

Colecciones líquidas intrauterinas en la posmenopausia

J. López-Olmos y V. Ramos*

Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. Consulta de Ginecología de Liria.*Anatomopatóloga. Valencia. España.

SUMMARY

We present a series of 40 cases of hydrometra in postmenopausal women with a mean age of 64 years (range 38-86 years), with ultrasound diagnosis. Their consultation was for a yearly check-up. Postmenopausal or senile metrorrhagia was present in only 8 cases (20%). In 8 cases cytology of the aspirate did not show many cells and there were plaques of endometrial cells with degenerative changes due to atrophy. Hysteroscopically, in 13 cases we found 6 cases of endometrial polyp (15%) and 3 cases of endometrial hyperplasia (7.5%). No cases of endometrial cancer were found.

We conclude that hydrometra as a casual finding in asymptotic postmenopausal women does not mean a bad prognosis. Over time it persists in only 7.5% of cases, cytology of the liquid and hysteroscopy show only atrophy. But in cases of postmenopausal or senile metrorrhagia, a complete cytological study of the liquid, hysteroscopy and endometrial biopsy or curettage must be carried out, to rule out endometrial cancer. The liquid itself is not important, but the thickness of the endometrium around it is.

INTRODUCCIÓN

El hidrómetra se define como acumulación de líquido seroso en la cavidad uterina¹. Si el líquido es sangre, se denomina hematómetra; si es moco, mucómetra, y si es pus, piómetra.

En la premenopausia, el líquido endometrial puede ser sangre retenida, moco o pus². El hematómetra se origina con problemas de coagulación (púrpura trombocitopénica), con himen imperforado, septo vaginal, o atresia vaginal o cervical. También con estenosis cervical de causa quirúrgica, por radioterapia o con carcinoma de cérvix.

En la posmenopausia, el líquido endometrial puede deberse a causas benignas, como estenosis cervical (mecanismo fisiopatológico fundamental), piómetra o pólipos endometriales, o a causas malignas, como cáncer de endometrio, de cérvix o de ovario.

En cualquier caso de hidrómetra, en la ecografía transvaginal se observa una imagen anecoica, o compleja con ecos internos. La ecografía transvaginal sirve para ver el endometrio y la causa de la metrorragia posmenopáusica; diferencia procesos benignos de malignos; constituye el cribado del cáncer de endometrio, y también sirve para monitorizar la respuesta al tratamiento hormonal sustitutivo (TSH) de la menopausia².

En un estudio³, la sensibilidad de la ecografía transvaginal para predecir enfermedad endometrial con metrorragia posmenopáusica fue del 89%, y la especificidad, del 83%. Aunque es una sensibilidad alta, con línea endometrial (LE) de más de 5 mm no es indicación de enfermedad. La ecografía sirve para indicar estudio histológico. Lo cierto es que la LE es mucho mayor con pólipos, hiperplasia o cáncer que con atrofia o endometrio proliferativo.

Al comparar ecografía e histeroscopia en la hemorragia posmenopáusica, ambas tienen alta sensibilidad, pero la histeroscopia es más específica⁴.

Respecto a las colecciones líquidas intrauterinas, en los últimos 20 años se han considerado asociadas a cáncer⁵, a causas benignas de modo más frecuente⁶, o se ha dicho que lo importante no es el líquido sino el espesor endometrial de alrededor⁷.

En este trabajo prospectivo sobre una serie de 40 casos de hidrómetra o colección líquida intrauterina (CLIU) diagnosticados por ecografía transvaginal, hacemos un estudio clínico, citológico e histeroscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS

En la consulta de ginecología de Liria (Valencia), dependiente del Hospital Arnau de Vilanova, durante 4 años (1997-2000), hemos diagnosticado (J.L.O.) por ecografía transvaginal 40 casos de hidrómetra o CLIU, utilizando un ecógrafo Aloka SSD-500 con sonda vaginal a 5 MHz.

