

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias de la Salud**

**Presentación de caso clínico para educación médica:  
Sangrado uterino anormal en mujeres no gestantes  
Análisis de casos**

**María Fernanda Sánchez Luna**

**Medicina**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de médico

Quito, 22 de septiembre 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO CIENCIAS DE LA SALUD

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Presentación de caso clínico para educación médica: Sangrado uterino  
anormal en mujeres no gestantes**

**María Fernanda Sánchez Luna**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Dra. Hilda Orozco Ginecología y  
Obstetricia

Firma del profesor

---

Quito, 22 de septiembre, 2017

## Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre: María Fernanda Sánchez Luna

Código de estudiante: 103451

C. I.: 1714739172

Lugar, Fecha Quito, 22 septiembre 2017

## RESUMEN

El sangrado uterino anormal se define como sangrado uterino que varía de los parámetros normales en regularidad, volumen, frecuencia o duración y que no se encuentra relacionado con embarazo. Este es un problema común que se presenta principalmente en mujeres que se encuentran entre los 39 y 50 años. Generalmente suele presentarse con dolor abdominal y malestar general, llevando a una afectación física y social que pueden tener a su vez, repercusiones sociales y económicas importantes en la persona. El diagnóstico diferencial del sangrado uterino anormal es muy amplio, por lo mismo, la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) en el 2011, generó una nomenclatura estandarizada para los sangrados uterinos anormales. Clasificándolos como desordenes de origen estructurales y no estructurales, utilizando el acrónimo PALM COEIN (Polipos, Adenomiosis, Leiomiomas, Malignidad- Coagulopatías, Ovulatorios, Endometriales, Iatrogenicos y los no clasificados). Sin embargo, aun con esta clasificación que permite tener un mejor acercamiento a las diversas patologías, el diagnóstico sigue siendo difícil. En la actualidad, se ha instaurado diversos métodos de manejo para las diversas patologías que se presentan con sangrado uterino anormal.

*Palabras clave: Sangrado uterino anormal, Polipos, Adenomiosis, Leiomiomas, Malignidad- Coagulopatías, Ovulatorios, Endometriales, Iatrogenicos.*

## ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding is defined as an uterine bleeding that varies from normal menses in regularity, volume, frequency or duration and is not related to pregnancy. This is a common problem that women can present mainly in between 39 and 50 years. It usually presents with abdominal pain and general malaise that could lead into serious physical, social and economic repercussions. The differential diagnosis of AUB is broad, consequently, The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) in 2011 created an international nomenclature for AUB. Classifying them as structural and non-structural disorders, using de acronym PAL- COEIN (Polyps, Adenomyosis, Leiomyomas, Malignancy, Coagulopathies, Ovulatory, Endometrial, Iatrogenic and Unclassified). Despite the fact that, this classification allows a better approach to these pathologies, the diagnosis remains difficult. Nowadays, different therapies have been established in order to treat the pathologies that presents with abnormal uterine bleeding.

*Key words: Abnormal uterine bleeding, Polyps, Adenomyosis, Leiomyomas, Malignancy, Coagulopathies, Ovulatory, Endometrial, Iatrogenic*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>CASO CLINICO DE EDUCACIÓN MÉDICA</b> .....	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>9</b>
<b>HISTORIA CLÍNICA</b> .....	<b>9</b>
Motivo de consulta.....	9
Datos de filiación .....	9
Antecedentes patológicos personales .....	9
Antecedentes quirúrgicos.....	10
Antecedentes familiares .....	10
Antecedentes gineco obstétricos.....	10
Habitos .....	10
Enfermedad actual.....	10
Examen físico .....	11
<b>LISTA DE PROBLEMAS</b> .....	<b>12</b>
<b>DESARROLLO DEL CASO</b> .....	<b>12</b>
¿Cuáles son los parámetros para considerar un sangrado menstrual normal? .....	12
Frente a la presencia de un sangrado uterino anormal ¿Qué parámetros deben ser considerados? .....	14
¿Cuál es el diagnóstico diferencial de sangrado uterino anormal en mujeres no gestantes? .....	16
Según la clasificación del PALM COEIN ¿Cuáles son los patrones de sangrado de cada patología y su característica clínica? .....	17
¿Qué son los pólipos uterinos y cuál es su tratamiento?.....	19
¿Qué es la adenomiosis y cuál es su tratamiento? .....	20
¿Qué son los leiomiomas y cuál es su tratamiento? .....	22
¿Cómo se reconoce una malignidad uterina?.....	27
¿Cuáles son las características de los trastornos de coagulación?.....	28
¿Qué es la disfunción ovulatoria y cuál es su tratamiento? .....	29
¿Qué es la endometriosis y cuál es su tratamiento?.....	30
¿ Cuáles son los medicamentos que podrían causar un sangrado uterino anormal iatrogénico? .....	32
¿ Cúales son las causas más comunes de sangrado uterino anormal no clasificada? .....	32
Para esta paciente ¿Qué estudios de laboratorio solicitaría? .....	32
Para esta paciente ¿Qué estudios de imagen solicitaría?.....	34
¿ Con los estudios solicitados cuál es la probabilidad diagnóstica más acertada para esta paciente?.....	35
Para una paciente con miomatosis uterina con su pariedad satisfecha ¿Cuál sería el tratamiento de elección?.....	36
¿En este caso se debería mandar la muestra a histopatología? .....	37
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>38</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. Lista de problemas.....</b>	<b>12</b>
<b>Tabla 2. Evaluación de sangrado.....</b>	<b>14</b>
<b>Tabla 3. Diagnóstico diferencial de sangrado genital según edades.....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 4. Diagnóstico diferencial de sangrado genital según tipo de sangrado y característica clínica .....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 5.- Clasificación de leiomiomas.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla 6.- Clasificación de leiomiomas.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla 7.- Tipos de degeneración de leiomiomas.....</b>	<b>24</b>

## ÍNDICE DE IMÁGENES

<b>Imagen 1: Clasificación de leiomiomas.....</b>	<b>23</b>
<b>Imagen 2: Ecografía transvaginal.....</b>	<b>35</b>
<b>Imagen 3 Histerectomía- Útero agrandado de tamaño 5X, miomas subserosos..</b>	<b>36</b>



# CASO CLINICO DE EDUCACIÓN MÉDICA

## 1. OBJETIVOS

### Objetivo general

Presentar un caso clínico ginecológico que sea desarrollable con varios diagnósticos diferenciales, a tal punto que exista un aprendizaje médico

### Objetivos específicos

1. Aprender a diferenciar entre sangrado uterino normal (menstruación) o anormal
2. Diferenciar sangrado uterino, gastrointestinal, tracto urinario
3. Realizar un adecuado diagnóstico diferencial sobre el sangrado genital en mujeres no gestantes (estructurales y no estructurales)
4. Desarrollar cada una de las patologías que podrían llevar a causar sangrado genital
5. Exponer los tratamientos adecuados tanto para sangrado genital por causas estructurales como no estructural

## 2. HISTORIA CLÍNICA

I. **Motivo de consulta:** Sangrado menstrual abundante con coágulos + dismenorrea intensa

### II. Datos de filiación

- Paciente femenina de 43 años de edad
- Nacida en Otavalo residente en Quito desde hace 10 años
- Instrucción superior: Ingeniera comercial
- Estado civil: soltera
- Grupo sanguíneo: O Rh +
- Historia de transfusiones previas: no refiere
- Alergias: no conocidas.

