

ARTÍCULO ORIGINAL

Hiperplasia endometrial

Endometrial hyperplasia

Margarita Méndez García,¹ René Torres Hernández,² Alexis Llanes Vivó,³ Vladimir Rodríguez Hernández⁴

¹ Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Máster en Atención Integral a la Mujer. Facultad de Ciencias Médicas. Provincia Mayabeque. Cuba.

² Especialista en I grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral a la Mujer. Hospital Ginecobstétrico Docente "Manuel Piti Fajardo". Güines. Mayabeque. Cuba.

³ Especialista en I grado en Bioquímica Clínica. Facultad de Ciencias Médicas. Provincia Mayabeque. Cuba.

⁴ Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Provincia Mayabeque. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo descriptivo en el período comprendido desde enero 2005 hasta diciembre 2008 en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Manuel Piti Fajardo" en el municipio de Güines, provincia Mayabeque, para analizar los factores de riesgo en la hiperplasia endometrial con respecto a los elementos clínico-epidemiológicos y al comportamiento de esta patología en la entidad. El universo lo constituyeron 159 pacientes registradas en el departamento de estadística del hospital, de ellas se tomó una muestra de 94, las variables estudiadas fueron: edad, color de la piel, menarquia, paridad, infertilidad por anovulación, menopausia y enfermedades sistémicas asociadas; revelando la investigación la mayor incidencia en la hiperplasia simple con un 72.3% sin atipicidad celular. Se logró orientar sobre la detención precoz de los factores de riesgo que mayormente inciden en esta enfermedad en el municipio.

Palabras clave: Hiperplasia endometrial.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective and longitudinal study was performed in the period from January 2005 to December 2008 at "Manuel Piti Fajardo" Gynecobstetric Hospital in Güines municipality, to analyze the risk factors for endometrial hyperplasia regarding the clinical-epidemiological elements and behavior of this entity. The universe was constituted by 159 female patients registered in the department of statistics, taking a sample of 94 patients. The morbi-mortality rate was analyzed, it was studied variables: age, skin color, menarche, parity, infertility due to anovulation, menopause and associated systemic diseases.

The investigation revealed the highest incidence on Simple Hyperplasia with 72.3% without cellular atypicity. This work helped guide on the early detection of risk factors that mostly influence on this disease in the municipality.

Key words: Endometrial hyperplasia.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud en Cuba ha creado diferentes programas de atención médica para toda la población en general, de forma preventiva, curativa, de rehabilitación y promoción de salud; uno de ellos que ha obtenido gran importancia es el Programa de Atención Integral a la Mujer, encaminado a lograr mejor calidad de vida de las féminas, disminuyendo los índices de morbimortalidad y elevando al máximo el indicador de desarrollo de salud en el país.

En el año 1984 se incorporaron los médicos y enfermeras de la familia a dicho programa para profundizar en el estudio y búsqueda de factores de riesgo en la población más vulnerable a las enfermedades, constituyendo la mujer, dentro de este grupo poblacional, un punto importante de observación para evitar la morbimortalidad en edades tempranas.

Dentro de este riesgo aparecen los cánceres ginecológicos, uno de ellos lo constituye el endometrial que aparece en un porcentaje estimado de mujeres¹ y la disminución de la mortalidad por esta causa va a depender del diagnóstico temprano.

El sangramiento ginecológico constituye desde épocas inmemorables una de las tres grandes manifestaciones de afecciones del aparato reproductor femenino. La hemorragia uterina disfuncional se encuentra asociada a la hiperplasia endometrial cuyo diagnóstico se fundamenta en el estudio anatomopatológico de una muestra obtenida por el legrado diagnóstico de la cavidad endometrial y se caracteriza por la proliferación irregular del endometrio inducida por el estímulo estrogénico sin compensación prostestacional.²

La hiperplasia endometrial proliferativa excesiva del endometrio puede ser ligera o simple y desaparecer por si sola o con tratamiento hormonal con poco riesgo de convertirse en cáncer. Sin embargo, la hiperplasia atípica tiene un alto riesgo de malignización si no recibe tratamiento,^{3,4} por lo que una intervención médica temprana puede evitar que una hiperplasia atípica se convierta en cancerosa, si no lo es ya, pues para algunos autores una hiperplasia atípica es un carcinoma in situ.⁴ Como el sangramiento anormal es el signo más común de una condición precancerosa del endometrio, es necesario evaluarlo de inmediato.

