

ACOG publications are protected by copyright and all rights are reserved. ACOG publications may not be reproduced in any form or by any means without written permission from the copyright owner. This includes the posting of electronic files on the Internet, transferring electronic files to other persons, distributing printed output, and photocopying. Requests for authorization to make photocopies should be directed to: Copyright Clearing Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 (978) 750-8400.

La ablación endometrial



El revestimiento del **útero**, o endometrio, se desprende con el sangrado que ocurre todos los meses durante la **menstruación**. En algunas mujeres el sangrado es intenso o puede durar más de lo normal. Para ellas, la ablación endometrial puede ser una buena opción de tratamiento. Este procedimiento trata el revestimiento del útero para controlar o detener el sangrado y no implica extraer el útero ni afecta a los niveles de **hormonas** de la mujer.

Este folleto explicará

- qué es la ablación endometrial
- qué se debe esperar antes y después del procedimiento
- los métodos de ablación endometrial
- los riesgos

Datos sobre la ablación

La ablación endometrial se usa para tratar muchas de las causas que provocan sangrado intenso. En la mayoría de los casos, las mujeres que padecen este tipo de sangrado reciben inicialmente medicamentos. Si no es posible controlar con medicamentos el sangrado intenso, se emplea la ablación endometrial.

La ablación endometrial destruye una capa delgada de revestimiento del útero y detiene el flujo menstrual en muchas mujeres. En algunas mujeres el sangrado menstrual no se detiene pero se reduce a niveles normales o se vuelve menos intenso. Si la ablación no controla la intensidad del sangrado, puede ser necesario emplear otros tratamientos o practicar una cirugía.

La ablación endometrial no debe hacerse en las mujeres después de la **menopausia**. No se recomienda para las mujeres con ciertos problemas médicos, incluyendo:

- trastornos del útero o endometrio (como cuando el endometrio es demasiado delgado)
- **hiperplasia endometrial**
- cáncer del útero
- embarazo reciente
- infección actual o reciente del útero

Es poco probable que ocurra un embarazo después de una ablación, aunque puede suceder. Si queda embarazada, el riesgo de aborto natural y de otros problemas aumenta en gran medida. Las mujeres que todavía desean quedar embarazadas, no deben someterse a este procedimiento. Además, las mujeres que han tenido una ablación endometrial deben usar anticonceptivos hasta después de la menopausia. La **esterilización** puede ser una buena opción para evitar embarazos después de la ablación.

Una mujer que ha tenido una ablación todavía conserva todos sus órganos reproductores. Por lo tanto, siempre es necesario hacerse las **pruebas de Papanicolaou** y los **exámenes pélvicos**.

Antes del procedimiento

La decisión de tener una ablación endometrial la tomarán usted y su médico. Durante la consulta, el médico le explicará los riesgos y beneficios del procedimiento. Se tomará también una muestra del revestimiento del útero (**biopsia endometrial**) para asegurarse de que no sufre de cáncer. También se pueden hacer los siguientes estudios para determinar si el tamaño y la forma del útero son adecuados para el procedimiento:

endometrial es muy útil para muchas mujeres que padecen sangrado intenso. Este procedimiento puede ser una opción de tratamiento para una mujer que no desea quedar embarazada.

- **Histeroscopia**—Se usa un telescopio que transmite una luz, denominado histeroscopio, para ver el interior del útero.
- **Ecografía**—Se emplean ondas sonoras para ver los órganos pélvicos.

Si tiene un **dispositivo intrauterino**, éste deberá extraerse. No puede tener una ablación endometrial si está embarazada.

Métodos de ablación endometrial

La ablación es un procedimiento breve. Algunas técnicas se realizan durante una cirugía ambulatoria, lo que quiere decir que puede regresar a casa el mismo día. Otras se hacen en el consultorio médico. Antes del procedimiento, el **cuello uterino** puede ser dilatado. La **dilatación** se logra con medicamentos o con una serie de varillas que aumentan gradualmente en tamaño.