Aceptado para su publicación el 2 de mayo de 2001.

TABLA I. Datos cuantitativos

	INTERVALO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad	38-86	66,05	9,58
Gestaciones	0-8	2,9	1,62
Partos	0-6	2,425	1,41
Abortos	0-3	0,5	0,75
Edad de la menarquia	11-17	13,2	1,62
Edad de la menopausia	40-56	48,48	3,83
Línea endometrial	1-17	5,21	3,27

Todas las pacientes eran posmenopáusicas, exceptuando tres de ellas. Los motivos de consulta fueron varios. A todas se les hizo historia clínica detallada y se exploraron ginecológicamente con tomas de muestras para citología cervicovaginal y aspirado endometrial con la cánula de Cornier, cuando se pudo. El líquido obtenido, en 8 casos, fue remitido en tubo al laboratorio de anatomía patológica (V.R.) en el mismo día para su procesamiento.

El líquido se recibe en fresco, se mantiene refrigerado y se procesa de inmediato efectuándose ultracentrifugación y posteriores extensiones sobre las que se realizan tinción de Papanicolaou y Diff-quick. En un caso fue posible, además, la realización de un bloque celular que fue fijado en formaldehído al 10% y posterior inclusión en parafina, efectuando sobre el mismo secciones histológicas de 4 micras de espesor y tinción de hematoxilina-eosina. El líquido recibido osciló entre 0,5 y 4 ml.

Cuando se indicó la histeroscopia, se remitió a la consulta pertinente del hospital según el procedimiento habitual, y tras la firma de un consentimiento informado. Se solicitaron mamografías en aquellas pacientes en que no hubiera un estudio reciente.

En el estudio estadístico, se calculan intervalos, medias y desviaciones estándar para los datos cuantitativos, así como porcentajes para los datos cualitativos.

RESULTADOS

La serie consta de 40 casos. En la tabla I se presentan los datos cuantitativos. La edad media es de 66 años; intervalo, 38-86 años. La edad media de la menopausia es de 49 años; intervalo, 40-56 años. Excepto 3 casos (casos 3, 33 y 36, respectivamente, de 49, 51 y 38 años) todas las pacientes eran menopáusicas (92,5%).

Todas las pacientes tenían antecedentes personales medicoquirúrgicos, excepto una, el caso 36. En orden de frecuencia, se pueden destacar: hipertensión arterial (HTA) en 8 casos (20%); apendicectomía en 8 ca-

sos (20%); depresión en 6 casos (15%), y cáncer de mama en dos (5%).

El motivo de consulta fue variado. El más frecuente fue la revisión anual en 23 casos (57,5%), seguido de la metrorragia posmenopáusica o senil en 8 casos (20%). Uno de los casos recibía THS de la menopausia. Tres casos consultaron por incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y otros tres por prolapso uterino con o sin cistocele. Una paciente tomaba tamoxifeno por cáncer de mama.

La exploración clínica fue normal en 27 casos (67,5%). Se detectó prolapso uterino en 7 casos (17,5%). En 2 casos (5%) había líquen escleroatrófico de vulva. Se encontró útero miomatoso también en 2 casos (5%).

La citología cervicovaginal fue normal en todos los casos (atrofia en 25 casos); excepto en el caso 3, con atipias de significado incierto. Tenía una LE de 10 mm en la ecografía. En la histeroscopia se encon-

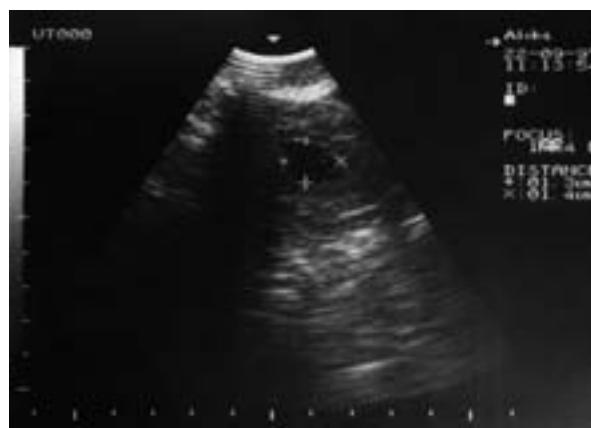


Fig. 1. Caso 1. Metrorragia posmenopáusica. Histeroscopia: hematometra.



