

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento de la **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL** en Mujeres Posmenopáusicas en el Segundo Nivel de Atención

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro: **SS-ZZ309**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	3
2. DEFINICIÓN DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.....	4
3. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	5
3.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	5
3.1.1 FACTORES DE RIESGO	5
3.1.2 TAMIZAJE.....	5
3.2 DIAGNÓSTICO TEMPRANO.....	6
3.2.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	6
3.3 TRATAMIENTO	7
3.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	7
3.3.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	7
4. DIAGRAMAS DE FLUJO	8

1. CLASIFICACIÓN

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CIE-10: N850 OTROS TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS DEL ÚTERO, EXCEPTO DEL CUELLO
N850 HIPERPLASIA DE LA GLÁNDULA DEL ENDOMETRIO

2. DEFINICIÓN DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

DEFINICIÓN

La hiperplasia endometrial (N850 Otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello N850 Hiperplasia de la glándula del endometrio) es un crecimiento excesivo del endometrio que se da por un estímulo mantenido de estrógenos endógenos o exógenos que no son contrarrestados por la acción de la progesterona.

Varias condiciones pueden predisponer esto, entre las cuales se encuentran la irregularidad menstrual (por anovulación, obesidad, diabetes, ovarios poliquísticos), tumores productores de estrógenos, hiperplasia adrenocortical, mal diseño de la terapia estrogénica menopáusica, entre otras.

3. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

3.1 PREVENCIÓN SECUNDARIA

3.1.1 FACTORES DE RIESGO

3.1.2 TAMIZAJE

FACTORES DE RIESGO

Se sospecha riesgo de hiperplasia endometrial en mujeres

- Posmenopáusicas
- Con peso igual o mayor a 90 kg
- De edad igual o mayor a 45 años
- Con antecedentes de infertilidad más nuliparidad
- Con exposición a estrógenos endógenos o exógenos sin oposición
- Con historia familiar de cáncer de endometrio o colon
- Con diagnóstico de diabetes mellitus
- Con terapia a base de tamoxifeno
- Con terapia hormonal mal diseñada

TAMIZAJE

Se recomienda hacer tamizaje

- En pacientes ambulatorias: se realiza ultrasonografía, de preferencia transvaginal, y podrá tomarse biopsia vs. **citología endometrial**
- En pacientes hospitalizadas: podrá realizarse ultrasonografía, de preferencia transvaginal, toma de biopsia bajo anestesia, histeroscopia

3.2 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

3.2.1 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO

Se deberá realizar

- Historia clínica, con especial énfasis en los antecedentes ginecoobstétricos, y exploración física ginecológica

En pacientes ambulatorias

- Dentro de la exploración física se recomienda realizar ultrasonido, de preferencia transvaginal
- Con línea endometrial igual o mayor a **10 mm: citología endometrial**, toma de biopsia: curetaje o aspiración
- En pacientes que presentan dificultad técnica se recomienda la toma de biopsia bajo anestesia: dilatación y legrado e histeroscopia
- En **cualquier** caso se enviará la muestra a patología y se citará a la paciente para la evaluación de los resultados
- De presentar hiperplasia endometrial simple, se evaluará periódicamente a la paciente

3.3 TRATAMIENTO

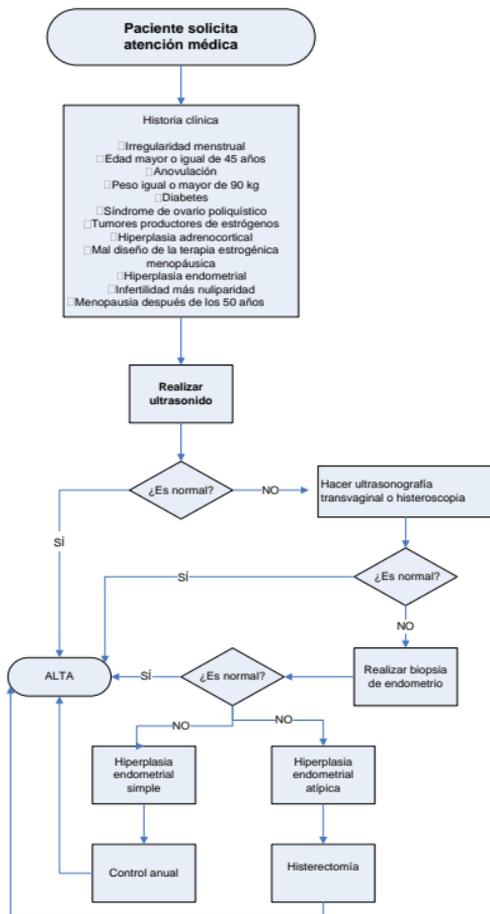
3.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

3.3.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

TRATAMIENTO

- En pacientes posmenopáusicas no se recomienda el tratamiento médico
- En caso de presentar atipias, deberá plantearse a la paciente el tratamiento definitivo (histerectomía)
- No se recomienda la ablación endometrial en ninguno de los dos casos
- En caso de que el reporte histopatológico revele carcinoma la paciente deberá ser remitida a oncología con el protocolo correspondiente

4. DIAGRAMAS DE FLUJO



Avenida Paseo de La Reforma # 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

ISBN: <#####>