

No es infrecuente en estos últimos años encontrar en la literatura ginecológica publicaciones relativas al tratamiento de la menorragia, con la aparición de nuevas técnicas destinadas a la eliminación de la mucosa endometrial.

Una importante publicación periódica anglosajona dedicó recientemente un amplio espacio a la revisión del tratamiento de la menorragia mediante técnicas de ablación endometrial.

En la introducción del mencionado trabajo se destaca el hecho que la menorragia afecta a un 20-30% de mujeres con "significativos efectos sobre su calidad de vida". Aun cuando afirma más adelante que la primera opción terapéutica es el tratamiento médico, también advierte que dicha terapéutica reduce la pérdida menstrual como máximo sólo el 50% y que el 60% de mujeres con menorragia acaban siendo hysterectomizadas dentro de los cinco años posteriores a su primera visita al ginecólogo.

A partir de estas premisas, el autor de la citada revisión describe y compara los diversos métodos introducidos en clínica durante los últimos lustros para proceder a la ablación quirúrgica del endometrio como sistema terapéutico para el tratamiento de la menorragia, desde la ya clásica manipulación histeroscópica hasta los más nuevos sistemas, tales como la crioablación u otras técnicas que emplean energía eléctrica o láser, e incluso la más reciente –y poco probada– técnica de la terapia fotodinámica, que utiliza la administración tópica de ácido 5 –aminolevulínico.

No deseamos aquí entrar a valorar todas esas novedosas técnicas que, indudablemente, son de gran valor cuando la indicación es precisa y adecuada.

En cambio, sí que consideramos oportuno cuestionar la premisa en que se basa la utilización tan frecuente de técnicas de ablación endometrial.

Desde luego nuestra ya extensa experiencia clínica –en años y en casuística- no avala en absoluto las tasas

de menorragia que citan algunos autores, si se excluyen todos aquellos casos de disfunción hormonal casi siempre de buena solución con tratamiento médico si previamente se ha efectuado un fidedigno diagnóstico de la alteración hormonal subyacente a la presencia de menorragia.

Excluidos los casos que se acaban de mencionar, quedan por solucionar los pocos que no responden a un tratamiento médico bien instituido, las adenomiosis y pocos más (excluyendo, naturalmente, aquéllos que son tributarios de tratamientos quirúrgicos distintos a la ablación endometrial, tales como pólipos endometriales, lelomiomas uterinos, etc.).

A nuestro juicio, las extensas casuísticas de ablación endometrial por diversos métodos (por ejemplo, en el citado trabajo se indica que en el Reino Unido, entre 1990 y 1995, dieciséis mil novecientas noventa mujeres fueron sometidas a histeroscopia para practicar la ablación del endometrio) sólo encuentran sustento y explicación en la carencia, en numerosos casos, de un diagnóstico etiológico real que hubiera consentido un tratamiento causal y no sintomático. Porque, en realidad, la ablación endometrial procede a anular el órgano diana sobre el que incide la alteración causal casi siempre localizada a otro nivel.

Como hemos señalado en otras ocasiones, y hablando de otro tipo de problemas, la terapéutica sin diagnóstico sólo atiende a una parte de las obligaciones del médico, cuya misión real es primero diagnosticar y luego tratar en consecuencia.

Desgraciadamente, hoy tienden a la simplificación y, por ende, al fácil recurso del tratamiento sintomático no siempre exento de fracasos y complicaciones. La potencialidad curativa de las nuevas técnicas de tratamiento nunca debe desvirtuar el extraordinario valor del diagnóstico bien hecho y de la indicación más adecuada a cada caso particular.