Fig. 2. Caso 3. Metrorragia posmenopáusica. Histeroscopia: hiperplasia simple. Biopsia de cérvix: carcinoma de cérvix infiltrante.



Fig. 3. Caso 13. Revisión. Histeroscopia: hidromucómetra.



Fig. 4. Caso 18. Revisión. Histeroscopia: mucómetra más pólipo endometrial.



Fig. 5. Caso 22. Revisión. Histeroscopia: mucómetra, atrofia, pólipo de 5 mm.



Fig. 6. Caso 23. Tamoxifeno por cáncer de mama. Histeroscopia: no aceptó.

tró una hiperplasia simple; la biopsia endometrial se informó de endometrio secretor, pero en la biopsia de cérvix se evidenció una carcinoma de cérvix infiltrante.

Con la ecografía transvaginal se consiguió el diagnóstico de hidrómetra en todos los casos (en las figs. 1-6 se muestran varios casos). En 5 casos (12,5%) además se detectó otra afección. En el caso 8, un quiste simple de ovario de 37×39 mm en una paciente de 81 años. En el caso 20, un útero miomatoso, y en los casos 10, 29 y 34, pólipos endometriales (7,5%).

De los casos en que no se indicó histeroscopia (25), en 18 de ellos la LE era inferior a 5 mm. En un caso que se indicó la histeroscopia, la paciente no firmó el consentimiento informado, y la rechazó. De todos estos casos sin histeroscopia, en los sucesivos controles el hidrómetra persistió al año en 3 casos (casos 5, 8 y 23) (7,5%).

La histeroscopia se practicó en 13 casos (32,5%). Los hallazgos fueron: 2 casos de hematómetra (5%); 5 casos de mucómetra (12,5%); 6 casos de pólipo endometrial (15%); 3 casos de hiperplasia (7,5%), una simple, una regresiva y una polipoide; no encontramos ningún caso de cáncer de endometrio. El caso 3 tenía un cáncer de cérvix infiltrante, pero en la histeroscopia, una hiperplasia simple.

De las mamografías practicadas en 28 casos, 21 fueron normales. Se detectaron microcalcificaciones en 2 casos (7,14%), pero ningún cáncer.

Las extensiones citológicas del líquido endometrial evidencian en todos los casos escasa celularidad, constituida fundamentalmente por macrófagos de citoplasmas espumosos, hallazgo habitual en lesiones quísticas, y placas de células glandulares endometriales dispuestas en monocapa, con citoplasmas escasos, sin atipias (fig. 7), y con discretos cambios degenerativos. El fondo de la preparación evidenciaba un

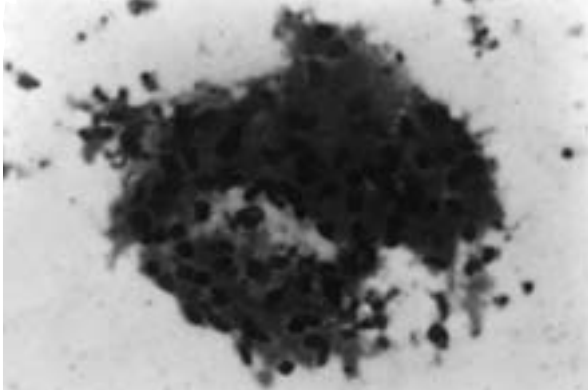


Fig. 7. Citología de líquido endometrial (Diff-quick, $\times 200$). Placa de células glandulares endometriales con signos degenerativos. Macrófagos aislados en el fondo.

material proteináceo grumoso. En ningún caso se observan células malignas sugestivas de neoplasia endometrial. En el caso en que se pudo obtener bloque celular se identificaron glándulas endometriales, tubulares, de epitelio inactivo, sin estroma acompañante, compatibles con endometrio atrófico (fig. 8).