III. **Antecedente patológicos personales:** No refiere

**IV. Antecedentes quirúrgicos:**

- Rinoplastia hace 20 años
- Miomectomía hace 8 años

**V. Antecedentes familiares:**

- Madre con hipertensión arterial
- Abuela materna con leucemia
- Tía materna con cáncer de mama

**VI. Antecedentes gineco- obstétricos:**

- Menarquia: 14 años
- Fecha de última menstruación: 10/11/2016
- Ciclos menstruales: regulares cada 30 días, 8 días de duración, flujo abundante con coágulos, necesidad de utilizar alrededor de 4 toallas nocturnas diarias, dismenorrea moderada, último PAPTEST: 2 años antes del ingreso con un resultado normal.
- Gestas 0 Partos 0 Abortos 0
- No uso de métodos anticonceptivos

**VII. Hábitos:**

- Alimentación: 5 veces al día, con una dieta balanceada
- Miccional: 3 veces al día
- Defecatorio: 1 vez al día todos los días
- No consumo de alcohol, no consumo de tabaco

**VIII. Enfermedad actual**

Paciente refiere que aproximadamente 3 meses antes del ingreso, presenta sangrado menstrual abundante con coágulos, que se acompaña de dismenorrea moderada. Además la paciente refiere que ha presentado anemia que ha sido

compensada por varias ocasiones con hierro intravenoso, no ha requerido transfusiones sanguíneas.

### **IX. Examen físico**

- Signos Vitales: Tensión arterial: 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca 70 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, peso 54kg
- Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz y acomodación
- Piel: pálida
- Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, no galopes
- Abdomen: suave, depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidro aéreos presentes
- Región inguino genital: No presencia de sangrado en región genital al momento del examen físico. Al tacto vaginal: Útero en AVF aproximadamente 3X.
- Extremidades sin edema, pulsos distales presentes.

### 3. LISTA DE PROBLEMAS

PACIENTE FEMENINA 43 AÑOS			
Número	Problema	Activo/Pasivo	Jerarquización
1	Miomectomía hace 8 años	Activo	II
2	Flujo abundante con coágulos	Activo	I
3	Dismenorrea	Activo	I
4	Anemia	Activo	III
5	Útero agrandado 3X	Activo	I

*Tabla 1. Lista de problemas*

### 4. DESARROLLO DEL CASO

#### 4.1 ¿Cuáles son los parámetros para considerar un sangrado menstrual normal?

Para analizar el sangrado menstrual, se deben considerar diversos parámetros, entre ellos se encuentran: frecuencia, regularidad, duración y volumen.

##### **Frecuencia y regularidad**

Para considerar una menstruación normal, el episodio de sangrado se debe presentar cada 24- 38 días. Por su parte, si el sangrando se presenta antes de los 24 días, es considerado un sangrado uterino frecuente. Por otro lado, si el sangrado se presenta posterior a 38 días se lo conoce como sangrado uterino infrecuente. (Fraser, I., 2011).

Para calcular la regularidad normal de un sangrado menstrual, se debe realizar la diferencia entre el ciclo más largo y el más corto en un año. Para que este sea considerado dentro de los límites normales, no debe sobrepasar los 20 días (Fraser, I., 2011).

##### **Duración**

La duración de un periodo menstrual normal debe ser de hasta 8 días. Si este llega a durar más de 8 días es considerado un sangrado menstrual prolongado (Fraser, I., 2011).

### **Volumen**

De la misma forma, para poder considerar un sangrado menstrual normal se debe analizar el volumen del mismo. Para esto existen dos métodos, el primero es un método subjetivo en el que se analiza si el volumen del sangrado menstrual interfiere con la calidad de vida de la mujer en lo físico, social, emocional y o material. Si el sangrado interfiere en alguno de estos parámetros es considerado un sangrado menstrual abundante. Por otro lado, el segundo método es objetivo en el que se debe medir el volumen del sangrado a través de la técnica de hemantina en la que se extrae la hemoglobina de las toallas sanitarias de la mujer, el volumen normal es entre 5-80 ml por ciclo. Si el volumen es mayor a 80 ml por ciclo es considerado un ciclo menstrual abundante, mientras que si este es menor a 5 ml por ciclo es considerado escaso (Fraser, I., 2011). De la misma manera, se puede considerar un sangrado abundante si la paciente presenta una de las siguientes características: si existe la necesidad de cambiarse un tampón o toalla sanitaria en menos de dos horas porque la misma se encuentra empapada, presencia de coágulos grandes de al menos un cuarto de tamaño de la toalla, si la paciente necesita utilizar doble protección ya sea tampón, toalla o ambos, si la paciente necesita cambiarse de toalla varias veces durante la noche. (CDC, 2015)

Por lo tanto, en nuestra paciente sus ciclos menstruales son regulares, con una frecuencia cada 30 días, 8 días de duración, flujo abundante con coágulos, necesidad de utilizar alrededor de 4 toallas nocturnas diarias y dismenorrea. Por lo tanto todos los parámetros se encuentran dentro de rangos normales excepto el

volumen de sangrado debido a que si lo medimos de manera subjetiva este interviene con el estilo de vida de la mujer por lo que es considerado abundante.

#### 4.2 Frente a la presencia de un sangrado uterino anormal ¿Qué parámetros deben ser considerados?

a- ¿La fuente de sangrado es el útero?

Para poder realizar un buen diagnóstico diferencial de sangrado y ver su origen, existen varias claves diagnósticas que pueden guiarnos en el diagnóstico mediante la realización de un buen examen físico:

Tracto genital alto: útero	Tracto genital bajo: cérvix, vulva, vagina	Gastrointestinal	Tracto urinario
Sangrado abundante	Sangrado ligero/ manchas		
Causa obstétrica: embarazo	Sangrado poscoital (evaluar atrofía vaginal), dispareunia.	Sangre roja rutilante	Disuria, poliuria,
Causa ginecológica: evaluar PALM- COEIN	Al examen físico presencia de úlceras	Sangre oculta en heces positiva	poloquiuria, dolor abdominal

*Tabla 2. Evaluación de sangrado (Kaunitz, A., 2016)*

Al realizar el examen físico de la paciente se puede identificar un sangrado abundante muy probablemente de tracto genital alto por lo que se deben evaluar causas obstétricas y ginecológicas.

b- ¿La paciente es pre o post menopáusicas ?

