



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Evaluación morfológica endometrial histeroscópica

Borja Rivero de Torrejón*, Mikel Gorostidi Pulgar, Jose Ramón Cortaberria,
Amaia Oyarzabal y Miren Arrue

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

Recibido el 7 de mayo de 2011; aceptado el 15 de abril de 2012

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Hiperplasia endometrial;
Adenocarcinoma de
endometrio;
Histeroscopia;
Morfología

Resumen

Objetivo: Evaluar la prevalencia de hiperplasia endometrial y adenocarcinoma en varios grupos de endometrios definidos por histeroscopia por las características morfológicas.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 830 histeroscopias efectuadas entre el 1 de junio del 2004 y el 31 de diciembre del 2005 en la consulta externa de patología cervical e histeroscopia del Hospital Donostia de San Sebastián. El endometrio se clasifica como atrófico, hipotrófico, activo, hipertrófico, sospecha de adenocarcinoma y adenocarcinoma según una serie de características morfológicas definidas por histeroscopia y se correlacionan con el diagnóstico histológico de la biopsia de endometrio obtenida tras la histeroscopia.

Resultados: La sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo negativo (VPN) de la morfología endometrial histeroscópica en el diagnóstico de patología premaligna y maligna son muy altos: S 87,5% (IC del 95%, 0,753-0,941), E 94,8% (IC del 95% 0,925-0,965) y VPN 98,7% (IC del 95%, 0,971-0,994). El diagnóstico morfológico de adenocarcinoma tiene una altísima especificidad (E: 99,9%, S: 74,3%, LH(+) 625,486), juntando los grupos morfológicos de sospecha de adenocarcinoma y de adenocarcinoma la sensibilidad llega al 100% (S: 100% y E: 96,3%).

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad premaligna es muy baja en los grupos histeroscópicos con morfología de atrofia, hipotrofia y endometrio activo, ligeramente superior en el endometrio hipertrófico y significativamente mayor en los casos de diagnóstico morfológico histeroscópico de sospecha de adenocarcinoma y de adenocarcinoma, donde también encontramos una prevalencia muy alta de adenocarcinoma. El diagnóstico morfológico histeroscópico exclusivamente, sin toma de biopsia, es una herramienta válida para excluir y confirmar patología endometrial.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: briverod@meditex.es (B. Rivero de Torrejón).

KEYWORDS

Endometrial hyperplasia;
Adenocarcinoma of the endometrium;
Hysteroscopy;
Morphological criteria

Hysteroscopic evaluation of endometrial morphology**Abstract**

Objective: To determine the prevalence of endometrial hyperplasia and adenocarcinoma in distinct groups of endometrial morphology defined by hysteroscopy, and to study the validity of hysteroscopic diagnosis in identifying endometrial tumors.

Materials and methods: We performed a prospective study of 830 hysteroscopies carried out between June 1, 2004 and December 31, 2005 in the Gynecology Outpatient Clinic of Hospital Donostia in San Sebastian, northern Spain. Hysteroscopy was used to classify endometria into atrophic, hypotrophic, active, hypertrophic, suspicious for adenocarcinoma and adenocarcinoma, according to a series of morphological criteria. The findings were later correlated with the histopathological diagnoses obtained through endometrial biopsy.

Results: The sensitivity, specificity and negative predictive value (NPV) of hysteroscopic evaluation of endometrial morphology in diagnosing malignant and premalignant disease were extremely high. Sensitivity was 87.5% (95% CI 0.753-0.941), specificity was 94.8% (95% CI 0.925-0.965) and NPV was 98.7% (95% CI 0.971-0.994). The specificity of morphological diagnosis of adenocarcinoma was 99.9%, sensitivity was 74.3%, and the likelihood ratio for a positive result was 625.486. When the groups of adenocarcinoma and suspicious for adenocarcinoma were combined, sensitivity was 100% and specificity was 96.3%.

