



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA

**Factores que influyen en el desarrollo de Hiperplasia Endometrial en mujeres
postmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital
Teodoro Maldonado Carbo, periodo enero a diciembre 2013**

AUTOR

Celi Ponce María Fernanda

Trabajo de Seminario de Graduación

Previo a la Obtención de Título de:

MÉDICO

TUTOR

Briones, Roberto

Guayaquil, Ecuador

2014

INDICE

CARÁTULA

INDICE..... ii

RESUMEN..... 3

ABSTRACT..... 4

I. INTRODUCCIÓN..... 5

II. MATERIALES Y MÉTODOS..... 7

III. RESULTADOS..... 9

IV. DISCUSIÓN..... 16

V. CONCLUSIONES..... 18

VI. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS..... 19

VII. AUTORIZACIÓN..... 24

TITULO:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, PERIODO ENERO A DICIEMBRE 2013”

Autor: Ma. Fernanda Celi Ponce

Resumen: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo de corte transversal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de pacientes que acuden al Servicio de Ginecología con Diagnóstico de Hiperplasia de Endometrio confirmada por histopatología, con el objetivo de determinar los factores que predisponen a la aparición de esta patología ginecológica, durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2013.

Resultados: En total, 215 pacientes registraron en su historial clínico el reporte histológico confirmando la presencia de Hiperplasia endometrial, mientras que 49 pacientes no reportaron anormalidad en su muestra histológica. Los resultados evidencian que de las 215 pacientes con hiperplasia endometrial, 200 de ellas (93%) presentaron un IMC mayor de 30 Kg/m² (p= 0.032), es decir, obesidad, siendo la que predominó la obesidad grado I (Leve) con 113 pacientes correspondiente a un 52%. En lo que respecta a la Diabetes Mellitus como otro factor de riesgo, de las 215 pacientes con hiperplasia, 170 (79%) eran diabéticas (p= 0.019). En cuanto a la presencia de hipertensión arterial, 166 pacientes tenían hipertensión y desarrollaron hiperplasia endometrial (p= 0.57). En lo que concierne a la edad de diagnóstico de la enfermedad, 145 pacientes (67%) tenían edades entre 50 y 59 años (p= 0.006), siendo ésta la edad de presentación más común de la enfermedad. **Conclusiones:** Con estos resultados se concluye que la obesidad, así como la presencia de diabetes, constituye factores de

riesgo para el desarrollo de Hiperplasia de Endometrio, debido al estado de hiperestrogenemia que generan en el organismo. La edad también representa un factor de riesgo, por lo que a mayor edad de diagnóstico existe mayor riesgo de presentar peor compromiso anatomopatológico.

Palabras Claves: Hiperplasia Endometrial, Hemorragia uterina anormal, menopausia.

Abstract: A retrospective, observational cross-sectional descriptive study was conducted at the Hospital Teodoro Maldonado Carbo, of patients that were attended at the Department of Gynecology with diagnosis of Endometrial Hyperplasia confirmed by histopathology, in order to determine the factors that predispose to the development of this gynecological pathology during the period from January to December 2013. Results: in total, 215 patients had in their medical history the histological report confirming the presence of endometrial hyperplasia, while 49 patients not reported abnormality in the tissue sample. The results show that of the 215 patients with endometrial hyperplasia, 200 of them (93%) had a BMI greater than 30 Kg/m² ($p = 0.032$), being the predominant obesity grade I with 113 patients corresponding to 52%. With respect to diabetes mellitus as another risk factor, of the 215 patients with hyperplasia, 170 (79%) were diabetic ($p = 0.019$), and 166 patients with hypertension had developed endometrial hyperplasia ($p = 0.57$). As for the age at diagnosis of the disease, 145 patients (67%) were aged between 50 and 59 years ($p = 0.006$), being the most common age of presentation of the disease. Conclusions: From these results we conclude that the obesity and the presence of diabetes, can be considered risk factors for development of endometrial hyperplasia due to the state of hyperestrogenemia generated in the body. Age is also a risk factor, so that the older diagnostic exists higher risk for worse pathological commitment.

Keywords: Endometrial hyperplasia, abnormal uterine bleeding, menopause.

Introducción:

En países en vía de desarrollo, así como existe múltiples factores de riesgo que pueden provocar enfermedades cardiovasculares en mujeres dentro del climaterio, dichos factores pueden tener también algún tipo de influencia sobre el aparato genital femenino, generando cuadros anormales con respecto al estado psicofisiológico de la vida como es la menopausia, y cambiando la calidad de vida de la mujer.

Uno de los cuadros ginecológicos más frecuentes diagnosticados en mujeres menopaúsicas que acuden a consulta por sangrado anormal, es la Hiperplasia Endometrial (HE), la cual consiste en la exagerada proliferación de las glándulas endometriales con forma y tamaño irregular, que se desarrolla por la excesiva exposición a los estrógenos, sin que exista oposición a su efecto proliferativo con progestágenos (9, 13, 17, 18, 21). En algunos casos de hiperplasia endometrial, las células del revestimiento cambian a un estado anormal. Esta afección, que se denomina hiperplasia atípica, puede causar cáncer del útero.

La manifestación clínica más frecuente de la HE es la hemorragia uterina anormal (HUA), referida como metrorragia (7, 10, 12, 13), aunque también puede haber presencia de Hiperplasia en ausencia de sintomatología ginecológica. Dicho signo es el principal motivo de consulta ginecológica en las mujeres que cursan la menopausia (9, 18). El diagnóstico anatomopatológico constituye la clave para corroborar la existencia de esta entidad (9,10, 12, 13, 16, 18).