Al analizar el sangrado genital en mujeres es importante saber la edad de la paciente para poder tener un diagnóstico diferencial más preciso. Por lo mismo, podemos clasificar las causas de sangrado según el tipo de paciente, ya sea premenarquia, postmenarquia temprana, edad reproductiva, transición menopáusicas

o menopáusica. (Tabla 3)

<b>Pre menarquia</b>	<b>Post menarquia temprana</b>	<b>Edad reproductiva</b>	<b>Transición menopáusica</b>	<b>Menopáusica</b>
Cuerpo extraño	Disfunción ovárica (inmadurez del eje hipotálamo-hipofisiaria)	Disfunción ovárica	Anaovulación	Polipos endometriales
Trauma	Estrés (psicogénico, inducido por ejercicio)	Embarazo	Polipos, fibromas, adenomiosis	Cáncer
Infección	Embarazo	Cáncer	Cáncer	Terapia hormonal post menopáusica
Prolapso ureteral	Infección	Polipos, leiomiomas, adenomiosis		
Tumor ovárico		Infección		
Pubertad precoz		Disfunción endócrina (Síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, hiperprolactinemia)		
		Iatrogénico (Anticonceptivos orales)		

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de sangrado genital según edades (Kaunitz, A., 2016)

En el caso de nuestra paciente al tener 43 años, podemos encontrarnos que es un paciente terminando su edad fértil y en su transición menopaúsica por lo que se deben analizar los diagnósticos diferenciales que se encuentran entre estos dos grupos de edades principalmente.

c- ¿La paciente está embarazada?

Asimismo, una paciente con sangrado que se encuentre en edad fértil, es de suma importancia realizar una prueba de embarazo para ver si la paciente se encuentra embarazada o no. De esta manera se puede dirigir de mejor manera el análisis de los diferentes diagnósticos diferenciales ya sea en pacientes con sangrado gestantes o no gestantes. (Kaunitz, A., 2016).

Por lo tanto, aunque hemos categorizado a nuestra paciente por su edad entre finales de etapa fértil e inicios de menopausia es importante asegurarnos si la paciente utiliza o no algún método anticonceptivo y sobre todo si la paciente se encuentra o no embarazada; con una prueba de embarazo cualitativa.

#### **4.3 ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de sangrado uterino anormal en mujeres no gestantes?**

El sangrado uterino anormal se define como sangrado uterino que varía de los parámetros normales en regularidad, volumen, frecuencia o duración y que no se encuentra relacionado con embarazo (Munro, et al., 2011) Este es un problema común que se presenta principalmente en mujeres que se encuentran entre los 39 y 50 años. Dentro de este grupo etario: 50% se presenta en pacientes mayores a 45 años, un 30% en pacientes entre 20 y 44 años, un 19% en adolescentes y un 1% en mujeres premenáuricas (Franco Domínguez, R., 2017). Generalmente suele presentarse con dolor abdominal y malestar general, llevando a una afectación física y social que pueden tener a su vez, repercusiones sociales y económicas importantes en la persona (Committee Opinion, 2013). El diagnóstico diferencial del sangrado uterino anormal



es muy amplio, por lo mismo, la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) en el 2011, generó una nomenclatura estandarizada para los sangrados uterinos anormales. Clasificándolos como desordenes de origen estructurales y no estructurales, utilizando el acrónimo PALM COEIN (Polipos, Adenomiosis, Leiomiomas, Malignidad- Coagulopatías, Ovulatorios, Endometriales, Iatrogenicos y los no clasificados) (Munro, etal. 2011).

#### **4.4 Según la clasificación del PALM COEIN ¿Cuáles son los patrones de sangrado de cada patología y su característica clínica?**

Cuando ya se ha identificado que el sangrado de la paciente es un sangrado uterino anormal y que la paciente no se encuentra embarazada, se puede identificar los diferentes diagnósticos diferenciales según el PALM COEIN. Sin embargo, el diagnóstico diferencial sigue siendo muy amplio, para esto, existen varias características tanto en el patrón de sangrado como en la clínica de la paciente que nos permite guiarnos al diagnóstico definitivo.

	<b>PATRON DE SANGRADO</b>	<b>CARACTERISTICA CLÍNICA</b>
<b>POLIPO</b>	Manchas intermenstruales	
<b>ADENOMIOSIS</b>	Sangrado abundante o prolongado	Dismenorrea, útero agrandado, globoso
<b>LEIOMIOMA</b>	Sangrado abundante o prolongado	Útero agrandado con masas discretas
<b>MALIGNIDAD</b>	Sangrados abundantes o prolongados / Manchas intermenstruales	Paciente con factores de riesgo de malignidad uterina, hiperplasia endometrial
<b>COAGULACIÓN</b>	Sangrados abundantes o prolongados	Historia familiar de desordenes de coagulación, historia de tratamiento con anticoagulantes
<b>OVULATORIO</b>	Ciclos menstruales irregulares variable en volumen y duración	Hirsutismo, acné, y/u obesidad → Síndrome de ovario poliquístico Galactorrea → Hiperprolactinemia Pérdida o ganancia reciente de peso, intolerancia al frío o calor → Disfunción tiroidea
<b>ENDOMETRIAL</b>	Manchas intermenstruales	Historia reciente de procedimiento cervical o uterino o parto → endometritis crónica
<b>IATROGENICO</b>	Ciclos menstruales irregulares o sangrado abundante en paciente que usa terapia hormonal	
<b>NO CLASIFICADO</b>		

*Tabla 4. Diagnóstico diferencial de sangrado genital según tipo de sangrado y característica clínica (Kaunitz, A., 2016)*

Por lo mismo, al basarnos en estos parámetros para nuestra paciente, podemos ver que por el tipo de sangrado es un sangrado abundante por lo que podríamos orientarnos más a una causa estructural, entre ellas: adenomiosis, leiomioma o malignidad por lo que podríamos acercarnos más al diagnóstico con el examen físico uterino en el que se encuentra un útero agrandado lo que nos lleva a pensar en adenomiosis o leiomioma.

### **5.0 ¿Qué son los pólipos uterinos y cuál es su tratamiento?**

Los pólipos uterinos, son sobrecrecimientos hiperplásicos de glándulas endometriales y estroma que se proyectan desde la superficie del endometrio. Es una de las etiologías más comunes de sangrado genital anormal en mujeres pre y post menopáusicas; pero sobre todo es común que se presente en mujeres que se encuentran en la transición a la menopausia. (Lenci, etal. 2014)

Este tipo de lesiones usualmente son benignas, sin embargo el 1-2% de pacientes pre menopausicas y el 4-5% de pacientes postmenopausicas pueden tener lesiones con características atípicas como son el crecimiento rápido, vascularización, pólipos de tamaño mayor a 1,5 cm de diámetro. Siendo estas características sugerentes de malignidad. (Lenci, etal. 2014)

En cuanto a la presentación clínica, los pólipos generalmente son asintomáticos, en un 72% de pacientes este es un hallazgo incidental cuando se realizan estudios de imagen. Sin embargo, la presentación más común cuando se presentan síntomas, es el sangrado intermenstrual, en su mayoría, la característica de este sangrado es en manchas aunque en algunas mujeres se podría presentar con sangrado abundante.

