



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ARTÍCULO ORIGINAL

Hallazgos histeroscópicos en mujeres asintomáticas con ecografía sugestiva de patología endometrial

Borja Rivero*, Mikel Gorostidi, Jose Ramón Cortaberria, Miren Arrue y Leire Goyeneche

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

Recibido el 18 de marzo de 2010; aceptado el 23 de junio de 2010

Accesible en línea el 4 de noviembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Hiperplasia endometrial atípica;
Adenocarcinoma de endometrio;
Histeroscopia;
Criterios morfológicos;
Ecografía;
Línea endometrial

Resumen

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de hiperplasia con atipias y adenocarcinoma de endometrio que se detectan al realizar una histeroscopia en mujeres posmenopáusicas asintomáticas con ecografía vaginal sugestiva de patología endometrial. El objetivo secundario es conocer la utilidad de la histeroscopia en el diagnóstico de las lesiones premalignas y malignas en dichas mujeres.

Sujetos y métodos: Estudio descriptivo de 1.237 histeroscopias practicadas en un periodo de 7 años (enero de 2000 a diciembre de 2006) en la Consulta de Ginecología. Todas estaban asintomáticas y fueron enviadas a nuestra consulta por una ecografía sugestiva de patología endometrial.

Resultados: El hallazgo histeroscópico más frecuente es el de pólipo endometrial (64,3%), seguido por el diagnóstico de normalidad (15,7%). Se practicaron 1.046 biopsias de endometrio. Además, 27 pacientes fueron hysterectomizadas. Se diagnosticaron 14 hiperplasias con atipias (1,13%) y 20 adenocarcinomas de endometrio en estadio I (1,61%). La histeroscopia tiene una alta especificidad y VPN para el diagnóstico de patología maligna y premaligna (E: 97,5%, VPN 99,6% y LR+ de 31,25).

Conclusiones: La eficiencia de la ecografía transvaginal como cribado en la mujer menopáusica asintomática en el diagnóstico de patología endometrial premaligna y maligna, según nuestros resultados, no parece ser alta. La histeroscopia permite un diagnóstico fiable en este grupo de mujeres.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Atypical endometrial hyperplasia;
Endometrial adenocarcinoma;

Hysteroscopic results in asymptomatic women with ultrasonographic findings suggestive of endometrial disease

Abstract

Objective: The main objective of this study was to determine the prevalence of atypical hyperplasia and endometrial adenocarcinoma detected by hysteroscopy in asymptomatic post-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: briverod@telefonica.es (B. Rivero).

Hysteroscopy;
Morphological criteria;
Ultrasonography;
Endometrial line

menopausal women with vaginal ultrasonographic findings suggestive of endometrial disease. The second aim was to ascertain the usefulness of hysteroscopy in the diagnosis of premalignant and malignant lesions in these patients.

Subjects and methods: We performed a descriptive study of 1,237 hysteroscopies carried out over a 7-year period (January 2000 to December 2006) in the Gynecology Department of Hospital Donostia. All the women were asymptomatic and were referred to our clinic due to an ultrasound examination suggestive of endometrial disease.

Results: The most frequent hysteroscopic findings were endometrial polyps (64.3%), followed by a diagnosis of normality (15.7%). A total of 1,046 endometrial biopsies were performed. In addition, 27 patients underwent hysterectomy; 14 were diagnosed with atypical hyperplasia (1.13%) and 20 with stage I endometrial adenocarcinoma (1.61%). The specificity and negative predictive value of hysteroscopy in the diagnosis of premalignant and malignant lesions were high (specificity: 97.5%, negative predictive value 99.6%, positive likelihood ratio 31.25).

Conclusions: The results of our study suggest that the efficiency of transvaginal ultrasound screening in asymptomatic menopausal women in the diagnosis of premalignant and malignant endometrial disease is not high. Hysteroscopy allows a reliable diagnosis in this group of women.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El adenocarcinoma de endometrio es el cáncer más frecuente del tracto genital inferior de la mujer en los países desarrollados, el 72% se diagnostica en estadio I, el 12% en estadio II, el 13% en estadio III y el 3% en estadio IV¹. A pesar de esta favorable distribución, es la octava causa de muerte en la mujer americana².

Sería interesante disponer de un método de cribado que permitiera hacer el diagnóstico precoz de todos estos cánceres, pero ni la citología cervical, ni la citología endometrial, ni la biopsia de endometrio han conseguido imponerse como técnica de cribado.