Una alimentación saludable, así como hacer ejercicios físicos para mantener el peso corporal, puede reducir sustancialmente este tipo de cáncer.⁵ El incremento de la esperanza de vida de la población en general, en particular de la mujer, exige la necesidad de mejorar la atención climatérica. Se hace

necesario cambiar el estilo de vida, relacionando el área de salud y los programas comunitarios, para que en lo posible, las pacientes no lleguen a condiciones quirúrgicas que puedan traer secuelas que interfieran su relación biopsicosocial.^{3,4}

La hiperplasia endometrial constituye un problema de salud, por lo que se decidió realizar este trabajo para analizar los factores de riesgo en la Hiperplasia Endometrial en pacientes asistidas en el Hospital Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo".

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de corte longitudinal retrospectivo descriptivo en el período comprendido desde enero 2005 hasta diciembre 2008 en el Hospital Ginecobstétrico "Manuel Piti Fajardo" en el municipio de Güines, para analizar los factores de riesgo en la hiperplasia endometrial, en cuanto a los elementos clínico-epidemiológicos y su comportamiento de nuestra entidad asistencial. El universo lo constituyeron 159 pacientes, de ellas se tomó una muestra de 94 con el diagnóstico inicial de metrorragia; a las cuales se les realizó legrado diagnóstico endometrial en el cuatrienio 2005-2008, se seleccionaron del libro de registro de Anatomía Patológica del hospital las pacientes con resultados de hiperplasia endometrial. Las variables analizadas para el estudio fueron: edad: última cumplida al momento de realizar el diagnóstico, agrupadas mediante intervalos de 5 años hasta 60 y de 61 en lo adelante, con excepción de la edad de la menarquía donde el intervalo se redujo a dos años; color de piel: se consideró la reflejada en la historia clínica (blanca, negra, mestiza); paridad (número de partos); menarquía se consideró la edad al momento de aparición de la primera menstruación; menopausia (cuando ocurrió el cese del sangramiento menstrual por un período de 12 meses); infertilidad por anovulación y en las enfermedades sistémicas asociadas estudiadas: la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, asma bronquial, hipertiroidismo, hipotiroidismo, entre otras.

Para determinar los tipos histológicos de la Hiperplasia Endometrial, nos basamos para el estudio en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS): La Hiperplasia Simple es típica y no tiene alteración en su arquitectura celular, ni hay atipicidad celular; en la Hiperplasia compleja típica hay alteración en la arquitectura celular, pero no hay atipicidad celular e incluye la adenomatosa; en la Hiperplasia simple atípica no hay alteración en la arquitectura celular, pero hay atipicidad celular. En la Hiperplasia compleja atípica hay alteración en la arquitectura celular y existe atipicidad celular. Reduciéndose esta clasificación al proceder, en hiperplasia sin atipia e hiperplasia con atipia.

La información obtenida se recopiló a través de una planilla de información, creada al efecto. Para el análisis estadístico de los porcentajes se utilizaron las tablas de contingencia a través de la dócima X^2 . En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ ó $P < 0.001$) se aplicó la dócima de comparación múltiple de Duncán.^{5,6}

RESULTADOS

Como se puede observar en la tabla 1, el 72,3 % de las pacientes presentó hiperplasia simple sin atipicidad celular.

Tabla 1. Tipo histológico de la Hiperplasia endometrial

Tipo histológico	No.	%
Hiperplasia simple	68	72,3a
Hiperplasia compleja	17	18,1b
Hiperplasia simple atípica	2	2,1c
Hiperplasia complejas atípica	7	7,5b
Total	94	100,0
EE y sign.	±4,5 ***	

Fuente: Historias Clínicas.

EE: Error standard

a,b: superíndices diferentes, difieren significativamente según Duncán.

