

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**MONOGRAFIA PARA OPTAR A TITULO EN MEDICINA Y
CIRUGIA**

Hallazgos histopatológicos de las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino disfuncional, estudio realizado en el Hospital César Amador Molina, Matagalpa, Enero 2000 – Diciembre 2004.

Autor (es):

- **Oswaldo Danilo Reyes Lanzas.**
- **Elizabeth Vásquez Urbina.**

Tutor:

- **Dra. Emerita Berrios Bárcenas**

Asesor:

- **Dr. Juan Almendares Peralta.**

León, 06 de Junio del 2005

INDICE:

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
MATERIAL Y METODO.....	20
RESULTADOS	25
DISCUSION DE RESULTADOS	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS.....	33

RESUMEN

El trabajo monográfico, Hallazgos Hispatológicos en pacientes con diagnósticos de sangrado disfuncional en el departamento de patología del Hospital César Amador Molina, de la ciudad de Matagalpa realizado en el periodo comprendido del 1ero. de Enero del 2,001 al 31 de Diciembre del 2,004; en un estudio de series de casos, descriptivos, que se realizó con el interés de contar con datos estadísticos propios sobre la frecuencia de esta enfermedad en nuestro medio.

De un total de 310 muestras procesadas con este diagnóstico, nos encontramos que el hallazgo histopatológico mas frecuente fue el endometrio proliferativo con 35%, que corresponde a 110 casos, el grupo atareo mas representativo fue aquel entre los 41 – 50 años con 122 pacientes, para un 39.3%.

El antecedente ginecológico mas importante fue el sangrado transvaginal con un 78.7%; así mismo tenemos que esta patología fue diagnosticada en un 36.1% de aquellas pacientes que se encontraban en la categoría de gran multíparas (112 casos).

Se hace referencia a que las pacientes con este diagnostico solamente 5.1% refirió tratamiento hormonal; con respecto al método mas utilizado para el diagnóstico este fue el legrado uterino con 88.7% y la patología que se asocio al sangrado disfuncional fue la hipertensión arterial con 4 casos para un 1.2%.

OPINION DEL TUTOR

Con el presente trabajo se obtienen datos de frecuencias de un trastorno que afecta a la población femenina que consulta muy poco por problemas de idiosincrasia. En la medida que el personal de salud conozca el problema, podrá brindar educación a la población.

Considero que el trabajo reúne los requerimientos básicos en metodología de la investigación, y ha sido aprovechado por los sustentantes.

Dra. Emérita Berríos B.

DEDICATORIA

A Dios por su luz y sabiduría

A nuestra familia por su apoyo, comprensión y dedicación.

A : ANA LIDIA. LUIS, ANA, ERLING, LUIS MANUEL, por su apoyo por creer en mi, por estar siempre que los necesiten.

A: REYNER, GENESIS, por su espera.

A: los Amigos incondicionales, por creer que siempre se puede comenzar cada día.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por ser el supremo creador del universo y darnos la oportunidad de vivir, creer y poder ser de nuestras vidas un instrumento útil al bien de los semejantes.

Gracias a los maestros por sus enseñanzas y por marcar el camino del conocimiento.

Gracias a nuestras familias por estar siempre a nuestro lado. Sin ustedes no sería posible renovar fuerzas cada día.

INTRODUCCIÓN

El sangrado disfuncional es una entidad clínica por la cual debemos mostrar interés particular, ya que es un diagnóstico al cual se llega por sospecha clínica, siendo esto una de las causas por la cual su incidencia ha aumentado considerablemente.

Representa por sí solo, un 10 % de la consulta ginecológica, que aumenta hasta 35 % cuando está asociado a la esterilidad; no obstante se menciona que la confirmación de dicha entidad se realiza a través del estudio histopatológico para la confirmación del tipo de hallazgo patológico de las muestras endometriales. (1, 5, 8, 12).

Es importante en este sentido hacer referencia a que siempre la historia clínica y el examen físico realizado de una manera completa y adecuada nos da un gran porcentaje del diagnóstico en la mayoría de las patologías; en este caso reviste gran importancia el estudio histopatológico, ya que en este tipo de pacientes es necesario ahondar en los hallazgos histopatológicos con el fin de adecuar el tratamiento de forma individualizada; así como captar pacientes que presenten lesiones con alto potencial de malignidad, tales como: las hiperplasias endometriales que sin tratamiento o con terapia inadecuada pueden conllevar al desarrollo de adenocarcinoma de endometrio. (1)

Generalmente afecta mujeres **perimenárquicas y perimenopáusicas**, lo que nos orienta a pensar acerca de la relación que existe entre el sistema endocrino y el sistema nervioso, que en el primer caso ocurre por falta de maduración y en el otro por afectación en la retroalimentación neuro endocrina; aunque en mujeres en edad fértil ocurre de manera significativa, generalmente su etiología es por estrogénoterapia exógena (1, 3, 5,9).

Se hace notar que este padecimiento representa un porcentaje importante de las consultas y las hospitalizaciones de mujeres, al servicio ginecológico siendo muchas veces una patología invalidante, se dice que en otros países representa hasta 5% de las hospitalizaciones, no obstante se debe tomar en cuenta que existen 25% de recidivas, esto nos hace pensar que si durante la primera y segunda hospitalización se consumen entre 3 – 4 días, lo que puede alargarse hasta una semana en casos graves, hace que el sistema de salud, aumente sus costos lo que debería aumentar su interés para la mejor distribución de sus recursos, y dar adecuado tratamiento de dicha patología disminuyendo los ingresos hospitalarios por esta causa. (7)

Este estudio nos permitirá obtener datos propios en el servicio, así como revisar el manejo diagnóstico y terapéutico con el fin de disminuir la morbimortalidad por esta causa, en este segundo nivel de atención, ordenando de forma estadística los datos obtenidos para su valoración epidemiológica.

ANTECEDENTES

Los estudios más recientes sobre sangrado disfuncional nos muestran que alrededor del 10-35% de las personas del sexo femenino que acuden a los servicios de salud, lo hacen por esta causa.

Se ha investigado sobre sangrado disfuncional exhaustivamente, ya que su comportamiento clínico generalmente tiende a causar confusión sobre todo en la etapa reproductiva, en donde la etiología de la hemorragia puede ser orgánica (12).

En un artículo reciente sobre sangrado disfuncional nos hace referencia de que este tipo de patología es más frecuente en pacientes alrededor de los 40 años tanto en el grupo de 20 a 40 años, así como el grupo mayor de 40 años abarcando un 75% del total, lo que concuerda con estudios nacionales que arrojan que la edad alrededor de los 35 años es la más representativa (1)(5)(8)(12).

Se dice que los resultados histopatológicos que con más frecuencia se presentan son los de tipo proliferativo alrededor del 30% del total; consecuentemente le siguen aquellos de tipo secretorio 15 -20 %, las hiperplasias juegan un papel importante por su conexión con el desarrollo de carcinoma de endometrio, el cual es alrededor del 5% del total. (5)(8)(7).

En un estudio publicado por Human Reproducción de Hickey Colbs realizado en Australia en Mayo del 2003, nos hace referencia a que en la edad reproductiva, la terapia de reemplazo hormonal predispone al sangrado vaginal irregular, en el 60% de las mujeres sometidas al estudio las cuales sufrieron de hemorragia transvaginal tras el uso de anticonceptivos, en nuestro medio alrededor de 80 % de las pacientes se sufren sangrados disfuncionales, no usan ningún tipo de anticonceptivo (5)(9).

Por ser un problema de creciente auge en la investigación en temas de salud, es necesario tener un estudio que nos oriente sobre su comportamiento en este centro asistencial, ya que aquí no existen estudios anteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los hallazgos histopatológicos mas frecuentes en pacientes con diagnostico de sangrado uterino disfuncional en el Hospital regional Cesar Amador Molina, Matagalpa?

JUSTIFICACIÓN

Mediante este trabajo se pretende determinar cuales son los hallazgos histopatológicos mas frecuentes relacionados con el sangrado disfuncional; con el fin de contar con datos objetivos no subjetivos y dar a conocer de esta manera los factores que se asocian a dicha patología ,asi como también conocer cual es el comportamiento clínico con que se presenta mayormente el sangrado disfuncional ,y la características de las pacientes que presentan esta patología.