El diario oficial de la Unión Europea publicó el 16 de diciembre (L327/34) una directiva del Consejo sobre políticas para el cribado del cáncer en Europa, en la que solo aceptan tres enfermedades susceptibles de aplicar cribado: el cáncer de mama, el de colon-recto y el de cuello uterino. Similar opinión tiene la Sociedad Americana de Cáncer³ y el *Up to date* que remite al lector a la Sociedad Americana del Cáncer cuando se refiere a este tema. Sin embargo algunos autores, como Huerta et al, opinan que la ecografía transvaginal cumpliría todas las características necesarias para ser utilizada como técnica de diagnóstico precoz y, además, añaden que en la misma exploración se podría hacer el despistaje de patología ovárica, miometrial o vesical^{4,5}. Según estos autores, utilizar la ecografía vaginal anual en la postmenopausia podría detectar el adenocarcinoma de endometrio asintomático cuando tuviera una menor invasión y un estadiaje menor, lo cual podría mejorar la supervivencia.

Actualmente no existe evidencia científica que demuestre la utilidad de la ecografía transvaginal como prueba diagnóstica de cribado, pero se ha implantado fuertemente en España con este fin. Este trabajo es un estudio clínico con el propósito de analizar el valor de la ecografía transvaginal en el cribado de la patología endometrial.

Objetivo

El objetivo principal de este estudio es conocer la utilidad que tiene en nuestro medio la histeroscopia para hacer el

diagnóstico precoz del adenocarcinoma de endometrio en un grupo de mujeres asintomáticas, sin metrorragia, a las que se les ha practicado una ecografía transvaginal, y cuyo resultado es sugestivo de patología endometrial. Tras la ecografía se ha practicado una histeroscopia con o sin biopsia de endometrio, dependiendo del hallazgo histeroscópico.

Material y métodos

Este estudio ha sido realizado con un total de 1.237 histeroscopias practicadas entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2006. Como criterios de inclusión seleccionamos la existencia de una ecografía patológica en una mujer menopáusica asintomática, y como criterios de exclusión, la presencia de síntomas. Durante este tiempo se practicó un total de 8.102 histeroscopias por múltiples indicaciones.

Las histeroscopias fueron efectuadas por dos histeroscopistas especializados y con criterios uniformes, en la consulta externa de un hospital terciario y docente. La Unidad de Histeroscopia del Hospital Donostia de San Sebastián está especializada en histeroscopia diagnóstica y quirúrgica, comenzó su funcionamiento en el año 1989 y anualmente practica entre 1.100 y 1.200 histeroscopias ambulatorias.

En este estudio la ecografía transvaginal se ha practicado en varios centros asistenciales de la comarca de Donostia por distintos ginecólogos con distinto nivel de formación en ecografía vaginal. Las mujeres que se incluyen en este estudio tienen una línea endometrial (LE) igual o superior a 5 mm, o una imagen intracavitaria patológica; además, se emite un diagnóstico ecográfico hecho por la imagen según la ecoestructura. Las ecografías fueron realizadas en diferentes ecógrafos, manejando frecuencias entre los 5 y los 7,5 Mhz. La LE resultaba de la medición en un corte longitudinal del endometrio comprendido entre la zona más ancha de las dos líneas hiperecogénicas que representan la unión endometriomiometrial.

Las pacientes fueron entrevistadas en la consulta y los datos fueron archivados en una base de *Microsoft Access* diseñada específicamente para tal fin. Se registraron las variables de edad, estado menopáusico, motivo de la histeroscopia y hallazgos de la ecografía ginecológica: LE y

diagnóstico ecográfico. Los datos de la exploración histeroscópica y de la biopsia de endometrio se registraban al finalizar la exploración e incluían los hallazgos relacionados con: canal endocervical, cavidad uterina, endometrio y orificios tubáricos, así como si se hizo o no biopsia y, en caso afirmativo, el material con que se obtuvo y la AP del estudio histológico.

Histeroscopia y biopsia de endometrio

Tras realizar un examen ginecológico mediante tacto bimanual, se procedía a la histeroscopia según Bettocchi⁶.

Para su realización se empleó un histeroscopio *Olympus* de 4 mm de diámetro con visión foroblicua de 30° con vaina de flujo continuo de 4,5 o 5,5 mm, según características de las pacientes. Como medio de distensión se utilizó suero fisiológico en bolsas de 3 litros comprimidas con una presión de 100 mmHg gracias a un manguito distensible con un compresor eléctrico.