De la misma forma, es importante preguntar a la paciente el uso de terapias estrogénicas ya que en muchos casos se ha visto relacionado la presencia de pólipos con el uso de este tipo de terapias. (Clark, etal. 2016)

Para tener un tratamiento adecuado de los pólipos endometriales, existen diversas guías de manejo y varias opciones terapéuticas. La primera opción es el manejo conservativo este tipo de manejo se lo debe dar únicamente cuando el tamaño del pólipo es pequeño, lo que quiere decir menor a 1,5 cm de diámetro y cuando la paciente se encuentra asintomática. Sin embargo, el gold estándar en el tratamiento de los pólipos es la extracción quirúrgica. Esta extracción puede ser mediante histeroscopia, dilatación y curetaje o hysterectomía. Por su parte, es preferida la histeroscopia debido a que este es un tratamiento menos invasivo, con menores costos y tiene un menor riesgo para la paciente. (AAGL, 2012)

El objetivo principal de extirpar el pólipo endometrial es lograr aliviar los síntomas de la paciente si los habría y detectar cualquier signo de malignidad. Por lo mismo, es importante extirpar cualquier pólipo que sea sintomático o que cuente con cualquiera de las características de malignidad antes descritas. Asimismo, la extracción del pólipo dependerá de si la paciente es pre o post menopaúsica. En pacientes post menopaúscas todo pólipo debe ser extraído ya sea sintomático o asintomático por el alto riesgo de malignidad. Por lo que es de suma importancia además de la extracción quirúrgica, realizar un estudio histopatológico de la muestra. Por su parte, en pacientes pre menopaúscas se puede considerar los siguientes parámetros para realizar una polipectomía: pólipo mayor a 1,5 cm de diámetro, múltiples pólipos, pólipo prolapsado a través del cérvix o que el pólipo este causando infertilidad en la mujer. (AAGL, 2012)

### **5.1 ¿Qué es la adenomiosis y cuál es su tratamiento?**

La adenomiosis es la presencia de glándulas endometriales y estroma en el miometrio. Esta enfermedad se presenta un 20% en mujeres perimenopausicas y tiene una mayor prevalencia en mujeres multíparas. (Silvia, etal. 2017)

La presentación clínica más común es con un sangrado menstrual abundante que suele acompañarse de dismenorrea en 25% de las pacientes e incluso puede llegar a ser un dolor pélvico crónico. (Silvia, et al. 2017)

En el examen físico se palpa un útero difusamente flácido y agrandado que es descrito generalmente como globoso. Este agrandamiento puede ser difuso con una ampliación concéntrica del útero o focal pudiendo desarrollar varios nódulos. (Munro, et al., 2011)

En cuanto al diagnóstico se lo realiza principalmente mediante la ecografía. Con este estudio se puede ver la presencia de tejido endometrial heterotópico en el miometrio parcialmente relacionado con hipertrofia miometrial asimétrica. Asimismo, para el diagnóstico se puede realizar una resonancia magnética en donde se puede determinar hasta donde se encuentra la invasión de tejido. Además, en la resonancia magnética se observa engrosamiento de la zona de unión mayor a 12 mm. (Munro, et al., 2011)

Cuando se realiza un diagnóstico de adenomiosis el tratamiento puede realizarse con tratamiento farmacológico o quirúrgico. En cuanto al tratamiento farmacológico, se basa en tratamiento combinado tanto hormonal como no hormonal. Con el objetivo principal de aliviar los síntomas de la paciente. (K.-H. Tsui et al, 2014)

En cuanto a los tratamientos no hormonales, se utilizan drogas anti inflamatorias no esteroideas, con el propósito de disminuir la dismenorrea. Asimismo, otro de los síntomas importantes y que causan molestia a las pacientes es el sangrado abundante, que puede ser tratado con ácido tranexánico. Este es un antifibrinolítico que permitirá reducir el sangrado. (K.-H. Tsui et al, 2014)

Además, al tratamiento se le debe añadir una terapia hormonal que se caracteriza en inhibir la gonadotropina desde la glándula pituitaria causando de esta forma cambios cíclicos en los esteroides ováricos. (K.-H. Tsui et al, 2014)

Dentro del tratamiento hormonal, existen diversos tipos que pueden ser utilizados, uno de ellos es el tratamiento con anticonceptivos orales ya sea combinados o solo progestágenos siendo estos últimos menos efectivos al ser la adenomiosis una enfermedad mediada principalmente por estrógenos. Otro de los fármacos que pueden ser utilizados son los dispositivos intrauterinos con progestágenos, estos permiten una reducción en el tamaño uterino y mejora la dismenorrea. (K.-H. Tsui et al, 2014)

Asimismo, se pueden utilizar análogos de la gonadotropina induciendo a la paciente a una menopausia, sin embargo estos pueden ser utilizados únicamente por corto tiempo por sus efectos adversos. (K.-H. Tsui et al, 2014)

En cuanto al tratamiento quirúrgico, la histerectomía sigue siendo el tratamiento definitivo para pacientes con adenomiosis sin embargo este tratamiento solo puede ser utilizado en mujeres con paridad satisfecha. Para pacientes que todavía es importante su fertilidad se pueden buscar otras opciones como ablación endometrial siempre y cuando la afectación sea superficial. Otra técnica que se utiliza es la embolización de arteria uterina sobre todo en pacientes con recurrencia. (K.-H. Tsui et al, 2014)

## **5.2 ¿Qué son los leiomiomas y cuál es su tratamiento?**

Los leiomiomas son tumores benignos monoclonales derivados de células de músculo liso del miometrio. Dentro de la edad de presentación más común es en mujeres en edad reproductiva. Asimismo, esta patología se ha visto mucho más relacionada en mujeres con índice de masa corporal elevada. Por otro lado, se encuentran los factores protectivos para esta patología que son el embarazo y el tabaquismo por su efecto antiestrogénico. (Vargas- Hernandez, 2013)

Por su parte, aunque estos tumores son principalmente benignos tiene una incidencia de sarcoma de 3-7 por 100000 y de carcinosarcoma 1-4 por 100000.

Los leiomiomas se clasifican según la capa del útero en la que se encuentra por lo que pueden ser: submucosos, intramurales, subserosos o una combinación de ellos. Estos a su vez tienen subdivisiones según el porcentaje de invasión de cada capa. Por lo tanto los submucosas se subdividen según las capas que invaden. (Vargas- Hernandez, 2013) (Imagen 1 y tabla 5).

Submucosos	0	Intracavitario pedunculado
	1	<50% intramural
	2	> 50% intramural
Otros	3	Contacto con el endometrio (100% intramural)
	4	Intramural
	5	Subseroso > 50% intramural
	6	Subseroso < 50% intramural
	7	Subseroso pedunculado
	8	Otros (ej. Cervicales, parasiticos)

Tabla 5.- Clasificación de leiomiomas (Kaunitz, A. 2016)

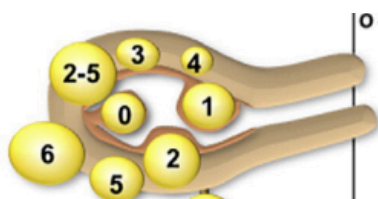


Imagen 1: Clasificación de leiomiomas (Kaunitz, A. 2016)

De la misma forma, los miomas pueden ser clasificados según su tamaño observado en estudios radiológicos:

Mioma de pequeños elementos	= o < 2cm
Mioma de medianos elementos	2 – 6 cm
Mioma de grandes elementos	6- 20cm
Miomatosis gigante	> 20cm