Esto con el fin de que los resultados que se obtengan ayuden a diagnosticar con mayor certeza los tipos de cambios histopatológicos y los factores que influyen en la aparición de sangrado transvaginal anormal para dar un tratamiento mas adecuado y en un periodo menor de tiempo y disminuir la morbimortalidad por esta causa .

Teniendo en cuenta que es una patología con un margen de recidiva del 25% podemos valorar la importancia del seguimiento de las pacientes con este diagnostico para mejorar y administrar mejor los recursos y gastos hospitalarios por esta causa.

OBJETIVOS

Describir los hallazgos histopatológico más frecuentes y su relación con factores asociados y el comportamiento clínico en biopsias de pacientes que se diagnosticaron con sangrado disfuncional en el Departamento de Patología del Hospital Regional Cesar Amador Molina de la ciudad de Matagalpa, Enero 2000 – Diciembre 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los hallazgos histopatológicos de las pacientes con diagnostico de sangrado disfuncional, según frecuencia.
2. Determinar la distribución de los pacientes con diagnóstico de sangrado disfuncional, según edad, paridad, procedencia, y aspectos reproductivos.
3. Señalar las patologías asociadas al sangrado disfuncional ,según frecuencia.

MARCO TEORICO.

La menstruación no es más que el resultado fisiológico de la maduración sexual en la mujer; por lo que es preciso señalar que dicho proceso depende de la maduración progresiva del sistema nervioso central. (9, 3,7).

Se define como la pérdida hemática transvaginal originada por la descamación del endometrio que cumple con tres características importantes como son: frecuencia, cantidad y duración, las cuales al ser violentadas traducen un proceso patológico (4,8).

En el ciclo menstrual como se le conoce por la periodicidad con que ocurre, existen varias fases las cuales están determinadas por la acción hormonal cuyo principal regulador es el eje Neuroendocrino hipotálamo – hipófisis – ovario (8).

Las transformaciones que sufre el endometrio están determinadas generalmente por la acción hormonal de los estrógenos y la progesterona, principalmente las cuales se pueden agrupar en cinco fases: (10).

- 1. 1. Endometrio Menstrual:** Histológicamente está formado por un componente basal estable, no funcional y un componente esponjoso residual, durante el período menstrual, el componente esponjoso sufre varios cambios importantes entre ellos, la ruptura y desintegración glandular, la fragmentación vascular y del estroma; infiltración leucocitaria y diapédesis de hematíes.
Se considera a esta fase, una etapa de transición entre la etapa exfoliativa y la proliferativa, en donde puede perderse hasta 2/3 del endometrio funcional.

2. Endometrio Proliferativo: Fisiológicamente hay un crecimiento del folículo ovárico con aumento en la secreción de estrógenos. Histológicamente hay un incremento en la mitosis celular del endometrio con pseudos estratificación del mismo. Hay una expansión del epitelio glandular, el estroma es laxo originando un aumento en el grosor del endometrio, hasta 3.5mm.

Debemos aclarar que no sólo es por la acción de estrógenos, sino la incorporación de agua, iones, aminoácidos a la célula, por lo que el elemento primordial en esta fase es la reexpansión del estroma.

3. Fase Secretora :fisiológicamente esta dada por la acción conjunta de los estrógenos y la progesterona.

La mucosa crece más despacio; aunque sus glándulas experimentan modificaciones secretoras, produciendo dilatación glandular, migrando las vacuolas de la región intracelular a la intraluminal, vaciándose posteriormente; **quedando un complejo glandular y vascular tortuoso.**

:4.Preparacion para la implantación:

El endometrio se diferencia en tres zonas:

- a. Basal (< 25%): presenta irrigación rectilínea y estroma fusiforme.
- b. Media (50%): Irrigación tortuosa y abundante glándulas prominentes en fase de agotamiento.
- c. Superficial (25%): Caracterizada por células poliédricas.

4. Desintegración del Endometrio:

Se caracteriza por niveles bajos de estrógenos y progesterona; cuando no hay fecundación origina tres cambios importantes:

- a) Retracción del grosor tisular con disminución del flujo sanguíneo, descenso del drenaje venoso y vasodilatación.
- b) Vasoconstricción arteriolar.
- c) Disminución del grosor del endometrio (1.25mm)

Se especula que posterior a este proceso ocurre un reciclaje de componentes proteicos.

Existen razones básicas que limitan el sangrado menstrual: (10,12).

1. Por ser un proceso generalizado del endometrio; no por zonas, ni por parches.
2. La estabilidad del endometrio no se altera, ya que los procesos ocurren de forma rítmica, progresiva y ordenada.
3. Los factores que detienen el flujo menstrual, son inherentes a los factores que inician la función menstrual.

Cuando hay una alteración en los mecanismos normales de regulación de la función endometrial ocurren los trastornos patológicos, tales como el sangrado uterino anormal.

El sangrado uterino anormal es aquel que no cumple con las características de una menstruación normal.

La hemorragia uterina anormal se clasifica en dos grupos: (6)

a) Hemorragia uterina anormal ovulatoria:

La cual tiene causa orgánica, generalmente ocurre en pacientes en edad reproductiva, como complicación del embarazo y anticoncepción.

b) Hemorragia uterina anormal anovulatoria: se da primordialmente en pacientes perimenarquicas y perimenopaúsicas aunque existe un grupo de pacientes en edad reproductiva que es representativo.

Se considera que la hemorragia uterina anormal puede presentar diversos patrones, tales como: (3) (12).

Oligomenorrea: Intervalos irregulares, a intervalos de 40 días o más.

Polimenorrea: Períodos regulares, a intervalos de 21 días o menos.

Metrorragia: sangrado aciclico intermitente de distinta intensidad.

Menorragia: Sangrado mayor de 8 días.

Hipermenorrea: Períodos regulares, excesivos en cantidad y duración.

Menometrorragia: Período irregular, excesivo en cantidad y duración.

Hipomenorrea: Período regular, escaso.

Hemorragia Intermenstrual: Período que aparece entre períodos menstruales regulares.

Las principales causas de sangrado uterino anormal se pueden enunciar tal como sigue: (3) (6).

a) Causa Gestacionales:

1. Antes de las 6 semanas.
2. Después de las 6 semanas.
3. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
4. Post-parto.

b) Causas no gestacionales orgánicas: Desgarros del aparato genital, pólipos, cervicitis, miomas, endometriosis, cáncer del aparato genital.

c) Trastornos Generales:

Desnutrición

Anemia Crónica

Discrasias Sanguíneas

Descompensación Cardíaca.

d) Causas Endocrinas:

Disfuncionales: Sangrado de la recién nacida.

Pubertad Precoz.

Hemorragia Uterina Disfuncional

Menopausia Precoz.

Disfunción hipotálamo – Hipófisis

e) Disfuncionales no gonadales:

Hiperplasia suprarrenal

SD de Cushing

Hipotiroidismo

Obesidad

f) Tumorales:

Ovario

Hipotálamo

Hipófisis

G) DROGAS

H) EDAD

Los extremos de la vida es una causa muy importante ya que Durante la perimenarca existe una inmadurez fisiológica del eje hipotálamo – hipófisis – ovario, que se sabe que es el motivo principal por lo que se da el sangrado, en la etapa reproductiva se evidencia etiologías como defectos ováricos, trastornos alimenticios, estrés e incluso trastornos metabólicos y la menopausia precoz; más sin embargo en la perimenopausia se considera como causa principal de la disfunción menstrual, el deterioro de la función ovárica. Así mismo se deben tomar en cuenta en esta etapa los trastornos sistemáticos tales como la enfermedad cardiovascular, congestión venosa y la afección crónica localizada, como la endometritis crónica. (3,4).

Se define como sangrado disfuncional la hemorragia uterina anormal sin causa orgánica, causada por un mecanismo hormonal, que incluye la anovulación, la cual ocurre en el 90% de los casos.

Existen tres mecanismos básicos por los que se da la hemorragia disfuncional. (10,12).

a) Hemorragia por supresión de estrógenos:

Cuando caen los niveles de estrógenos, ocurre necrosis distal del endometrio, por vasoconstricción y ausencia de flujo sanguíneo; no hay colapso tisular ya que los mecanismos que controlan el sangrado están ausentes, así como la acción curativa de los estrógenos.