La toma de biopsia endometrial se realizó mediante cánula de *Novak* o *Cornier* cuando el proceso afectaba a toda la cavidad uterina, y mediante la tijera de flujo continuo cuando el proceso era focal, o cuando interesaba realizar la biopsia en algún punto concreto de un proceso difuso. Durante el mismo procedimiento ambulatorio se realizaron polipectomía o miomectomía con tijera, de pólipos, principalmente, o de miomas, cuando suponíamos que éstos podrían ser extraídos sin dificultad por el canal endocervical. Cuando supusimos que no podrían ser extraídos se hizo resección en quirófano bajo anestesia con resector *Storz*, con presión intrauterina controlada con una bomba de distensión uterina *Storz* (Tutlingen, Alemania) y glicina como medio distensor.

Tanto las histeroscopias como las biopsias de endometrio ambulatorias fueron realizadas en la consulta, sin analgesia ni anestesia, salvo que la paciente refiriese dolor, en cuyo caso se utilizó anestesia local intracervical en cuatro puntos con articaína y aguja de dentista⁷.

Clasificación histeroscópica

Histeroscópicamente definimos la "normalidad histeroscópica" como toda cavidad uterina y canal endocervical sin pólipos ni miomas, que tuviera un endometrio atrófico o funcional. Denominamos "endometrio hipertrófico" al endometrio activo o funcional que cuando es comprimido con la tijera o la pinza de flujo continuo queda oculta la porción mecánica del instrumento dentro de él, y "poliposis" al endometrio hipertrófico que coexiste con pólipos endometriales mucosos. El "pólipo" lo definimos como una tumoración intrauterina sésil o pediculada con características similares al endometrio circundante. Denominamos "sospecha de adenocarcinoma" (SA) a todo endometrio atrófico o funcional que tiene, de manera localizada o focal, engrosamientos con rasgos inquietantes como alteraciones vasculares (trayectos irregulares, de diferente calibre, muy numerosos y con múltiples ramificaciones), también denominamos de esta manera a los pólipos con alteraciones del epitelio de superficie (ausencia del epitelio, manchas blancas, etc.), y a los pólipos fibrosos de consistencia blanda que se asocian con alteraciones vasculares. Nuestras definiciones



Figura 1 Morfología endometrial histeroscópica de adenocarcinoma. Visualización de papilas finas y pálidas, centradas por un capilar flotando en la cavidad.

de hiperplasia endometrial y cáncer son las descritas por Labastida y Cararach⁸, siendo características sugestivas de carcinoma la visualización de un tumor excrecente y papilar, las proliferaciones cerebroides, la ulceración y necrosis, y la visualización de papilas finas y pálidas, centradas por un capilar flotando en la cavidad (fig. 1).

Resultados

Durante el periodo de estudio se practicaron 8.102 histeroscopias; para este estudio seleccionamos 1.237 histeroscopias realizadas por una ecografía patológica en mujeres menopáusicas asintomáticas, sin metrorragia. La ecografía en la mujer sin metrorragia es el segundo motivo de estudio más frecuente, el primero es la metrorragia premenopáusica y el tercero la metrorragia postmenopáusica (tabla 1).

La mayoría de las ecografías patológicas fueron realizadas en la quinta década de la vida. En la tabla 2 y en la figura 2 puede verse la edad por grupos.

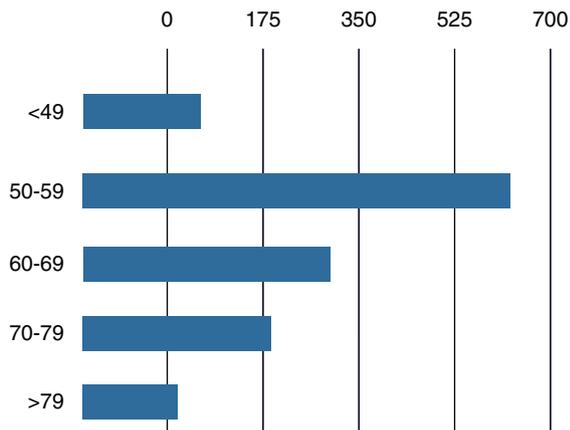
El diagnóstico histeroscópico más frecuente en este grupo de mujeres es el de pólipo endometrial, 64,4%, seguido por el de normalidad histeroscópica, 15,7% (tabla 3 y fig. 3). Es de destacar que antes del 1 de enero de 2004 tuvimos un total de