Tabla 6.- Clasificación de leiomiomas (Kaunitz, A. 2016)

En cuanto a la sintomatología que presentan las pacientes que presentan leiomiomas, se ha visto que la mayoría son asintomáticos, sin embargo puede dar síntomas dependiendo de la ubicación en la que se encuentra el leiomioma. Entre los síntomas más comunes se presentan con dismenorrea, dispareunia, poliaquiuria, constipación. Además de estos síntomas se presentan con sangrados menstruales abundantes y prolongados que normalmente se presentan con dolor y sensación de presión pélvica. Al examen físico se palpa un útero agrandado, móvil con contorno irregular y asimétrico. (Vargas- Hernandez, 2013)

Por su parte, los miomas grandes sobre todo pueden estar subirrigados y degenerar por lo que puede causar dolor, este puede ser autolimitado y únicamente durar días o pocas semanas. Dentro de los tipos de degeneración puede ser hialina, quística, mixoide, calcificado, carnosa o roja, necrótica y sarcomatosa. (Tabla 7)

Tipo de degeneración	Característica
Degeneración hialina	Presencia de bandas eosinofílicas homogéneas o placas en el espacio extracelular (acumulación de material proteináceo)
Degeneración quística	4% de miomas, posterior a hialina por licuefacción
Degeneración mixoide	Material gelatinoso
Calcificación	Se presenta en miomas residuales. Puede ser parcial o total
Degeneración carnosa/roja	Más común durante el embarazo. Patología tiene apariencia hemorrágica. Se presenta secundaria a trombosis venosa o ruptura de arterias intratumorales
Necrosis	Alteración de vascularidad focal o difusa
Sarcomatosa	Se presenta en mujeres <u>postmenopáusicas</u> y se manifiesta por crecimiento rápido del tumor

Tabla 7.- Tipos de degeneración de leiomiomas (Knipe, H., Farooq, S. 2015)

El tratamiento de los leiomiomas se puede dividir en dos grandes grupos que son el tratamiento clínico y el tratamiento quirúrgico. La efectividad del tratamiento va a



depender la severidad de síntomas, tamaño, localización del mioma, edad y la historia obstétrica de la paciente. En cuanto al tratamiento farmacológico tenemos varias alternativas, con este tipo de opciones se ha visto 75% de mejoría dentro del primer año, sin embargo a largo plazo se ha notado fracaso del mismo. (Mutch, D. Biest, S. 2016)

El primer grupo de fármacos que puede ser utilizado son los anticonceptivos orales, para esta patología se pueden utilizar anticonceptivos únicamente de progestina, que suprimen parcialmente la estimulación de estrógeno. Por lo mismo, se encuentran contraindicados los anticonceptivos combinados con estrógeno. Sin embargo, no se ha visto mucha eficacia en la utilización de los mismos. (Stewart, 2017). De la misma manera, puede utilizarse los progestágenos exógenos, estos son fármacos utilizan el mismo mecanismo de acción que la progestina oral. El ejemplo más común son los dispositivos intrauterinos de levonogestrel. (Mutch, D. Biest, S. 2016)

Por otro lado, también pueden ser utilizados los análogos de la GnRH, estos fármacos son efectivos para alivio de síntomas y disminuye el tamaño de los miomas. Dentro de los ejemplos más comunes de este fármaco de encuentra el Leuprolide intramuscular, la dosis indicada para esta patología es de 3,75 mg mensual. (Mutch, D. Biest, S. 2016)

Otro de los fármacos utilizados son los modulares de receptores de progesterona, estos tienen un efecto en el volumen uterino, disminuye los efectos adversos menopaúsicos y disminuye la menorragia. El ejemplo más común de estos fármacos es el Acetato de Ulipristal por vía oral 5- 10 mg cada día por 13 semanas. (Mutch, D. Biest, S. 2016)

Por su parte, en cuanto al tratamiento quirúrgico en donde tenemos: histerectomía, miolisis, ablación endometrial, miomectomía y la oclusión de la arteria uterina. (Stewart, E. 2016)

Sin embargo, se ha visto que el pilar del tratamiento es la histerectomía siendo un procedimiento definitivo e indicado en sangrado uterino anormal, si la paciente tiene un incremento de la sintomatología.

En cuanto a la histerectomía se la realiza en pacientes con hemorragia aguda que no responde a otro tipo de tratamientos, cuando la paciente no tiene deseos de embarazarse o cuando hay una alta probabilidad de malignidad. Es un procedimiento altamente invasivo por lo que la decisión de este tratamiento quirúrgico debe ser discutido ampliamente con la paciente. (Stewart, E. 2016)

La miolisis, es un tratamiento laparoscópico en el que se puede realizar por varios mecanismos que pueden ser térmicos, radiofrecuencia o crioablación. Este tipo de mecanismo va a permitir la destrucción de tejido, sin embargo, puede aumentar el riesgo de adhesión y ruptura de la submucosa. (Stewart, E. 2016)

La ablación endometrial de igual forma es un procedimiento altamente invasivo por lo que es necesario que la paciente tenga la pariedad satisfecha para este procedimiento. Este tratamiento se realiza en leiomiomas submucosos. Cuando el leiomioma mide menos de 3 cm se puede realizar ablación por medio de microondas, sin embargo si tiene una medida mayor a 3 cm se necesita la resección y posterior a esto la ablación. (Stewart, E. 2016)

La miomectomía, es un procedimiento menos invasivo que los descritos anteriormente debido a que permite a la mujer intentar la concepción en un futuro, ya que se conserva el útero de la paciente. Esta es una terapia útil y efectiva pero sin embargo existe riesgo de recidivas a partir de nuevos clones. (Stewart, E. 2016) La

miomectomía puede ser realizada de manera histeroscópica o por laparotomía. El procedimiento por histeroscopia es preferido debido a que es un procedimiento ambulatorio, tiene un tiempo corto de recuperación, baja tasa de morbilidad, mínima cicatriz en el endometrio. Este tipo de tratamiento, permite remover leiomiomas intracavitarios ya sean submucosas e incluso algunos intramurales que protruyen dentro de la cavidad. Las indicaciones para su realización son: sangrado uterino anormal, abortos recurrentes, infertilidad. Por su parte, no se debe realizar en infección pélvica activa, embarazos intrauterinos, cáncer.