Esto ocurre cuando hay estímulo estrogénico nulo ya sea por que no existe ovario, o cuando a una mujer sin ovarios suspende el aporte exógeno de estrógeno.

b) Hemorragia por disrupción de estrógenos:

Los niveles altos de estrógenos provocan que el endometrio se vuelva frágil, con abundante vascularización y tejido glandular sin que se pueda desarrollar una matriz de sostén. Hay estimulación estrogénica inadecuada, con estimulación elevada produce amenorrea con subsecuente sangrado profuso y excesivo.

b) Hemorragia por supresión de progesterona :La hemorragia por supresión de progesterona solo tiene lugar si el endometrio ha proliferado inicialmente por la acción estrogénica endógena o exógena . Si se continua la terapéutica estrogénica mientras se suprime la progesterona se producirá la hemorragia.

c) Hemorragia por disrupción de progesterona:

Existe una inducción a la pseudoatrofía endometrial, llevándolo a una constitución pseudodecidual; con escaso tejido glandular; ocurre cuando la progesterona sobrepasa los niveles de estrógenos, cayendo sus niveles y provocando hemorragia por supresión de estrógenos.

Se sugiere que la hemorragia disfuncional ocurre generalmente por supresión o por disrupción de estrógenos, lo que nos hace ver que la alteración en la estimulación estrogénica, sobretudo al ser intensa y no ser contrarrestada, es decir sino existe oposición de la progesterona, el crecimiento y decamación periódica del endometrio es anormal, ya que hay crecimiento glandular, el estroma

no lo hace de la misma manera, por lo que el tejido se vuelve frágil, pudiendo sufrir daños a diferentes niveles de forma desordenada, por no existir la presencia de la capa compacta bien desarrollada, por lo que se origina cambios a nivel de la mucosa uterina, que a largo plazo puede traducir hiperplasia en diferentes grados y mas aún carcinoma endometrial, de ahí la importancia de conocer los cambios progresivos que conducen a la patología endometrial con alto grado de desarrollar malignidad.

Por ende es de gran importancia hacer una descripción sobre aquellos resultados que arrojan las biopsias endometriales, en estudios anteriores se observó que el más representativo es el patrón proliferativo y el secretor, alrededor del 20%. Aunque pocos casos son de tipo atrófico. (6,7).

Endometrio Proliferativo: Se distingue por el exagerado crecimiento celular, tanto de Glándulas como estroma aparecen mitosis numerosas, esta ausente la vacuolización.

Endometrio secretor: Se caracteriza por la presencia de vacuolas de secreción basales, bajo el núcleo de las células glandulares.

Endometrio Desidual: Generalmente se da con el uso de anticonceptivos. Histológicamente se notan glándulas inactivas en medio, de un estroma de células grandes con citoplasma abundante.

Endometrio atrófico: *El diagnóstico se hace cuando no aparece ningún tejido endometrial en el curetaje. Se presenta en pacientes con menopausia precoz o fisiológicas o en la menopausia prematura.*

Endometrio bifásico: Coalecen en la muestra histológica del endometrio dos tipos de hallazgos bien diferenciado.

Endometrio mixto: En la muestra se presenta dos o mas hallazgos histopatológicos no diferenciados entre sí.

Otra causa importantes del sangrado disfuncional son las hiperplasias endometriales siendo estas una condición patológica del endometrio, en la que para su clasificación, diagnóstico y tratamiento, debemos tomar en cuenta parámetros como la cantidad de endometrio, densidad glandular, anomalías estructurales y características citológicas del epitelio.

En si, existen dos grupos a saber:

- a) Hiperplasia simple o no adenomatosa, en donde existe aumento en el volumen endometrial, aunque no se pierde la relación estroma-glándulas.
- b) Hiperplasia compleja o adenomatosa: si hay pérdida de la relación estroma – glándulas.

Hiperplasia simple: Hay proliferación ordenada del estroma y las glándulas, estas son de tamaño variado tubulares con dilatación cística y estroma hipercelular.

Hiperplasia compleja: Puede ser focal o difusa. El crecimiento estroma – glandular es desordenado, el epitelio glandular esta alterado morfológicamente, aunque no invade el estroma. Puede haber atipismo celular y de esto va a depender su potencial maligno.

Hiperplasia compleja atípica: Células en proliferación creciente, anaplásicas, hiper Cromasia, núcleos aumentados de tamaño. Así mismo podemos tener en cuenta que existe otra clasificación de las hiperplasias en función de los cambios en la arquitectura celular, como sigue (7).

A.- Hiperplasia de bajo grado: abarca aquellas como hiperplasias simples y complejas, generalmente los cambios son análogos al endometrio proliferativo, raramente pueden evolucionar a adenocarcinoma.

B. Hiperplasia de alto grado; o también atípicas: las cuales se caracterizan por alteraciones de la relación núcleo-citoplasma, pueden semejarse a un adenocarcinoma, y en un 23% de los casos con este resultado puede desarrollarse adenocarcinoma de endometrio, y aún con tratamiento un 25% puede recidivar; puesto que es grande el potencial maligno de la hiperplasia adenomatosa o con cambios estructurales o citológicos atípicos (6).

Se sabe que las hiperplasia puede ser encontrada tanto en premenopáusicas como en postmenopáusicas, aunque la causa inicial siempre se mantiene a la persistente estimulación estrogénica del endometrio, aunque en un tipo de pacientes es por la vía exógena que en otras por la conversión androstediona en estrona, a nivel hemático; en mujeres jóvenes esto puede ser resultado de tumores funcionantes productores de estrógenos, o que refieren síndrome de anovulación crónica.

La apariencia macroscópica de la hiperplasia endometrial, hace imposible su clasificación definitiva, cuando es focal es aún más difícil de diagnosticar que cuando es difusa, ya que puede presentar un aspecto polipoide; por ende el diagnóstico definitivo se hace mediante la valoración microscópica de un espécimen obtenido de forma adecuada, ya sea por curetaje o histerectomía.(2)
(3).

El síntoma más importante es la hemorragia, aunque en el caso del carcinoma endometrial no pueden haber evidencia alguna de patología o estar vinculado a metrorragia en las mujeres perimenopáusicas o postmenopáusicas. Se sabe que la barrera entre la hiperplasia y el adenocarcinoma es muy delgada. El carcinoma endometrial es el cáncer infiltrante más frecuente en el aparato genital femenino, hasta un 7%. Su edad media es de 60 – 70 años, aunque existen otros factores de riesgo, tales como la obesidad, el uso de estrógenos, diabetes, historia familiar de cáncer de seno, menopausia tardía, terapia con tamoxifeno y la paridad.

En un estudio de Speert y col. Se determino que la hemorragia durante el embarazo era tres veces mas frecuente en multíparas que en primigestas(13).

Se dice que existen dos tipos de carcinoma endometrial:

- a.- Asociada a la hiperplasia endometrial.
- b.- Asociada a tumores ováricos secretores de estrógenos.

Esto lógicamente la mayoría (85%) son de tipo adenocarcinoma. Estadío del adenocarcinoma: (7)

G1: Adenocarcinoma bien diferenciado.

G2: Adenocarcinoma bien diferenciado con zonas parcialmente sólidas.

G3: Carcinoma indiferenciado parcial o totalmente sólido, incluido los carcinomas serosos y los de células claras.

Si el sangrado uterino disfuncional ocurre entre los 40 – 50 años, el 25% de las hemorragias generalmente son por hiperplasia endometrial y el 10% son malignas; la asociación de esta con el cáncer endometrial se da en un 5% de los casos, la cual aumenta a 25% si es adenomatosa y 50% si es atípica.

El pronóstico generalmente depende del estadio clínico, así como extensión y tipo histológico. Se puede combinar el tratamiento quirúrgico con el radiológico, con sobrevivencia del 90% a los 5 años, descendiendo hasta 50% o incluso 20% dependiendo de su estadio.

OTRAS CAUSAS DE SANGRADO DESFUNCIONAL

- Trastornos endocrinos secundarios .
- Trastornos hemorrágicos de origen hematológicos.

Trastornos endocrinos secundarios:

Hipertiroidismo: Produce anovulación y trastornos menstruales desde polimenorrea hasta amenorrea . El aumento en la T4 incrementa la síntesis de SHBG en el hígado y como consecuencia se disminuye la E2 libre; no hay pico ovulatorio y por tanto no se estimula el centro cíclico.

