endometrial desempeñan papel protagónico lo cual es claro y no cabe la mínima duda a la luz de los conocimientos actuales.

Respecto al potencial carcinogénico de los estrógenos sobre la mama existen muchos estudios contradictorios, pero estas premisas hacen que recaigan sobre ellos una fuerte sospecha permisiva o favorecedora en el proceso patológico 9.

1. Es 100 veces más frecuentes en mujeres que en hombres.
2. El cáncer de mama aparece después de la pubertad.
3. No se observa en pacientes con disgenesia gonadal.
4. El riesgo es mayor en primigestantes tardías.
5. Responde a la ooforectomía.
6. El riesgo disminuye en un 70% si la ooforectomía se practica antes de los treinta y cinco años.
7. El riesgo es mayor cuando el primer embarazo ocurre más allá de los 30 años.

El uso de estrógenos debe ser cauteloso, se debe seleccionar la paciente teniendo en cuenta sus antecedentes personales, familiares, peso, debe ser informada respecto a riesgos-beneficios, síntomas y signos indeseables, se debe realizar una valoración previa del endometrio antes de su inicio ya sea por ecografía. Histeroscopia, biopsia o anidados depen-

diendo del caso; sólo de esta manera estaremos utilizando el medicamento en forma racional.

Se recomienda que acompañado al estrógeno se administre progesterona ya que puede modificar tanto en endometrio como en mamas patrones bioquímicos del ciclo celular, evitando su división indiscriminada y con ello su potencial transformación en células malignas.

II. Endometritis atrófica:

La atrofia endometrial generalmente es asintomática. Ocasionalmente provoca metrorragias poco abundantes que pueden ser repetitivas.

El examen físico evidencia una atrofia global de genitales externos, resequedad vulva-vaginal, dolor a la introducción del espéculo y trauma fácil dejando Petequias al contacto.

La ecografía confirma un útero pequeño, anexos atroficos o no visualizables y un endometrio que no sobrepasa los cuatro milímetros.

A la histeroscopia endometrio pálido, atrofico con múltiples Petequias, puede acompañarse de sinequias. El diagnóstico se confirma por estudio histológico. Este sangrado se maneja con dosis bajas de estrógenos generalmente de uso tópico.

III: Cáncer endometrial

Hay un grupo de pacientes a las que se debe excluir al diagnóstico de carcinoma endometrial por ser de alto riesgo, es aquí donde cabe el aforismo "que se tiene un Ca de endometrio hasta no demostrar lo contrario" y son I:

1. Sangrado post-menopáusico.
2. Post-menopáusicas con piometra.
3. Post-menopáusicas con células endometriales en un frotis de Papanicolaou.*

* Citología vaginal: Solamente el 50% de las mujeres con cáncer endometrial tendrán un frotis de Papanicolaou positivo. Sin embargo la aparición de células endometriales tanto normales como anormales en frotis exo y endocervicales en una paciente post-menopáusica deben alertar al clínico hacia la posibilidad de patología endometrial. Cerca del 6% de las pacientes postmenopáusicas con células endometriales normales en frotis cervicales tendrán carcinoma endometrial, y 13% tendrán hiperplasia endometrial. Si hay células morfológicamente atípicas el 25% de las mujeres tendrán carcinoma endometrial 3.

4. Perimenopásucias con sangrado intermenstrual o períodos crecientemente abundantes.

5. Premenopásucias con sangrado anormal e historia de anovulación o síndrome de ovarios poliquísticos.

Existe otro grupo de pacientes que presentan ciertos factores individuales de alto riesgo que justifican estudios para descartar carcinoma endometrial o sus precursores, son 1:

1. Post-menopásucias utilizando estrógenos exógenos sin evaluación inicial suficiente.

2. Obesas con historia familiar de cáncer de Endometrio, Mama, Ovario o Colon.

3. Mujeres que estén menstruando a la edad de 52 años, o hayan menstruado hasta esta edad.

4. Premenopásucias con antecedentes de ciclos anovulatorios, o ovarios poliquísticos.

Estos dos grupos de pacientes con sangrado uterino o no, consideradas de riesgo deben iniciar un protocolo de manejo que lleve a un diagnóstico que incluye:

1. Ecografía abdomino-pélvica y transvaginal:

El ultrasonido es excelente como primer paso para evaluar al sangrado post-menopáusico debido a que es menos invasivo, mas barato, sensible y tiene beneficios adicionales como la visualización de los ovarios, tamaño y forma del útero, apariencia y tamaño del endometrio, líquido libre en cavidad pélvica, adenopatías pélvicas y para-orticas, evaluación del parénquima hepático y vesículo biliar 4.