Conclusions: The prevalence of premalignant disease is very low in the hysteroscopic morphological groups of atrophic, hypotrophic and active endometria. Premalignant disease is slightly more prevalent in hypertrophic endometria and is significantly more prevalent in cases in which the hysteroscopic diagnosis is of suspicious adenocarcinoma and adenocarcinoma. In these cases, the prevalence of adenocarcinoma is very high. Hysteroscopic evaluation of endometrial morphology alone, without biopsy, is a valid tool to exclude or confirm endometrial disease in some groups.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La histeroscopia es una técnica diagnóstica que nos permite observar el endometrio, la cavidad uterina y el canal endocervical; también es una técnica quirúrgica para el tratamiento de la patología endometrial. En el Hospital Donostia, nuestra experiencia data desde 1989. Se utiliza frecuentemente para el diagnóstico del cáncer de endometrio, considerando la biopsia dirigida por histeroscopia como el patrón oro de su diagnóstico. El diagnóstico morfológico del adenocarcinoma de endometrio sin biopsia resulta habitualmente sencillo. En cambio, el diagnóstico de la hiperplasia endometrial, considerada lesión precursora del cáncer de endometrio, está sujeto a una gran controversia. En este estudio determinamos la prevalencia de la hiperplasia y del adenocarcinoma de endometrio en una serie clara de diferentes tipos morfológicos de endometrio.

Objetivo

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de hiperplasia endometrial y de adenocarcinoma en diferentes tipos de endometrio, clasificados por histeroscopia según su morfología con unos criterios claramente definidos por nuestro grupo.

Material y métodos

Entre el 1 de junio del 2004 y el 31 de diciembre del 2005 se han efectuado 1.754 histeroscopias en la consulta externa de Patología Cervical e Histeroscopia del Hospital Donostia de

San Sebastián. De estas, han sido seleccionadas las 876 histeroscopias que fueron realizadas por el mismo histeroscopista.

Es un estudio hacia delante que trata de sacar conclusiones y resultados del valor que tiene emplear la histeroscopia no solo como prueba diagnóstica para orientar toma de biopsias, sino como para diagnosticar patología con solo la visualización de las características morfológicas del endometrio. Las pacientes fueron entrevistadas antes de la histeroscopia y los datos se introdujeron en una base de datos de Microsoft Access diseñada para este fin. Se registraron la edad, el peso, la altura, la presencia de diabetes, de hipertensión, la talla y el peso, el antecedente de cáncer personal y familiar, tratamientos médicos, la menarquia y la historia menstrual, la menopausia y los antecedentes obstétricos. Así mismo, se registraron los datos referentes al motivo por el que se hacía la histeroscopia y los hallazgos ecográficos cuando los había. Tras la histeroscopia, se registraron los datos de la histeroscopia: anestesia local y dilatación del canal (sí/no), hallazgos morfológicos del canal endocervical, de la cavidad uterina, del endometrio y de los ostium tubáricos, y los de la biopsia endometrio —método con el que se practicó, cuándo se hizo—, y los datos histológicos se registraron cuando se recibió el informe de anatomía patológica.

Se excluyeron del estudio 46 casos, 25 porque la histeroscopia fue imposible, unas veces por dolor al introducir el histeroscopio, otras por no encontrar el canal endocervical, o también por metrorragia que impedía la valoración histeroscópica correcta, a pesar de utilizar flujo continuo, y 21 casos debido a que no se registraron los datos de manera correcta en el archivo Access.

Las histeroscopias y las biopsias fueron efectuadas en la consulta externa sin analgesia ni anestesia, excepto cuando la paciente refería dolor, en cuyo caso se puso anestesia local intracervical infiltrando el cérvix en 4 puntos a las 1, 5, 7 y 11 h, usando articaína con jeringa y aguja de dentista.

Tras realizar un examen ginecológico mediante tacto bimanual, se procedía a efectuar la histeroscopia según Bettocchi. 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 las características de las pacientes. Como medio de distensión se utilizó suero fisiológico en bolsas de 3 l, comprimidas con una presión de 100 mmHg gracias a un manguito distensible con un compresor eléctrico.

La biopsia endometrial se efectuó con cánula de Novak o de Cornier, cuando el proceso afectaba a toda la cavidad uterina, y con tijera y pinza de flujo continuo en las lesiones focales.

Clasificación histeroscópica

Definimos varios grupos morfológicos de una manera precisa (**tabla 1**), independientemente de que exista un pólipos o un mioma. Histeroscópicamente, definimos: *endometrio atrófico* es el endometrio sin dibujo glandular que no se levanta ni deja huella cuando es comprimido con la tijera o la pinza de flujo continuo; *endometrio hipotrófico* es todo endometrio con dibujo glandular que no se levanta, pero que deja una huella tenue cuando es comprimido con la tijera o la pinza de flujo continuo; *endometrio activo* es todo endometrio funcional con dibujo glandular que se levanta o deja huella cuando es comprimido con la tijera o la pinza de flujo continuo, pero sin que quede oculta la porción mecánica del instrumento dentro del endometrio; *endometrio hipertrófico* es el endometrio 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* es el endometrio hipertrófico que coexiste con pólipos endometriales mucosos. *Sospecha de adenocarcinoma (SA)*: 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...) y a los pólipos fibrosos de consistencia blanda que se asocian a alteraciones vasculares. Basamos nuestra definición del *cáncer* en la descrita por Labastida¹, siendo características indicativas de carcinoma la visualización de un tumor excrecente y papilar, las proliferaciones cerebroides, la ulceración y la necrosis, y la visualización de papilas finas y pálidas, centradas por un capilar flotando en la cavidad. Definimos *pólipo* como una tumoración intrauterina sésil o pediculada, con características similares a las del endometrio circundante.