- Hipotiroidismo: Cursa con disminución de la secreción de gonadotropina y por ende de E2 y de SHBG; Lo que trae como consecuencia amenorrea y atrofia endometrial.
- Disfunción suprarrenal: Cuando el déficit enzimático es parcial ,da lugar a una insuficiencia que se aumenta con la producción elevada de ACTH como compensación al déficit de cortisol se produce hiperplasia suprarrenal , alteración del funcionamiento del hipotálamo, alto en la maduración folicular, aumento en la atresia ovárica produciendo descamación endometrial anormal. Generalmente en la edad adulta y en la obesidad.

Otros trastornos como: La anorexia nerviosa ,hipertensión arterial y la diabetes. (12)

LOS TRASTORNOS HEMORRAGICOS:

Generalmente por anormalidades plaquetarias, se puede sospechar de púrpura trombocitopénica leucemia o enfermedad de Von Willebrand con cada base en datos particulares y revisión de la historia familiar, generalmente ocurre en niñas 11% (6)

DIAGNÓSTICO:

Las pruebas diagnósticas están orientadas a la individualidad de cada paciente, según la historia clínica, examen físico, con el objetivo de obtener resultados apropiados y concluyentes. (5,8,9).

Los métodos diagnósticos más utilizados son:

- a) *Biopsia Endometrial*: Puede obtener muestra directa del endometrio, detecta en 90 – 100% problemas propios del endometrio, aunque no de patologías como pólipos o miomas.

- b) *Ultrasonografía*: Nos brinda datos sobre patología anatómica, y en conjunto con la biopsia arroja 93% de especificidad en el resultado.

- c) *Dilatación y curetaje*: Cuando se combina con la biopsia, nos dan 100% del diagnóstico. También es método terapéutico.

- d) *Histeroscopia*: Biopsia directa. Capta pólipos. Puede detectar displasias y carcinomas.

TRATAMIENTO:

El tratamiento dependerá del estado general de la paciente, su deseo de cura, así como el grado y extensión de la lesión.

El tratamiento de la hemorragia disfuncional tiene tres objetivos:

- 1.- Controlar el episodio agudo.
- 2.- Prevenir las recurrencias.
- 3.- La reposición del cuadro hemático.

En el episodio agudo: Se debe estabilizar a la paciente, estableciendo un acceso circulatorio por vía intravenosa, instalando sonda foley. El examen físico, nos dará información sobre la etiología de la hemorragia, luego se procederá al legrado uterino, ya sea por aspiración o instrumental, con el uso de anestesia en el 40% es curativo, se toma biopsia para el diagnóstico. (9) (12).

Es importante el análisis de los hallazgos histopatológicos, para determinar el tratamiento; tal como: (6)

- Endometrio Proliferativo:
Provera 10 – 20mg/día
Norlutin 5 – 10mg/día x 10 días.

- Hiperplasia severa, incluso atípica:
Megace 40mg/día x 10 días (acetato de megestrol)

- Hiperplasia simple:
Acetato de Medroxiprogesterona 10mg/día x 10 días al mes.

- Hiperplasia adenomatosa:

Acetato de depomedroxiprogesterona 10,000mg/semanal por 4 semanas, luego 400 mg/p.o día x 5 meses.

- Caproato de 17x – hidroxiprogesterona 500mg/día x 14 días, luego 2 gr/semanales x 5 meses.
- Acetato de Megestrol 80 mg/día x 8 – 12 semanas.
- Tratamiento parenteral
Caproato de 17x – hidroxiprogesterona 250 mg c/3 días x 2 dosis.

Puede valorarse la utilización de Fitoterapia paralelo a la terapia hormonal, tal como: (11)

- Aceite de Onagra: Regulador hormonal. Contiene omega 6.
- Salvia: Planta con actividad estrogénica.
Té: Salvia (30%)
Hinojo (20%)
Manzanilla (20%)
Damiana (30%)
- Soya: Actividad estrogénica y antiestrogénica. Compite con los receptores de estrógeno a nivel de ovario, mama, colon, próstata; ejerciendo una actividad protectora.

Así mismo, se pueden utilizar otros medicamentos como son los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, los cuales disminuyen la pérdida hemática hasta un 50%.

Se sabe que el uso de los agonistas de hormona liberadora de gonadotropina induce un estado de hipo estrogenismo y amenorrea.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizo un estudio descriptivo, de serie de casos.

Área de estudio: Departamento de patología del Hospital Regional César Amador Molina, de la ciudad de Matagalpa, que es la Cabecera Departamental que atiende 13 Municipios, mayoritariamente población rural.

Población de estudio: 310 pacientes que se sometieron a estudio histopatológicos , 275 de las muestras fueron obtenidos por legrado biopsia y 35 por histerectomía .

Fuente de información: Fuente indirecta ya que se uso el sistema estadístico del departamento de patología del hospital Regional Cesar A mador Molina Matagalpa .

Variable dependiente: Hallazgos histopatológicos.

Variable independiente: Edad ,aspecto reproductivo ,paridad, antecedentes ginecológicos , y patologías asociadas.

Unidad de análisis: Esta constituido por cada uno de los pacientes que se sometieron a estudios histopatológicos con diagnostico de sangrado disfuncional.

Instrumento de recolección de datos:

La información se recolecto por medio de una ficha que contiene datos propios de las pacientes, así como datos relacionados con la patología, que son importantes para el estudio.

PROCEDIMIENTO:

- 1) Se solicitó con anterioridad el permiso, aprobación, y colaboración de la jefa del departamento de patología.
- 2) Se visitó el registro estadístico del departamento de patología del HRCAM.
- 3) Se revisó el tarjetero de los pacientes en estudio.
- 4) Se plasmaron en el instrumento.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

Los datos fueron procesados y analizados manualmente mediante la técnica de los palotes y apoyado en una calculadora portátil.

Se obtuvo frecuencia de la variable directa del estudio y se realizaron los cruces de variables.

Los resultados se plasmaron en tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

1. **EDAD:** Edad en años cumplidos

Menor de 20 años

21 – 30 años

31 – 40 años

41 – 50 años

50 o más

2. **PARIDAD:** Número de parte que ha tenido la paciente.

Nulípara

Múltipara

Gran Múltipara

3 **PROCEDENCIA:** Lugar donde reside la paciente.

Rural: Fuera del casco urbano

Urbano: Habitan en la ciudad.

4. **HISTORIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS:** Uso de anticonceptivos

No uso -----

Tratamiento hormonal-----

Otro método anticonceptivo-----

Sin datos-----

5. **ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:** Son todos aquellos referentes a la historia ginecológica de la paciente.

6. **PATOLOGIAS ASOCIADAS:** Patologías asociadas al cuadro clínico.

7. TIPO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADO: Procedimiento que se realizó para extraer la muestra del Endometrio.

Legrado Uterino

Histerectomía

8. HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS: Resultado (Diagnóstico) Histopatológico.

9.-BIOPSIA PREVIA: Si se realizó con anterioridad biopsia endometrial.

CRUCE DE VARIABLES	
Edad	Hallazgo histopatológico
Paridad	Hallazgo histopatológico
Historia de uso de anticonceptivos	Hallazgo histopatológico
Antecedentes ginecológicos	Hallazgo histopatológico
Tipo de procedimiento realizado	Hallazgo histopatológico
Patologías asociadas	Hallazgo histopatológico

RESULTADOS

En el periodo del primero de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2004, en el departamento de patología del Hospital Regional César Amador Molina de Matagalpa. Se procesaron 310 biopsias de pacientes con diagnósticos de sangrado disfuncional.

De las 310 muestras de biopsias observamos que el grupo etáreo mas representativo fue entre 41 a 50 años con 122 pacientes, para un 39.3% y también el grupo entre 31 y 40 años con 88 casos para un 28.3% de las cuales el hallazgos histopatológico con mayor tendencia es el endometrio proliferativo, con 72 casos, para un 23.2% seguido del endometrio secretor con 46 casos, correspondiendo a un 14.8% (ver cuadro #1)

De las 310 muestras de biopsias observamos que según la historia de la paridad, el grupo mas representativo, son las gran multíparas con 112 pacientes, para un 36.1% de la cual el hallazgo histopatológico mas frecuente es el endometrio proliferativo con 44 casos, correspondiendo a un 14.1% seguido del endometrio mixto con 22 casos, correspondiendo a 71%. Es importante señalar que de las 310 muestras de biopsias: 136 muestras no obtuvimos datos sobre la paridad lo que representa un 43.8% (ver cuadro #2)

El antecedente ginecológico mas frecuente es la historia del sangrado transvaginal en 244 pacientes, para un 78.7% de las cuales, 88 casos corresponden al hallazgo histopatológicos del endometrio proliferativo, para un 28.3%, seguido del secretor con 45 casos, correspondiendo a un 14.5% y luego el endometrio mixto con 44 casos, para un 14.11% (ver cuadro #3)

Con respecto al uso de anticonceptivos tenemos que de los 310 muestras de biopsias 241 no refieren datos sobre el uso de anticonceptivos 50 pacientes

usaron para un 16% del cual el endometrio proliferativo es el mas frecuente con 17 casos representando 5.4% que es el mas relevante.