Tabla 1 Indicaciones de histeroscopia

	N	Porcentaje
Ecografía patológica	2.186	27
Metrorragia posmenopáusica	1.700	21
Metrorragia premenopáusica	2.351	29
TMX Ca mama	16	0,2
Esterilidad/infertilidad	221	2,7
DIU	73	0,9
Restos placentarios	179	2,2
Controles	883	10,9
Citología patológica	28	0,3
Biopsia patológica	163	2
Otro	168	2,1
No consta	134	1,7
Total	8.102	100

Tabla 2 Edad por grupos

Edad agrupada	Frecuencia	Porcentaje
< 49 años	75	6,2
50-59 años	613	49,5
60-69 años	337	27,2
70-79 años	183	14,8
> 79 años	29	2,3

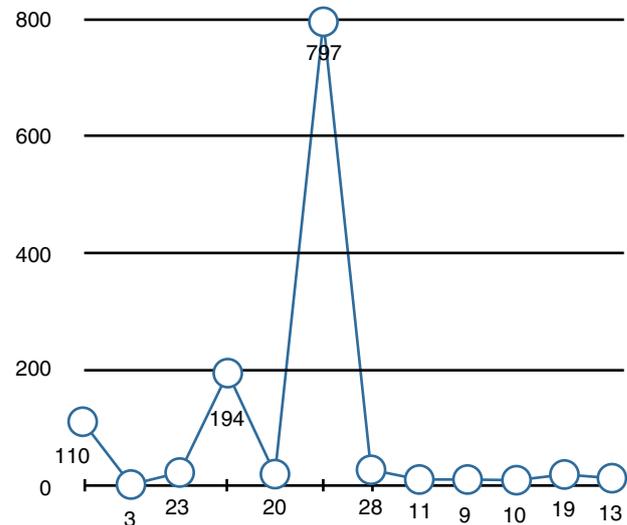
**Figura 2** Edad por grupos.

93 histeroscopias imposibles de un total de 786, lo que representa un 11,8%, siendo después de 17 de 453 histeroscopias, un 3,7%, explicado por la aplicación de anestesia intracervical con aguja de dentista en los casos de cérvix estenóticos⁷.

Se hizo biopsia de endometrio tras la histeroscopia en 1.046 casos; en los que fue imposible realizarlo en consulta se hizo posteriormente en quirófano. Se efectuaron un total de 797 polipectomías. El hallazgo histológico más frecuente fue el de pólipo endometrial, 62,7%, le sigue en frecuencia la hiperplasia sin atipias, 10,42% (simple 8,4% y compleja

Tabla 3 Diagnósticos histeroscópicos en la ecografía patológica

Diagnóstico histeroscópico	Frecuencia	Porcentaje
Imposible	110	8,9
No valorable	3	0,2
No consta	23	1,9
Normal	194	15,7
Trastornos menores de cavidad (TMX, etc.)	20	1,6
Pólipo	797	64,4
Mioma	28	2,3
Patología de cavidad (sinequias, malformaciones, etc.)	11	0,9
Poliposis	9	0,7
Hiperplasia	10	0,8
Sospecha de adenocarcinoma	19	1,5
Adenocarcinoma	13	1
Total	1.237	100

**Figura 3** Diagnóstico histeroscópico.

2,02%). El número de hiperplasias con atipias es de 14 (1,13%), y el de adenocarcinomas 20 (1,61%) (tablas 4 y 5).

Se hizo histerectomía a 9 (64,28%) de las 14 hiperplasias con atipias, en el resto de los casos no se hizo por patología concomitante severa que contraindicaba la cirugía o por pacientes con decisión a no someterse a cirugía radical salvo que fuera de absoluta necesidad, que aceptaron tratamiento y seguimiento; estas pacientes están siendo controladas en la consulta y serán motivo de publicación cuando haya transcurrido un periodo de tiempo suficiente. En la pieza de histerectomía de estos 9 casos tras el estudio histológico se encontraron 2 adenocarcinomas, endometrioides en estadio IA ambos, 1 hiperplasia con atipias, 4 hiperplasias sin atipias y 2 casos sin hallazgos patológicos (tabla 4). Sólo la hiperplasia con atipias tenía un diagnóstico histeroscópico de endometrio sospechoso, el resto tenía imágenes histeroscópicas de pólipo.