DISCUSIÓN

En la premenopausia, Laing et al⁸, sobre 17 casos de 14-43 años, asocian el hidrómetra a inflamaciones endometriales o anexiales como endometritis por DIU, salpingitis, absceso tuboovárico; a neoplasias, como mola, coriocarcinoma, teratoma, o a otros procesos, como metrorragias disfuncionales o rotura de cuerpo lúteo. El diagnóstico diferencial sería con el embarazo precoz por el saco gestacional, o con la reacción decidual del embarazo ectópico.

Breckenridge et al⁵ defendieron que la CLIU era indicador de cáncer sobre 17 casos en la posmenopausia, de 45-79 años. En 16 casos (94%) había cáncer de cuerpo o cérvix. En 11 casos (65%) había estenosis cervical por cirugía previa, radioterapia o cáncer previo. Recomendaban, con líquido en calidad, evaluación agresiva y drenaje, además de diagnóstico diferencial de cáncer, con hiperplasia endometrial o pólipo. Pero en esta serie, 9 eran cánceres nuevos y en 5 casos se trataba de cánceres recurrentes que habían recibido radioterapia.

McCarthy et al⁶, sobre 8 casos en la posmenopausia, de 50-82 años, afirman que la CLIU en la posmenopausia es anormal, pero la causa benigna es más frecuente que el cáncer; encontraron 6 casos de pólipo endometrial, y sólo 2 endocarcinomas de endometrio. En 4 casos de 6 había estenosis cervical. Con

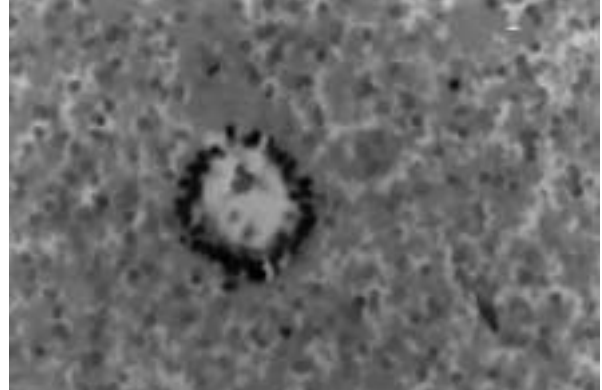


Fig. 8. Citología de líquido endometrial (HE, $\times 200$). Corte histológico procedente del bloque celular. Glándula endometrial aislada de tipo atrófico.

CLIU hay que excluir el cáncer, pero no es signo ominoso.

Mendelson et al⁹ comparan ecografía abdominal y vaginal en 29 casos con patología, de ellos 16 con CLIU. Para el diagnóstico de anomalías endometriales la ecografía transvaginal es mejor, con una mayor calidad de imagen en el 63%, y también mejor calidad de imagen para las CLIU.

Carlson et al¹⁰, sobre 20 casos en la posmenopausia, en 5 años hacen 17 procedimientos quirúrgicos: en 11, legrado, y en seis, laparotomía con histerectomía y doble anexectomía. Encuentran 5 cánceres (25%): dos de ovario y uno de trompa, endometrio y cérvix. Por tanto, recomiendan inspeccionar los anexos. Con CLIU, hay riesgo de cáncer en relación con el volumen del líquido encontrado o con el endometrio nodular o espeso, o si hay síntomas clínicos, metrorragia posmenopáusica (MPM). Se debe hacer una estudio histológico, endometrial y de cérvix, y evaluar los anexos.