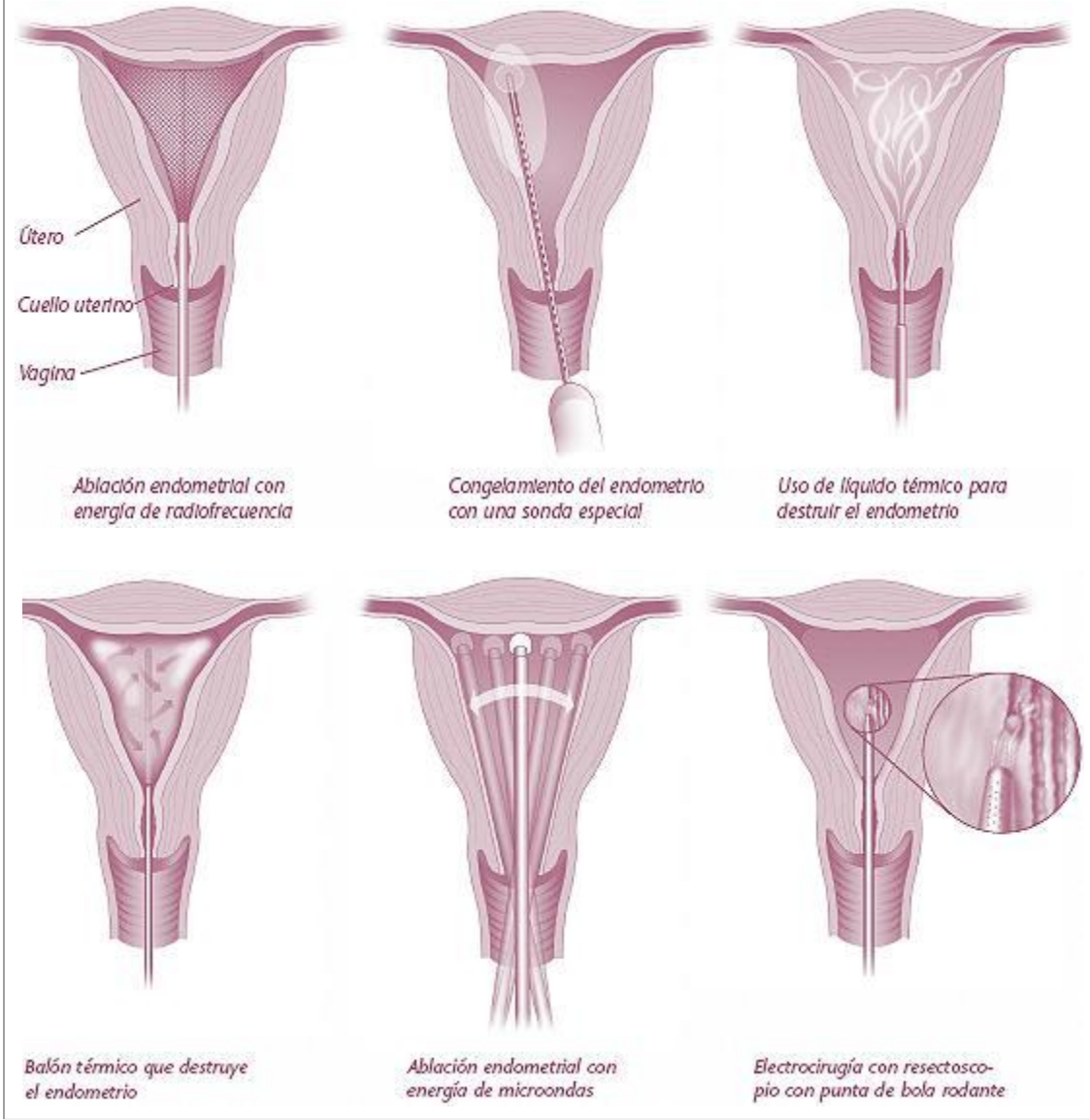
Durante la ablación no se hacen incisiones (cortes en la piel). La recuperación tarda aproximadamente 2 horas según el tipo de alivio para el dolor que se use. El tipo de alivio para el dolor que se usa depende del tipo de procedimiento de ablación, dónde se practica y lo que usted desea. Pregúntele a su médico cuáles son sus opciones antes de someterse al procedimiento.

Los siguientes métodos se emplean con más frecuencia para realizar la ablación endometrial:

- **Radiofrecuencia**—Se introduce una sonda en el útero a través del cuello uterino. La punta de la sonda se expande hasta formar un dispositivo en forma de malla que envía energía de radiofrecuencia al revestimiento. La energía y el calor destruyen el tejido del endometrio lo cual se extrae por medio de aspiración.
- **Congelamiento**—Se introduce una sonda delgada en el útero. La punta de la sonda congela el revestimiento del útero. La ecografía (ultrasonido) se usa para ayudar a orientar al médico durante el procedimiento.
- **Líquido térmico**—Se introduce un líquido en el útero por medio de un histeroscopio. El líquido se calienta y permanece en el útero durante aproximadamente 10 minutos. El calor destruye el revestimiento.
- **Balón térmico**—Se coloca un balón en el útero por medio de un histeroscopio. Se introduce un líquido caliente en el balón. El balón se expande hasta que toca los bordes del revestimiento del útero. El calor destruye el endometrio.
- **Energía de microondas**—Se introduce una sonda especial en el útero a través del cuello uterino. La sonda aplica energía de microondas al revestimiento del útero y lo destruye.
- **Electrocirugía**—La electrocirugía se realiza con un resectoscopio. El resectoscopio es un dispositivo telescópico delgado que se introduce en el útero. éste tiene una varilla eléctrica con una punta de asa de alambre, de bola rodante o de bola con picos, que destruye el revestimiento del útero. Este método

generalmente se hace en la sala de operaciones con **anestesia general**. No se usa con tanta frecuencia como los demás métodos.