Además, se practicó cirugía a 18 (90%) de los 20 adenocarcinomas diagnosticados tras la histeroscopia, en los 2 casos restantes no se realizó cirugía porque se trataba de estadios muy avanzados en los que no estaba indicada la cirugía. De las 18 pacientes a las que se practicó el diagnóstico histológico, fue de: 1 normalidad, 1 hiperplasia simple con atipias, 11 adenocarcinomas endometrioides y 5 adenocarcinomas no endometrioides. (tabla 5).

La proporción de pólipos en las diferentes décadas de la vida permaneció estable, mientras que es muy interesante

Tabla 4 Diagnóstico de hiperplasia con atipias

	Diagnóstico anatomopatológico de hiperplasia con atipias	
No operadas	5	
Operadas	9	
	Sin patología	2
	Hiperplasia sin atipias	4
	Hiperplasia con atipias	1
	Adenocarcinoma	2

Tabla 5 Diagnóstico de adenocarcinoma

Diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma				
No operadas				(Estadios avanzados)
Operadas			18	
	Sin patología		1	
	Hiperplasia con atipias		1	
	Adenocarcinoma endometriode		11	
	FIGO Tampa, 2009	IA	9	
		IB	1	
		> II	1	
	Carcinoma no endometriode		5	
		Seroso	3	
		Seroso de ovario	1	
		Cáncer de cérvix	1	
Total			20	

Fuente: Zaino RJ et al²⁰.(FIGO Tampa, 2009).

Tabla 6 Proporción de pólipos y de cáncer por edades

	< 49 años	50-59 años	60-69 años	> 69 años	Total
Cáncer	0	0,30%	0,59%	4,20%	1%
Pólipos	62,30%	64,20%	65,70%	63,50%	64,30%

observar cómo la incidencia de cáncer se ve incrementada en mujeres de mayor edad (tabla 6 y fig. 4).

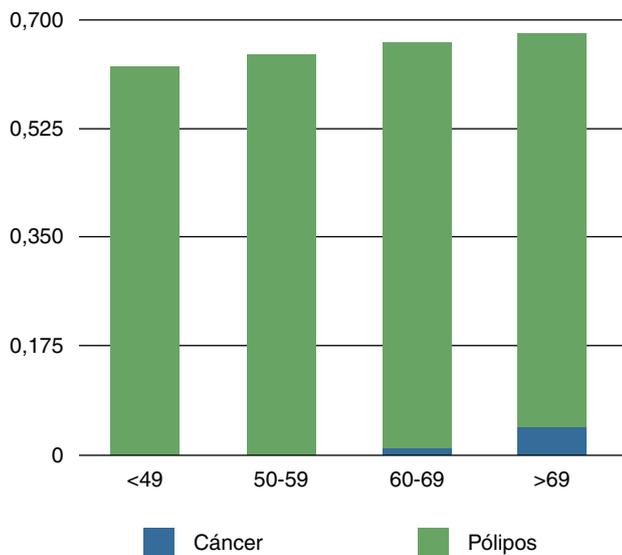
Desconocemos el número total de ecografías que fueron realizadas, cuántas fueron negativas y cuántas de estas eran realmente negativas, ya que aquella mujer a la que, por cualquier motivo, se le realiza una ecografía ginecológica, y esta es normal, no prosigue ningún estudio, por lo que no se pueden obtener sensibilidades y especificidades de la ecografía como prueba diagnóstica. En cambio, sí podemos obtener estas cifras para la histeroscopia, comparándola con la histología como gold-standard. Se han considerado casos de patología aquellos donde la anatomía patológica obtuvo un resultado de hiperplasia con atipias o de cáncer; si

agrupamos los casos de diagnóstico histeroscópico morfológico de hiperplasia, de sospecha de adenocarcinoma y de carcinoma, se obtiene un alto valor predictivo negativo (VPN) de la histeroscopia como test diagnóstico, con un VPN del 99,6%, (intervalo de confianza [IC] del 95% entre 0,991 y 0,999), una especificidad de 97,5% (IC 95% de 0,964 a 0,983), una sensibilidad del 77,8% (IC 95% entre 0,548 y 0,910), un valor predictivo positivo (VPP) del 33,3% (IC del 95% entre 0,210 y 0,484). La razón de probabilidades diagnósticas positiva es de 31,25 (IC 95% entre 20,1 y 48,58) y una razón de probabilidades diagnósticas negativa de 0,228 (IC 95% entre 0,096 y 0,541). Si consideramos como prueba positiva exclusivamente el cáncer y eliminamos el diagnóstico histeroscópico de hiperplasia, la especificidad y el VPN se ven notablemente incrementados, llegando a cifras de especificidad del 100% si, además, eliminamos los casos de sospecha morfológica histeroscópica de adenocarcinoma, y a cifras de sensibilidad próximas al 100% para carcinoma si consideramos, además del diagnóstico morfológico de adenocarcinoma, la sospecha morfológica de adenocarcinoma.