Por último, la oclusión de la arteria uterina es un procedimiento que se realiza por vía laparoscópica o vaginal se provoca un infarto del mioma pero preserva el tejido uterino normal. Por su parte la experiencia de este tipo de procedimientos es limitada. (Stewart, E. 2016)

### **5.3¿Cómo se reconoce una malignidad uterina?**

El cáncer uterino es la sexta causa más común de cáncer femenino. Al momento de diagnóstico 70% de los casos de cáncer endometrial son diagnosticados en estadio I. Se han encontrado diversos factores de riesgo para la presentación del mismo, entre ellos se encuentran: edad avanzada, nuliparidad, historia de infertilidad, irregularidades en los ciclos menstruales, menopausia tardía, menarquia temprana, uso prolongado de estrógenos, uso de tamoxifeno, obesidad, síndrome de Lynch. (Burke, etal. 2015)

La malignidad uterina se presenta como un sangrado irregular que generalmente se observa en pacientes postmenopausicas. El sarcoma uterino es 3-5% de los tumores uterinos. Los tumores uterinos se observan como leiomiomas y solo son distinguidos histopatológicamente por lo que es necesario hacer estudios histopatológicos a los

miomas extraídos. Este tipo de neoplasia rara vez presenta metástasis siendo el melanoma el principal sitio de metástasis. (Kaunitz, A. 2016)

Cuando una mujer ha sido diagnosticada de cáncer uterino el tratamiento es quirúrgico mediante una histerectomía total con salpingo ooforectomía bilateral. Sin embargo, si el cáncer ha progresado se necesita de un tratamiento más radical debido a que puede presentarse metástasis a nódulos linfáticos, intra abdominales o distantes como son pulmonares o en piel. Para esto la irradiación pélvica adyuvante con radiación extendida se ha visto que reduce significativamente la metástasis. Al igual que la quimioterapia conjunta. (Burke, etal. 2015)

#### **5.4 ¿Cuáles son las características de los trastornos de coagulación?**

Estos son desordenes de la hemostasia, se ha visto que alrededor de 13% de las mujeres con sangrado uterino anormal presentan desordenes sistémicos, siendo el trastorno más común la enfermedad de Von Willebrand. Otro tipo de enfermedades son la trombocitopenia inmune, disfunción plaquetaria, leucemia o por enfermedades como la falla renal o hepática. (Munro, M. etal. 2011)

Por lo tanto, es importante realizar una historia clínica completa para descartar un diagnóstico de coagulopatías por lo que se debe analizar si el sangrado abundante se presenta desde la menarquia, así mismo se debe saber si la paciente ha presentado hemorragias pos parto, sangrados de sitios quirúrgicos, sangrados asociados a tratamientos dentales. De igual manera examinar moretones que se han presentado al menos 1 a 2 veces al mes, epistaxis 1 o 2 veces al mes, sangrado de las encías, historia familiar de sangrado. (Whitaker, etal. 2016) Asimismo, es importante realizar diversas pruebas para el diagnóstico de coagulopatía. Para el manejo de este tipo de trastornos se debe utilizar anticonceptivos combinados y es necesario detener la

hemorragia, examinar el estado hemodinámico del paciente y corregir los mismos. Sin embargo, también es necesario referir a un hematólogo para el tratamiento de su enfermedad de base. (Bacon, 2017)

### **5.5 ¿Qué es la disfunción ovulatoria y cuál es su tratamiento?**

Son desordenes de la menstruación variable con episodios de amenorrea o sangrados abundantes. Estas manifestaciones se relacionan con la ausencia de la producción cíclica de progesterona. La etiología se encuentra muy relacionada con endocrinopatías con enfermedades como: síndrome de ovario poliquístico, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, estrés, obesidad, anorexia, pérdida de peso o ejercicio extremo. Este tipo de trastornos es más frecuente en pacientes en extremos de edad reproductiva como son las adolescentes y las pacientes en la transición a la menopausia. (Bacon, 2017) Por lo mismo, su tratamiento se basa en tratar la causa de base.

Sin embargo cuando todo el PALM COEIN ha sido descartado y no se encuentra la casusa del mismo, este sangrado puede ser considerado de tipo disfuncional. Por lo tanto cuando se sospecha altamente en un sangrado disfuncional se inicia con tratamiento empírico para el mismo con el objetivo de volver al ciclo menstrual habitual de la mujer. Para esto se utiliza terapia con progestina y posterior a esto se mantiene una terapia mediante estrógenos y progestica, el tipo de método anticonceptivo utilizado va a depender mucho de la paciente y va a ser muy variable por lo que para esto se debe analizar a fondo la historia clínica de la paciente y sus conveniencias. (Casablanca, 2008)

Por su parte, si la paciente se presenta hemodinamicamente inestable y con un sangrado agudo abundante se deben tomar otro tipo de medidas como corrección hidroelectrolítica y estabilizar a la paciente. En cuanto al sangrado se puede intentar

detener con estrógeno intravenoso cada 4 horas por 24 horas hasta que el sangrado disminuya, sin embargo, si a la segunda dosis no hay una buena respuesta se debe llegar a métodos mucho más invasivos como la colocación de un balón uterino, dilatación y curetaje o incluso la histerectomía. (Casablanca, 2008) Sin embargo, cabe recalcar que la terapia hormonal es simplemente una terapia temporal ya que no se llega a detener la causa de base del sangrado.

Se han intentado investigar diversas formas de detener el sangrado sin la utilización de la terapia hormonal. Dentro de los estudios realizados se ha encontrado satisfactorio el uso de ácido tricloroacético sobre todo en pacientes que son refractarios al tratamiento hormonal. Se ha visto una buena respuesta con una disminución significativa del sangrado. Esta terapia es útil para mujeres que no buscan la concepción y no desean realizarse una histerectomía. El ácido tricloroacético puede ser utilizado de manera tópica o puede ser instilado mediante curetaje en el endometrio mostrando en ambos casos ser efectivo con la ablación del endometrio incluyendo la capa basal. (Abdellah, 2012) Para la realización de la ablación se debe insertar un especulo bivalvo para identificar el cérvix, si es necesario se debe dilatar el mismo y se debe instilar ácido tricloroacético al 95% a la cavidad uterina. Para el control del mismo se debe realizar ecografías pélvicas cada tres meses y al año realizar una biopsia endometrial. (Mustafa, 2005)

### **5.6 ¿Qué es la endometriosis y cuál es su tratamiento?**

La endometriosis es la presencia de glándulas endometriales y de estroma fuera de la cavidad uterina. Las pacientes con endometriosis se presentan con sangrado menstrual abundante, dismenorrea, dispareunia, dolor crónico e infertilidad. De la misma forma, estas pacientes pueden presentar un síndrome visceral que se caracteriza por dolor abdominal no relacionado a la menstruación, dolor miccional, dolor al defecar,

constipación/ diarrea, sangrado irregular, náusea, vomito y fatiga. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)

La endometriosis se puede presentar en cualquier tipo de órgano, sin embargo, los sitios más comunes son los ovarios, el fondo de saco de Douglas, los ligamentos anchos posteriores y uterosacros, en cualquier capa del útero, trompas de falopio, colon, apéndice sigmoide y ligamentos redondos. Y en sitios menos comunes como son la vagina, el cervix, el septo rectovaginal, el ciego, el íleon, la vejiga, los ureteres y ombligo. E incluso se han encontrado en sitios de implantación mucho más raros como son el diafragma, el sistema nervioso central, el páncreas, el hígado, la mama, el riñón y el pulmón. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)

Se debe sospechar de endometriosis cuando existe un sangrado uterino anormal en el contexto de sangrados menstruales cíclicos u ovulatorios; cuando no hay otra causa identificada y en donde se puede pensar que el mecanismo más probables es un desorden en el endometrio. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)