Clasificamos cada endometrio según estas características morfológicas definidas por nuestro grupo y las correlacionamos con el diagnóstico histológico de hiperplasia sin atipias (HsA), hiperplasia con atipias (HcA) y carcinoma (Ca), obtenido tras la biopsia de endometrio. No obstante, no fue posible obtener una muestra histológica en todos los casos, principalmente cuando el endometrio fue atrófico o hipotrófico, por razones obvias, en las que no es posible obtener tejido para analizar, y cuando se obtiene suele ser insuficiente para realizar un diagnóstico histológico.

Resultados

La edad media fue de 50 años, con un rango de edad entre 16 y 93 años; el grupo más numeroso de pacientes se encontraba entre los 41 y los 60 años.

De las pacientes, 513 (61,8%) fueron premenopáusicas, 317 (38,2%) menopáusicas, 131 (15,7%) tenían hipertensión, 33 (3,9%) eran diabéticas, 62 (7,4%) tenían un antecedente de cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de mama, y solo 2 mujeres estaban tomando tamoxifeno cuando la histeroscopia fue llevada a cabo. En 163 (19,3%) mujeres se administró anestesia local y en 67 (8%) el canal endocervical fue dilatado con tallos de Hegar.

Los motivos para realizar las histeroscopias fueron múltiples, pero las causas principales fueron la hemorragia uterina

Tabla 1 Clasificación morfológica histeroscópica

Tipo morfológico histeroscópico	Glándulas	Compresión mecánica del endometrio	Ocultación en el endometrio del instrumental histeroscópico	Vasos	Otras características
Atrófico	No	No	—	—	
Hipotrófico	Sí	Sí	Levemente	—	
Endometrio activo	Sí	Sí	No	—	
Hipertrófico	Sí	Sí	Sí	—	
Sospecha de adenocarcinoma	—	—	—	Anormal	Manchas blancas Pólips blandos Desepitelización
Adenocarcinoma	—	—	—	Anormal	Tumor blando excrecente y papilar Proliferaciones cerebroides Ulceración y necrosis Papilas finas, pálidas y pequeñas centradas por un capilar Flotando en cavidad

Tabla 2 Razones para realizar una histeroscopia que se incluyeron en el estudio

	< 31	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	Total
Desconocido	—	—	1	—	—	—	—	1
Sangrado premenopáusico anormal	7	48	159	32	—	—	—	246
Sangrado posmenopáusico	—	—	14	75	25	26	10	150
Ecografía patológica	3	20	38	52	29	10	4	156
Cáncer de mama	—	—	1	1	3	—	—	5
Esterilidad/infertilidad	10	19	3	—	—	—	—	32
DIU	—	2	2	—	—	—	—	4
Restos placentarios	9	22	1	—	—	—	—	32
Seguimiento	21	36	28	41	10	4	1	141
Citología	—	—	1	1	—	—	—	2
Biopsia	—	3	8	15	5	4	—	35
Otros	3	4	9	5	2	1	2	26
Total	53	154	265	222	74	45	17	830

y la ecografía patológica (**tabla 2**). En 299 casos la causa fue la metrorragia, 191 de las cuales eran premenopáusicas y 108 posmenopáusicas; 125 fueron debidos a ecografías patológicas, 92 fueron histeroscopias de control, 4 eran pacientes con cáncer de mama que estaban o habían realizado tratamiento con tamoxifeno, 21 por razones de esterilidad/infertilidad, 4 debidas a DIU, 9 a restos placentarios, 31 debidas a citologías o biopsias endometriales alteradas (AGC o AIS), y 21 por otros motivos.