Goldstein⁷ estudia 30 casos de CLIU en la posmenopausia. En todos se practica legrado, encontrando endometrio inactivo. No halla ningún caso de cáncer, y en un caso encuentra un pólipo endometrial asociado a la estenosis cervical (por la atrofia). Hay que medir la LE, como el endometrio periférico a la colección líquida. Si la LE es inferior a 3 mm, hay endometrio inactivo, y no hace falta hacer biopsia endometrial (BE). Si la LE es superior a 3 mm, se debe hacer BE. Lo importante no es el líquido, sino el espesor endometrial de alrededor.

Seckin et al¹¹, con 15 casos de CLIU, seis con THS y nueve asintomáticos, en el legrado encuentran endometrio inactivo en nueve, endometrio proliferativo en cuatro y atrofia quística senil en uno. El volumen

de líquido encontrado fue $7,9 \pm 4$ ml (4-15). Defienden la misma postura de Carlson et al.

Zalel et al¹² estudian 9 casos de 61-79 años, dos de ellos con THS, pero asintomáticos. En la BE encuentran 5 endometrios atróficos, tres con material insuficiente y un adenocarcinoma bien diferenciado. Concluyen que, aun con endometrio fino, en toda CLIU se debe hacer BE porque puede asociarse a cáncer.

En las CLIU, hay formas puras de hidrómetra, anecógenas y otras mixtas, heterogéneas o vacuolares, de atrofia quística¹³. Estas últimas se asocian al tamoxifeno administrado tras cáncer de mama. Sería un efecto paradójico del tamoxifeno como estrogénico. No hay relación entre la imagen ecográfica, la LE y la anatomía patológica. Con hidrómetra se debe realizar citología endometrial o BE con la cánula de Cornier, o histeroscopia y legrado.

Cancelo et al¹⁴, en 32 casos de CLIU, hallaron los siguientes diagnósticos histeroscópicos: atrofia en 19 casos (59,5%); pólipo endometrial en 7 casos (21,75%), y cáncer de endometrio en seis (18,75%). La correlación histeroscopia-anatomía patológica fue del 100% en la atrofia y en el cáncer endometrial. Recomiendan hacer histeroscopia en todos los casos de CLIU.

De nuestra serie cabe concluir, sobre 40 casos de hidrómetra diagnosticados ecográficamente, que en ninguno hubo cáncer endometrial. Clínicamente, la MPM o la metrorragia senil (MS) fue motivo de consulta en 8 casos (20%), la mayoría consultó por revisión anual, en otros casos por prolapso uterino y/o cistocele. En un caso con atipias en la citología cervical, la histeroscopia encontró una hiperplasia simple y la biopsia de cérvix demostró un carcinoma de cérvix infiltrante.

Citológicamente, el aspirado del líquido de la hidrómetra, en 8 casos, es poco celular, hay macrófagos y placas de células endometriales en monocapa, sin atipias y con cambios degenerativos propios de la atrofia. En la histeroscopia, practicada en 13 casos, hubo 6 casos de pólipo endometrial (15%) y 3 casos de hiperplasia (7,5%), pero ningún cáncer endometrial.

Concluimos que las CLIU, como hallazgo casual ecográfico y en mujeres asintomáticas, sin MPM o MS, no es un signo de mal pronóstico. Al contrario, se debe a estenosis cervical por la atrofia, y esto es lo que muestra el estudio citológico del líquido endometrial aspirado. Histeroscópicamente, pueden encontrarse lesiones asociadas como pólipos endometriales.

En cambio, en mujeres sintomáticas, mayores, con MPM o MS, nuestra misión es descartar el cáncer endometrial (que en nuestra serie no hemos hallado),

con todos los medios a nuestra disposición, y eso incluiría el estudio del líquido, la histeroscopia y el estudio histológico del endometrio, sabiendo como señala Goldstein⁷ que lo importante no es el líquido, sino el espesor endometrial de alrededor.

