



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CARTA AL DIRECTOR

Hallazgos histeroscópicos en mujeres asintomáticas con ecografía sugestiva de patología endometrial

Hysteroscopic findings in asymptomatic women with ultrasound examination suggestive of endometrial disease

Sr. Director:

He leído con interés el trabajo recientemente publicado por Rivero et al¹ y me gustaría realizar algunos comentarios al mismo con el ánimo de fomentar la discusión científica en un foro tan apropiado como es nuestra revista.

El principal problema que veo en el presente estudio es que su objetivo no queda claro, según se puede observar al leerlo.

En el *abstract* se indica el «El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de hiperplasia con atipias y adenocarcinoma de endometrio que se detectan al realizar histeroscopia en mujeres posmenopáusicas 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».

Sin embargo, al final de la introducción se indica: «Este trabajo es un estudio clínico con el propósito de analizar el valor de la ecografía transvaginal en el cribado de la patología endometrial».

Y en el apartado de «Objetivo» se establece que: «El objetivo principal de este estudio es conocer la utilidad que tiene en nuestro medio la histeroscopia para hacer el diagnóstico precoz del carcinoma 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».

Por lo tanto, resulta difícil discernir claramente lo que se pretende investigar. Esto es crucial para poder valorar si la metodología empleada es la correcta, interpretar los resultados y analizar las conclusiones. Metodológicamente, no está claro si es un estudio prospectivo de cohorte o bien se trata de un análisis retrospectivo de datos. En cualquier caso, parece claro que no se trata de un estudio aleatorizado.

Si el objetivo es conocer la prevalencia de hiperplasia con atipias y adenocarcinoma de endometrio al realizar

histeroscopia en mujeres posmenopáusicas asintomáticas con ecografía vaginal indicativa de patología endometrial, tanto un análisis prospectivo como retrospectivo de cohorte podrían ser correctos. Los resultados presentados en el presente estudio serían, por lo tanto, interpretables. Se concluiría que la prevalencia de estas lesiones en mujeres posmenopáusicas asintomáticas en una línea endometrial engrosada es muy baja y, por ello, la realización de una histeroscopia o biopsia endometrial sería cuestionable. Esto ya ha sido puesto de manifiesto por diversos autores^{2,3}.

Si el objetivo es conocer la utilidad que tiene en nuestro medio la histeroscopia para hacer el diagnóstico precoz del carcinoma de endometrio en mujeres posmenopáusicas asintomáticas a las que se les ha practicado una ecografía transvaginal y cuyo resultado es sugestivo de patología endometrial también un estudio de cohorte podría admitirse. Pero habría que tener en cuenta que dicha valoración se hace sobre una población sesgada, seleccionada previamente por el hallazgo ecográfico. Dada la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo de la histeroscopia en esta población, según los resultados presentados, podríamos concluir que la histeroscopia es eficaz en el diagnóstico de estas patologías en este grupo poblacional, como ya han demostrado otros estudios³.

Ahora bien, si el objetivo es analizar el valor de la ecografía transvaginal en el cribado de la patología endometrial, el diseño del estudio no permite valorar este punto ya que se requeriría un estudio prospectivo aleatorizado.

Es por ello que llama la atención que la discusión se base fundamentalmente en este último aspecto y no en los otros datos presentados en el estudio, más arriba descritos, y sobre los que la metodología empleada en el estudio permitiría resaltar con mayor evidencia científica. Se concluye al final del artículo «que la ecografía no parece ser un buen método de cribado del cáncer de endometrio... Los teóricos beneficios de conseguir un doble beneficio con una sola prueba diagnóstica no se sostienen en ninguna evidencia científica». Estoy de acuerdo en que, hoy por hoy, no hay evidencia de que no solo la ecografía, sino ningún otro método ha demostrado su utilidad en el cribado poblacional del cáncer de endometrio. Pero la ausencia de evidencia no es la evidencia de la ausencia. De hecho, los datos preliminares referentes al estudio aleatorizado sobre cáncer de ovario en Gran Bretaña, el estudio UKTOCS, y que se presentarán de modo definitivo en 2014, son bastantes esperanzadores respecto a lo que se puede conseguir mediante cribado poblacional con ecografía

transvaginal y CA-125 en lo que hace referencia al cáncer de ovario⁴, y datos publicados muy recientemente sobre la posible utilidad de la ecografía transvaginal en el cribado poblacional del cáncer de endometrio en la misma población sometida a cribado de cáncer de ovario son igualmente interesantes⁵.