Basándonos en las características morfológicas que definimos previamente, encontramos 249 *endometrios atróficos*; se realizó biopsia y se obtuvo material para estudio histológico en 115 casos, encontrando 8 HsA, 7 de ellas en pólipos, y ningún caso de HcA o adenocarcinoma. En el resto no fue posible obtener material para estudio histológico ni con el material de histeroscopia ni con la cánula de Novak ni de Cornier (**tabla 3**).

Encontramos 39 *endometrios hipotróficos*, de los cuales se obtuvo material para estudio histológico en 23, encontrando 4 casos de HsA, 3 sobre pólipos, 3 de HcA, uno sobre pólipos y los otros 2 correspondían a mujeres que estaban en control y tratamiento médico por HcA, que no se habían tratado con histerectomía porque tenían una obesidad mórbida y patología médica concomitante que contraindicaba el tratamiento quirúrgico. No hubo ningún caso de adenocarcinoma.

Se hallaron 288 *endometrios activos*, de los que se obtuvo material para biopsia en 151, encontrando 19 HsA y una HcA; a esta última se le practicó histerectomía no encontrando patología en el examen histológico de la pieza. No hubo ningún caso de adenocarcinoma.

Hubo 167 *endometrios hipertróficos*, de los que se obtuvo material para biopsia en 159, encontrando en la biopsia 28 casos de HsA, 4 casos de HcA y ningún adenocarcinoma. De los 4 casos de HcA, se realizó histerectomía en 3, encontrando en la pieza de histerectomía una HsA, una HcA y un

adenocarcinoma endometriode IA G1, con 2 mm de infiltración miometrial.

La sospecha de adenocarcinoma fue diagnosticada en 39 casos; en todos ellos se obtuvo material para biopsia, encontrando 8 HsA, 8 HcA y 9 adenocarcinomas. Se realizó histerectomía a todas las pacientes a las que se diagnosticó de HcA menos a una, debido a obesidad mórbida. En la pieza se encontraron una HsA, 3 HcA y 3 adenocarcinomas, todos endometrioides y estadio IA (2 sin invasión del miometrio). Los 9 casos de adenocarcinoma se operaron y en la pieza de histerectomía se diagnosticaron 5 HcA y 4 adenocarcinomas. De estos, 2 fueron endometrioides, los 2 bien diferenciados, uno en estadio IA (invasión del miometrio de 3 mm) y otro en IA (con afectación mucosa de canal), y 2 serosos papilares, en estadio IA y IB.

De los 39 casos descritos anteriormente, 13 tenían un pólipos, con las características descritas anteriormente en la sección material y métodos, en el entorno de un endometrio atrófico. En la biopsia el diagnóstico fue de adenocarcinoma en 3 casos el diagnóstico fue de adenocarcinomas y en 2 de HsA, y en la pieza de histerectomía de los 3 adenocarcinomas, 2 fueron una HcA y uno un adenocarcinoma endometriode bien diferenciado (G1) en estadio IA sin infiltración del miometrio.

Se hizo diagnóstico histeroscópico de *adenocarcinoma* en 27 casos y se obtuvo biopsia de endometrio en todas, excepto en las que acudieron a la consulta con una biopsia de adenocarcinoma. Se confirmó el diagnóstico histeroscópico en todas ellas excepto en una; este caso se corresponde con una mujer de 37 años con unos niveles altos de β-hCG tras un parto normal y se diagnosticó de enfermedad molar; en la biopsia, el diagnóstico fue de transformación decidual. Del grupo de mujeres con un diagnóstico por biopsia endometrial de HcA e histeroscopia de adenocarcinoma, se confirmó tras histerectomía el diagnóstico de adenocarcinoma en todas

Tabla 3 Biopsia en relación con la morfología endometrial histeroscópica

	Atrófico	Hipotrófico	Activo	Hipertrófico	Sospecha de adenoca.	Adenoca.	Otro
No biopsia	58	1	144	8	—	—	14
Suficiente	115	23	151	159	39	27	5
Insuficiente	76	15	21	—	—	—	2
Total	249	39	288	167	39	27	21

Tabla 4 Casos de hiperplasia sin atipias (HsA), hiperplasia con atipia (HcA) y adenocarcinomas (Ca) para cada tipo de morfología endometrial histeroscópica

Atrófico			Hipotrófico			Activo			Hipertrófico			Sospecha de adenoca.			Adenoca.			
HsA	HcA	Ca	HsA	HcA	Ca	HsA	HcA	Ca	HsA	HcA	Ca	HsA	HcA	Ca	HsA	HcA	Ca	
Total	8	—	—	4	3	—	19	1	—	28	4	1	8	8	9	1	2	23

