

N. Marín  
M. Belar  
M. Lure  
A. Elorza  
B. Rivero  
F. Ugalde

**Resección endometrial  
en el tratamiento de la  
hemorragia uterina  
disfuncional**

145

*Endometrial resection in the  
treatment of dysfunctional  
uterine bleeding*

**Correspondencia:**  
Dra. N. Marín Lacarta.  
Paseo de Orixe, 2.  
20018 San Sebastián.  
Correo electrónico: nnerea2000@yahoo.es

Fecha de recepción: 1/8/01  
Aceptado para su publicación: 18/3/02

*N. Marín, M. Belar, M. Lure, A. Elorza, B. Rivero, F. Ugalde.  
Resección endometrial en el tratamiento de la hemorragia  
uterina disfuncional.*

---

**RESUMEN**

**Objetivos:** Analizar la efectividad de la resección endometrial como tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional.

**Pacientes y método:** Se incluyen 100 pacientes con hemorragia uterina disfuncional en quienes se realiza resección endometrial. Se mide el éxito terapéutico (desaparición o mejoría de la sintomatología) y el grado de satisfacción de las pacientes (encuesta).

**Resultados:** Se obtuvo un porcentaje de éxito del 82% con un grado de satisfacción del 76%.

**Conclusión:** La resección endometrial es una alternativa a la histerectomía que puede ofrecerse a pacientes pre-perimenopáusicas en quienes ha fallado el tratamiento médico.

**PALABRAS CLAVE**

Resección endometrial. Hemorragia uterina disfuncional.

**ABSTRACT**

**Objectives:** To analyze the effectiveness of endometrial resection as a treatment of heavy menstrual bleeding or menorrhagia.

**Subjects and method:** The study included 100 patients needing treatment for menorrhagia. We measured patients satisfaction and change in symptoms.

**Results:** We obtained a percentage of 82% of improvement in hemorrhagic menstrual bleeding and satisfaction rates of 76%.

**Conclusion:** Endometrial resection is an alternative to hysterectomy that could be offered to pre-perimenopausal women in who, medical treatment failed.

**KEY WORDS**

Endometrial resection. Heavy menstrual bleeding. Menorrhagia.

Evolución	Hemorragia posresección	%
Hemorragia intensa	1	1
Hemorragia similar	12	12
Oligomenorrea	62	62
Amenorrea	20	20
Desconocida	5	5

	Histeroscopia posresección	%
Cavidad uterina normal	8	19,5
Sinequias aisladas	6	14,5
Síndrome de Asherman	21	51,3
No valorable	4	9,8
Imposible	2	4,9

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina disfuncional puede definirse como una metrorragia de causa no orgánica. En cifras generales se estima que afecta al 22% de las mujeres sanas<sup>1</sup> y es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica. En el Reino Unido, una de cada 20 mujeres consulta por esta causa a su médico de cabecera<sup>2</sup>.

Hasta mediados de los años ochenta, entre el 30 y el 50% de las histerectomías se realizaban por esta causa, y en más de la tercera parte de los casos los hallazgos histopatológicos eran irrelevantes. Con la introducción de las técnicas de cirugía conservadora (destrucción endometrial), descendió levemente el número de histerectomías realizadas para tratar la hemorragia disfuncional. Tras el auge inicial, hoy día se considera que las técnicas de destrucción endometrial son una alternativa a la histerectomía.

El objetivo de este artículo es presentar los resultados obtenidos tras 100 resecciones realizadas en nuestro servicio, evaluando el grado de satisfacción de las pacientes con el procedimiento y los resultados: desaparición o disminución de la hemorragia uterina disfuncional. Asimismo, defendemos la efectividad de la resección endometrial para el diagnóstico anatomopatológico y su mayor sensibilidad frente a la biopsia de Novak para dicho diagnóstico.

## PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo de los resultados obtenidos en nuestro servicio en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional mediante la resección endometrial.