Con respecto a la terapia hormonal se observaron 16 muestras, para un 5.1% de los cuales el endometrio proliferativo fue el mas representativo con 7 casos, para un 0.2% y un 10.9% no usaron terapia hormonal sino otro método anticonceptivo equivalente de 34 casos (ver cuadro #4)

De las 310 muestras de biopsia, se observó que el tipo de procedimiento, mayormente realizado fue el legrado uterino con 275 casos, para un 88.7% de los cuales 15 de ellos fueron por LUI y 260 por LUA .el hallazgo histopatológico, mas encontrado fue el endometrio proliferativo con 95 casos, para un 30.6%, seguido del endometrio secretor con 57 casos para un 18.3% (ver cuadro #5).

De las 310 pacientes solamente 50 tienen datos de patologías asociadas de las cuales 4 presentan HTA para un 1.2% las cuales todas están relacionadas con EP y 1 paciente con diabetes para un 0.3%. 98.3% no presentan ningún dato en los registros (ver cuadro #6)

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio se puede observar, que las muestras recolectadas, pertenecen mayormente a mujeres de 41 a 50 años con un 39.3% y que el segundo grupo etáreo, mas representativo fue mujeres de 31 a 40 años con 28.3%. También se puede observar que las pacientes con mas de 50 años alcanzan un 10.3%. Sumando los grupos etéreos que corresponden a las perimenopausicas se logra obtener casi un 50% de todos los casos, esto viene a coincidir y a reafirmar lo que la literatura plantea sobre la importancia de los cambios hormonales debido principalmente a la disfunción menstrual y el deterioro de la función ovárica, además de la mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares, afecciones crónicas presente en esta etapa de la vida (3,4). Los hallazgos histopatológicos encontrados en el grupo etáreo de 41 a 50 años, fue de endometrio proliferativo y endometrio secretor, sumando mas del 21% lo que es compatible con la literatura y con los últimos estudios, en los cuales se encontraron que este patrón proliferativo y el secretor, corresponden a mas del 20% (6,7).

Con respecto a la historia de la paridad relacionada con los hallazgos histopatológicos, se observó que la gran multiparas, corresponden al grupo mas grande, con un 36.1% teniendo como resultado, mas del 50% con endometrio proliferativo o endometrio secretor. Estos datos, siempre mantienen que los hallazgos más frecuentes son el proliferativo y el secretor, y que el número de paridad, es un factor de riesgo, sobre todo, ya que en esta circunstancia se pueden producir mayores cambios estructurales y funcionales en el endometrio ya que durante cada embarazo se produce un aumento considerable de los niveles hormonales. (2,3).

Según la teoría el hallazgo mas frecuente es el sangrado transvaginal aunque en algunos de los casos, no se produce ninguna sintomatología. En el estudio se mantuvo la tendencia, de que el sangrado transvaginal es el síntoma principal, relacionado con cambios histopatológicos, ocupando el 78.7% y esto es debido a que la mayor causa que produce estos cambios histológicos están relacionados, a

las concentraciones de estrógeno y progesterona, cuyo desequilibrio puede producir fragilidad endometrial, con abundante vascularización, produciendo sangrado disfuncional (2), la amenorrea constituyo el segundo signo mas relevante con 24 casos para un 7.7%.

Según la literatura el sangrado transvaginal anormal es de causa orgánica o funcional y que esta última se debe en su mayor parte a la obtención de hormonas exógenas a través de los anticonceptivos, en nuestro estudio, se observa, que a pesar que mas del 70% no se tiene ningún dato sobre uso de anticonceptivo, que el 16.1% planificaron con algún método anticonceptivo de los cuales 5.0% fueron métodos hormonales, no obteniendo un dato muy relevante, en la relación de métodos hormonales y algún cambio histopatológico , esto puede ser debido a que se perdieron muchos datos porque no estaban reflejada en la fuente de información lo que conlleva a tener un sesgo de información y una interpretación que puede alejarse mucho de la verdadera relación del uso de método hormonales y cambios en el endometrio(10,12).

El diagnóstico de sangrado transvaginal anormal, como cualquier patología debe basarse, en la historia clínica y un examen físico completo, sin embargo, para individualizar la terapia y obtener resultados mas específicos y apropiados, se realiza el estudio histopatológico, cuyo método de diagnóstico mas usado es la biopsia endometrial, que nos detecte del 90 a 100% de los problemas propios del endometrio (5,8,9).

En el estudio el método de diagnóstico más utilizado fue el legrado uterino con más del 88.7% de los cuales 15 (4.8%) fueron LUI y 260 (83.8%) fueron LUA debido a que es el método más accesible, de menor precio que tenemos a mano.

CONCLUSIONES

- El hallazgo histopatológico mas frecuente en pacientes con diagnósticos de sangrado disfuncional es el endometrio proliferativo con 110 casos, que representa un 35% del total, y el endometrio secretor con 68 casos para un 21.9%.
- El grupo etáreo mas representativo es aquel que comprende las edades entre los 41-50 años con 122 pacientes, para un 39.3%, seguido del grupo de edad entre 31-40 años con 88 casos para un 28.3%, luego el mayor de 50 años con 32 casos con 10.3%, para un total de 242 para un 78.4%.
- El tratamiento hormonal representó un 5.11%, con 16 casos, aunque es importante recalcar que existen 241 casos donde no conocemos la historia de uso de anticonceptivos con un 77.7%.
- La historia de sangrado disfuncional fue el antecedente ginecológico mas relevante con 244 casos, con 78.7%.
- Las pacientes gran multíparas representaron el 36.1% (112 casos), con respecto a la paridad de las pacientes con diagnóstico de sangrado disfuncional.

.La patología asociada mas encontrada fue la HTA con 4 casos representando el 1.2% , es notorio que el 98.3% no fue registrado el dato de patología asociada en las fichas estadísticas.

.El método de diagnostico mas usado fue el legrado uterino con un 88.7% de los cuales 15 fueron LUI (4.8%), Y 260 LUA(83.8%).

RECOMENDACIONES

- Orientar al personal médico que realiza el llenado del expediente clínico y la solicitud de biopsia , que lo efectúen de manera completa y sin olvidar datos importantes como patologías asociadas, usos anticonceptivos, etc.
- Colocar adjunto de la solicitud de biopsia una hoja con datos completos sobre la historia ginecológica de la paciente.
- Monitorear a las pacientes posterior a su egreso de forma estricta y periódica a nivel de consulta externa, con el objeto de captar aquellas con posibles recaídas
- Realizar proyectos que ayuden a difundir la información obtenida, a la población con el fin de crear un mayor conocimiento y plasmar la importancia de acudir a los diferentes niveles de atención al paciente, para poder diagnosticar y tratar mas adecuadamente a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alonso, Claudia:** Sangrado disfuncional, correlación clínico – patológico, en el HEODRA, León 1985.
2. **Berrios, Emerita :** Serie de casos de hiperplasia endometrial, HEODRA, León 1997
3. **Botero, Jaime U.** Alfonso Jubiz, Guillermo Henao: Obstetricia y Ginecología VII Edición. 2004, Cáp.43 ,Pág. 507.
4. **Chávez, José Rodrigo:** Sangrado Uterino Disfuncional de las pacientes ingresadas en el hospital Materno Infantil, Chinandega en el periodo Enero – Junio de 1997
5. **González Díaz, Luis Manuel:** Sangrado Uterino disfuncional, estudio realizado en el hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de 1991 a 1992.
6. **Novak:** Ginecología Obstetricia VI edición.
7. **Patología de Robins, Patología Estructural y Funcional, Robins, Cotrans, Kumar, Collins:** 6ta Edición de McGrawHill - Interamericana, Pagina 1098, 1110. Capitulo 24.
8. **Pentzke, López, Carlos:** Sangrado disfuncional correlación clínico-patológica, 1985, HEODRA, León.
9. **Pérez Vilchez, Juan:** Sangrado uterino disfuncional, ginecología y obstetricia. www.geocities.com/perezvilchez/ser.03.html
10. **SAM Pieri, Roberto Hernández y Colaboradores,** Metodología de la Investigación. II Edición. Capítulo V Página 57.
11. **Speroff, León:** Endocrinología Ginecológica e infertilidad, 3ª Edición, Capitulo 8, Pagina 227.
12. **Unzueta, Ramón:** Fitoterapia en Menopausia, Salud Integral (2 Paginas)
13. **Williams, obstetricia .F. Gary Cunnigham. Norman Grant y col.** Editorial interamericana 21 edición, Cáp. 1 , Pág. 19.
14. **Trastorno Ovulatorios.** Hemorragia Uterina disfuncional, Capitulo VII, 2ª Parte. www.encolombia.com/fundamento-endocrinogine-capitulo7.html