El tratamiento para la endometriosis puede ser tanto quirúrgico como hormonal, sin embargo se ha visto que este tipo de tratamientos tienen limitaciones debido a que existe un alto índice de recurrencia y además por los efectos secundarios provocados por la utilización de terapia anticonceptiva. Actualmente, se ha implementado el uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, modulares selectivos del receptor de progesterona o de estrógeno, inhibidores de la aromataasa, inmunomodulares y agentes antiangiogenicos con buena respuesta. Sin embargo permanecen en investigación varias terapias genéticas que podrían mejorar significativamente la endometriosis y erradicar su recurrencia. (Bedaiwy, etal. 2017)

### **5.7 ¿ Cuáles son los medicamentos que podrían causar un sangrado uterino anormal iatrogénico?**

Diversos mecanismos e intervenciones pueden causar anomalías en el sangrado uterino. Se ha visto que la primera causa de sangrado uterino anormal es la terapia gonadal esteroidea. Este tratamiento puede ser oral, transdérmico, vaginal o inyectable. Asimismo, se ha visto agentes sistémicos que interfieren con el metabolismo de la dopamina como son los antidepresivos tricíclicos y la fenotiazida que reducen la recaptación de serotonina. Otro tipo de medicamentos que puede provocar sangrado uterino anormal son los anticoagulantes como son la warfarina y la heparina. (Bacon, 2017)

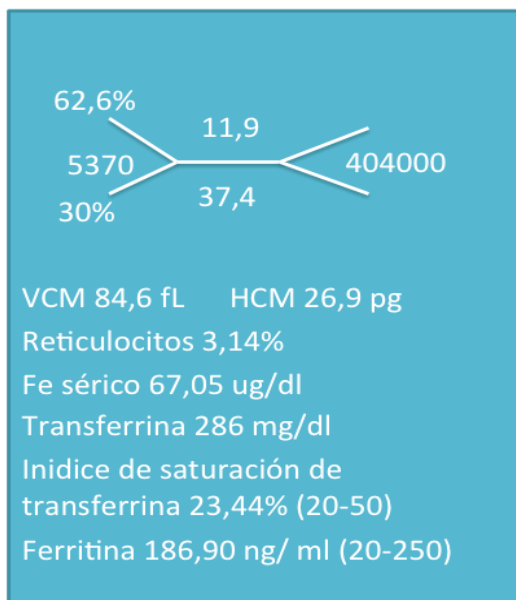
### **5.8 ¿Cuáles son las causas más comunes de sangrado uterino anormal no clasificada?**

Dentro de las patologías no clasificadas que pueden generar un sangrado uterino anormal las más comunes son la endometritis crónica, la hipertrofia miometrial, las malformaciones arteriovenosas como son los aneurismas cirsoides, el aneurisma arteriovenoso, la fistula arteriovenosa y hemangioma cavernoso. (Bacon, 2017)

### **6.0 Para esta paciente ¿Qué estudios de laboratorio solicitaría?**

Para poder ir descartando cada una de las patologías del diagnóstico diferencial de sangrado uterino anormal a la paciente se le solicitó los siguientes exámenes de laboratorio:





Beta hCG cualitativa: NEGATIVA  
Glucosa 86 mg/dl (70-110)  
Urea 14 mg/dl (10-50)  
BUN 7 mg/dl (6-23)  
Creatinina 0,60 mg/dl (0.5-1,2)  
Ácido úrico 2,90 mg/dl (2.5-6.2)  
TP 10,9 seg (9,9-11,8)  
TTP 33 seg (23,4-36,3)  
INR 0,87 (0,8-1,2)

Por lo tanto, según lo que las recomendaciones nos indican, es necesario realizar las siguientes pruebas de laboratorio en todas las pacientes que se presentan con un sangrado uterino anormal:

- Prueba de embarazo ya sea cuantitativa o cualitativa: La prueba de embarazo sanguínea nos permite detectar embarazos tempranos desde la primera semana de concepción, por su parte, la prueba en orina es un poco más tardía ya que detecta a partir de la segunda semana de gestación.
- Biometría hemática: Dentro de este examen es de suma importancia vigilar hemoglobina y hematocrito de la paciente para descartar anemia. Además es importante analizar el conteo plaquetario si se sospecha de trastornos en el sangrado.

Adicional a estos dos exámenes que son de suma importancia, se le puede añadir a los exámenes de la paciente: pruebas endocrinas, prolactina, niveles de andrógenos, hormona folículo estimulante (FSH), niveles de estrógenos, función ovulatoria, pruebas de coagulación. Estas pruebas dependerán de cómo la clínica

de la paciente nos vaya guiando por lo que estos exámenes no se les debe pedir a todas las pacientes. (Kaunitz, A., 2016)

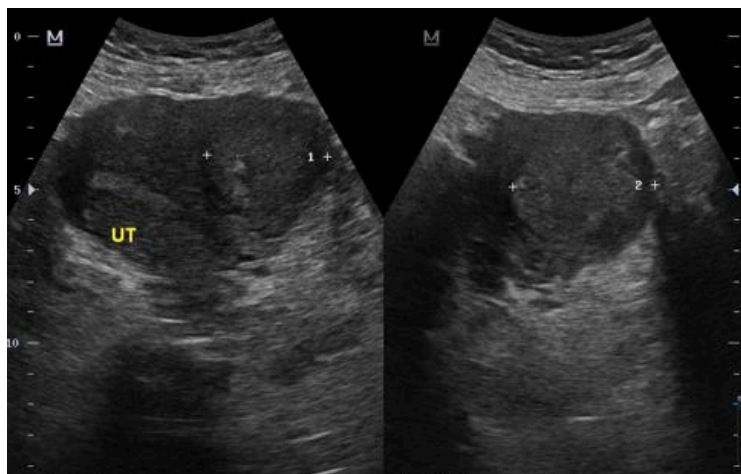
Analizando los exámenes de ingreso de nuestra paciente, son exámenes que se encuentran dentro de parámetros normales para su edad, no se presentan signos de anemia ni se evidencia trastornos de la coagulación.

### **6.1 Para esta paciente ¿Qué estudios de imagen solicitaría?**

Cuando se presenta una paciente con sangrado uterino anormal, el primer estudio de imagen que se debe solicitar es el ultrasonido. Este estudio es de gran utilidad ya que permite al médico identificar dos aspectos importantes para el diagnóstico diferencial en la paciente; el primero de ellos es identificar la fuente de sangrado y por lo mismo analizar el mejor tratamiento para el mismo, y la segunda ventaja de este estudio es que nos permite tener ya sea un mejor acercamiento a patologías como son el cáncer endometrial sobre todo en pacientes que se presentan con sangrado y son mayores a 40 años. (Knipe, 2015)

El estudio de elección es el eco trans vaginal, al realizar el estudio, lo que vamos a analizar son los siguientes parámetros: posición del útero, tamaño del útero, grosor del endometrio, presencia de masas según la patología que presente la paciente. (Knipe, 2015)

Por lo tanto, a la paciente se le solicitó una ecografía transvaginal en donde se observa lo siguiente:



*Imagen 2: Ecografía transvaginal*

Útero: en anteversión, agrandado y lobulado, con diámetro longitudinal 15,3cm, transversal 15,5 cm y anteroposterior 8,6 cm con las paredes engrosadas y fibrosas, observándose numerosos miomas intramurales, los mayores de 10 cm en la pared lateral izquierda (con degeneración grasa), de 6,1-4,9 cm hacia la pared lateral derecha y 4,1 cm en la pared posterior del cuerpo uterino.