*** P<0.001.

Los resultados de mayor significación con relación a la edad de aparición de la hiperplasia endometrial sin atipia según tipo histológico fueron encontrados en pacientes de 41 a 55 años con una proporción significativa de 71,4 %, mientras las hiperplasias simples y complejas con atipia celular aparecieron con mayor frecuencia en edades posteriores a los 51 años con un valor de 6,4%, período de edad que coincide con el período menopáusico en las mujeres, aunque un porcentaje menor se observó en mujeres de 20 años (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la hiperplasia endometrial

Edad	Hiperplasia sin atipia		Hiperplasia con atipia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-20	5	5,3c	3	3,2c	8	8,5bc
21-25	2	2,1c	0	0,0c	2	2,1c
26-30	4	4,2c	0	0,0c	4	4,2c
31-35	1	1,1c	0	0,0c	1	1,1c
36-40	2	2,1c	0	0,0c	2	2,1c
41-45	26	27,7a	0	0,0c	26	27,7a
46-50	15	16,0b	0	0,0c	15	16,0b
51-55	26	27,7a	1	1,1c	27	28,7a
56-60	2	2,1c	5	5,3c	7	7,5bc
Más 60	2	2,1c	0	0,0c	2	2,1c
EE y sign	±2.0***		±3.1***			
Total	85	90,4a	9	9,6b	94	100,0
EE y sign	±5.2***					

Fuente: Historias Clínicas

EE: Error standard

a, b: superíndices diferentes, difieren significativamente según Duncán

*** P<0.001

En la tabla 3 se observa la mayor proporción significativa de la hiperplasia endometrial sin atipia en las mujeres con ningún o un solo hijo, para un 33, 0% y un 37, 2%, y la mayor proporción de hiperplasia con atipia, con un mayor riesgo de cáncer de endometrio se encontró en las mujeres con ningún o un solo hijo para un 5,3% y un 4, 3% para un total de valor significativo de 38,3 % y un 41,5 %.

Tabla 3. Hiperplasia endometrial en relación a la paridad.

Número de hijos	Hiperplasia sin atipia		Hiperplasia con atipia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	31	33,0	5	5,3	36	38,3a
1	35	37,2	4	4,3	39	41,5a
2	9	9,5	0	0,0	9	9,5b
3	6	6,4	0	0,0	6	6,4b
4 o más	4	4,3	0	0,0	4	4,3b
EE y sign.	±3,5 NS		±4,1***			
Total	85	90,4a	9	9,6b	94	100,0
EE y sign.	±5,2***					

Fuente: Historias Clínicas

EE: Error standard

a, b: superíndices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

***P<0.001

NS P>0.05

La tabla 4 muestra la hiperplasia endometrial en sus diferentes grupos histológicos, un 42,5% de las menarquias se produjo entre los 16 y 18 años de edad, lo que en Cuba corresponde a la menarquia tardía; por lo que guarda relación con un retardo significativo en la maduración del centro hormonal.

Tabla 4. Hiperplasia endometrial en relación con la menarquia.

Edad de menarquia (años)	Hiperplasia sin atipia		Hiperplasia con atipia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10	15	16,0	0	0,0	15	16,0b
10-12	15	16,0	0	0,0	15	16,0b
13-15	9	9,6	1	1,1	10	10,6b
16-18	35	37,2	5	5,3	40	42,5a
Más de 18	11	11,7	3	3,2	14	14,9b
EE y sign.	±3,5 NS		±4,1***			
Total	85	90,4a	9	9,6b	94	100,0
EE y sign.	±5,2***					

Fuente: HC Dpto. Estadística

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

***P<0.001
NS P>0.05

Entre las enfermedades sistémicas que se encontraron asociadas a la hiperplasia endometrial en mayor proporción aparecen la obesidad, diabetes mellitus y la hipertensión arterial, para un porcentaje total de 47,9 %, 30,9 % y 21,3% respectivamente (tabla 5).

Tabla 5. Hiperplasia endometrial y patologías sistémicas asociadas.

Patologías sistémicas asociadas	Hiperplasia sin atipia		Hiperplasia con atipia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Obesidad	41	43,6	4	4,3	45	47,9a
Diabetes Mellitus	27	28,7	2	2,1	29	30,9b
Hipertensión Arterial	17	10,1	3	3,2	20	21,3b
EE y sign.	±3,9 NS		±4,7 ***			
Total	85	90,4a	9	9,6b	94	100,0
EE y sign.	±5,2***					

Fuente: HC Dpto. de estadística.