Se ha estudiado además, que esta patología uterina ocurre con más frecuencia entre los 50 y los 65 años, y sólo en el 20-25% aparece antes de la menopausia (7, 9).

Se puede considerar la hiperplasia endometrial como una lesión precancerosa, siendo el factor pronóstico más importante la presencia o ausencia de atipias epiteliales, ya que la presencia de atipias es la clave para la progresión a carcinoma. El tiempo medio de evolución de una

hiperplasia sin atipias a carcinoma se ha establecido en unos 10 años, mientras que si existen atipias se estima que la progresión se produce en unos 4 años (2, 3, 6, 7, 11).

Se han identificado distintos factores que predisponen al desarrollo de enfermedades del endometrio, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad. Estas enfermedades crónicas no transmisibles hoy en día representan un serio problema de salud pública que va en aumento en el mundo occidental, y está asociado, sobre todo la obesidad, a un incremento de hasta 5 veces más riesgo de padecer una neoplasia endometrial (5, 7, 12).

Se ha estudiado que la diabetes y la hipertensión favorecen un estado de hiperestrogenemia (5); siendo éste el principal factor etiológico para el desarrollo de patologías a nivel endometrial por la exposición prolongada a estrógenos, en ausencia de progesterona. Esta situación puede generar lesiones benignas, como es el caso de los pólipos endometriales, así como también, estimular la actividad mitótica de las células endometriales, lo cual aumenta el riesgo de errores en la replicación, mutaciones y, consecuentemente, hiperplasia endometrial y adenocarcinoma (5, 15).

Debido al gran número de pacientes que acuden a la consulta ginecológica por presentar hemorragia uterina anormal, encontrándose en la menopausia, se lleva a cabo el presente estudio, para determinar la prevalencia de hiperplasia endometrial en dichas mujeres, así como también identificar los factores de riesgo asociados a la génesis de esta patología ginecológica, para crear medidas que ayuden a prevenir situaciones de progresión a malignidad de una enfermedad que puede controlarse y tratarse si se hace un diagnóstico preciso y precoz.

Hoy en día la incidencia de sobrepeso y obesidad en la población femenina ha aumentado, así como también la presencia de diabetes e hipertensión, por lo cual es importante estudiar dichas enfermedades en las mujeres postmenopáusicas, no solo desde el punto de vista del riesgo cardiovascular que implican, sino por el desarrollo de patologías endometriales como es la

hiperplasia; y con esto denotar la importancia del diagnóstico temprano y manejo adecuado de esta patología para que se generen medidas que eviten una progresión a la malignidad, y resaltar la necesidad de una atención diferenciada y especializada, para disminuir los costos de tratamientos inadecuados, y lo más importante, poder llevar una mejor calidad de vida a la paciente (20).

Por esta razón hemos planteado determinar la proporción de mujeres menopáusicas con enfermedad ginecológica a nivel endometrial que acuden por la Consulta externa del Hospital, y establecer los factores relacionados, ya que teniendo conocimiento de dichos factores, se podrá lograr minimizar consecuencias fatales.

Materiales y Métodos:

Se realizó un estudio no experimental, retrospectivo, observacional descriptivo, de corte transversal en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, de pacientes postmenopáusicas atendidas en el Servicio de Ginecología por presentar Hemorragia uterina anormal (HUA), durante el periodo Enero 2013 a Diciembre 2013.

Las pacientes que se incluyeron en el estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes que se encuentren cursando la menopausia.
- ✓ Pacientes con reporte histopatológico realizado posterior a ecografía anormal denotando presencia o no de lesión endometrial por hiperplasia.
- ✓ Registro de peso y talla para la obtención de IMC.
- ✓ Pacientes que registren en su historial antecedentes de diabetes e hipertensión.

También se procedió a excluir del estudio a las pacientes que cumplieron con uno de los siguientes criterios de exclusión:

- ✓ Que no cuenten con registro de medidas antropométricas para el cálculo de IMC.
- ✓ Que tengan reporte histopatológico de pólipos o miomas.
- ✓ Pacientes con lesiones a nivel cervical u ovárico, antecedentes de neoplasia maligna.
- ✓ Pacientes que hayan estado en tratamiento con terapia de reemplazo hormonal en el último año.

Las pacientes fueron manejadas de la siguiente manera: inicialmente se realizó una ecografía transvaginal a todas aquellas postmenopáusicas que acudían con hemorragia uterina, dicha ecografía valoraba las características del endometrio, entre ellas, su grosor, informando como sugestivo de patología una línea endometrial ≥ 8 milímetros. Este signo ecográfico, acompañado de la metrorragia que fue el motivo de consulta ginecológico, justificaban la posterior realización de un legrado fraccionado, para dar finalmente el diagnóstico etiológico definitivo. Con los reportes histológicos que se obtuvieron, se crearon dos grupos de estudio: el primer grupo catalogado como Ausencia de Hiperplasia Endometrial, en el cual se incluyen aquí las muestras informadas como endometrio proliferativo o secretor (considerado endometrio normal); y el segundo grupo, con presencia de Hiperplasia endometrial, en la cual se notificaron casos de Hiperplasia endometrial típica y atípica.