Discusión

El cribado del adenocarcinoma de endometrio en la mujer asintomática no es aceptado ni por importantes grupos científicos ni por numerosos autores que aducen que es ineficaz, a pesar de tener un VPN alto, ya que la especificidad y el VPS son muy bajos^{9,10}, conduciendo a la práctica de pruebas diagnósticas invasivas innecesarias y de dudosa rentabilidad, tal como vemos que ocurre en nuestro estudio. Resultados similares se encuentran en el cribado de mujeres asintomáticas en tratamiento con terapia hormonal¹¹ y con tamoxifeno¹².

Nuestro trabajo permite arrojar la hipótesis de la escasa utilidad de la ecografía vaginal como método de cribado y/o

**Figura 4** Proporción de pólipo y de cáncer según la edad.

de diagnóstico precoz del adenocarcinoma de endometrio. Hasta la actualidad no existe ningún estudio bien diseñado que permita obtener evidencia científica de primer nivel sobre este tema, dada la dificultad de emplear un grupo control sometido a maniobras invasivas.

Un punto que puede oscurecer el diseño de nuestro trabajo es el no haber obtenido biopsia en todas nuestras histeroscopias, al estar descrito que la histeroscopia sin biopsia tiene poco valor para descartar patología premaligna y/o maligna endometrial¹³. Esto es especialmente cierto en lesiones fronteriza, pero no así en el endometrio atrófico, donde obtener material adecuado para estudio histológico es muy difícil si no imposible, y debemos de conformarnos con la imagen histeroscópica, que ha demostrado ser fiable en estos casos, también cuando el endometrio activo es normal, en cuyo caso el riesgo de que haya un adenocarcinoma de endometrio o una hiperplasia con atipias es muy bajo. La inmensa mayoría de las histeroscopias en las que no se ha obtenido material para biopsia están comprendidas en estos dos grupos.

La hiperplasia de endometrio se ha considerado que es la lesión premaligna del adenocarcinoma de endometrio tipo I. Hoy sabemos que la mayoría de las hiperplasias sin atipias es la consecuencia de un estímulo continuo del endometrio por efecto de los estrógenos. Se suelen resolver con tratamiento médico con gestágenos o espontáneamente cuando tiene lugar la menopausia. Tienen escaso potencial oncogénico¹⁴. Hoy se considera que únicamente la hiperplasia con atipias es la auténtica lesión premaligna.

A pesar de que no hay evidencia científica que apoye la utilidad de la ecografía como método de cribado del adenocarcinoma de endometrio y/o de sus lesiones precursoras, es la segunda indicación de histeroscopia en nuestro medio, por delante, incluso, de la metrorragia postmenopáusica, que es el síntoma principal del adenocarcinoma. La incidencia de adenocarcinoma en la mujer con metrorragia postmenopáusica, aunque variable, alcanza hasta el 14%. En los últimos años, la ecografía vaginal ha sido utilizada como filtro en la mujer con metrorragia postmenopáusica para evitar el uso de pruebas invasivas como el legrado, la histeroscopia y/o la biopsia de endometrio, ya que muchos consideran que cuando la LE es igual o menor de 5 mm no estaría indicado continuar con el estudio endometrial, porque el riesgo de que exista un adenocarcinoma es muy bajo, a pesar de que una LE de 5 mm o menos tiene una prevalencia de adenocarcinoma de 0,7%¹⁵, cifra similar al 0,6% que ofrece la ecografía vaginal en nuestro estudio. En el metaanálisis de Tabor et al¹⁶ el grosor endometrial medio de las pacientes con cáncer medido por ecografía es 3,7 veces mayor, pero para cifras con falsos positivos tan altas como del 50%, todavía obviamos un 4% de los cánceres.

Parece incongruente que el grupo de mujeres con menos de 50 años suponga el 40% de las histeroscopias de nuestro estudio, cuando la incidencia de adenocarcinoma en este grupo de edad es menor de 5%.