La Ecografía transvaginal igual que la abdominal ayuda a medir y complementar la información acerca del compromiso del estroma cervical y miometrial, un estudio llevado a cabo por Prompeler evaluando el compromiso del miometrio reportando si era mayor o menor del 50% y correlacionando con el estudio hito-patológico mostró 5:

Sensibilidad 93% Valor Predictivo Positivo 73%

Especificidad 71% Valor Predictivo Negativo 93%

Diagnóstico histopatológico relacionándolo con el grosor endometrial medidos por ecografía trans-vaginal 3

	grosor endometrial en mm							
	<4	5	6-10	11-15	16-20	21-25	>25	Total
Dx. Histológico								
Atrofia	491	71	88	11	4	2	0	887
Efecto hormonal	13	7	39	17	0	0	1	77
Pólipo endometrial	6	5	54	43	15	10	7	140
Cáncer endometrial	0	2	13	20	27	17	27	114
Hiperplasia	6	2	41	38	15	5	5	112
Otros	0	0	6	8	6	0	0	19
Cáncer cervical	2	1	4	2	0	0	0	9
Total	518	88	245	145	68	34	43	1138

2. Biopsia Endometrial

Una biopsia endometrial satisfactoria se puede obtener en el consultorio usando la cánula de Karman o una cureta de Novak o Kevorkian. Estas biopsias de consultorio causan en ocasiones alguna molestia e incomodidad a la paciente, y en cerca del 8% de las pacientes no es posible obtener espécimen debido a un orificio estenotico o molestia. Esta tasa de falla se incrementa a cerca del 18% para mujeres por encima de los 70 años de edad.

La biopsia bajo anestesia y la histeroscopia diagnóstica se debe llevar a cabo en toda paciente que por dificultades técnicas no se pudo realizar en el consultorio, o aquella que a pesar del informe histopatológico negativo persista la duda basada en: Persistencia del sangrado, informe ecográfico, o Ca - 125 positivo.

Bajo anestesia, se realiza el examen recto-vaginal bimanual cuidadoso con evaluación de parametrios. Se procede a practicar cervicoscopia y legrado fraccionado del canal endocervical, se dilata el orificio interno y se practica la histeroscopia diagnóstica orientando los sitios de biopsias.

3. Histeroscopia

La histeroscopia podría ser de valor si y solo si el diagnóstico de cáncer no es claro, si existen indicios de lesiones benignas como pólipos que podrían ser causa del sangrado o sangrado persistente a pesar del tratamiento médico, en estas últimas pacientes podría ofrecerse ablación endometrial una vez se descarte en forma definitiva malignidad⁶.

En ocasiones el ultrasonido muestra un endometrio engrosado y la biopsia se relaciona con tejido atrofiar, el diagnóstico es seguramente un pólipo endometrial. Esto es casi siempre verdad y el siguiente paso podría ser la remoción histeroscópica del pólipo.⁷

4. Niveles Séricos de Ca-125

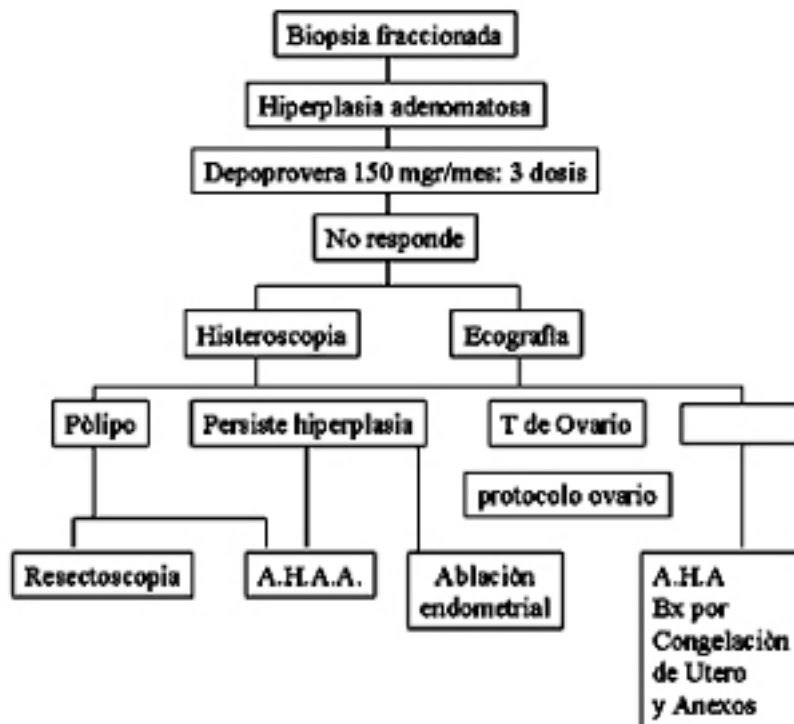
El Ca 125 está aumentado en el 50% de las pacientes con Carcinoma Endometrial. La correlación del Antígeno Tumoral con la ecografía parece ser el método de elección para la evaluación pre-quirúrgica del Ca endometrial diseminado. Esto facilita planear la extensión de la cirugía.