Se creó una base de datos con las historias clínicas de todas las pacientes, que constan en el sistema AS400 del Hospital, desde el periodo comprendido entre enero del 2013 a diciembre del 2013. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete de datos estadísticos de Microsoft office Excel 2011.

Se usaron variables cuantitativas como: edad de diagnóstico de la enfermedad agrupado en intervalos de 10 años, e índice de masa corporal. Para la medición de dichas variables, se recurrió a la información proporcionada en sus historias clínicas. En cuanto al IMC, para su cálculo se obtuvieron los valores de peso y la talla de la paciente registrados en su historial, y se determinó: IMC 25 – 29.9 kg/m² como sobrepeso, obesidad leve con IMC 30 – 34.9 kg/m², obesidad moderada con IMC 35 – 39.9 Kg/m², y obesidad severa con IMC ≥40 Kg/m². (1, 4)

Las variables cuantitativas fueron resumidas en promedios y desviaciones estándar para cada variable y fueron comparadas cada una de ellas de acuerdo a la presencia o no de lesión endometrial mediante t de Student.

Las variables cualitativas se obtuvieron de manera secundaria a variables cuantitativas, es decir, hipertensa – no hipertensa, diabética – no diabética, con el objeto de ser analizadas en una tabla de 2x2. Para el análisis de los datos categóricos, se utilizó una prueba de chi cuadrado, y se calculó el OR para cada cruce de variables con un intervalo de confianza del 95%. Se estableció para cada análisis un nivel de significancia < 0,05.

Resultados:

Se hizo la revisión de historias clínicas de 264 pacientes postmenopáusicas atendidas en el Servicio de Ginecología por presentar metrorragia, estableciéndose el diagnóstico presuntivo de Hiperplasia Endometrial determinado inicialmente por ecografía transvaginal, con la posterior realización de una biopsia de endometrio.

Se revisaron los informes de histopatología obtenidos mediante un legrado fraccionado, registrados en las historias clínicas de las 264 pacientes, de las cuales 215 corroboraron el diagnóstico histopatológico de algún tipo de hiperplasia endometrial (Tabla 1), mientras que no se registraron

anormalidades en la histología de la muestra obtenida de 49 pacientes (hacía referencia a un endometrio proliferativo o secretor, lo cual se considera normal).

La variante histopatológica más frecuente fue la hiperplasia endometrial Típica, con 136 casos, correspondiente a un 51%, mientras que se reportaron 79 casos de Hiperplasia endometrial atípica (29%).

Reporte de biopsia Endometrial	N	%
AUSENCIA DE PATOLOGÍA ENDOMETRIAL		
<i>Endometrio proliferativo o Secretor</i>	49	18.56%
PRESENCIA DE PATOLOGÍA ENDOMETRIAL	215	81.43%%
• <i>Hiperplasia Endometrial Típica</i>	136	51.51%
• <i>Hiperplasia Endometrial Atípica</i>	79	29.92%
TOTAL	264	100%

TABLA 1: Fuente: estadística del HRTMC

Elaborado por: Ma.

Fernanda Celi Ponce

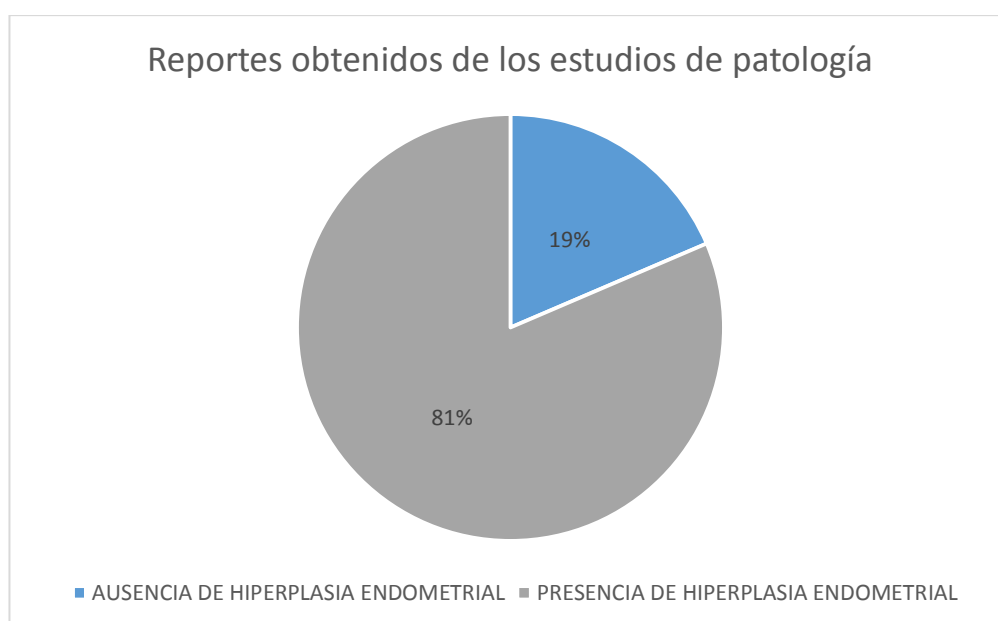


Fig.1: Se muestra la representación porcentual del número de pacientes de acuerdo a si presentaron o no cambios asociados a hiperplasia en las

biopsias endometriales. Se obtuvo que 215 pacientes, correspondiente a un 81% si presentaron lesión compatible con hiperplasia de endometrio, mientras que 49 pacientes se las denominó como ausencia de patología endometrial.