EE: Error standard

a, b: superíndices diferentes, difieren significativamente según Duncan (1955)

*** P<0.001

NS P>0.05

DISCUSIÓN

Compartiendo criterios encontrados de otros autores pudiéramos afirmar que existe un porcentaje significativo tanto en la hiperplasia simple como en la compleja, en mujeres con menarquía tardía,^{7,8} esto se debe a que la hiperplasia reproduce el flujo estrogénico sin compensación progestacional y en estas edades aparecen con más frecuencias ciclos anovulatorios.

Las hormonas femeninas son producidas por los ovarios antes de la menopausia. Normalmente los ovarios producen dos tipos fundamentales de hormonas, el estrógeno y la progesterona. El equilibrio entre estas hormonas varía en cada mes durante el ciclo menstrual y produce la menstruación regular en la mujer, manteniendo el endometrio sano. Un cambio del equilibrio de estas dos hormonas hacia una producción relativamente mayor de estrógeno, aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer endometrial después de la menopausia.

El embarazo, al interrumpir la estimulación continua de estrógenos, confiere a las mujeres protección frente al cáncer de endometrio. Los niveles elevados de progesterona secretados por la placenta durante el embarazo pudieran ser los responsables de esta protección, por lo que la alta paridad tiene menor riesgo durante el embarazo, dado estos elementos esta investigación demostró que

en las mujeres con dos o más hijos la hiperplasia endometrial apareció en menor grado que en las mujeres nulíparas.⁹ Lo anteriormente planteado coincide con la teoría de Katsanis, si se tiene en cuenta que las mujeres nulíparas poseen un riesgo dos veces mayor de acelerar la formación de un cáncer de endometrio.¹⁰⁻¹²

Existen ciertos antígenos expresados por el feto y la placenta que inmunizan a la mujer durante el embarazo, la múltipara usa primeramente los anticuerpos para reconocer múltiples bandas del tumor en un rango de 10 a 120 KDa, de igual manera que en los casos de hiperplasia simple y compleja con atipicidad celular, en menor grado aparecen en mujeres con dos o más hijos pudiendo encontrar dentro de ellas un síndrome que asocio anovulación, como la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Existe la probabilidad de la relación entre cáncer de endometrio y años de menstruación, tales como una menstruación (menarquia) temprana, una menopausia tardía, pocos embarazos o esterilidad y número total de ciclos menstruales, en este caso el riesgo de cáncer endometrial aumenta si la mujer tiene más ciclos menstruales durante su vida, con períodos menstruales tempranos antes de los 12 años y/o pasa por la menopausia más tarde en la vida y es un factor de riesgo menor para mujeres con menopausia temprana, con períodos menstruales más tardíamente en su adolescencia.

Hay evidencia 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. El hecho de que el tejido adiposo puede convertir algunas hormonas en estrógenos da lugar a que incremente el riesgo de cáncer endometrial en correspondencia con mujeres no obesas, por lo que existe una diferencia significativa en la obesidad en relación con el resto de las patologías. Otros autores plantean que las hormonas estrogénicas al liberarse del tejido graso en obesas acrecientan riesgo de cáncer del cuerpo del útero.¹³

La Diabetes Mellitus puede aumentar el riesgo hasta cuatro veces más en relación con las mujeres no diabéticas, aunque hay autores que plantean que debido a la asociación con la obesidad, ésta es la responsable del riesgo para desarrollar cáncer endometrial y no la diabetes. En contraposición a lo anterior hay trabajos que demuestran que las mujeres con sobrepeso y que padecen diabetes mellitus presentan mayor riesgo de este cáncer que las mujeres con sobrepeso que no lo son.¹⁴

El estilo de vida y las conductas de los individuos, la personalidad y su forma de enfrentamiento, así como el ambiente social han sido señalados como factores de riesgo, entre otros ya antes mencionados, por lo que resulta una necesidad desarrollar estrategias en aras de modificar estos estilos de vida. Los aspectos prevenibles de los factores de riesgo deben tratarse con grupos de personas, pues cualquier esfuerzo en individuos aislados da muy poco o ningún resultado, por ello juegan un papel esencial las intervenciones sanitarias en el nivel primario.¹⁵

Los programas deben abarcar una labor preventiva en la mujer, sin olvidar la asistencia paliativa, por ello resulta importante el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación biológica, psicológica y social, para ello se debe dar a conocer a la sociedad la enfermedad y actuar sobre sus causas y consecuencias.¹⁵

Las recomendaciones de la OMS para la prevención del cáncer señalan educar a la población sobre los riesgos, limitar la venta de tabaco y alcohol, así como modificar el tipo de alimentación para evitar la obesidad y otros factores de riesgo.