Entre el 1 de julio de 1993 y el 30 de junio de 1998 se realizaron en nuestro servicio 100 resecciones endometriales por vía histeroscópica. Todas las

pacientes eran mujeres premenopáusicas con un trastorno hemorrágico uterino anormal. La edad media fue de 44 años (mínima de 30 y máxima de 56), siendo 14 mujeres menores de 40 años y nueve mayores de 50.

La técnica de destrucción endometrial utilizada en nuestro hospital fue la resección histeroscópica con electrocirugía y mediante resectoscopio, técnica que permite el estudio histológico del material resecado. La resección endometrial se realiza con resector de 27 french con asa de 5 mm y coagulación con *roller* posterior.

Con anterioridad a la cirugía se realizó un estudio exhaustivo de cada paciente para descartar la existencia de enfermedad orgánica (miomas submucosos, pólipos endometriales, hiperplasia compleja con atipias o adenocarcinoma endometrial) que justificara la clínica mediante la exploración ginecológica, ecografía vaginal, histeroscopia diagnóstica y biopsia endometrial con cánula de Novak. Se indicó la cirugía en pacientes que, además de no tener ninguna enfermedad orgánica, no habían respondido a tratamiento médico. Se realizó preparación endometrial con análogos de la Gn-Rh durante un tiempo medio de 2 meses antes de la cirugía (goserelina depot 3,75 i.m., mensual, un mínimo de 2 dosis).

Las pacientes fueron intervenidas en régimen de cirugía mayor ambulatoria, salvo excepciones: inadecuada recuperación de la paciente, complicaciones asociadas a la cirugía o pacientes con enfermedad médica concomitante que requiriese control hospitalario. Se utilizó anestesia general con mascarilla laríngea y nuevos opiáceos tipo remifentanilo cuyo perfil farmacológico es adecuado para este tipo de cirugía. El tiempo de intervención no superó los 30 min y como medio de distensión se utilizó glicina al 2%.

Se realizó un control histeroscópico postablación (a los 3 meses y al año) en 41 casos y sólo en ocho de ellos la cavidad uterina era normal (tabla 3). Se

Tabla 3 Histerectomía posresección endometrial

Indicación	Número	Intervalo (meses)	Hemorragia	Anatomía patológica (n.º)
Hemorragia persistente o recurrente	8	4-30	Abundante	Normal (3) Miomias (2) Adenomiosis (1) Pólipo endometrial (1) H simple sin atipias (1)
Dolor pélvico	2	14	No	Adenomiosis (1) EIP (1)
Hiperplasia atípica	4	< 6	-	H con atipias (2) H sin atipias y adenomiosis (1) Adenomiosis (1)
Hiperplasia compleja sin atipias	1	36	-	H compleja sin atipias y adenomiosis (1)

H: hiperplasia.

Tabla 4

	Grado satisfacción posresección	%	Motivo (n.º)
Insatisfecha	7	7	Histerectomía (4) Hemorragia persistente (1) Dolor (2)
Poco satisfecha	12	12	Histerectomía (4) Hemorragia persistente (5) Dolor (1) Otras causas (2)
Satisfecha	49	49	
Muy satisfecha	27	27	
No contesta	5	5	

abandonó esta práctica porque no aportaba ninguna información relevante. Se realizó un seguimiento mínimo de 2 años en todos los casos.

Entre el 1 de mayo y el 31 de junio de 2000 se realizó una encuesta telefónica a todas las pacientes para conocer la evolución clínica de la hemorragia uterina disfuncional tras la resección (mejoría o no) y el grado de satisfacción con el procedimiento. Para poder evaluar los resultados de una manera estadística se clasificó a las pacientes en 4 grupos según las respuestas obtenidas: insatisfecha, poco satisfecha, satisfecha y muy satisfecha (tabla 4).

## RESULTADOS

El éxito terapéutico (oligo o amenorrea) se obtuvo en 82 pacientes (82%) (tabla 1), consiguiéndose

amenorrea en 20 pacientes (20%) y oligomenorrea en 62 pacientes (62%). En caso de fracaso, la indicación fue la histerectomía, ya que en ningún caso se llevó a cabo una segunda resección endometrial.

El número de histerectomías realizadas y su indicación se describen en la tabla 3. Se realizó una histerectomía a 15 pacientes. En ocho de los casos la indicación fue la persistencia de la clínica; la biopsia endometrial previa fue normal en todos los casos. En 2 casos se realizó por presentar las pacientes dolor crónico postintervención. Una de estas pacientes presentaba signos de enfermedad inflamatoria pélvica en el momento de la intervención. En los 5 casos restantes la indicación de la histerectomía fue el hallazgo histopatológico observado tras la resección endometrial: 4 casos de hiperplasia con atipias (uno de los cuales tenía una biopsia de hiperplasia sin atipias obtenida en consulta) y un caso de hiperplasia compleja sin atipias mencionado al inicio de este apartado.

Como dato reseñable, observamos dismenorrea secundaria a la cirugía con respuesta variable a AINE en 2 pacientes y un caso de algias pélvicas crónicas. A esta paciente se le realizó una laparoscopia a los 52 meses de la resección, hallándose un hidrosalpinx izquierdo que fue extirpado. La paciente evolucionó favorablemente.

El subgrupo más amplio de pacientes (n = 62) presentó una mejoría ostensible tras el tratamiento (oligomenorrea). Dentro de este subgrupo, 19 pacientes estaban muy satisfechas y otras 37 satisfechas. A pesar de la mejoría clínica, 2 pacientes esta-

148 ban insatisfechas (presentaron algias crónicas tras la cirugía, motivo por el cual se les realizó una histerectomía) y 4 pacientes contestaron estar poco satisfechas: a una de ellas se le realizó una histerectomía por presentar en el estudio anatomopatológico de la resección una hiperplasia simple con atipias; la segunda paciente refirió algias pélvicas y se le extirpó un hidrosalpinx en el transcurso de una laparoscopia diagnóstica; la tercera paciente acudió al servicio de urgencias por una hemorragia intensa que cedió con tratamiento médico con gestágenos, y la cuarta paciente presentó problemas secundarios a una quemadura originada en la pierna izquierda con el resector en el transcurso de la cirugía.

Por último, en el 20% de las pacientes (20 pacientes) se consiguió una amenorrea, y únicamente una enferma de este grupo refirió estar poco satisfecha porque deseaba mantener las reglas.

## DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico de la hemorragia uterina disfuncional se plantea en la mayoría de los casos como una alternativa al fracaso del tratamiento médico. En ese sentido, la histerectomía es resolutive en un 100% de los casos, pero se trata de una cirugía mayor, con una tasa de morbilidad y un tiempo de recuperación nada despreciables. En nuestro grupo de 100 pacientes que presentaron una hemorragia uterina disfuncional y a quienes se practicó tratamiento quirúrgico mediante resección endometrial por vía histeroscópica, se evitó la realización de una histerectomía en 85 pacientes (85%) y hubo que recurrir a ella en 15 casos descritos anteriormente (15% de fracasos).

Revisando la bibliografía, el porcentaje de histerectomías realizadas tras fallo de la técnica histeroscópica varía mucho en las diferentes series de pacientes<sup>3-7</sup>, desde un 2,44% que refiere Crossigniani<sup>3</sup> hasta un 26,6% en la serie de Pinion<sup>7</sup>. Comparando nuestros resultados con los obtenidos en estudios similares en cuanto a número de pacientes, edad media y estatus menopáusico, O'Connor presenta un

7,75% de histerectomías en un grupo de 116 pacientes, porcentaje bastante inferior al nuestro, pero Pinion, sin embargo, en un grupo de 105 pacientes, obtiene un 26,6% de histerectomías. Por tanto, nuestros resultados son similares a los publicados.

En cuanto a la disminución o desaparición de la hemorragia uterina disfuncional, el 12% de nuestras pacientes presentaba una hemorragia similar tras la resección, porcentaje comparable al 13% publicado en la revisión sistemática de la Cochrane<sup>8</sup>.

El grado de satisfacción de las pacientes es otro de los objetivos planteados en este estudio, por tanto, hemos comparado nuestros resultados con los publicados, observando que el porcentaje de pacientes satisfechas o muy satisfechas obtenido en nuestro grupo (76,6%) es algo inferior al publicado por autores como Grant<sup>9</sup> (80%), Dwyer (84%), Crossigniani (86,8%) o O'Connor (86%).

De entre las diferentes técnicas de destrucción endometrial defendemos la resección por vía histeroscópica, ya que permite el estudio anatomopatológico del material resecado. En nuestro grupo de pacientes se diagnosticaron 15 hiperplasias endometriales, de las cuales sólo una era conocida prequirúrgicamente, de ahí la importancia de poder analizar el material resecado. Asimismo, el hecho de poder analizar el material resecado nos permite señalar la persistencia de lesiones hiperplásicas de endometrio a pesar del tratamiento con análogos de la Gn-Rh (creemos que 2 meses de tratamiento no son suficientes para la desaparición de la lesión) y suponer que la presencia de adenomiosis como hallazgo anatomopatológico influye negativamente en la consecución del éxito terapéutico tras la resección endometrial (se confirmó la presencia de adenomiosis en un tercio de las piezas de histerectomía).

Consideramos la ablación endometrial como una alternativa viable y segura de la histerectomía con un alto grado de satisfacción de las pacientes (resultados satisfactorios en el 76,6% de las enfermas), y somos partidarios de utilizar esta técnica en mujeres pre-perimenopáusicas con clínica persistente a pesar del tratamiento médico.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gath D, Cooper P, Day A. Hysterectomy and psychiatric disorder. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *Int J Psych* 1982;140:335-40.
2. Vessey M, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:402-7.
3. Crossignani PG, Vercellini P, Apolone G, De Giorgi O, Cortesi I, Meschia M. Endometrial resection versus vaginal hysterectomy for menorrhagia: Long term clinical and quality-of-life outcomes. *Am J Obstet Gynaecol* 1997;177:95-101.
4. Dwyer N, Hutton J, Stirrat GM. Randomised controlled trial comparing endometrial resection with abdominal hysterectomy for the surgical treatment of menorrhagia. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:137-243.
5. Gannon MJ, Holt EM, Fairbank J, Fitzgerald M, Milne MA, Crystal AM, et al. A randomized trial comparing endometrial resection and abdominal hysterectomy for the treatment of menorrhagia. *Br Med J* 1991;303:1362-4.
6. O'Connor H, Broadbent JAM, Magos AL, McPherson K. Medical research council randomized trial of endometrial resection versus hysterectomy in management of menorrhagia. *Lancet* 1997;349:897-901.
7. Pinion SB, Parkin DE, Abramovich DR, Naji A, Alexander DA, Russel IT, et al. Randomised trial of hysterectomy, endometrial laser ablation, and transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *Am J Obstet Gynaecol* 1994;309:979-83.
8. The Cochrane database of systematic reviews. Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, Harquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *The Cochrane Library*, Volume (issue 1), 2000.
9. Aberdeen Endometrial Ablation Trials Group. A randomised trial of endometrial ablation versus hysterectomy for the treatment of dysfunctional uterine bleeding: outcome at four years. *Brit J Obstet Gynaecol* 1999;106:360-6.
10. Hart R, Magos A. Prognostic factors for succes of endometrial ablation and resection. *Lancet* 1998;352:68-9.
11. Hart R, Magos A. The alternatives to hysterectomy. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 1999;13:271-90.