Como factor de riesgo inicial se analiza el índice de masa corporal, haciendo dos grupos, las pacientes con $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$, estableciendo el diagnóstico de obesidad, y las que tienen $IMC \leq 30 \text{ Kg/m}^2$. En total se obtienen 239 pacientes con obesidad (90.53%), de las cuales 200 pacientes (93.02%) presentaron enfermedad endometrial, con predominio de la obesidad leve, con 113 casos. El promedio del IMC correspondiente a la obesidad leve fue de 32.15 (± 1.41). Así mismo, se registraron 15 casos de patología endometrial en pacientes con $IMC \leq 30$, prevaleciendo el sobrepeso, con 12 casos.

IMC (Kg/m ²)	Presencia de Hiperplasia Endometrial		Ausencia de Hiperplasia endometrial		TOTAL
IMC ≥ 30	200	93.02%	39	79.59%	239
- <i>Leve</i>	113	52.55%	23	46.93%	
- <i>Moderada</i>	74	34.41%	16	32.65%	
- <i>Severa</i>	13	6.04%	0	0	
IMC ≤ 30	15	6.97%	10	20.40%	25
- <i>Peso normal</i>	3	1.39%	3	6.12%	
- <i>Sobrepeso</i>	12	5.58%	7	14.28%	
TOTAL	215	100%	49	100%	264
P= 0.031		I.C. 95%: 0.10 – 2.37		E.E.= 0.575	

TABLA 2: Fuente: estadística del HRTMC
Fernanda Celi Ponce

Elaborado por: Ma.

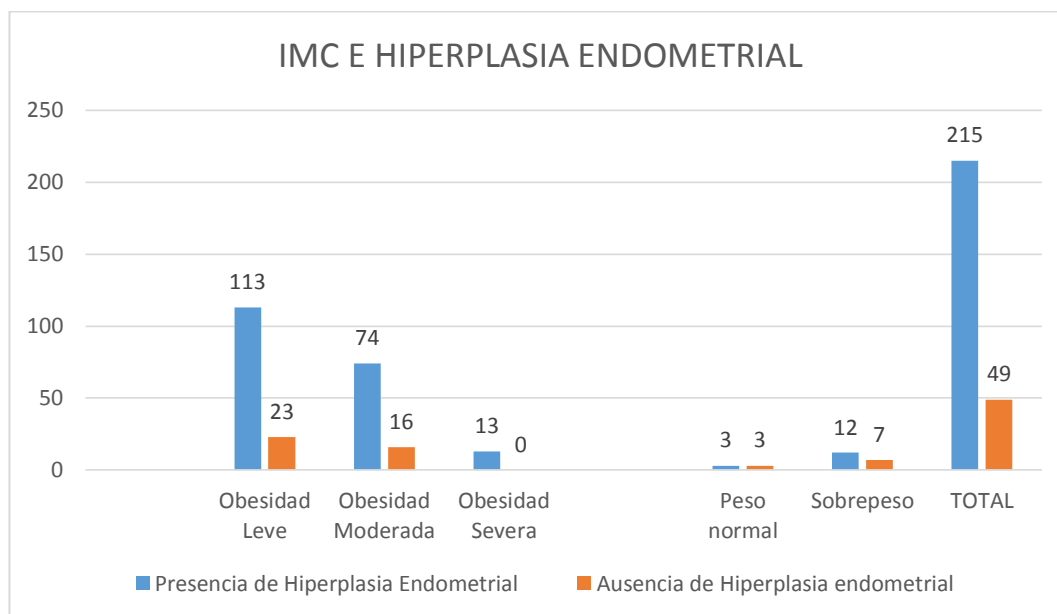


Fig.2: Se observa el número de pacientes con hiperplasia endometrial distribuidas de acuerdo a su índice de masa corporal. En total 200 pacientes, correspondiente a un 93%, que desarrollaron la enfermedad era obesas, con predominio de la Obesidad leve con 113 casos (52%). Se registraron 15 casos de hiperplasia endometrial en pacientes con IMC ≤ 30 Kg/m², con 12 casos de sobrepeso.

En lo que respecta a la Diabetes Mellitus como otro factor de riesgo para la aparición de Hiperplasia endometrial, se obtuvo un total de 201 pacientes diabéticas, de las cuales 170 desarrollaron la patología endometrial estudiada, mientras que un grupo de 31 pacientes tenían diabetes, pero sin hiperplasia. También se observó presencia de patología endometrial por hiperplasia en 45 casos de mujeres en ausencia de diabetes. (Tabla 3)

PRESENCIA DE DM 2	PRESENCIA DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	AUSENCIA DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	TOTAL
SI	170 (79.07%)	31 (63.26%)	201
NO	45 (20.93%)	18 (36.73%)	63
TOTAL	215 (100%)	49 (100%)	264
P= 0.019	O.R.= 2,19		

TABLA 3: Fuente: estadística del HRTMC
Fernanda Celi Ponce

Elaborado por: Ma.