De las hiperplasias con atipias diagnosticadas con biopsia de endometrio hemos practicado histerectomía en 65,3%, encontrando 3 adenocarcinomas, 11,5%. Esta cifra es inferior a la referida por otros autores: 17% según Kurman et al¹⁷, 48% según Janicek y Rosenshein¹⁸ y 52% según Trimble et al¹⁹. Además, en una de cada tres, 34,6%, o no encontramos patología endometrial o encontramos una hiperplasia sin

atipias. Todo esto es la consecuencia de utilizar dos pruebas como la ecografía, con baja especificidad, y la biopsia de endometrio, con problemas de reproducibilidad para hacer el diagnóstico de hiperplasia, hiperplasia con atipias y adenocarcinoma inicial^{20,21}. Este es el motivo principal por el que no practicamos histerectomía de forma sistemática, cuando la histeroscopia es normal y la mujer nos pide consejo de como actuar, le explicamos que lo indicado es la histerectomía, pero como el diagnóstico histeroscópico es de normalidad podemos esperar siempre que se someta a un estricto control con histeroscopia y biopsia dirigida.

En general, un 10% de todas las mujeres con adenocarcinoma de endometrio no ha tenido nunca metrorragia¹ cuando se hace el diagnóstico, y para entonces la enfermedad puede estar ya en un estadio avanzado, pudiendo haber enfermedad extrauterina aunque el tumor sea de tipo endometriode. Es más frecuente que esto ocurra cuando el tumor es de tipo seroso papilar, a pesar de que el tamaño del tumor sea pequeño²² y no haya afectación del miometrio²³. Hasta el 41% de los adenocarcinomas de nuestro estudio se encontraba en un estadio IIIA o superior cuando se hizo el diagnóstico. Esto, que puede parecer exagerado, se explica porque algunas de las mujeres incluidas en el estudio habían ingresado en el hospital con mal estado general, dando la impresión de que la enfermedad era importante, sugestiva de una neoplasia avanzada, pero no habían tenido metrorragia. Se les practicó una ecografía vaginal que fue sugestiva de patología endometrial y que fue la que condujo al diagnóstico definitivo de adenocarcinoma de endometrio.

El grupo más numeroso de mujeres con cáncer de endometrio en estadio temprano se encuentra en la década de los 70 años: 6 IA y 1 IB, es decir 7 de 14, 50%, por lo tanto, para hacer un cribado del adenocarcinoma de endometrio, este debería extenderse a esta edad. La edad en la que acaba el cribado del cáncer de cuello es a los 65 años, según la recomendación de la AEPCC y la SEGO, y el de mama, es a los 69 años, al menos en el País Vasco.

Smith-Bindman¹⁵ considera que el estudio con ecografía vaginal de la paciente asintomática no tiene sentido, dada la baja incidencia de patología endometrial premaligna y maligna, pero considera que como la ecografía vaginal es una exploración muy extendida entre los ginecólogos, y como ocurre que la LE engrosada es un hallazgo muy frecuente, solo se debería continuar con otros estudios cuando la LE sea superior a 11 mm²⁴, porque la incidencia de cáncer con una LE menor de 11 mm es muy baja. Nuestros hallazgos no coinciden con esta opinión.

El test de cribado ideal de cualquier enfermedad debe ser fiable, sencillo, reproducible, cómodo y barato. La ecografía puede ser que cumpla con los criterios de sencillo y cómodo, y quizás con el de barato, pero no con los de fiable y reproducible en el caso de la valoración endometrial. El pólipo es el hallazgo más frecuente, por histeroscopia y por biopsia, en la mujer asintomática con ecografía patológica. No podemos considerar al pólipo endometrial como una patología premaligna ni maligna, muy al contrario, dada su alta incidencia en la población asintomática, quizás lo tendríamos que considerar como una variante del endometrio normal. El diagnóstico ecográfico nos conduce a la práctica de pruebas invasivas tales como histeroscopias, biopsias y cirugía histeroscópica con más que dudoso beneficio, aunque es cierto que en un pequeño porcentaje coincide que hay una hiperplasia con

atipias y/o un adenocarcinoma. No es reproducible, Huerta et al⁴ propugnan que haya un grupo de ecografistas que estudien la LE y otros la ecoestructura utilizando tecnología sofisticada como el Doppler, que no ha demostrado todavía evidencia científica²⁴. Además, con este planteamiento la ecografía dejaría de ser barata y sencilla como método de cribado. Pero es que, además, también es muy discutida la utilidad de la ecografía en el cribado del cáncer de ovario y vejiga.

