

Pluvio Jesús Coronado Martín
Juana Brenes Sánchez
María Fasero Laiz
Fernando Bullón Sopelana
José Antonio Vidart Aragón

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Correspondencia:

Dr. P.J. Coronado Martín.
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: pcoronadom@sego.es

Fecha de recepción: 28/1/05.
Aceptado para su publicación: 28/8/06.

Evaluación de la seguridad y la eficacia de la endometrectomía histeroscópica en la menometrorragia

Safety and efficacy of hysteroscopic endometrectomy in patients with menometrorrhagia

RESUMEN

Objetivo: Analizar la eficacia y la seguridad de la endometrectomía histeroscópica en pacientes con hemorragia uterina disfuncional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 119 pacientes con menometrorragias. Se evaluó la histología prequirúrgica y posquirúrgica, las complicaciones inmediatas y tardías, la recidiva de la sintomatología y la necesidad de reintervención.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 45 años (rango, 25-72). Tras una mediana de seguimiento de 14 meses (rango, 9-54), el 92,8% de las mujeres mejoró de su metropatía. En el 30,9% persistió la amenorrea; en el 26,3%, la hipomenorrea; y en el 35,4%, la eumenorrea. Las complicaciones globales fueron del 5,9% (7 casos), 6 casos a corto plazo (3 perforaciones y 3 hemorragias intraoperatorias) y un caso de hematometra a largo plazo. Un 7,2% (8 casos) mantuvo menometrorragias tras la ablación. El fallo del tratamiento se asoció con la resección incompleta del endometrio y la presencia de complicaciones intraoperatorias. La tasa de respuesta se redujo con el tiempo: el 96% a los 6

meses y el 87% a los 3 años. Se realizó un 7,3% (8 casos) de reintervenciones, 3 de ellas histerectomías.

Conclusiones: La ablación/resección endometrial o endometrectomía histeroscópica es un tratamiento seguro y efectivo en el manejo quirúrgico de la menometrorragia.

PALABRAS CLAVE

Endometrectomía histeroscópica. Menometrorragia. Complicaciones.

ABSTRACT

Objective: To analyze the safety and efficacy of hysteroscopic endometrectomy in patients with menometrorrhagia.

Material and methods: We performed a retrospective study of 119 patients with menometrorrhagia. Histology, early and late complications, symptom recurrence, and reinterventions were evaluated.

622 Results: The mean age of the patients was 45 years (range, 25-72). With a median follow-up of 14 months (range, 9-54), menometrorragia was improved in 92.8%. A total of 30.9% showed amenorrhea, 26.3% hypomenorrhea, and 35.4% eumenorrhea. Complications occurred in seven patients (5.9%), early complications in six (three uterine perforations and three intraoperative hemorrhages), and there was one late complication (hematometra). Symptom recurrence was observed at the end of follow-up in eight patients (7.2%). Treatment failure was associated with incomplete endometrial resection and the presence of intraoperative complications. Treatment efficacy decreased during follow-up and was 96% at 6 months and 87% at 3 years. Reinterventions were performed in 7.3% (eight patients); of these, hysterectomy was performed in three patients.

Conclusions: Hysteroscopic endometrectomy is a safe and effective surgical treatment for menometrorragia

KEY WORDS

Hysteroscopic endometrectomy. Relapse.
Menometrorragia. Complications.

INTRODUCCIÓN

La primera ablación endometrial publicada en la bibliografía médica se debe a Goldrath et al¹ del Hospital Mount-Sinaí de Detroit, que en 1981 llevaron a cabo fotocoagulación endometrial con láser de Nd-Yag para tratar hemorragias uterinas anormales. Posteriormente, De Cherney y Poland² introdujeron el uso del resectoscopio urológico para realizar resecciones endometriales en pacientes con menorragias que presentaban contraindicaciones para la cirugía mayor. Desde entonces se ha extendido la ablación endometrial como tratamiento de la metropatía. Esta técnica consiste en destruir o extirpar el endometrio, en casos de hemorragias uterinas anormales, especialmente sin causa orgánica, resistentes al tratamiento médico. Puede ser total o parcial, según se respete en mayor o menor extensión el endometrio cercano al orificio cervical interno. Es ne-

cesario realizar una ecografía transvaginal, una histeroscopia diagnóstica y un estudio histológico previo antes de efectuar una ablación endometrial³. Se considera también recomendable la preparación endometrial con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) para conseguir una atrofia-hipotrofia endometrial y mejorar la tasa de éxitos, por la reducción del sangrado, de la intravasación de líquidos y por ser menor el tiempo operatorio.

En la actualidad se han desarrollado múltiples formas para llevar a cabo la ablación/resección endometrial, si bien la electrocirugía y el láser son con las que se tiene mayor experiencia, especialmente en lo que se refiere a resultados a largo plazo⁴. Antes del avance en la histeroscopia quirúrgica, la histerectomía ha sido tratamiento quirúrgico de primera elección en mujeres metropáticas. La introducción de la ablación/resección endometrial en la práctica ginecológica ha supuesto una reducción del 90% de histerectomías a corto plazo y de un 70-80% a más largo plazo³. Además, la ablación/resección endometrial es más barata, presenta menos morbilidad y la recuperación es más rápida, por lo que resulta una buena técnica en términos de coste-beneficio⁵⁻⁸.

Se presenta un estudio retrospectivo que tiene como objetivo analizar la eficacia y la seguridad de la ablación/resección endometrial histeroscópica, evaluando la sintomatología poscirugía, las complicaciones surgidas a corto y largo plazo, la recidiva de la metrorragia y la necesidad de reintervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudia a 119 pacientes a las que se realizó una ablación endometrial por menometrorragia. A todas las pacientes se les realizó una ecografía transvaginal con sonda de 6 MHz; el grosor endometrial se midió en un corte anteroposterior, y las dimensiones uterinas, según el diámetro longitudinal y anteroposterior. Se catalogaron para el estudio 3 tipos de ecoestructura que incluían la presencia de endometrio hiperecogénico, hipoeecogénico y dishomogéneo; además, se valoró la presencia de otro tipo de lesión asociada, como miomas y pólipos. Todas las pacientes fueron sometidas a una histeroscopia diagnóstica con flujo continuo y estudio histológico endometrial previo.

Todas las pacientes recibieron tratamiento con análogos de la GnRH previamente a la intervención.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969535>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969535>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)