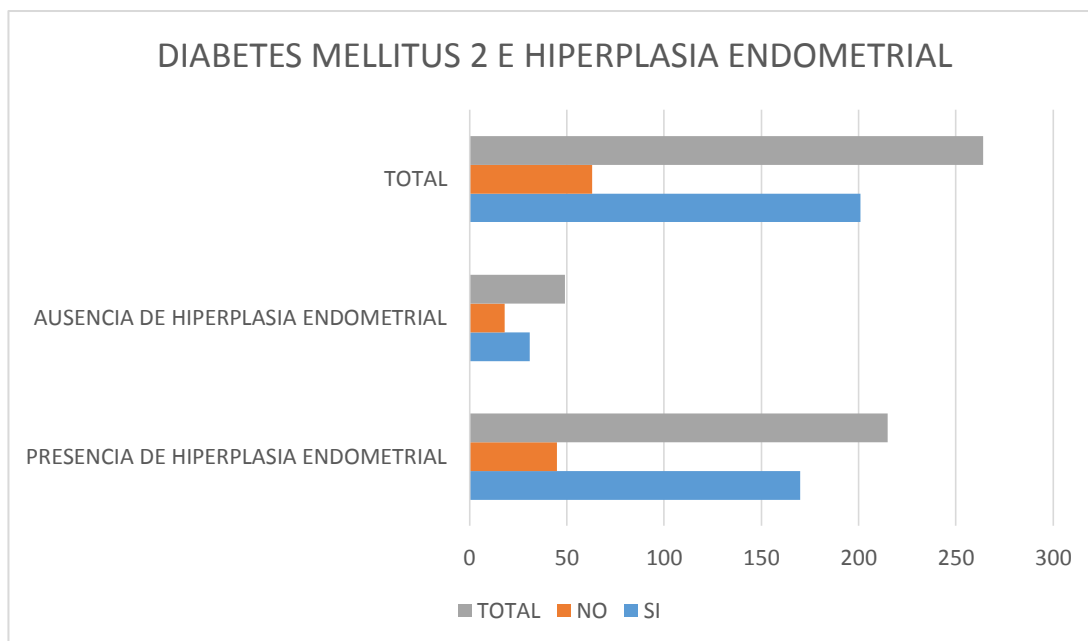


Fig.3: Representación gráfica de la diabetes mellitus en relación a la Hiperplasia endometrial. De las 201 pacientes diabéticas, 170 de ellas, correspondiente a un 79%, desarrollaron enfermedad a nivel del endometrio, mientras que 31 pacientes que también eran diabéticas, no presentaron anomalía alguna en su estudio histológico. De igual manera, se reportaron 45 casos de pacientes que desarrollaron enfermedad endometrial, pero no eran diabéticas.

En cuanto a la presencia de hipertensión arterial en las pacientes estudiadas, se obtuvieron 202 casos de hipertensión, de los cuales, 166 pacientes (77%) con hipertensión desarrollaron hiperplasia endometrial, mientras que 36 pacientes (73%) reportaron también enfermedad hipertensiva en ausencia de lesión endometrial. Se obtuvieron 49 casos de Hiperplasia (22%), sin existencia de hipertensión arterial. (Tabla 4)

PRESENCIA DE HTA	PRESENCIA DE PATOLOGÍA UTERINA	AUSENCIA DE PATOLOGÍA UTERINA	TOTAL
SI	166 (77.20%)	36 (73.46%)	202
NO	49 (22.79%)	13 (26.53%)	62
TOTAL	215 (100%)	49 (100%)	264
P= 0.57		O.R.= 1.22	

TABLA 4: Fuente: estadística del HRTMC

Elaborado por: Ma.

Fernanda Celi Ponce

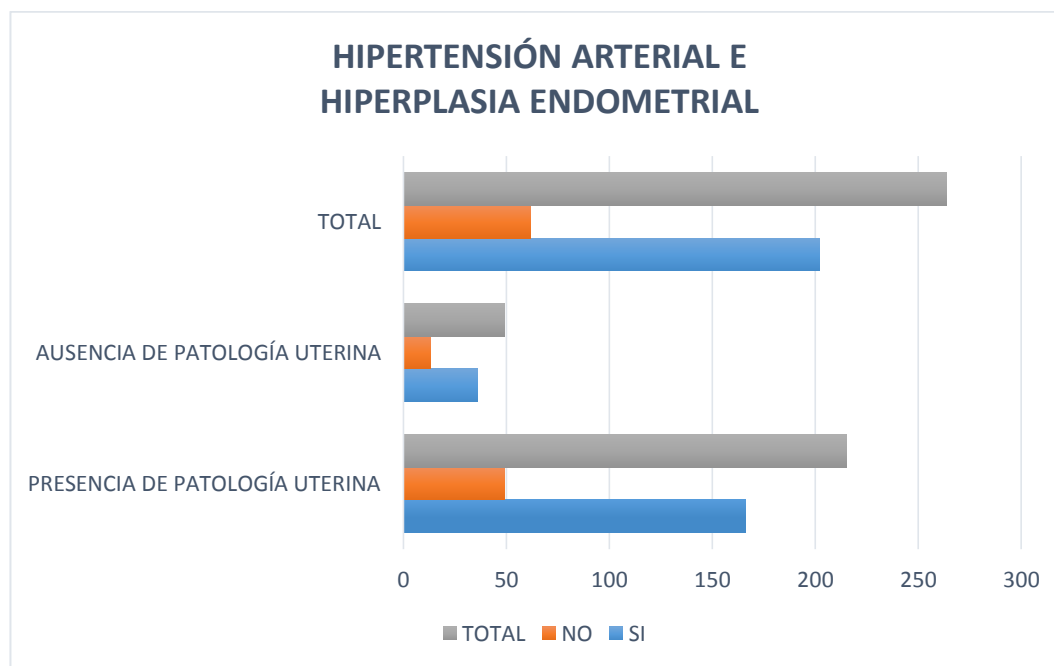


Fig.4: Se muestra la representación gráfica de la hipertensión arterial en relación al desarrollo de patología uterina endometrial. De las 202 pacientes hipertensas, 166 de ellas, correspondiente a un 77%, desarrollaron enfermedad a nivel del endometrio, mientras que 36 pacientes también eran hipertensas pero sin afectación ginecológica aparente concomitante. Así mismo se reportaron 49 casos de pacientes que desarrollaron enfermedad endometrial, pero no eran hipertensas.