RESUMEN

Presentamos una serie de 40 casos de hidrómetra en mujeres posmenopáusicas con una media de edad de 66 años (intervalo, 38-86 años), con diagnóstico ecográfico. Clínicamente, consultaron por revisión anual. Metrorragia posmenopáusica o senil hubo sólo en 8 casos (20%). Citológicamente, el aspirado del líquido, en 8 casos, era poco celular, y había placas de células endometriales con cambios degenerativos propios de la atrofia. Histeroscópicamente, de 13 casos encontramos pólipos endometriales en 6 casos (15%) e hiperplasia endometrial en 3 casos (7,5%). No hubo ningún cáncer endometrial.

Concluimos que el hallazgo casual de hidrómetra en la mujer posmenopáusica asintomática no es de mal pronóstico. En el tiempo persiste el hallazgo sólo en 7,5%. La citología del líquido y la histeroscopia encuentran atrofia. Pero en caso de metrorragia posmenopáusica o senil, para buscar el cáncer endometrial, debe hacerse un estudio completo con citología del líquido, histeroscopia y biopsia endometrial o legrado. Lo importante no es el líquido, sino el espesor endometrial de alrededor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kazadi Buanga J. L'hydromètre. A propos de six cases. Rev Fr Gynécol Obstet 1992; 87: 488-489.
2. Mogavero G, Sheth SH, Hamper UM. Endovaginal sonography of the non-gravid uterus. Radiographics 1993; 13: 969-981.
3. Wolman I, Sagi J, Ginat S, Jaffa AJ, Hartoov J et al. The sensitivity and specificity of vaginal sonography in detecting endometrial abnormalities in women with postmenopausal bleeding. J Clin Ultrasound 1996; 24: 79-82.
4. Alcázar JL, Laparte C. Comparative study of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. Gynecol Obstet Invest 1996; 41: 47-49.
5. Breckenridge JW, Kurtz AB, Ritchie WGM, Macht EL Jr. Postmenopausal uterine fluid collection: indicator of carcinoma. AJR 1982; 139: 529-534.
6. McCarthy KA, Hall DA, Kopans DB, Swann CA. Postmenopausal endometrial fluid collections: always an indicator of malignancy? J Ultrasound Med 1986; 5: 647-649.
7. Goldstein SR. Postmenopausal endometrial fluid collections revisited: look at the doughnut rather than the hole. Obstet Gynecol 1994; 83: 738-740.

8. Laing FC, Filly RA, Marks WM, Brown ThW. Ultrasonic demonstration of endometrial fluid collections unassociated with pregnancy. *Radiology* 1980; 137: 471-474.
9. Mendelson EB, Bohm-Velez M, Joseph N, Neiman HL. Endometrial abnormalities: evaluation with transvaginal sonography. *AJR* 1988; 150: 139-142.
10. Carlson JA Jr, Arger P, Thompson Sh, Carlson EJ. Clinical and pathologic correlation of endometrial cavity fluid detected by ultrasound in the postmenopausal patients. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 119-123.
11. Seckin NC, Sener AB, Gözen A, Kutñay L, Cobanoglu O, Gökmen O. The importance of endometrial fluid collection in postmenopause. *Gynecol Obstet Invest* 1996; 41: 244-246.
12. Zalel Y, Tepper R, Cohen I, Goldberger S, Beyth y. Clinical significance of endometrial fluid collections in asymptomatic postmenopausal women. *J Ultrasound Med* 1996; 15: 513-515.
13. Le Bouedec G, Ptak Y, Ronayette H, Lemery S, Dauplat J. L'hydromètre post-ménopausique. Influence du tomoxifène. *Rev Fr Gynécol Obstet* 1994; 89: 597-601.
14. Cancelo MJ, Monte JC, De la Viuda E, Zamora A, Martínez-Morón V et al. Colección líquida intrauterina en la mujer posmenopáusica: ¿sinónimo de patología endometrial? *Clin Invest Ginecol Obstet* 1988; 25: 375-377.