Métodos de ablación endometrial



Después del procedimiento

Es normal que ocurran efectos secundarios menores después de una ablación endometrial:

- Cólicos, como dolores menstruales, durante 1 ó 2 días
- Secreción acuosa y poco espesa mezclada con sangre durante varias semanas. Esta secreción puede ser intensa durante 2 ó 3 días después del procedimiento.
- Necesidad de orinar con frecuencia durante 24 horas
- Náuseas

Pregúntele a su médico cuándo podrá volver a hacer ejercicios, tener relaciones sexuales o usar tampones. En la mayoría de los casos, puede regresar a trabajar o a sus actividades normales al cabo de uno o dos días. El médico programará consultas de seguimiento para evaluar su progreso. Es posible que transcurran varios meses antes de percibir los efectos completos de la ablación.

Riesgos

El procedimiento de ablación conlleva ciertos riesgos. Hay un riesgo mínimo de infección y hemorragia. El dispositivo que se usa puede atravesar la pared uterina o los intestinos. Con algunos métodos, hay un riesgo de quemadura de la vagina, **vulva** y los intestinos. En raras ocasiones, el líquido que se usa para expandir el útero durante la electrocirugía puede absorberse en el torrente sanguíneo. Esto puede provocar una situación grave. Para evitar este problema, la cantidad de líquido que se emplea se controla cuidadosamente durante el procedimiento.

Por último

La ablación endometrial es muy útil para muchas mujeres que padecen sangrado intenso. Este procedimiento puede ser una opción para una mujer que no desea quedar embarazada. Si está considerando tener una ablación endometrial, hable con su proveedor de atención médica sobre los riesgos y beneficios.

Glosario

Anestesia general: Uso de medicamentos que producen un estado semejante a la somnolencia para evitar el dolor durante una cirugía.

Biopsia del endometrio: Prueba en la que se extrae y examina bajo un microscopio una pequeña cantidad de tejido del revestimiento del útero.

Cuello uterino: El extremo inferior y más estrecho del útero que se extiende hacia la vagina.

Dilatación: Ampliación de la abertura del cuello uterino.

Dispositivo intrauterino: Dispositivo pequeño que se introduce y permanece dentro del útero para evitar embarazos.

Ecografía: Examen que usa ondas sonoras para examinar estructuras internas. Durante el embarazo, puede usarse para examinar al feto.

Esterilización: Operación que evita que una mujer quede embarazada o que un hombre pueda procrear hijos.

Examen pélvico: Examen manual interno y externo de los órganos reproductores de la mujer.

Hiperplasia endometrial: Enfermedad que ocurre cuando el revestimiento del útero se desarrolla excesivamente; si no se le da tratamiento durante mucho tiempo, puede producir cáncer.

Histeroscopia: Procedimiento quirúrgico donde se usa un instrumento delgado que transmite una luz, el histeroscopio, para ver dentro del útero o practicar cirugías.

Hormona: Sustancia que produce el cuerpo para regular las funciones de diversos órganos.

Menopausia: Proceso en la vida de una mujer donde los ovarios dejan de funcionar y cesa la menstruación.

Menstruación: Secreción mensual de sangre y tejido proveniente del útero que ocurre en la ausencia de un embarazo.

Prueba de Papanicolaou: Prueba en que se toman células del cuello uterino y la vagina para examinarlas bajo un microscopio.

Útero: Órgano muscular ubicado en la pelvis de la mujer que contiene el feto en desarrollo y lo nutre durante el embarazo.

Vulva: Área genital externa de la mujer.

Este Folleto Educativo para Pacientes fue elaborado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). Diseñado para ayudar a los pacientes, presenta información actualizada y opiniones sobre temas relacionados con la salud de las mujeres. El nivel de dificultad de lectura de la serie, basado en la fórmula Fry, corresponde al grado escolar 6to a 8vo. El instrumento de Evaluación de Idoneidad de Materiales (Suitability Assessment of Materials [SAM]) asigna a los folletos la calificación "superior". Para asegurar que la información es actualizada y correcta, los folletos se revisan cada 18 meses. La información descrita en este folleto no indica un curso exclusivo de tratamiento o procedimiento que deba seguirse, y no debe interpretarse como excluyente de otros métodos o prácticas aceptables. Puede ser apropiado considerar variaciones según las necesidades específicas del paciente, los recursos y las limitaciones particulares de la institución o tipo de práctica.

Derechos de autor © abril de 2009 por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists). Todos los

derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, almacenarse en un sistema de extracción, publicarse en Internet, ni transmitirse de ninguna forma ni por ningún método, sea electrónico, mecánico, de fotocopiado, grabación o de cualquier otro modo, sin obtener previamente un permiso por escrito del editor.

ISSN 1074-8601

Las solicitudes de autorización para hacer fotocopias deben dirigirse a: Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923.

Para pedir Folletos de Educación de Pacientes en paquetes de 50, sírvase llamar al 800-762-2264 o hacer el pedido en línea en sales.acog.org.

The American College of Obstetricians and Gynecologists
409 12th Street, SW
PO Box 96920
Washington, DC 20090-6920

12345/32109