



Hiperplasia endometrial con atipias en paciente de 17 años.

Lorca Alfaro, S; García Soria, V; Peñalver Escolano, E; Navarro Blaya, F; Vicente Sánchez, E; Fernández Salmerón, R; Izquierdo Sanjuanes, B; Meseguer Peña, F.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN

La **hiperplasia endometrial** (HE) se define como una proliferación de glándulas, de forma y tamaño irregular, con un incremento en la relación glándula/estroma si la comparamos con el endometrio proliferativo normal. Se relaciona con el estímulo prolongado de estrógenos no compensado con gestágenos, siendo una lesión estrógeno-dependiente. Su **importancia** radica en ser lesión precursora de carcinoma endometrial y poder manifestarse clínicamente como un patrón de sangrado anómalo.

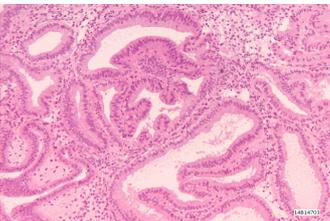
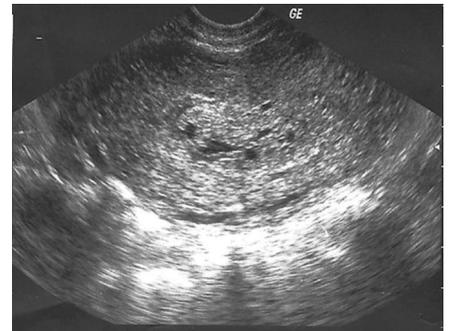
Incidencia global: 133/100.000 mujeres-año; con un pico de incidencia para las hiperplasias sin atipias en los 50-54 años y en los 60-64 años en hiperplasias atípicas (54/100.000) y **muy raro por debajo de los 30 años (6/100.000 mujeres -año)**.

Para el **manejo** actual de las hiperplasias debemos tener en cuenta cuatro factores importantes: la edad, deseos genésicos, co-morbilidad quirúrgica y la presencia de atipias citológicas. Las opciones terapéuticas disponibles son la cirugía y tratamiento gestagénico; el efecto gestagénico produce un efecto indirecto y directo como antiproliferativo en el endometrio. En pacientes seleccionadas; o bien por deseos genésicos o por alta morbilidad quirúrgica, se puede plantear tratamientos no quirúrgicos. Con respecto al DIU Levonorgestrel: presenta mejor tolerabilidad, mayor adscripción y concentraciones mayores en el endometrio que los tratamientos orales. Los estudios recientes parecen indicar que con el DIU-LNG se observa una regresión más robusta que con el tratamiento oral, así como una menor tasa de recurrencia.

OBJETIVOS: Conocer el manejo conservador de la hiperplasia con atipias en mujeres jóvenes, basándonos en un caso clínico de nuestro servicio.

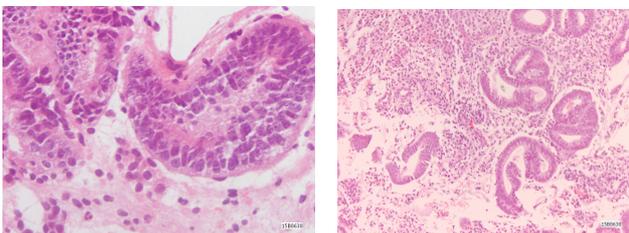
CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años sin antecedentes de interés. Menarquía a los 13 años. Fórmula menstrual normal hasta entonces. IMC: 19,5. Consulta por reglas irregulares desde hacía 3 meses. La exploración ginecológica es normal. Ecografía transvaginal: útero ligeramente arcuato con endometrio engrosado heterogéneo de 1.7 cm. Ovarios normales. No líquido libre en Douglas. Se pide BHCG urgente para descartar mola y se toma biopsia endometrial.



La BHCG resulta negativa (<2 mU/ml) y la AP informa de endometrio tipo secretor inicial con cambios focales de tipo **hiperplásico simple sin atipias**. Se pauta acetato de medroxiprogesterona 10 mg del día 14 al 25 del ciclo / 6 meses.

A los seis meses, refiere mejoría del patrón menstrual con el tratamiento. En la ecografía transvaginal se observa endometrio de 0.5 cm. Se toma Biopsia endometrial → endometrio con focos de **hiperplasia simple con atipias**, por lo que se indica la realización de una histeroscopia diagnóstica.

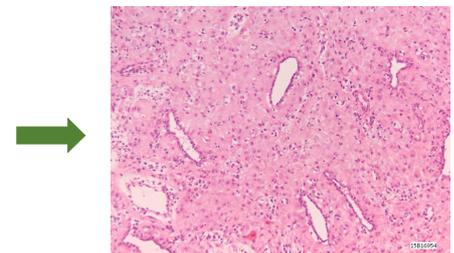


En la histeroscopia diagnóstica se visualiza endometrio de tipo secretor sin signos de atipia, liso y homogéneo y se toma biopsia dirigida; **confirmándose el diagnóstico**; Endometrio proliferativo con áreas focales de hiperplasia con atipias.

Se decide iniciar tratamiento conservador con inserción de **DIU Mirena + Megestrol 160mg VO / día**. Seguimiento cada 3-4 meses con ecografía transvaginal e histeroscopia diagnóstica en consulta.

RESULTADOS

Cuatro meses después del diagnóstico acude a revisión. Ecografía: útero de características normales. Endometrio de aspecto hiperplásico de 1.2 cm, Mirena intracavitario normoinserido. Ovarios multifoliculares. Se toma biopsia dirigida con histeroscopia, con resultado: endometrio con disociación madurativa glándulo estromal y masiva decidualización del estroma. **Ausencia de criterios de hiperplasia.**



CONCLUSIONES

Es de importancia conocer el **manejo conservador** de esta patología en sus diferentes opciones y los criterios para establecerlo en pacientes jóvenes con deseos genésicos; ya que como hemos visto, la hiperplasia endometrial con atipias, así como el carcinoma endometrial son diagnosticados del 2 al 14 % de los casos en menores de 35 años.