En lo que concierne a la edad de diagnóstico de la Hiperplasia endometrial, se dividió en 4 grupos etarios, con intervalo de 10 años, y se obtuvo que al momento del diagnóstico de las patologías, 145 mujeres tenían edades comprendidas entre los 50 y 59 años, con un promedio de 57.77 años (± 4.94).

EDAD	PRESENCIA DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL		AUSENCIA DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL		TOTAL
≤ 49	2	0.93%	1	2.04%	3
50 – 59	145	67.44%	41	83.67%	186
60 – 69	68	31.62%	7	14.28%	75
≥ 70	0	0	0	0	0
TOTAL	215	100%	49	100%	264
P= 0,006		I.C. 95%: 0.55 – 3.33		E.E.0.708	

TABLA 5: Fuente: estadística del HRTMC

Elaborado por: Ma.

Fernanda Celi Ponce

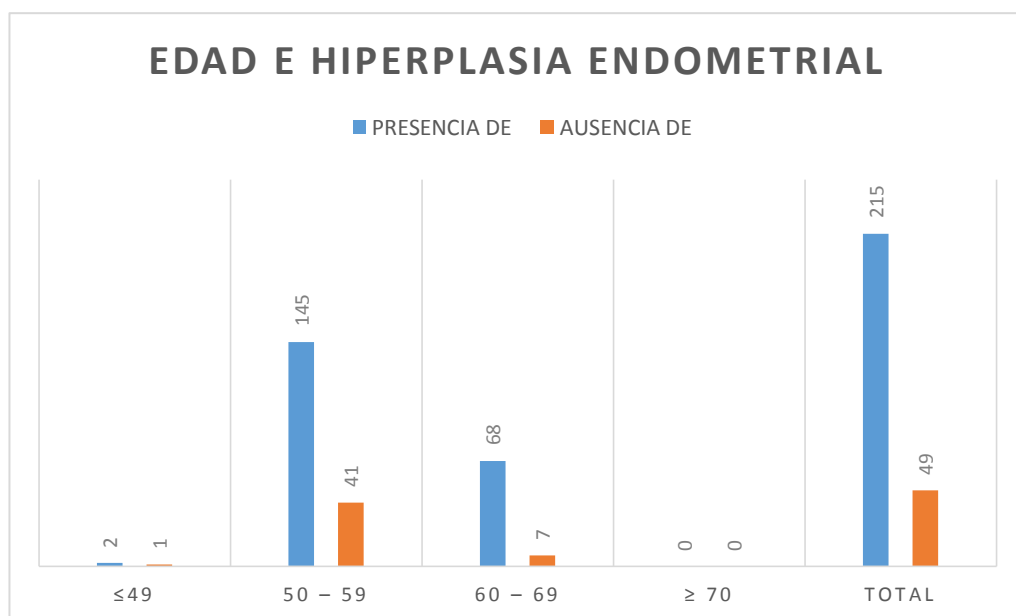


Fig.5: Representación porcentual por edad al momento del diagnóstico de las pacientes con alteraciones a nivel endometrial. Se observa un gran

número de mujeres, en total 145, correspondiente a un 67%, con edades entre los 50 y 59 años, lo que indica que es muy frecuente que el proceso de diagnóstico y tratamiento de las patologías ginecológicas en las mujeres menopaúsicas se inicie en este intervalo de edad.

Discusión

Como ya se ha revisado en la literatura referida, la hiperplasia endometrial ocurre cuando hay un engrosamiento del revestimiento del útero, por exposición prolongada a estrógenos sin progesterona. Esto no significa que la paciente tenga cáncer, pero si esta enfermedad no es manejada inicialmente de forma correcta, en mucho de los casos puede conducir a cáncer de útero. En el caso de aquellas mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir hiperplasia, existen medicamentos usados para disminuir el riesgo (16).

La clasificación de hiperplasia endometrial adoptada por la International Society of Gynecological Pathologist y el comité de tumores endometriales de la OMS, maneja la hiperplasia como simple, compleja y atípica, con base en la apariencia y la presencia de atipia en el epitelio glandular, considerada esta última característica como el factor pronóstico más importante para la progresión a carcinoma endometrial (12).

En el presente estudio, los tipos histológicos de hiperplasia endometrial (HE) encontrados fueron informados como: hiperplasia endometrial simple sin atipia presente en 136 pacientes, e Hiperplasia Compleja con atipias en 79 pacientes. Manrique M, en su estudio HIPERPLASIA ENDOMETRIAL: TIPOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, refiere que “el tratamiento de la HE debe hacerse de forma individualizada, teniendo en cuenta tanto factores clínicos como histológicos”⁹. La HE sin atipias se puede tratar médicamente, mediante la administración de preparados con acción antiestrogénica; dentro de este grupo están los inductores de la ovulación, anticonceptivos orales combinados (AOC), análogos de GnRH, y gestágenos que constituyen el tratamiento más utilizado por ser más fisiológico. Mientras que las opciones

quirúrgicas para tratar la HE son la ablación-resección endometrial e histerectomía (9).