La ecografía fue más segura que el Ca-125 para predecir invasión miometrial⁸.

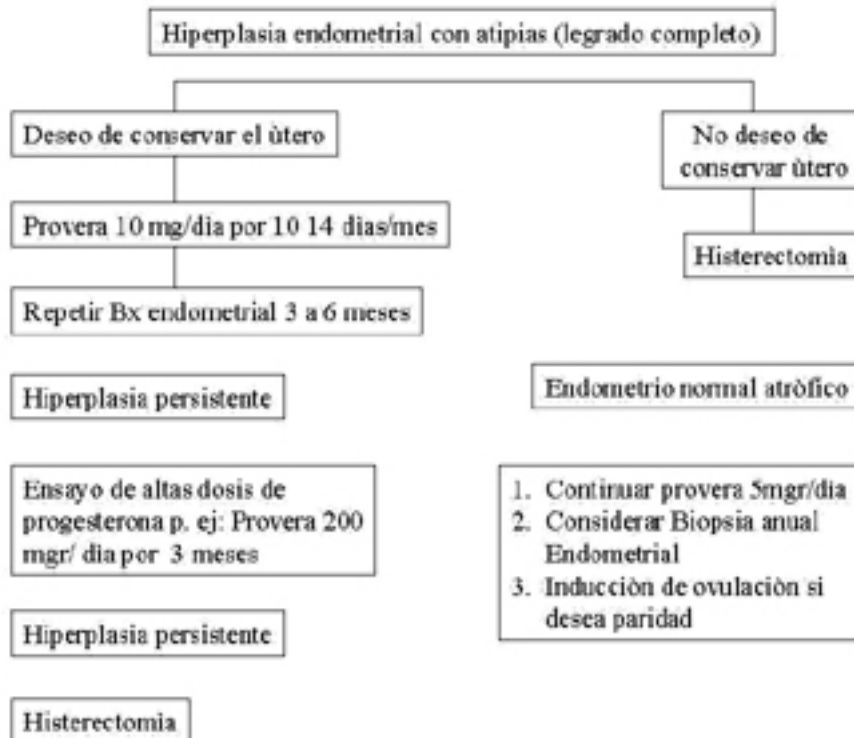
IV. Pólipos cervicales y endometriales

Tanto los pólipos cervicales como endometriales son prolongaciones sesiles o pedunculadas que surgen como tumores blandos, solitarios o múltiples, generalmente corresponde en cérvix a hiperplasia de epitelio endocervical y en endometrio a hiperplasia del tejido endometrial, tienen la característica de ser muy vascularizados. Estos pólipos en ocasiones producen hemorragias. Todo pólipo debe ser extirpado y remitido a patología ya que en menopásucias tienen connotación maligna, además exige en este grupo de pacientes practicar un legrado completo de la cavidad endometrial ya que acompañan al carcinoma endometrial en un 10%.

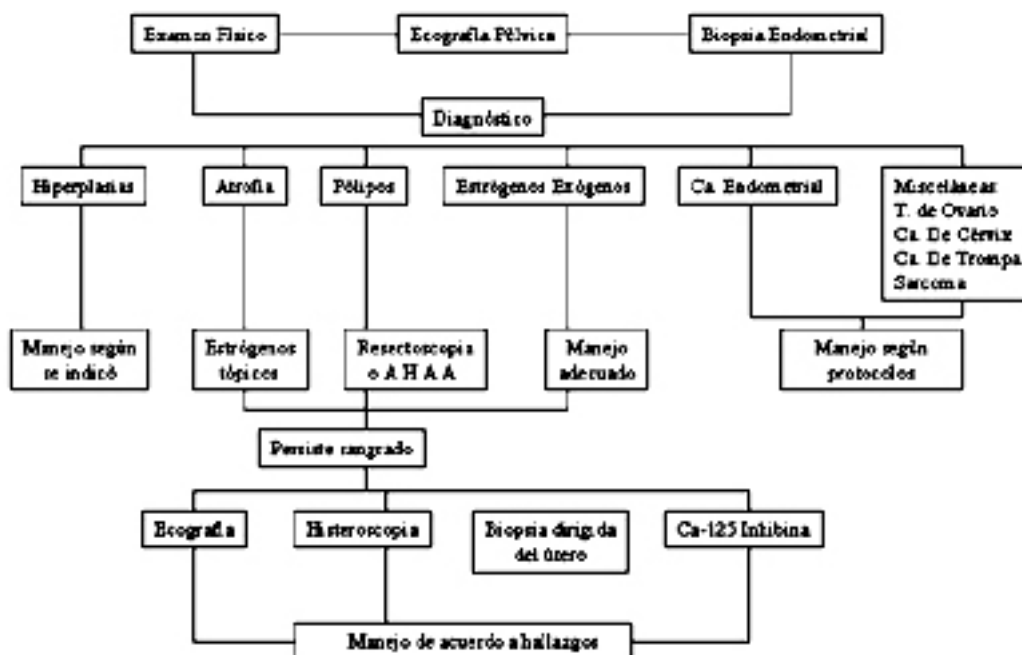
Hiperplasia adenomatosa sin atipias: Manejo