Varios miomas desplazan y comprimen el endometrio.

Endometrio: de difícil valoración de 7,8mm de espesor

Cervix: longitud normal, con el canal endocervical uniforme, con escasos quistes mucoides el mayor de 7,4mm

Ovario derecho: de forma y tamaño normal

Ovario izquierdo: de forma y tamaño normal

## **6.2 ¿ Con los estudios solicitados cuál es la probabilidad diagnóstica más acertada para esta paciente?**

Al analizar el caso la paciente presenta sangrados uterinos prolongados y se encuentra en una edad fértil por lo que al analizar todos los parámetros y complementando con los estudios realizados se puede decir que la paciente presenta miomatosis uterina.

La prevalencia en el rango de edad de nuestra paciente de miomatosis uterina es 20 a 40 % sin embargo, aunque la mayoría de veces esta patología es asintomática nuestra paciente presenta los síntomas comunes de la misma y sobre todo llegaba a afectar su estilo de vida. (Faustino, etal. 2017)

### **6.3 Para una paciente con miomatosis uterina con su pariedad satisfecha ¿Cuál sería el tratamiento de elección?**

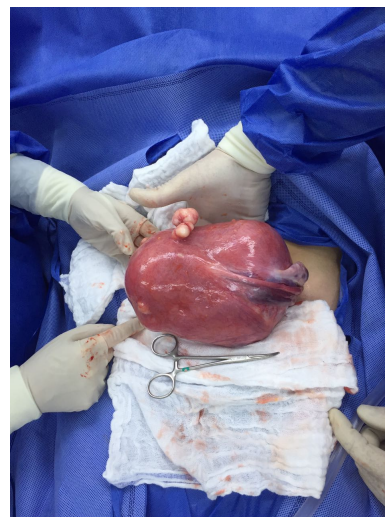
Para esta paciente que en el pasado ya se le ha realizado una miomectomía en el pasado sin embargo, permanece con recurrencia y presencia de sintomatología, el tratamiento de elección sería la histerectomía. A la paciente se le realiza este procedimiento encontrándose lo siguiente:

Útero fibroso aumentado de tamaño 5X

Adherencia de anexos derecho e izquierdo hacia pared y epiplon

Sangrado 100cc

Orina clara por Foley



*Imagen 3 Histerectomía- Útero agrandado de tamaño 5X, miomas subserosos*

#### **6.4 ¿En este caso se debería mandar la muestra a histopatología?**

Al analizar a la paciente aunque no presenta factores de riesgo para malignidad es necesario enviar la muestra a histopatología debido a que muchas masas malignas se observan macroscópicamente como leiomiomas.

En el estudio histopatológico de la paciente se reporta lo siguiente:

##### **MACROSCOPICO.**

Útero deformado, peso 2900g, medidas 17x16x11 cm, cervix 4x2,5, cubierto por mucosa exocervical blanquecina. Orificio cervical externo transversal 0,4cm, al corte canal endocervical permeable comunica con cavidad uterina desplazada lateralizada de 7x2cm, cubierta por endometrio delgado de 2mm, en el miometrio 18 formaciones nodulares arremolinadas bien delimitadas que miden entre 0,9 y 12 x 10cm

- A. Cérvix: epitelio escamoso acantósico, el estroma con leve infiltrado inflamatorio linfocitario
- B. Endometriometrio y nódulo: endometrio exhibe glándulas endometriales tubulares sin atípia.
- C. Nódulos: miometrio constituido por una proliferación concéntrica de fibras musculares lisas.

Diagnóstico: Cervicitis crónica leve, endometrio proliferativo, leiomiomas convencionales en miometrio.

## REFERENCIAS

- AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Endometrial Polyps. (2012). Journal Of Minimally Invasive Gynecology, 19(1), 3- <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2011.09.003>
- Bacon, J. 2017. Abnormal Uterine Bleeding. Current Classification and Clinical Managment
- Bedaiwy, etal. 2017, New developments in the medical treatment of endometriosis, American Society for Reproductive Medicine, Published by Elsevier Inc.
- Burke, etal. 2015, Endometrial Cancer, The American College of Obstetricians and Gynecologists
- Casablanca, Y., 2008, Management of Dysfunctional Uterine Bleeding, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America
- Centers for Disease Control and Prevention, 2015, Heavy Menstrual Bleeding.  
Extraído de:  
<https://www.cdc.gov/ncbddd/blooddisorders/women/menorrhagia.html>
- Clark TJ, Stevenson H, Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P) – What is the relationship; how are they diagnosed and how are they treated?, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology (2016), doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.005.
- Corrine, K., & Barbieri, R. (2016). Evaluation and management of secondary amenorrhea. Uptodate.com. Extraído el 01 de Agosto de 2017 de: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-secondary-amenorrhea?>

Faustino Fatima, Martinho Margarida, Reis Jose, Aguas Fernando. Update on Medical Treatment of Uterine Fibroids. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.047>

Fraser, I., Munro, M., FACOG, Critchley, H., FRCOG, Abnormal uterine bleeding in reproductive-age women: Terminology and PALM-COEIN etiology classification

K.-H. Tsui et al, 2014, Medical treatment for adenomyosis and/or adenomyoma, Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology

Kaunitz, A. 2016. Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women . Uptodate

Kaunitz, A. 2016. Differential diagnosis of genital tract bleeding in woman. Uptodate

Knipe, H., Farooq, S. 2015. Uterine Leiomyoma. Radiopaedia

Lenci, M., Premalignant and malignant lesions in endometrial polyps in patients undergoing hysteroscopic polypectomy, Hospital Israelita Albert Einstein, Sao Paulo. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898233/pdf/1679-4508-eins-12-01-0016.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898233/pdf/1679-4508-eins-12-01-0016.pdf)

Munro, M., Critchley, H., Broder, M., Fraser, I., FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age

Mutch, D. Biest, S. 2016, Miomas uterinos, Manual MSD

Silvia Vannuccini, et al., Pathogenesis of adenomyosis: an update on molecular mechanisms, *Reproductive BioMedicine Online* (2017), doi: [10.1016/j.rbmo.2017.06.016](https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.06.016)

- Mustafa, 2005, Intrauterine instillation of trichloroacetic acid is effective for the treatment of dysfunctional uterine bleeding, Department of Obstetrics and Gynecology, Trakya University Research Hospital, Edirne, Turkey
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013, Endometriosis, Protocolos SEGO
- Strier, S. 2011. Guía de práctica clínica. OSECAC.  
[http://www.osecac.org.ar/documentos/guias\\_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-42%20Hipermenorrea\\_v0-11.pdf](http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-42%20Hipermenorrea_v0-11.pdf)
- Stewart, 2017, Overview of treatment of uterine leiomyomas, Uptodate
- Vargas- Hernandez, 2013, Leiomiomatosis uterina. Aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos, reproductivos, clínicos y terapéuticos, Dirección de Investigación, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud
- Whitaker, et al. 2016, Abnormal uterine bleeding, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology