

SUA Causas estructurales benignas y su tratamiento

Dra Graciela Keklikian

1. PÓLIPOS DE ENDOMETRIO

Los pólipos endometriales son proliferaciones focales del endometrio constituidas por cantidades variables de glándula, estroma y vasos sanguíneos. El componente glandular siempre presenta algún grado de desorden arquitectural, que puede ser funcional o atrófico según la edad de la paciente. (1)

Su prevalencia es mayor en pacientes con obesidad, síndrome metabólico y dislipidemias (2). Asimismo, constituyen la patología endometrial más frecuentemente asociada con el uso de tamoxifeno. La malignización de pólipos endometriales asociados a tamoxifeno no parece estar relacionada con la duración del tratamiento ni con el tamaño del pólipo. (3)

Aproximadamente el 95 % de los pólipos endometriales son benignos: el hallazgo de hiperplasia atípica o carcinoma ocurre sólo en el 0.5 a 5 % de los pólipos en distintas series, siendo el riesgo mayor en mujeres con factores de riesgo endometrial – por ejemplo síndrome de Lynch, síndrome de Cowden o con sangrado de la postmenopausia.(4)

La presencia de pólipos múltiples y/o endometrosis pueden ser un factor de riesgo para la recurrencia. (5)

Son una de las causas más frecuentes de SUA; el sangrado intermenstrual es el patrón de sangrado más común. También pueden ser asintomáticos y aparecer como hallazgo incidental en una ecografía transvaginal o una histeroscopia solicitadas por otro motivo.

En pacientes premenopáusicas, los pólipos no tratados, pueden persistir, crecer o resolverse espontáneamente. La resolución espontánea es esperable en pólipos únicos y menores a 1 cm (6,7)

En pacientes con deseo genésico, no existe evidencia de que los pólipos se asocien a riesgo de aborto espontáneo o resultados obstétricos desfavorables. Con respecto a su impacto en la fertilidad varios estudios sugieren que interfieren en la implantación embrionaria y que la polipectomía es beneficiosa en pacientes estériles. Un estudio prospectivo y randomizado sobre 204 pacientes con pólipos endometriales que realizarían inseminación intrauterina mostró una mayor tasa de embarazo en el grupo en que se realizó la polipectomía previo al tratamiento (8,9)

La **ecografía transvaginal** es el diagnóstico por imágenes de primera línea para la evaluación de pacientes con SUA, por su accesibilidad y bajo costo.

La **histeroscopia de consultorio** -utilizando una óptica de 2 ó 2.9 mm de diámetro y una camisa con canal operador- es el gold standard para confirmar el diagnóstico, evaluar las características del pólipo, tomar una biopsia dirigida si presenta características sospechosas o la paciente tiene factores de riesgo endometrial y en

casos seleccionados realizar la polipectomía, técnica desarrollada por el prof.S. Bettocchi en 2004 y conocida como “see and treat”.(10,11)

Los pólipos pueden crecer en cualquier localización de la cavidad uterina y ser únicos o múltiples, sésiles o pediculados. Según su aspecto endoscópico, se reconocen 3 tipos de pólipos (12):

- **Pólipo adenomatoso:** Es el tipo más frecuente en la edad fértil. Su superficie es rosada y lisa, similar a la del endometrio, si bien no presenta variaciones cíclicas. Su consistencia es blanda, al apoyar la óptica en su superficie, ésta se deprime. La hiperplasia focal polipoide puede presentar un aspecto similar a un pólipo sésil.
- **Pólipo quístico:** Son más frecuentes en la posmenopausia. De consistencia blanda, superficie lisa y color blanquecino-azulado debido a su contenido mucoso, pueden presentar una fina vascularización .
- **Pólipo fibroso:** Más frecuentes en la posmenopausia, representan la involución de un pólipo adenomatoso. Son de color blanco nacarado y consistencia firme.

Tratamiento:

La polipectomía en las pacientes premenopáusicas está indicada en las pacientes sintomáticas y en las siguientes situaciones especiales :

- SUA.
- en tratamiento por esterilidad de baja o alta complejidad
- factores de riesgo para cáncer endometrial
- pólipos mayores de 1.5 cm
- múltiples pólipos
- Pólipos que protruyen por el canal cervical.
- Pólipos asintomáticos persistentes: En pacientes asintomáticas la conducta adecuada es repetir la ecografía transvaginal en postmenstruo luego de 4-6 ciclos.

La polipectomía debe realizarse siempre bajo visión histeroscópica para asegurar la remoción completa del o los pólipos. El procedimiento puede realizarse en el consultorio si se dispone de una óptica e instrumental miniaturizados tales como el set de Bettocchi con instrumentos mecánicos -graspers, tijeras- o eléctricos ; puntero bipolar. (13,14,15) Para ello deben cumplirse las siguientes condiciones:

- a) Tolerancia de la paciente: no debe presentar dolor, discomfort o sudoración durante el procedimiento.
- b) Disponer del instrumental y la destreza adecuados
- c) Pólipo único de tamaño menor a 2 cm y de pedículo estrecho.
- d) Canal cervical permeable.
- e) Relación entre tamaño de pólipo y tamaño de cavidad uterina que permita su abordaje con baja distensión de la cavidad uterina (paciente despierta)

Las cirugías con instrumentos mecánicos son ideales para pacientes con deseo de fertilidad ya que no producen daño térmico en el endometrio.

En los pólipos múltiples , de mayor tamaño o en los casos que no se reúnen las condiciones antes descritas, se aconseja efectuar la polipectomía en quirófano con resectoscopio monopolar o bipolar.

2. ADENOMIOSIS

La adenomiosis es la presencia de glándulas y estroma endometrial en el espesor del miometrio asociado a hipertrofia e hiperplasia reactiva del miometrio adyacente.

Puede presentar distintas configuraciones clínicas: focal, difusa y más raramente quística (16): La adenomiosis focal consiste en la presencia de nódulos circunscritos en la pared anterior o posterior del útero; en la forma difusa numerosos focos de glándulas endometriales y estroma están dispersos en todo el miometrio.

El cuadro clínico incluye SUA, dismenorrea o dolor pelviano y subfertilidad. Es frecuente su asociación con endometriosis y leiomiomas.

Los hallazgos semiológicos típicos de la forma difusa consisten al tacto vaginal en un útero agrandado, de forma globulosa y consistencia disminuida. .

La ecografía transvaginal puede revelar engrosamiento de la pared miometrial posterior, quistes miometriales y miometrio heterogéneo.

Una reciente clasificación (18) distingue 2 subtipos de adenomiosis con diferente fisiopatología, clínica y eventual tratamiento: a) la adenomiosis intrínseca afecta solo la mitad interna del miometrio y se genera por invasión directa de la capa basal del endometrio. Puede visualizarse mediante histeroscopia como quistes azulados subendometriales. B) la adenomiosis extrínseca ocurre en la mitad externa del miometrio, es constituida por la capa superficial del endometrio y se asocia generalmente a endometriosis infiltrativa profunda, pudiendo corresponder a la invaginación en la subserosa de lesiones de endometriosis peritoneal.

La RMN permite cuantificar el engrosamiento de la interfase endometrio-miometrio o "junctional zone" (JZ) que se considera diagnóstico de adenomiosis cuando supera los 12 mm. Otro criterio diagnóstico es si el espesor máximo de la JZ es mayor del 40% del espesor miometrial (17)

Asimismo, la RMN es un mejor diagnóstico diferencial entre adenomiomas y leiomiomas, lo que es de gran utilidad si se debe planificar una cirugía conservadora de la fertilidad,

Tratamiento: La adenomiosis puede recibir tratamiento médico o quirúrgico de acuerdo a los síntomas y deseo genésico de la paciente.

Cuando la paciente es sintomática y no desea un futuro embarazo, la histerectomía es el tratamiento de elección para la adenomiosis difusa o focal.

En pacientes que desean un ulterior embarazo , puede intentarse el tratamiento hormonal para reducir los síntomas de SUA y dismenorrea. El DIU con levonorgestrel es la primera elección por su eficacia para controlar el sangrado y la dismenorrea. Otra opción es el uso de dienogest vía oral sin interrupción. El antagonista de Gn RH

elagolix está siendo evaluado en múltiples protocolos para el tratamiento de adenomiosis aislada o asociada a miomas [1]. Cuando se suspende el tratamiento para buscar el embarazo el sangrado suele recurrir a los 6 meses de la interrupción.

Si bien los anticonceptivos combinados son usados frecuentemente como tratamiento para la dismenorrea, hay escasa evidencia de sus beneficios en la adenomiosis.

Otras alternativas de tratamiento En pacientes con paridad cumplida, o con contraindicaciones para la cirugía, la embolización de las arterias uterinas (UAE) puede ser una alternativa para reducir los síntomas.

En pacientes con deseo genésico la cirugía conservadora con resección en cuña de los adenomiomas es una alternativa en estudio con algunos resultados positivos en la reducción de los síntomas. Las pacientes deben ser advertidas del riesgo aumentado de rotura uterina durante el embarazo (mayor al de las miomectomías). A diferencia de los miomas, los adenomiomas no presentan un buen plano de clivaje con el miometrio circundante y la fibrosis puede dificultar la sutura.

3. LEIOMIOMAS

Los leiomiomas uterinos son los tumores pélvicos benignos más frecuentes en la mujer.

Crece a partir de las células de músculo liso del miometrio y están constituidos por grandes cantidades de matriz extracelular que contiene colágeno, fibronectina y proteoglicanos. Una estructura muy importante es la *pseudocápsula* del mioma: Esta estructura es una red de fibras de colágeno, neurofibras y vasos sanguíneos que se forma en torno al mioma como resultado del fenómeno de paulatina compresión e isquemia del miometrio sano subyacente. La superficie de la pseudocápsula fija el mioma al miometrio mediante dichas fibras de colágeno y vasos. Durante la miomectomía la identificación de la pseudocápsula señalará el *plano de clivaje entre mioma y miometrio sano* (19)

Según su localización los miomas pueden ser subserosos, intramurales o submucosos. Los miomas submucosos sólo representan entre el 5 y 10% del total de miomas, pero son los responsables de SUA, esterilidad y aborto recurrente. A veces pueden asociarse a dismenorrea y dolor pélvico.

También pueden ocasionar SUA los miomas intramurales, dependiendo de su número y tamaño. El sangrado se produce por el alto grado de vascularización que rodea a los miomas, y la deficiente contractilidad del miometrio vecino; así como también por fenómenos de necrosis y ulceración de los mismos. (20)

La **ecografía transvaginal** es el diagnóstico por imágenes de primera línea para la evaluación de pacientes con SUA, por su accesibilidad y bajo costo.

La **histeroscopia de consultorio** es el gold standard para evaluar la localización, tamaño, número, vascularización y grado de compromiso intramural de los miomas, y así definir la mejor estrategia terapéutica para cada caso:

Localización: Aquellos cuya base de implantación se encuentre próxima a la zona cornual merecerán un tratamiento quirúrgico más cauteloso ya que el espesor miometrial

es menor en estas áreas, lo que aumenta el riesgo de perforación durante su resección histeroscópica. Asimismo, los miomas de implantación baja –próxima al cérvix– plantean la dificultad de su vecindad con los pedículos vasculares uterinos.

Clasificación : De acuerdo a la clasificación de miomas de la ESGE y del consenso de F.I.G.O. 2011 podemos reconocer 3 subtipos asociados a SUA:

Mioma tipo 0: mioma submucoso que está totalmente dentro de la cavidad uterina.

Mioma tipo 1: mioma submucoso con una porción intramural menor al 50% de su volumen total.

Mioma tipo 2: impronta de mioma submucoso con una porción intramural mayor al 50% de su volumen total.

Factor Ratio: Es la relación entre el tamaño del mioma y el tamaño de la cavidad uterina (relación contenido/continente,) ya que con un mioma de igual tamaño el grado de dificultad quirúrgica será superior en un útero más pequeño que en uno de mayor tamaño.

Tratamiento: El tratamiento de elección de los miomas submucosos es su exéresis por vía histeroscópica.

En el caso de los **miomas G0** (totalmente dentro de la cavidad y pediculados) puede realizarse su extracción completa con resectoscopio mono o bipolar en quirófano. Recientemente el prof D. Haimovich propuso su tratamiento en consultorio realizando simplemente la sección de su pedículo con energía laser y set de Bettocchi. Si por dimensiones no se consigue la extracción de este por el canal endocervical, tras realización de biopsia , deja al mioma libre en cavidad y realiza un control ecográfico a los 2 meses, constatando la desaparición o licuefacción del mioma. En el caso de **miomas G1 y G2** , la resección tiene más chances de realizarse de forma completa en un único acto quirúrgico si se realiza en quirófano. Es más seguro el uso de un resectoscopio bipolar en estos casos. Una correcta técnica quirúrgica debe realizar la enucleación del componente intramural siempre la pseudocapsula, a fin de: a) evitar el sangrado y por ende la anemia postoperatoria y b) generar menos adherencias post quirúrgicas y menor compromiso para la fertilidad (19)

Otras alternativas: Otra opción para conseguir la reducción de la masa de los miomas se trata de la MIOLISIS mediante una fibra apta para el canal de trabajo de 5 Fr, con aplicación directa o guiada por ecografía. La técnica consiste en introducir una fibra radial (emite calor en anillo de 360°) hasta el núcleo del mioma, una vez en posición se libera energía que produce 2 efectos, la vaporización del tejido y la coagulación de la vascularización del mioma. (19)

Hasta lograr las condiciones para la miomectomía histeroscópica la paciente puede recibir tratamiento médico hormonal (ACO combinados) o no hormonal (AINEs. Acido tranexámico) para reducir el sangrado y corregir la anemia. El uso de elagolix ha presentado algunos resultados preliminares alentadores

4. ANOMALIAS ESTRUCTURALES NO CLASIFICADAS ISTMOCELE Y MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS

Finalmente, entre las anomalías estructurales no clasificadas en el sistema PALM COEIN y que pueden originar SUA debemos considerar:

- 1. Istmocele** Dado el constante incremento en la indicación de cesárea como vía de terminación del embarazo; el defecto de cicatrización uterina se ha vuelto un hallazgo cada vez más frecuente. Si bien desde hace muchos años son conocidas sus potenciales complicaciones obstétricas - rotura uterina, acretismo placentario y embarazo ectópico cervical- sólo recientemente se ha puesto el foco sobre los síntomas ginecológicos que puede ocasionar. Un istmocele puede ser asintomático o causar SUA, dismenorrea, dolor pelviano crónico e infertilidad

El istmocele consiste en un saco o divertículo ubicado en la pared anterior uterina generalmente a nivel del tercio superior del canal cervical, originado por una cicatrización defectuosa de la histerorrafia. Este defecto se asocia a una disminución variable del espesor miometrial a ese nivel.

Su cuadro clínico más frecuente es un sangrado escaso amarronado postmenstrual. El istmocele genera alteraciones anatómicas y funcionales:

El divertículo se comporta como un reservorio donde se acumula el material mucoso y/o hemático que no fue drenado adecuadamente durante la menstruación, lo que genera el spotting de sangre amarronada durante varios días en el postmenstruo. Asimismo a ese nivel se genera: a) una zona de pobre contractilidad miometrial, que dificulta el drenaje del flujo menstrual y b) un endometrio inflamatorio con distrofia vascular, focos de adenomiosis y/o endometritis crónica.

Su diagnóstico se realiza mediante ecografía TV, RMN e histeroscopia.

Tratamiento: En pacientes con SUA su tratamiento es quirúrgico y puede ser resecado por vía histeroscópica, laparoscópica o combinada dependiendo de las características de cada caso.

• **Malformaciones arteriovenosas** : son una causa infrecuente de SUA

Si el sangrado no es severo se han descrito casos con resolución espontánea luego de tratamiento con metilergonovina.

Si el sangrado es de mayor magnitud las alternativas son la embolización de las arterias uterinas o la histerectomía si la paciente no desea un embarazo ulterior

Bibliografía

1. Kim KR, Peng R, Ro JY, Robboy SJ A diagnostically useful histopathologic feature of endometrial polyp: the long axis of endometrial glands arranged parallel to surface epithelium. Am J Surg Pathol 2004; 28: 1057.
2. Bueloni- Dias FN, Spadoto Dias D, Delmanto LR et al Metabolic syndrome as a predictor of endometrial polyps in postmenopausal women. Menopause 2016; 23: 759.
3. Runowicz CD, Costantino JP, Wickerham DL et al: Gynecologic conditions in participants in the NSABP breast cancer prevention study of tamoxifen and raloxifene (STAR) Am J Obstet Gynecol 2011; 205: 535 e1.
4. Clark TJ and 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 and Gynaecology 2016; 40: 89-104.
5. Gu F, Zhang H, Ruan S et al: High number of endometrial polyps is a strong predictor of recurrence: findings of a prospective cohort study in reproductive age women. Fertil. Steril 2018; 109:493
6. DeWaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE et al: Natural history of uterine polyps and leiomyomata. Obstet Gynecol 2002, 100:3
7. Wong M, Crnobrnja B, Liberale V et al The natural history of endometrial polyps. Hum Reprod 2017; 32:340.
8. Bosteels J, Kasius J, Weyers S, et al Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. Cochrane Database Syst Rev 2013; CD 009461

9. Perez Medina T, Bajo Arenas J, Salazar F et al . Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. Hum Reprod 2005; 20: 1632
10. Bettocchi S, Nappi L, Oronzo C, Selvaggi L: Office hysteroscopy . Obstetrics and GynecologyClinics 2004 : 31,3: 641-654.
11. Goyal BK, Gaur I, Sharma S et al : Transvaginal sonography versus hysteroscopy in evaluation of abnormal uterine bleeding. Med J A F India 2015; 71(2) : 120-125. Doi: 10.1016/j.majafi.2014.12.001.
12. Kekliklián G, Hermida M., Marendazzo P: Manual y Atlas de Histeroscopia diagnóstica y operatoria Editorial Ascune 2009
13. Preutthipan S., Herabutya Y Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. Fertil Steril 2005, 83: 705.
14. Bettocchi S, Bramante S, Bifulco G et al: Challenging the cervix: strategies to overcome the anatomic impediments to hysteroscopy: analysis of 31052 office hysteroscopies. Fertil Steril 2016; 105: e16-e17
15. Di Spiezio Sardo A, Bettocchi S, Spinelli M et al. Review of new office-based hysteroscopic procedures 2003-2009 JMIG 2010: 17, 436-448.
16. Bergeron ,C.; Amant F; Ferenczy A: The pathology and physiopathology of adenomyosis. Best Pract. Res. Clin. Obstet Gynecol. 2006 , 20, 511-521 (Pub Med)
17. Bazot, M.; Cortez, A.; Darai, E.; Roujer, J.; Chopier, J.; Antoine, J.M.; Uzan, S. Ultrasonography compared with magnetic resonance imaging for the diagnosis of adenomyosis: Correlation with histopathology. Hum. Reprod. 2001, 16, 2427–2433.
18. Kishi, Y.; Suginami, H.; Kumamori, R.; Yabuta, M.; Suginami, R.; Taniguchi, F. Four syptypes of adenomyosis assessed by magnetic resonance imaging and their specification. Am. J. Obstet. Gynecol. 2012, 207, 114.e1–114.e7.
19. Kekliklián G, Hermida M, Di Rosso L, Estoup J. Cirugía mínimamente invasiva en ginecología: Manual práctico para residentes. Dres Editorial Ascune 2021

