

Trabajos Originales

RESECCIÓN ENDOMETRIAL HISTEROSCÓPICA MÁS INSERCIÓN DE DIU-LNG EN EL SANGRADO UTERINO ANORMAL REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO

Juan Carlos Carvajal V.^{1,2,3}, Juan Rodríguez C.^{1,3}, Tamara Briceño C.^{a,2,3}, Julio Veas P.^b

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta. ² Clínica de la Mujer. ³ Clínica Antofagasta.

^a Matrona. ^b Interno, Escuela de Medicina, Universidad de Antofagasta.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento del sangrado uterino anormal (SUA) refractario a tratamiento médico, con resección endometrial histeroscópica asociado a la inserción de un sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel. **Método:** Estudio prospectivo de 24 pacientes con SUA tratadas con resección endometrial histeroscópica seguida de inserción de un dispositivo intrauterino que libera 20 microgramos diarios de levonorgestrel. **Resultados:** En 23 de las 24 pacientes tratadas se obtuvo un resultado favorable en término de control del SUA, con un período de seguimiento promedio de 18,3 meses. Una paciente requirió histerectomía por persistencia de dolor pélvico. **Conclusión:** Asociar a la resección endometrial histeroscópica la inserción de un sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel mejora los resultados de la cirugía conservadora pudiendo evitar la histerectomía en el 95,9% de las mujeres con SUA de causa benigna.

PALABRAS CLAVE: *Resección endometrial, dispositivo intrauterino con levonorgestrel, sangrado uterino anormal*

SUMMARY

Objective: To evaluate hysteroscopic endometrial resection associated to levonorgestrel intrauterine device insertion as a treatment of abnormal uterine bleeding of benign cause. **Method:** 24 patients with abnormal uterine bleeding, were treated with hysteroscopic endometrial resection followed by the insertion of a intrauterine levonorgestrel device. **Results:** 23 of 24 patients no report symptoms after 18.3 months follow up. One hysterectomy was performed for persistent chronic pelvic pain. **Conclusions:** Endometrial ablations with diathermic loop followed by the insertion of intrauterine levonorgestrel device improve the results of the conservative surgeries, avoiding 95.9% of hysterectomies in patients with abnormal uterine bleeding.

KEY WORDS: *Endometrial resection, levonorgestrel intrauterine device, abnormal uterine bleeding*

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) asociado o no a otros síntomas es motivo de consulta frecuente en nuestra especialidad. Habitualmente, luego de la evaluación clínica, y descartados

cuadros oncológicos o de patología orgánica puntual, se inicia tratamiento médico con progestágenos, anticonceptivos orales, ácido mefenámico, ácido tranexámico y la alternativa de usar como tratamiento médico la inserción de un sistema intrauterino con liberación prolongada

de 20 microgramos diarios de levonorgestrel (DIU-LNG). Como alternativa quirúrgica conservadora se realiza, con bastante éxito, la histeroscopia quirúrgica con resección y ablación endometrial (1-7).

Tanto el uso del DIU-LNG como la resección endometrial son alternativas útiles para pacientes con patologías ginecológicas benignas que provocan sangrado uterino anormal y en quienes han fallado los tratamientos médicos habituales, y por lo tanto son candidatas a histerectomía. También son alternativas válidas para aquellas pacientes con patologías médicas severas asociadas con alto riesgo quirúrgico (cardiopatías graves, nefropatías crónicas, coagulopatías, tratamiento anticoagulante, obesas mórbidas, etc.) (8-17).

En Chile, hasta ahora, la histeroscopia quirúrgica no es de uso frecuente entre la mayoría de los ginecólogos, como tampoco la utilización del DIU-LNG. Por esta razón son escasas las publicaciones nacionales sobre estas nuevas alternativas terapéuticas (4,12,13,14). En la literatura extranjera incluyendo la base de datos Cochrane (16,18,19,20), hay numerosos reportes que informan el uso de DIU-LNG en pacientes con menometrorragia para evitar hasta un 50% de las histerectomías, y que la resección endometrial con asa eléctrica evita sobre un 80% de histerectomías (1,5,7,8,9,10,11). Por lo tanto, parece razonable pensar que la asociación de ambas alternativas puede mejorar los resultados. Al respecto, recientemente fue publicado el uso asociado de la resección endometrial histeroscópica con inserción de DIU-LNG. Maia y cols comunican que insertar DIU-LNG post resección endometrial lleva a un 100% de amenorrea a los doce meses de seguimiento, en pacientes con adenomiosis sintomática, evitando la histerectomía (21).

