



## Clínica cotidiana

# Metrorragia en postmenopáusica: cáncer de endometrio

Antonia Espinosa Collado\*, Carlos Ramos Ortiz

Unidad de Gestión Clínica de Armilla (Granada).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de octubre de 2018

Aceptado el 24 de enero de 2019

On-line el 23 de abril de 2019

#### Palabras clave:

Cáncer de endometrio

Metrorragia

Menopausia

#### Keywords:

Endometrial cancer

Metrorrhagia

Menopausal

### R E S U M E N

La esperanza de vida de la mujer en España ha aumentado considerablemente. La presencia de una metrorragia posmenopáusica senil precisa de una evaluación rápida de la causa, ya que un 30 % de estos sangrados pueden deberse a un cáncer más agresivo y de peor pronóstico que en mujeres jóvenes. Un 5-10 % de los casos se deberá a un cáncer endometrial y un 10-20 % a hiperplasia endometrial con atipias.

La primera prueba diagnóstica es la ecografía transvaginal para valorar la línea endometrial. Un endometrio de un grosor superior a 10 mm sugiere fuertemente la existencia de un carcinoma, mientras que si este es inferior a 5 mm raramente presenta esta patología.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Metrorrhagia in the postmenopausal subject: endometrial cancer

#### A B S T R A C T

The life expectancy of women in Spain has increased considerably. The presence of a senile postmenopausal metrorrhagia requires a rapid evaluation of the cause, since 30% of these bleedings may be due to more aggressive cancer and worse prognosis than in young women. 5-10% of cases are due to endometrial cancer and 10-20% to endometrial hyperplasia with atypia.

The first diagnostic test is transvaginal ultrasound, assessing the endometrial line. An endometrium thicker than 10 mm strongly suggests the existence of a carcinoma whereas if it is less than 5 mm it rarely presents this pathology.

In case of not visualizing a normal line, an endometrial biopsy will be performed to rule out malignancy.

© 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [antoniaespinosa@gmail.com](mailto:antoniaespinosa@gmail.com) (A. Espinosa Collado).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.009>

2254-5506 / © 2019 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 81 años de edad, que acude por metrorragia de varios años de evolución con presencia de sangrado cada 4 meses. Actualmente refiere sangrado diario. Nunca lo había consultado con su médico de cabecera.

Está diagnóstica de hipertensión arterial controlada, cataratas y urticaria al frío; no alergias conocidas, ni consumo de tóxicos. Menopausia a los 42 años.

Es remitida al hospital de referencia.

La exploración ginecológica es normal. Se realiza ecografía vaginal y se observa útero en retro y anejos normales, con línea endometrial irregular y aumentada (13 mm).

En la biopsia endometrial se observa hiperplasia compleja con atipia.

Se la interviene mediante histerectomía total con doble anexectomía por laparoscopia.

El diagnóstico final es adenocarcinoma endometriode bien diferenciado sobre hiperplasia compleja atípica, que infiltrado más de la mitad del miometrio y alcanza 1,53 mm de serosa y limitado a cuerpo uterino (G1 Estadio: IB de la clasificación de la FIGO).

Se completa el tratamiento con radioterapia externa y braquiterapia endocavitaria vaginal adyuvante.

Durante el tratamiento oncológico la paciente refiere aumento del cansancio. Se detecta derrame pericárdico y bloqueo aurículo-ventricular completo que precisa la implantación de marcapasos bicameral definitivo.

Actualmente se encuentra en seguimiento por oncología, cardiología y medicina de familia.

## Comentario

Ante cualquier metrorragia en pacientes mayores de 70 años es recomendable la actuación inmediata con remisión a Ginecología, ya que hasta 30 % de estos sangrados pueden estar originados por un cáncer de endometrio o de útero<sup>1</sup>.

La primera prueba diagnóstica es la ecografía transvaginal, cuya sensibilidad es de 100 % y la especificidad de 61 %. Valora la línea endometrial, con corte de 4 mm para el espesor del endometrio<sup>1,2,5</sup>; en la posmenopausia se espera que sea menor de 5 mm. Si dicho espesor es mayor de 10 mm existe una probabilidad realmente importante de estar ante un proceso neoplásico maligno<sup>1,5</sup>.

En caso de no visualizarse una línea endometrial normal, se realizará biopsia de endometrio para descartar malignidad, ya que la tasa de supervivencia a 5 años sin diseminación es del 95 %, pero si se disemina cae al 23 %<sup>3,4</sup>.

Existen factores de riesgo que nos han de poner en alerta: presencia de estrogenismo, utilización de tamoxifeno, poliposis, esterilidad, menstruación temprana, menopausia en mayores de 50 años, cáncer de colon y de mama, obesidad y presencia de hipertensión y diabetes<sup>6,7</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López Olmos J, Coloma F, Costa S. Metrorragias seniles. Estudio clínico, histeroscópico e histológico de 184 casos. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2000; 27: 329-36.
2. Clevin L. How thick is too thick? Endometrial cut-off in postmenopausal patients. En: Tinelli A, Pacheco LA, Haimovich S (editores). *Hysteroscopy.* Springer International Publishing; 2018. p. 131-40.
3. Schramm A, Ebner F, Bauer E, Janni W, Friebe-Hoffmann U, Pellegrino M, et al. Value of endometrial thickness assessed by transvaginal ultrasound for the prediction of endometrial cancer in patients with postmenopausal bleeding. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 296: 319-26.
4. Hefler-Frischmuth K, Hirtl-Goergl E, Unterrichter V, Lafleur J, Brunnmayr-Petkin G, Moinfar F, et al. One-stop clinical assessment of risk for endometrial hyperplasia (OSCAR-Endo): a fast-track protocol for evaluating endometrial pathologies. *Arch Gynecol Obstet.* 2017; 295: 959-64.
5. Berceanu C, Stepan AE, Mehediu Tu C, Cîrstoiu MM, Ciorte R, Berceanu S, et al. Morphological, imaging and surgical aspects in endometrial endometrioid adenocarcinoma. *Rom J Morphol Embryol.* 2016; 57: 995-1002.
6. Quinn MA, Campbell JJ. Tamoxifen therapy in advanced/recurrent endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1989; 32: 1-3.
7. Kauppila A. Oestrogen and progestin receptors as prognostic indicators in endometrial cancer. A review of the literature. *Acta Oncol.* 1989; 28: 561-6.