ANEXOS

Ficha N° _____

A. Número de expediente:

B. Datos Generales:

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: _____

Estado Civil: _____

C. Datos Ginecoobstetricos:

Menarca: IVSA N° hijos vivos: _____

G: FUR Menopausia

C FUP PAPS

P LUA

A LUI

Anticoncepción:

Biopsia Previa: _____

D. Datos de la Hospitalización

1. Fecha de Ingreso

2. Signos y Síntomas

3. Procedimientos realizados

4. Fecha de Egreso

E. Hallazgos Histopatológicos:

F. Observaciones

Cuadro # 1

Relación de edad y hallazgos histopatológicos en pacientes con Diagnóstico de Sangrado Disfuncional, en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa – Enero 2,001 – Diciembre 2,004

Edad	Hallazgos Histopatológicos											
	E.P	E.S.	E.M.	E.A.	E.P.S	H.S.A	H.S.T	H.C.A.	H.C.T	E.B.	E.D	Total
< 20 años	4	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	10
20 – 30 años	23	16	10	1	2	0	1	0	2	1	2	58
31 – 40 años	31	24	12	1	2	1	10	0	3	1	2	88
41 – 50 años	41	22	23	0	1	0	20	2	2	0	11	122
50 - MAS	10	3	2	7	0	0	5	0	3	0	2	32
TOTAL	110	68	48	9	5	1	37	2	10	2	18	310

Fuente: Archivo de patología del H.R.C.A.M-Matagalpa.

E.P: Endometrio proliferativo

E.S: Endometrio secretor

E.M: Endometrio mixto

E.A: Endometrio con cambios atróficos.

E.P.S: Endometrio pseudo desidual.

H.S.A: Hiperplasias simple con atipia.

H.S.T: Hiperplasias simple sin atipia.

H.C.A.: Hiperplasia compleja con atipia.

H.C.T: Hiperplasia compleja sin atipia.

E.B: Endometrio bifásico.

E.D: Endometrio disfuncional.

Cuadro # 2

Relación de historia de Paridad y hallazgos histopatológicos en pacientes con Diagnóstico de Sangrado Disfuncional, en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa – Enero 2,001 – Diciembre 2,004

Historia de Paridad	Hallazgos Histopatológicos											
	E.P	E.S.	E.M.	E.A.	E.P.S	H.S.A	H.S.T	H.C.A.	H.C.T	E.B.	E.D	Total
Nulípara	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Múltipara	15	17	7	0	0	0	9	0	1	0	7	56
Gran Múltipara	44	20	22	5	1	0	10	2	2	1	5	112
Sin datos	48	29	18	4	4	1	18	0	7	1	6	136
TOTAL	110	68	48	9	5	1	37	2	10	2	18	310

Fuente: Archivo de patología del H.R.C.A.M-Matagalpa.

E.P: Endometrio proliferativo

E.S: Endometrio secretor

E.M: Endometrio mixto

E.A: Endometrio con cambios atróficos.

E.P.S: Endometrio pseudo desidual.

H.S.A: Hiperplasias simple con atipia.

H.S.T: Hiperplasias simple sin atipia.

H.C.A.: Hiperplasia compleja con atipia.

H.C.T: Hiperplasia compleja sin atipia.

E.B: Endometrio bifásico.

E.D: Endometrio disfuncional.

Cuadro # 3

Relación de antecedentes ginecológicos y hallazgos histopatológicos en pacientes con Diagnóstico de Sangrado Disfuncional, en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa – Enero 2,001 – Diciembre 2,004

Antecedentes ginecológicos	Hallazgos Histopatológicos											
	E.P	E.S.	E.M.	E.A.	E.P.S	H.S.A	H.S.T	H.C.A	H.C.T	E.B	E.D	Total
Miomas	7	1	1	4	0	0	0	0	0	0	1	14
S. T. V.	88	45	44	4	4	1	34	2	5	2	15	244
Amenorrea	12	3	3	1	1	0	3	0	0	0	1	24
Adenomiosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sin datos	2	19	0	0	0	0	0	0	5	0	1	27
TOTAL	110	68	48	9	5	1	37	2	10	2	18	310

Fuente: Archivo de patología del H.R.C.A.M-Matagalpa.

E.P: Endometrio proliferativo

E.S: Endometrio secretor

E.M: Endometrio mixto

E.A: Endometrio con cambios atróficos.

E.P.S: Endometrio pseudo desidual.

H.S.T: Hiperplasias simple sin atipia.

H.C.A.: Hiperplasia compleja con atipia.

H.C.T: Hiperplasia compleja sin atipia.

E.B: Endometrio bifásico.

E.D: Endometrio disfuncional.

H.S.A: Hiperplasias simple con atipia.

Cuadro # 4

Relación del uso de anticonceptivos y hallazgos histopatológicos en pacientes con Diagnóstico de Sangrado Disfuncional, en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa – Enero 2,001 – Diciembre 2,004

Uso de anticonceptivos	Hallazgos Histopatológicos											
	E.P	E.S	E.M.	E.A.	E.P.S	H.S.A	H.S.T	H.C.A	H.C.T	E.B	E.D	Total
No usó	7	3	2	0	1	0	3	0	1	0	2	19
M. hormonal	7	2	1	1	0	0	1	0	0	2	2	16
M. No hormo	10	5	8	0	0	0	7	0	1	0	3	34
No datos	86	58	37	8	4	1	26	2	8	0	11	241
TOTAL	110	68	48	9	5	1	37	2	10	2	18	310

Fuente: Archivo de patología del H.R.C.A.M-Matagalpa.

E.P: Endometrio proliferativo

E.S: Endometrio secretor

E.M: Endometrio mixto

E.A: Endometrio con cambios atróficos.

E.P.S: Endometrio pseudo desidual.

H.S.A: Hiperplasias simple con atipia.

H.S.T: Hiperplasias simple sin atipia.

H.C.A.: Hiperplasia compleja con atipia.

H.C.T: Hiperplasia compleja sin atipia.

E.B: Endometrio bifásico.

E.D: Endometrio disfuncional.

Cuadro # 5

Relación del tipo de procedimiento realizado y hallazgos histopatológicos en pacientes con Diagnostico de Sangrado Disfuncional, en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa – Enero 2,001 – Diciembre 2,004

Tipo de procedimiento	Hallazgos Histopatológicos											
	E.P	E.S.	E.M.	E.A.	E.P.S	H.S.A	H.S.T	H.C.A	H.C.T	E.B.	E.D	Total
Legrado Ute.	95	57	46	3	4	1	37	2	10	2	18	275
Histerectomía	15	11	2	6	1	0	0	0	0	0	0	35
TOTAL	110	68	48	9	5	1	37	2	10	2	18	310

Fuente: Archivo de patología del H.R.C.A.M-Matagalpa.

E.P: Endometrio proliferativo

E.S: Endometrio secretor

E.M: Endometrio mixto

E.A: Endometrio con cambios atróficos.

E.P.S: Endometrio pseudo desidual.

H.S.A: Hiperplasias simple con atipia.

H.S.T: Hiperplasias simple sin atipia.

H.C.A.: Hiperplasia compleja con atipia.

H.C.T: Hiperplasia compleja sin atipia.

E.B: Endometrio bifásico.

E.D: Endometrio disfuncional.