En 1992, iniciamos nuestra experiencia con resección endometrial histeroscópica. Nuestra técnica y resultados fueron publicados en un reporte anterior (12). En enero de 2003 se agrega al tratamiento del sangrado uterino anormal la inserción de DIU-LNG post resección endometrial. Esta comunicación informa de esta nueva experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 2003, 24 pacientes con SUA de causa benigna, refractarias a tratamiento médico, candidatas a una histerectomía como últi-

ma alternativa terapéutica, fueron incluidas en nuestro protocolo. Todas fueron informadas del procedimiento, sus beneficios y riesgos.

La evaluación preoperatoria consistió en hemograma, perfil bioquímico, perfil lipídico, fibrinógeno, TTPK, radiografía de tórax, electrocardiograma, orina completa, Papanicolau, ultrasonografía transvaginal, y mamografía a las mayores de 40 años. No se hizo biopsia de endometrio preoperatorio, pues la técnica permite estudio histopatológico que incluye endometrio y miometrio. 2 a 4 horas antes de la histeroscopia se colocó una tableta fraccionada de misotrol en fondo de saco posterior. Se utilizó en forma profiláctica intraoperatoria y a las 12 horas post cirugía, 500 mg sulbactam y 1 g de ampicilina. Se realizó resección endometrial según técnica descrita en publicaciones anteriores (12,13) utilizando resectoscopio y elementos de trabajo con asa monopolar (Karl Storz, Tutlingen, Alemania). Posterior al tiempo quirúrgico, se insertó en cavidad DIU-LNG de 52 mg de levonorgestrel, que libera diariamente 20 microgramos por 5 años. Los dispositivos fueron adquiridos por las pacientes. Todas fueron dadas de alta a las 12 horas post intervención y controladas a la fecha.

RESULTADOS

La edad promedio de las 24 pacientes fue de 44 años (rango: 25 a 56 años), y paridad promedio de 2,3 hijos (rango: 0 a 4 hijos). En base a la clínica y apoyados en la ecotomografía ginecológica, estas pacientes se operaron con los diagnósticos que se presentan en la Tabla I. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el sangrado uterino anormal: menometrorragia o

Tabla I
DIAGNÓSTICO, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS
PREOPERATORIOS

<i>Diagnóstico*</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sangrado uterino anormal	19	79,2
Dolor pélvico y/o dismenorrea	5	20,8
Anemia secundaria	6	25,0
Sangrado uterino anormal con HTR	4	16,7
Mioma uterino	4	16,7
Hipertrofia uterina	1	4,2

* Algunas pacientes tienen 2 o 3 diagnósticos.
HTR: hormonoterapia de reemplazo.

hipermenorrea, en algunos casos asociadas a hormonoterapia de reemplazo, dolor pélvico, mioma uterino y anemia. El tiempo quirúrgico promedio fue de 20 minutos (rango: 12 a 60 minutos). En una paciente se practicó simultáneamente hysteropexia por laparoscopia. No hubo complicaciones intraoperatorias o post operatorias inmediatas. El volumen promedio de medio utilizado para distender la cavidad uterina fue de 3,6 litros, con un mínimo de 2 y un máximo de 6 litros. No se presentaron eventos adversos de intravasación del medio líquido.

En el post operatorio se observó de escasa a regular metrorragia que se prolongó de 0 a 60 días, con una mediana de 15 días y 23 días promedio. En el post operatorio una paciente presentó endometritis y otras dos, infecciones del tracto urinario. En ambas situaciones se manejaron con antibióticos en esquemas clásicos. Una paciente presentó cólicos hasta un mes después de la intervención e inserción. Otra paciente expulsó el DIU-LNG sin percatarse, objetivado al momento de una ecotomografía de control. Esta paciente en particular no está incluida en los resultados del estudio.