También se concluye que «la eficiencia de la ecografía transvaginal como cribado en la mujer menopáusica asintomática en el diagnóstico de la patología premaligna y maligna, no parece ser alta». Esto está en relación con lo anterior y es cierto que la prevalencia de cáncer de endometrio es baja. Pero también es cierto, según los datos de los propios autores, que sólo el 15,7% de las pacientes con un endometrio engrosado en su serie tenía una histeroscopia normal. Es decir, que casi el 85% de las mujeres asintomáticas posmenopáusicas tenían alguna patología endometrial y/o uterina. Luego parecería más evidente que la ecografía sí identifica a un porcentaje muy significativo de mujeres con patología endometrial. Otra cuestión es la relevancia clínica de esa patología. Como ya he mencionado, lo cuestionable sería la indicación de la histeroscopia en esas circunstancias y que en el estudio de los autores es la segunda causa de indicación de histeroscopia^{2,3}.

En ciertos ambientes científicos se está evolucionando de la medicina basada en la evidencia a la medicina basada en la realidad, especialmente ante la ausencia de evidencia^{6,7}. Es decir, la evidencia indica una cosa o no sustenta ciertas conductas clínicas, pero la realidad de la práctica clínica va en otro sentido. Y pienso que es una realidad que una gran mayoría de ginecólogos realizan ecografía transvaginal a sus pacientes asintomáticas de manera rutinaria. ¿Hay evidencia de que esto se tenga que hacer? No, pero se hace. Esto lleva a encontrarnos con hallazgos «anormales» que hay que interpretar y valorar. Y en el caso que nos ocupa, un endometrio engrosado no ha de ser un signo de alarma si la paciente es menopáusica, está asintomática y no tiene factores de riesgo de cáncer de endometrio.

Los autores comentan el trabajo de Smith-Bindman et al, que concluyeron que podría plantearse una biopsia endometrial en mujeres posmenopáusicas asintomáticas con un espesor endometrial ≥ 11 mm, ya que el riesgo de encontrar un cáncer de endometrio era similar al de encontrarlo en una mujer con sangrado y espesor endometrial ≥ 5 mm⁸. Los autores del presente estudio afirman que «Nuestros hallazgos no coinciden con esta opinión». Sin embargo, con los datos presentados no parece poder sostenerse esta última afirmación, ya que no se analizan los hallazgos histeroscópicos y anatomopatológicos estratificados según el espesor endometrial. Es decir, no se presentan datos correlacionando los hallazgos histeroscópicos y anatomopatológicos con distintos niveles de corte del espesor endometrial.

Finalmente, los autores afirman que la medición del espesor endometrial no es reproducible. Me gustaría indicar que prácticamente la totalidad de los estudios publicados

analizando este punto llegan a la conclusión opuesta: la medición del espesor endometrial mediante ecografía transvaginal es altamente reproducible⁹⁻¹³.

Bibliografía

1. Rivero B, Gorostidi M, Cortaberría JR, Arrue M, Goyeneche L. Hallazgos histeroscópicos en mujeres asintomáticas con ecografía sugestiva de patología endometrial. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;12:495–501.
2. Goldstein SR. The endometrial echo revisited: have we created a monster? *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:1092–6.
3. Schmidt T, Breidenbach M, Nawroth F, Mallmann P, Beyer IM, Fleisch MC, et al. Hysteroscopy for asymptomatic postmenopausal women with sonographically thickened endometrium. *Maturitas*. 2009;62:176–8.
4. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, Ryan A, Burnell M, Sharma A, Lewis S, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol*. 2009;10:327–40.
5. Jacobs I, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Manchanda R, Singh N, Sharma A, et al. Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case-control study within the UKCTOCS cohort. *Lancet Oncol*. 2011;12:38–48.
6. Noppen M. Reality-based medicine—the response. *Chest*. 2001;119:992–3.
7. Vintzileos AM. Evidence-based compared with reality-based medicine in obstetrics. *Obstet Gynecol*. 2009;113:1335–40.
8. 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.
9. Karlsson B, Granberg S, Ridell B, Wikland M. Endometrial thickness as measured by transvaginal sonography: interobserver variation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1994;4:320–5.
10. Wolman I, Jaffa AJ, Sagi J, Hartoov J, Amster R, David MP. Transvaginal ultrasonographic measurements of endometrial thickness: a reproducibility study. *J Clin Ultrasound*. 1996;24:351–4.
11. Delisle MF, Villeneuve M, Boulvain M. Measurement of endometrial thickness with transvaginal ultrasonography: is it reproducible? *J Ultrasound Med*. 1998;17:481–4.
12. Alcazar JL, Zoronoza A. Transvaginal ultrasonographic measurement of endometrial thickness: an intra-observer and inter-observer study. *Radiography*. 2001;7:101–4.
13. Epstein E, Valentin L. Intraobserver and interobserver reproducibility of ultrasound measurements of endometrial thickness in postmenopausal women. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20:486–91.

Juan Luis Alcázar

*Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España
Correo electrónico: jlalcazar@unav.es*