Cuadro # 6

Antecedentes patológicos según hallazgos histopatológicos de las pacientes con diagnósticos de Sangrado disfuncional, en el Hospital Cesar Amador Molina, Matagalpa – Enero 2,001 – Diciembre 2,004

Antecedentes Patológicos	Hallazgos Histopatológicos											
	E.P	E.S.	E.M	E.A	E.P.S	H.S.A	H.S.T	H.C.A.	H.C.T	E.B.	E.D	Total
Hipert. Art.	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Diabetes	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Sin datos	106	68	48	9	5	1	36	2	10	2	18	305
TOTAL	110	68	48	9	5	1	37	2	10	2	18	310

Fuente: Archivo de patología del H.R.C.A.M-Matagalpa.

E.P: Endometrio proliferativo

E.S: Endometrio secretor

E.M: Endometrio mixto

E.A: Endometrio con cambios atróficos.

E.P.S: Endometrio pseudo desidual.

H.S.A: Hiperplasias simple con atipia.

H.S.T: Hiperplasias simple sin atipia.

H.C.A.: Hiperplasia compleja con atipia.

H.C.T: Hiperplasia compleja sin atipia.

E.B: Endometrio bifásico.

E.D: Endometrio disfuncional.

Gráfico #1 Edad / hallazgos histopatológicos

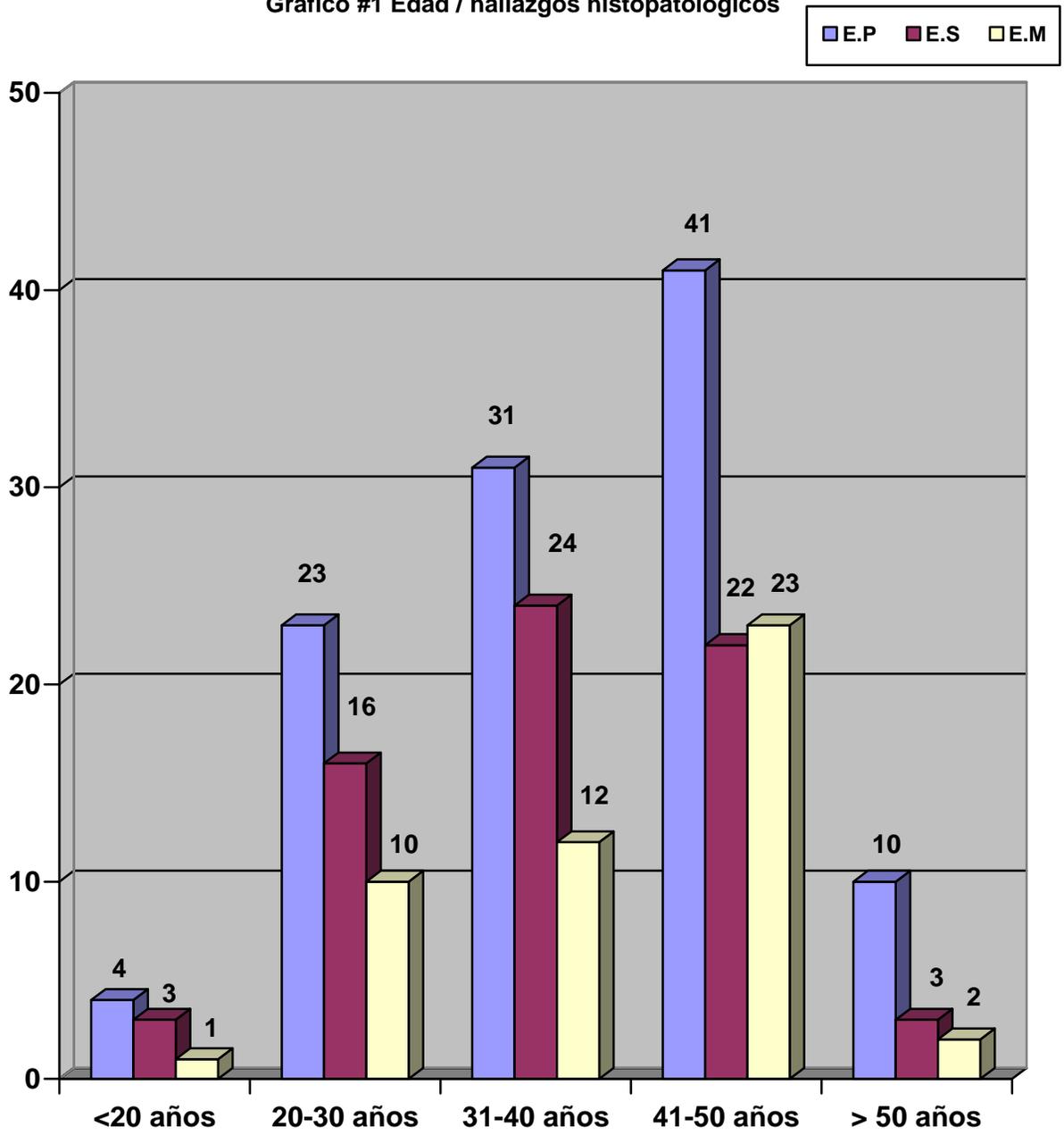


Gráfico #2 Paridad / Hallazgos histopatológicos

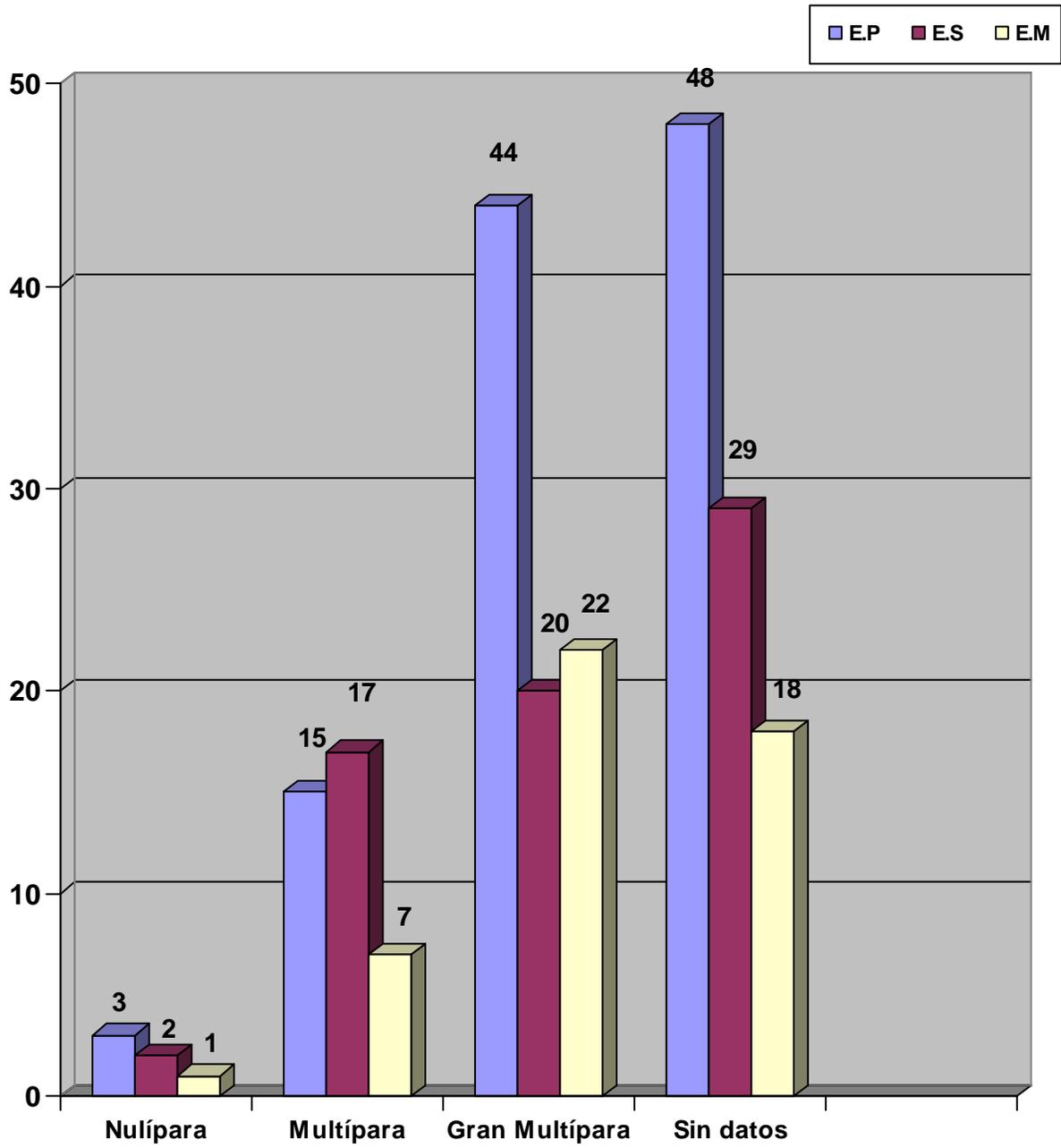


Gráfico #3 Antecedentes ginecológicos / Hallazgos histopatológicos

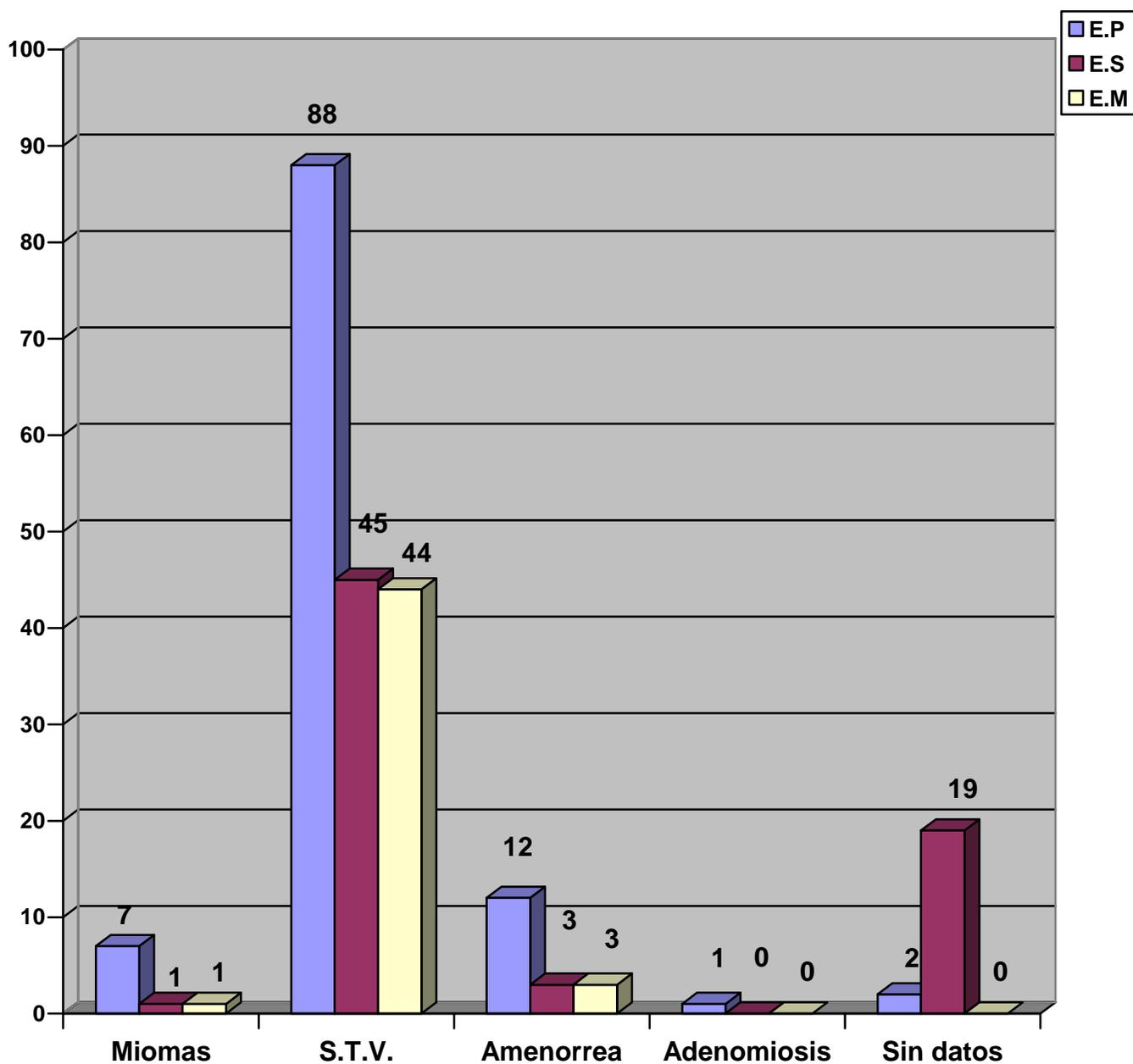


Gráfico #4 Uso de anticonceptivos / Hallazgos histopatológicos

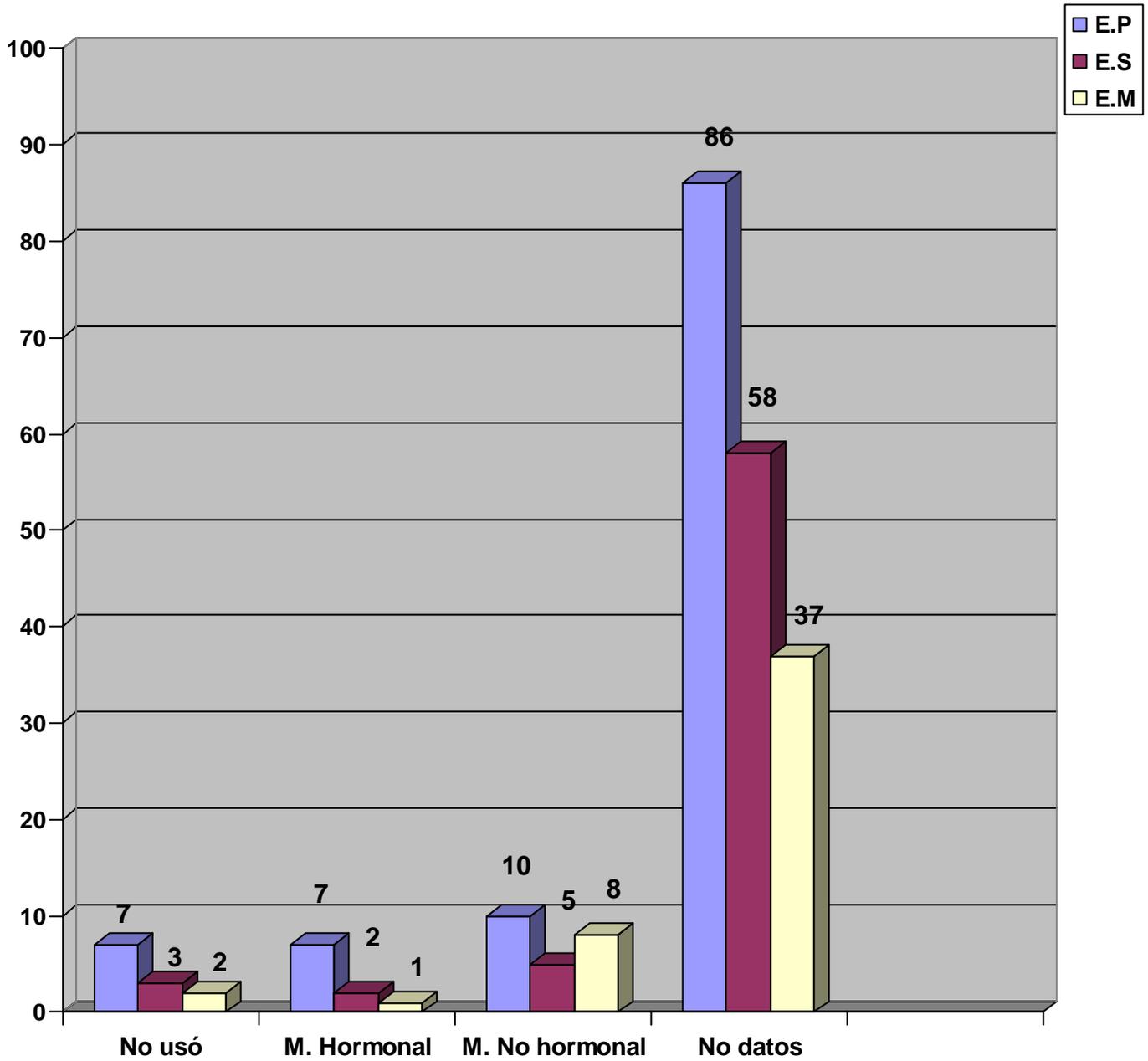


Gráfico #5 Procedimientos realizados / Hallazgos histopatológicos