El resultado de las biopsias del tejido obtenido se muestra en la Tabla II. El seguimiento promedio fue de 18,3 meses, con una mediana de 12,5 meses, (mínimo 3 meses y máximo 52 meses).

El sangrado uterino post operatorio se muestra en la Tabla III; 16 pacientes quedaron en amenorrea o con goteo ocasional. Las cuatro pacientes con hormonoterapia de reemplazo quedaron en amenorrea usando vía oral o transdérmica.

DISCUSIÓN

El ginecólogo, enfrentado a una paciente con sangrado uterino anormal debe manejar junto

con la clínica las diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas. Actualmente, la histeroscopia tiene ganado su espacio como instrumento de gran precisión diagnóstica y varios trabajos nacionales avalan su utilidad (19-24).

También la resección o ablación endometrial histeroscópica, en pacientes con sangrado uterino anormal refractarias al tratamiento médico, ha demostrado ser una buena alternativa terapéutica. Si bien no está exenta de riesgos y complicaciones, estas son menores, y se pueden evitar si se consideran y previenen oportunamente sus causas. Esto en sí es una gran ventaja si la comparamos a la hysterectomía, en cualquiera de sus modalidades (1,24-28).

El DIU-LNG, que originalmente se creó como un anticonceptivo, provoca una intensa atrofia endometrial. Esto lo a posesionado como una alternativa para el tratamiento del sangrado uterino anormal. Dado el bajo riesgo de complicaciones mayores, parece entonces lógico potenciar los resultados de la resección endometrial con los del DIU-LNG (4,5,7,17,21).

En nuestra experiencia, 159 casos de resección endometrial, el 22% ha necesitado una segunda intervención: 31 hysterectomías (19,5%) y 4 una segunda resección (2,5%). Adicionado el uso de DIU-LNG tenemos una hysterectomía en 24 operaciones (4,1%). Si bien nuestra casuística

Tabla III
SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

Condición	n	%
Amenorrea	12	50,0
Eumenorrea	1	4,1
Hipomenorrea	6	25,0
Goteo ocasional	4	16,8
Hysterectomía	1	4,1
Total	24	100,0

Tabla II

DIAGNÓSTICOS HISTOPATOLÓGICOS

Histopatología	n	%
Normal	13	54,2
Adenomiosis	5	20,8
Hiperplasia simple de endometrio	3	12,5
Mioma uterino	1	4,2
Sin informe	2	8,3
Total	24	100,0

Tabla IV

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Complicación	n	%
Infección del tracto urinario	2	8,3
Endometritis	1	4,1
Cólicos uterinos	1	4,1
Expulsión endoceptivo	1	4,1

ca no es numerosa, avala el concepto de usar junto a la resección endometrial histeroscópica el DIU-LNG, que libera 20 microgramos diarios de levonorgestrel durante 5 años, para obtener mejores resultados y disminuir el número de histerectomías en pacientes con sangrado uterino anormal. Al unir la utilidad de la ablación endometrial y del DIU-LNG, nuestras pacientes, y en especial las de nuestros servicios públicos, cuentan con una terapia de menor costo y riesgo, al compararla con la histerectomía.

CONCLUSIONES

La histeroscopia es una excelente herramienta diagnóstica y quirúrgica para enfrentar a la paciente con metrorragia, y la resectoscopia transhisteroscópica con asa diatérmica es segura, eficaz y rápida para su tratamiento. El estudio histopatológico del tejido resecado permite un diagnóstico preciso y una conducta más agresiva si es necesario. La resección endometrial asociada al uso de DIU-LNG disminuye el número de histerectomías.

Nuestra experiencia, se aproxima a lo reportado por Maia Jr y cols (21), a la vez que reafirma las bondades de esta nueva técnica que reemplazaría a una proporción importante de histerectomías por patologías benignas.