La organización de los servicios de salud desde la atención primaria hasta los centros especializados, tiene como objetivos en el tratamiento del cáncer curar y mejorar la calidad de vida y de esta manera prolongarla. Los servicios van a estar organizados de tal manera que aseguren una adecuada intervención entre el momento del diagnóstico y el tratamiento.

Disponer de los servicios bien organizados da lugar a clasificar al paciente como portador de un cáncer curable o no, pues de ello se derivará el resto de la acción.

Se concluye que la hiperplasia simple sin atipia de endometrio representó el 72,3% de las 94 pacientes estudiadas, apareció con mayor porcentaje en las edades entre 41 y 55 años, coincidiendo con el período climatérico, un 33,0% en mujeres nulípara y un 37,2% en mujeres con un hijo, resultando una cifra significativa en el estudio realizado. Las patologías estudiadas que con más frecuencia se asocian a la hiperplasia endometrial, resultaron la obesidad, sin atipia 43,6% y un 4,3 % en las atípicas, con un menor porcentaje en la diabetes mellitus y en la hipertensión arterial. Las mujeres nulíparas o con un hijo, así como las obesas y las que se encuentran en edad climatérica, corren un mayor riesgo de padecer hiperplasia endometrial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lesiones malignas del útero. En: Rigol OR. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 307-08.
2. Stanley BL, Bergsjö P, Nielsen PA. Carcinoma de endometrium. Am J Obstet Gynecol. 1966; 95:496.
3. Cáncer endometrial. Revista de Menopausia (en línea). Disponible en: <http://www.encolombia.com/menovol6200-riesgos2.htm> Acceso 13 marzo 2007.
4. Hanold ET. Textbook of Therapeutics drug and disease management. 6ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
5. Duncan DB. 195.5. Multiple range and multiple F test. Biometrics 11.1.
6. Steert RG, Torrie IH. Bioestadística principios y procedimientos. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1988.
7. Di Rienzo J, Balzarini M, Casnoves F, González L, Tablada M, Guzmán W, et al. Ginecología. InfoStat. Software estadístico. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2001.

8. Gusberg SB, Kaplan AI. Precursor of corpus of the adeno-matous: hyperplasia as stage carcinoma of the endo-metriun. *Obstet Gynecol.* 1963; 87:662.
9. Gusberg SB. Diagnosis and principal os treatment of cancer the endometrium. En: Gusberg SB, Singleton HB. *Female Genital Cancer.* New York: Curchill Livingstone; 1988. p 102-9.
10. Danforth DN. *Tratado de obstetricia y ginecología.* 4ed. México, DF: Interamericana; 1987.
11. Katsanis WA, Shields LB. Inmune recognition of endometrial tumour antigens induced by multiparity. *Gynecol Oncol.* 1998; 70(1):33-9.
12. Randall LM. Management of disfunctional uterine bleding during adelescence I Luisiana. *Med Soc.* 1988; 110:160.
13. Aspectos de la psicología social: técnica en educación para la salud. En: Núñez de Villavicencio F. *Psicología y salud.* La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p 95-7.
14. Shkoder R. Endometrial hyperplasia in relation to genital Function. *Am Obstet Gynecol* 1999; 68: 294.
15. Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral.* La Habana: Ciencias Médicas; 2000; vol 2: Principales afecciones del individuo en los contextos familiares y sociales.

Recibido: 10 de marzo 2011.

Aprobado: 3 de mayo 2011.

Margarita Méndez García. Licenciada en Enfermería. Profesor Instructor. Máster en Atención Integral a la Mujer. Facultad de Ciencias Médicas. Provincia Mayabeque. Cuba. E-mail: marmeg@infomed.sld.cu