Existen estudios que demuestran que, en las mujeres posmenopáusicas, la obesidad causa un incremento en la producción periférica de estrógenos, y esto a su vez aumenta el riesgo de cáncer de endometrio (5, 8, 9, 10, 16, 17, 18). En nuestro estudio, se estableció una relación estadísticamente significativa entre la obesidad y la enfermedad (t Student $p=0.032$), obteniendo un total de 200 pacientes obesas con la enfermedad ginecológica. Méndez M, et al., en su estudio HIPERPLASIA ENDOMETRIAL¹⁷, denota que “hay evidencia de que las mujeres con índice de masa corporal mayor de 25 % tienen hasta tres veces más riesgo de desarrollar cáncer de endometrio y este riesgo crece con el aumento del peso corporal”¹⁷.

Con respecto a la edad, se encontró una significancia estadística directa de la enfermedad endometrial con relación a esta variable (t Student $p=0,006$), lo cual evidencia que a mayor edad de diagnóstico existe mayor riesgo de presentar peor compromiso anatomopatológico. La edad promedio al momento del diagnóstico de la hiperplasia fue a los 57,77 años, con un total de 145 (67%) pacientes con edades comprendidas entre 50 y 59 años. Este promedio de edad nos da una idea que las atención a este problemas de salud se da un poco tarde, ya que si se considera como edad promedio de aparición de la menopausia a los 50 años, existe un periodo de 7 años en los que ocurren estos cambios a nivel endometrial. El diagnóstico tardío, acompañado de otros factores de riesgo, más la falta de conocimiento de las mujeres a estas enfermedades, puede prolongar más el tiempo del diagnóstico, y que los resultados finales sean devastadores.

La principal manifestación clínica de la hiperplasia endometrial es la hemorragia uterina anormal o metrorragia (5, 9, 12, 13), y en esta investigación ocurrió en el 100% de las pacientes que consultaron en el Servicio de Ginecología.

De los antecedentes patológicos personales de importancia que padecían las pacientes de este estudio, 170 mujeres, correspondiente a un 79% tuvieron diabetes mellitus, mientras que 45 pacientes desarrollaron la enfermedad endometrial sin presencia de diabetes. La influencia de esta comorbilidad en la patología uterina tuvo una asociación estadísticamente significativa (chi cuadrado $p= 0.019$), lo cual hace referencia a que la diabetes constituye un factor de riesgo para el desarrollo de hiperplasia posiblemente por el estado de hiperestrogenemia que genera en el organismo. De igual manera se obtuvo un total de 166 pacientes que presentaron hipertensión arterial, correspondiente a un 43%, pero no se obtuvo significancia estadística (chi cuadrado $p= 0.57$) de esta enfermedad con respecto a la Hiperplasia.

Esta aumentada incidencia de hipertensión en pacientes con Hiperplasia Endometrial no parece que se deba a una correlación estrecha entre la enfermedad y dicha patología, sino que ésta ha de relacionarse con el excesivo aumento ponderal con el que se asocia, y con el normal estado proaterogénico que normalmente ocurre en la menopausia natural (1).

Conclusiones

El presente estudio es importante ya que no existen muchas investigaciones que acoten sobre la importancia de los problemas ginecológicos que pueden padecer un gran número de pacientes durante la menopausia con factores de riesgo; dichos factores que generalmente preocupan por su alta relación con la génesis de enfermedades cardiovasculares, sin considerar también que de manera directa o indirecta, afectación a nivel ginecológico.

Muchas mujeres durante su etapa del climaterio, pueden presentar sangrados que, por falta de conocimiento, ellas considerarían como normal del proceso que están atravesando, sin embargo, es importante dar a conocer a estas mujeres que un chequeo periódico con un especialista de

ginecología, puede ayudar a detectar a tiempo, enfermedades uterinas, para tomar las medidas terapéuticas pertinentes.

Se debe recalcar la importancia de un diagnóstico precoz y exacto de la patología, para evitar su progreso a Cáncer de endometrio, y a su vez, dar a conocer a la población femenina con factores de riesgo y que se encuentran cursando la menopausia, de las consecuencias de un mal manejo o falta de control de la Hiperplasia de Endometrio. Si bien la edad no es un factor modificable, un IMC mayor a 30 Kg/m², puede llegar a revertirse con una alimentación saludable, así como el hacer ejercicio para mantener un buen peso corporal. Se debe dar a conocer a la mujer que el sobrepeso no solo tiene repercusión a nivel cardiovascular o cerebral, sino también a nivel ginecológico, pudiendo generar patologías malignas.

Por lo que con este estudio se puede concluir que por el número de pacientes que presentan la enfermedad ginecológica, si constituye un problema de salud entre la población femenina menopaúsica, por lo que amerita un buen manejo por parte del personal médico, así como también control de sus factores de riesgo.