BIBLIOGRAFÍA

- Sowter MC. New Surgical treatments for menorrhagia. *Lancet* 2003; 361:1456-8.
- Calsetani V, Filippini F. Resectoscopic endometrial ablation in the treatment of recurrent, dysfunctional menorrhagia: our experience - *Ann Obstet Ginecol Med Perinat* 1992;113(4):195-200.
- Eriam M, Goh J, Transcervical endometrial resection. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3:263-6.
- Valdés P, Sánchez R. Dispositivos Intrauterinos con Levonorgestrel: Una nueva alternativa terapéutica en el sangrado uterino anormal de origen orgánico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(1):35-8.
- Hurskainen R, Paavonen J. Levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of heavy menstrual bleeding. *Curr Op Obstet Gynecol* 2004; 16(6):487-90.
- Critchley H. Managing menorrhagia. *Contemp OB/GYN* 2005;50:50-5.
- Fedele I, Bianchi S, Portugesse A, Dorta M. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a Levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertil Steril* 1997;68(3):426-9.
- Fedele L, Gammaro L, Bianchi S. Levonorgestrel-releasing intrauterine device for the treatment of menorrhagia in a woman on hemodialysis. *N Engl J Med* 1999;341(7):541
- Scheid TM. Endometrial ablation as an alternative to hysterectomy. *Wis Med J* 1993;92(8):456-7.
- Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A, Grenman S, Kivelä A, et al. Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia: randomized trial 5-year follow-up. *JAMA* 2004;291(12):1456-63.
- Steffensen AJ, Achuster M. Endometrial resection and late reoperation in the treatment of menorrhagia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;4:325-9.
- Carvajal J, Rodríguez J, Araneda R, Manns V, Briceño T. Ablación endometrial histeroscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1996;61(3):155-9.
- Alvarado C, Escobar D, Barros J, González R, Corvetto M. Resección endometrial transcervical: Una alternativa a la histerectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(6):456-60.
- Fuentes A, Díaz H, Riquelme J. Histeroscopia quirúrgica en el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(4):275-9.
- O'Connor H, Broadbent JA, Magos AL, McPherson K. Medical Research Council randomized trial of endometrial resection versus hysterectomy in management of menorrhagia. *Lancet* 1997;349 (9056): 897-901.
- Lethaby A, Sheppard S, Cooke I, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000329.
- Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto A, Grenman S, Kivelä A, et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial. *Lancet* 2001; 357(9252):273-8.
- Marjoribank J, Lethaby A, Farquhar C. Tratamiento quirúrgico versus tratamiento médico para menorrhagia. *Revisión Cochrane traducida*, 2003.
- Lethaby A, Cooke I, Rees M. Progestagen-releasing intrauterine system for heavy menstrual bleeding. *Cochrane review*, 2005.
- Lethaby A, Hickey M, Garry R. Técnicas de destrucción endometrial para la menorrhagia. *Revisión Cochrane traducida*, 2005.
- Maia Jr H, Maltez A, Coelho G, Althyade C, Coutinho E. Insertion of Mirena after endometrial resection in patients with adenomyosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003;10:512-6.
- Busquets M, Lemus M. Factibilidad de histeroscopia panorámica con CO2. *Experiencia clínica*: 923

-
- casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993;58:113-8.
23. Celis R, Bahamondes J, Pulgar H. Valor de la histeroscopia en el diagnóstico de las metrorragias. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1995;60:336-40.
24. Neumann T, Astudillo J, Estudio histeroscópico en pacientes con hemorragia uterina anormal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1994;59:349-53.
25. Escobar D, Alvarado C. Histeroscopias diagnósticas. Experiencia en el Hospital San Borja Arriarán. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(2):65-8.
26. Alvarado C, Escobar D. Histeroscopia diagnóstica en el sangrado uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(2):69-72.
27. DeCherney A, Polan ML. Hysteroscopic management of intrauterine lesions and intractable uterine bleeding. *Obstet Gynecol* 1983;61:392-7.
28. Loeffler F. Complications of hysteroscopy - Their cause, prevention and correction. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1995;3:11-26.
-