Hiperplasia endometrial atípica: Manejo



Sangrado post-menopáusico: Diagrama de manejo H.U.V. Sección de Oncología



V. Hiperplasias endometriales

El sangrado endometrial en pacientes post-menopáusicas originadas de hiperplasias sólo representa un 5%. Una vez confirmado el diagnóstico habrá que descartar una tumoración ovárica productora de estrógenos.

La hiperplasia endometrial y la neoplasia endometrial son dos enfermedades biológicamente diferentes. El único rasgo distintivo importante es la presencia o ausencia de atipias celulares.

La hiperplasia adenomatosa atípica o carcinoma in situ, es considerado el precursor del carcinoma endometrial.

En un seguimiento a largo plazo de 170 pacientes con hiperplasia endometrial, Kurman y col informaron un riesgo de progresión de 1.6% a carcinoma en pacientes sin atipia citológica, comparado con un 23% de riesgo para pacientes con atipia citológica. El solo legrado es curativo en la mayoría de las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial sin atipias, puede también utilizarse progestágenos de depósito.

VI. Misceláneas: (Ca de Ovario - Cérvix - Sarcomas - Trompas)

Los tumores de ovario que se manifiestan con sangrado uterino anormal generalmente son los del grupo del Estroma y cordones sexuales en especial el de la Granulosa y tecomas asociándose en ocasiones a hiperplasias y Carcinomas endometriales.

Los sarcomas Uterinos además del sangrado, se asocian a un crecimiento rápido del útero, siendo en menopáusicas más frecuente el Sarcoma Mulleriano mixto maligno, como característica puede presentarse una masa polipoide abortando a través del cuello, el legrado arroja el diagnóstico en el 31%; a diferencia de los Leiomiomas y Sarcoma estromal que ocurren más frecuente en pre y perimenopáusicas y al curetaje uterino sólo es diagnóstico en el 4%.

En cuanto al carcinoma de trompa se presenta con sangrado recurrente, dolor espasmódico y masa anexial; la biopsia endometrial, la citología vaginal, incluso la histeroscopia pueden ser negativas, todo lo anterior debe hacer sospechar el diagnóstico.

En cuanto al carcinoma de cérvix generalmente se hace el diagnóstico a la especuloscopia, o en el reporte de citología.

BIBLIOGRAFIA

1. Neville F. Hacker, Uterine Cancer. Practical Gynecology Oncology 1996; 285-314.
2. Richard Mayeux at Col. Lancet. Hormonas Femeninas y demencia senil agosto 96. Pág. 429.
3. Lardosn D, Johnson K, Reyes C. Significado pronóstico de la citología cervical maligna en pacientes con cáncer endometrial. Gyn Obst 1994; Vol 48 No. 3.
4. Howard D. Homesley. MD. Manejo del Cáncer Endometrial. Am J Obst Gynecol. 529-533.
5. Heinrich Prompeler, Helmut Madjar, at Col. Transvaginal sonography of myometrial invasion depth in endometrial cancer. Department of Obstetrics and Gynecology, Freiburg Im Breisgau, Germany. Acta Obst. et Gynecologica Scandinavica.
6. Howard D. Homesley, MD. Winston-Salem, North Carolina. Am J Obstet Gynecol. 1996; 529-533.
7. Bengt Karlsson, Seth Grnsberg at Col. Helsinki, Finland; Transvaginal Ultrasonography of the Endometrium women with Postmenopausal Bleeding a nordic Multicenter study. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 1488-1494.
8. Pentti Lehtovirta, Bruno Cacciatori. Niveles Séricos de Ca 125 y Ecografía en la valoración pre-operatoria de invasión miometrial del cáncer de endometrio. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1994; 101: 532-535.
9. Leon Speroff. Endocrinología Ginecológica e Infertilidad. 1993; 124-125.