Conclusiones

El diagnóstico ecográfico de patología endometrial supone un alto porcentaje (27%) de las indicaciones de histeroscopia en nuestro departamento, habiéndose encontrado un porcentaje muy bajo de patología endometrial premaligna y maligna en estas mujeres. La ecografía transvaginal no parece ser un buen método de cribado del cáncer de endometrio. Su utilidad en el cribado del cáncer de ovario y vejiga es, asimismo, muy controvertida. Los teóricos beneficios de conseguir un doble beneficio con una sola prueba diagnóstica no se sostienen en ninguna evidencia científica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hernandez E. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin number 65: Management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol.* 2006;107:952. author reply 952–3.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. Cancer screening in the United States, 2007: A review of current guidelines, practices, and prospects. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:90–104.
- Robertson G. Screening for endometrial cancer. *Med J Aust.* 2003;178:657–9.
- Huertas MA, Bajo Arenas JM. Valoración ecográfica transvaginal y mediante doppler color del adenocarcinoma de endometrio. *Ciencia Ginecológica.* 2001;5:211–8.
- Kurjak A, Shalan H, Kupesic S, Kosuta D, Sosic A, Benic S, et al. An attempt to screen asymptomatic women for ovarian and endometrial cancer with transvaginal color and pulsed doppler sonography. *J Ultrasound Med.* 1994;13:295–301.
- Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997;4:255–8.
- Oyarzábal A, Rivero B, Píneros J, Munduate O, Elvira A. Anestesia intracervical en la histeroscopia. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48:467–72.
- Labastida R, Cararach M. Tratado y atlas de histeroscopia, 1ª ed. Barcelona: Salvat. 1990.
- Fleischer AC, Wheeler JE, Lindsay I, Hendrix SL, Grabill S, Kravitz B, et al. An assessment of the value of ultrasonographic screening for endometrial disease in postmenopausal women without symptoms. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:70–5.
- Gambacciani M, Monteleone P, Ciapponi M, Sacco A, Genazzani AR. Clinical usefulness of endometrial screening by ultrasound in asymptomatic postmenopausal women. *Maturitas.* 2004;48:421–4.
- Langer RD, Pierce JJ, O'Hanlan KA, Johnson SR, Espeland MA, Trabala JF, et al. Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy for the detection of endometrial disease. Postmenopausal estrogen/progestin interventions trial. *N Engl J Med.* 1997;337:1792–8.
- Love CD, Muir BB, Scrimgeour JB, Leonard RC, Dillon P, Dixon JM. Investigation of endometrial abnormalities in asymptomatic women treated with tamoxifen and an evaluation of the role of endometrial screening. *J Clin Oncol.* 1999;17:2050–4.
- Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42:276–89.
- Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): Will it bring order to chaos? The Endometrial Collaborative Group. *Gynecol Oncol.* 2000;76:287–90.
- Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V. How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;24:558–65.
- Tabor A, Watt HC, Wald NJ. Endometrial thickness as a test for endometrial cancer in women with postmenopausal vaginal bleeding. *Obstet Gynecol.* 2002;99:663–70.
- Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer.* 1985;56:403–12.
- Janicek MF, Rosenshein NB. Invasive endometrial cancer in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol.* 1994;52:373–8.
- Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke JJ, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: A gynecologic oncology group study. *Cancer.* 2006;106:812–9.
- Zaino RJ, Kauderer J, Trimble CL, Silverberg SG, Curtin JP, Lim PC, et al. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: A gynecologic Oncology Group Study. *Cancer.* 2006;106:804–11.
- Bergeron C, Nogales FF, Masseroli M, Abeler V, Duvillard P, Müller-Holzner E, et al. A multicentric European study testing the reproducibility of the WHO classification of endometrial hyperplasia with a proposal of a simplified working classification for biopsy and curettage specimens. *Am J Surg Pathol.* 1999;23:1102–8.
- Slomovitz BM, Burke TW, Eifel PJ, Ramondetta LM, Silva EG, Jhingran A, et al. Uterine papillary serous carcinoma (UPSC): A single institution review of 129 cases. *Gynecol Oncol.* 2003;91:463–9.
- Elvira. Adenocarcinoma seroso papilar sobre pólipo endometrial. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52:299–302.
- Vuoto MH, Pirhonen JP, Mäkinen JI, Tyrkkö JE, Laippala PJ, Grönroos M, et al. Screening for endometrial cancer in asymptomatic postmenopausal women with conventional and colour doppler sonography. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106:14–20.