Revisión Bibliográfica

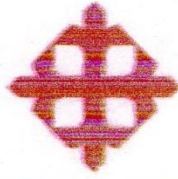
1. Scucces M. Epidemiología del Carcinoma de Endometrio. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010 Mar; 70 (1): 37 – 41.
2. Ponce J, Barahona M, Martí L, Giné L. Cáncer de endometrio: patogenia, epidemiología, prevención y diagnóstico temprano [Internet]. 2009, Mar. [cited 2014 Ago 30]; 1.728: 17 – 22. Available from:
http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1728/17/00170022_LR.pdf
3. Montalvo G, Isla D, Solorza G, Cantú de León D, González A, Muñoz D, et al. Oncoguía: Cáncer de Endometrio [Internet]. 2011. [cited 2014 Ago 30]; 6 (2011): 47 – 42. Available from:

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324358.pdf>

4. Soto T, Lagos E. Obesidad y Cáncer: un estudio Epidemiológico. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2009; LXVI (587): 27 – 32.
5. Sanz-Chávez T, Vilar-Compte D, Nicola-Delfín L, Meneses-García A. Sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión en cáncer de endometrio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(3): 326 - 9.
6. European Society for Medical Oncology (ESMO). Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes. 2012; 2012 (1): 28.
7. Escobar C, Aguilar D, Palencia E, Fuentes L, Acosta I. Epidemiología del Cáncer de Endometrio [Internet]. 2008. [cited 2014 Ago 30]; Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2423/1/Epidemiologia-del-Cancer-de-Endometrio.html>
8. Carreras R, Mancebo G. Obesidad y cáncer de endometrio. Med Clin Barc. 2007; 128 (5): 176 – 7.
9. Manrique MG, Díaz SN. Hiperplasia endometrial: Tipos, diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2009. [cited 2014 Ago 30]; Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/figheros/cr.hiperplasia_endometrial.pdf
10. Aboites JL, Rocha ER, Vega K, Perez A, Alanis P, Tobon F. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Endometrio. Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2010. [cited 2014 Ago 30]; Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/478_GPC_CxncerEndometrio/GER_Cxncer_de_Endometrio.pdf
11. Acuña M, Román E. Cáncer de Endometrio. Guías diagnósticas 2013. 2013; 1- 4.
12. García E, Cárdenas L, Sandoval D, Mayorga H. Hiperplasia endometrial: análisis de serie de casos diagnosticados en biopsia endometrial. Rev chil obstet ginecol. 2010; 75 (3): 146 – 152.

13. Monserrat JA, Morillo M, García C, Bejar A, Rodríguez M, Rubio MJ. Protocolo cáncer de endometrio: Cribado, diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2008, Ene. [cited 2014 Ago 30]; Available from: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/comite_tumores/ca_endometrio.pdf
14. Dossus L, Allen N, Kaaks R, Bakken K, Lund E, Tjonneland A, et al. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *International Journal of Cancer*. 2010; 127: 442 – 451.
15. Escalera Alguacil C, García López M, García Schiever J, Díaz Carrasco J, Garrido Herrero R, Reoyo Jiménez A. Revisión bibliográfica del cáncer de endometrio. *SEMG*. 2010 Nov; 133: 703 – 707.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hiperplasia Endometrial. 2012 Ago; Suppl: 1 – 4.
17. Méndez García M, Torres Hernández R, Llanes Vivó A, Rodríguez Hernández V. Hiperplasia Endometrial. *Revista de ciencias médicas La Habana*. 2011 May; 17 (2): 182 – 190.
18. Zeferino-Toquero M, Bañuelos-Flores J, Maytorena-Córdova G, Reyna-Amaya H, Acevedo-Vega MF. Incidencia de cáncer de endometrio en pacientes con biopsia preoperatoria de hiperplasia endometrial. *Rev Ginecol Obstet Mex*. 2013 Sep; 81 (9): 519 – 524.
19. Sorosky JI. Cáncer Endometrial. *Rev Obstet Gynecol*. 2012; 120: 383 – 97.
20. Batres F. Eficacia del diagnóstico y manejo médico de la hiperplasia endometrial en hospital materno infantil 1º de mayo en el periodo, enero 2010– mayo de 2011 [Internet]. 2011, Dic. [cited 2014 Ago 30]; Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2JUbc_5PYMcJ:www.medicina.ues.edu.sv/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D497%26Itemid%3D76+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

21. Enríquez B, Fuentes L, Jova M, Robaina F. Estudio clínico - epidemiológico del adenocarcinoma de endometrio y sus precursores. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2003, Dic. [cited 2014 Ago 30]; 29 (3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2003000300009&script=sci_arttext
22. Torriente B, Berty A, Martínez R, Vasallo N. Valor del ultrasonido abdominal en el diagnóstico de afecciones endometriales en la mujer de mediana edad. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000 Ago; 26 (2): 69 – 73.
23. Socías M, Vargas R, Costoya A, Monje B, Haye MT. Correlación de la histeroscopia y biopsia dirigida en el estudio del engrosamiento endometrial patológico por ultrasonido. Rev chil obstet ginecol. 2008; 72(2): 99 – 104.
24. Perez Agudelo L. Hemorragia Uterina Anormal: Enfoque basado en evidencias. Revisión sistemática. Rev Med. 2008 Ene; 15 (1): 68 – 79.
25. Sanhueza P, Oliva L. Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del Sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia. Rev chil obstet ginecol. 2008; 73 (1): 58-62.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN:

Yo: MARIA FERNANDA CELI PONCE

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la publicación en la biblioteca de la Institución del trabajo de titulación: **Factores que influyen en el desarrollo de Hiperplasia de endometrio en mujeres menopáusicas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo periodo 2013 – 2014**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

EL AUTOR

Ma. Fernanda Celi Ponce