Tabla 5 Criterios morfológicos histeroscópicos como herramienta para excluir enfermedad premaligna y maligna

Sensibilidad	87,5% (IC del 95%, 0,753-0,941)
Especificidad	94,8% (IC del 95%, 0,925-0,965)
Valor predictivo positivo	63,6% (IC del 95%, 0,516-0,742)
Valor predictivo negativo	98,7% (IC del 95%, 0,971-0,994)
Razón de probabilidades diagnósticas (+)	16,99 (IC del 95%, 11,342-25,448)
Razón de probabilidades diagnósticas (-)	0,132 (IC del 95%, 0,062-0,279).

ellas, adenocarcinomas endometrioides, 4 en estadios IA y 1 en IB.

La tabla 4 muestra todos los grupos morfológicos histeroscópicos y la anatomía patológica endometrial relacionada.

La sensibilidad global de la evaluación histeroscópica morfológica para diagnosticar la enfermedad maligna y premaligna (HcA) es del 87,5% (IC del 95%, 0,753-0,941), con una especificidad del 94,8% (IC del 95%, 0,925-0,965), el valor predictivo positivo (VPP) es del 63,6% (IC del 95%, 0,516-0,742), el valor predictivo negativo (VPN) es del 98,7% (IC del 95%, 0,971-0,994), la razón de probabilidades diagnóstica positiva (*likelihood ratio*, LH +) es de 16,99 (IC del 95%, 11,342-25,448) y la razón de probabilidades diagnóstica negativa (LH-) es de 0,132 (IC del 95%, 0,062-0,279) (tabla 5).

El grupo de diagnóstico morfológico de adenocarcinoma tiene una especificidad muy alta, próxima al 100% (especificidad: 99,9%), con una sensibilidad tan solo del 74,3%, una LH + de 625,486, una LH- de 0,257, un VPP del 96,3% y un VPN del 98,9%. Esta sensibilidad más baja es debida a que hay carcinomas que clasificamos dentro del grupo de sospecha de adenocarcinoma, pero no los consideramos como falsos negativos, puesto que sí que son detectados morfológicamente.

La sensibilidad del diagnóstico de adenocarcinoma en ambos grupos morfológicos, sospecha y adenocarcinoma, es del 100% con una LH- de 0, una especificidad del 96,3%, un VPP del 52,3% y una LH + de 27,161.

Discusión

Se admite que la histeroscopia es un método útil para diagnosticar y tratar la patología orgánica intrauterina, como pólipos y miomas; sin embargo, para la evaluación endometrial se exige una biopsia de endometrio que confirme los hallazgos histeroscópicos².

Los criterios histeroscópicos usados en esta investigación no son los clásicos utilizados para diagnosticar la patología endometrial. Nuestro grupo ha desarrollado unos criterios

simples, reproducibles y fáciles de emplear, que pueden ser muy útiles para excluir la patología premaligna y maligna. El criterio más difícil de entender es el de «sospecha de adenocarcinoma», criterio que debe ser discutido, entendido e incluso cambiado de nomenclatura, ya que engloba patologías endometriales como la hiperplasia sin atipias, la hiperplasia con atipias y el adenocarcinoma, además de algunos pólipos endometriales que, en muchas ocasiones, se corresponden con adenocarcinomas iniciales o hiperplasia con atipias.

La hiperplasia endometrial se ha considerado que es la lesión precursora del adenocarcinoma de endometrio endometriode, también conocido como tipo I. Según Kurman, la hiperplasia sin atipias tiene un riesgo bajo de desarrollar un cáncer, el 1% la simple y el 8% la compleja³. Mutter verifica estos datos con biología molecular y diferencia la hiperplasia con un componente monoclonal (EIN, *endometrial intraepithelial neoplasia*), que tiene realmente un riesgo alto de progresar a carcinoma, de la hiperplasia policlonal, que es fruto de un estímulo estrogénico prolongado⁴. La hiperplasia con atipias se considera actualmente que es el auténtico precursor del adenocarcinoma de endometrio tipo I. Desde un punto de vista histeroscópico, el diagnóstico de hiperplasia endometrial no es fácil, excepto para algunos autores⁵. Uno et al. analizan los criterios histeroscópicos utilizados en el diagnóstico de hiperplasia endometrial y concluyen que el único criterio con suficiente sensibilidad y especificidad son los quistes, pero estos son un hallazgo poco frecuente⁶.

En nuestro trabajo encontramos que en el endometrio atrófico y activo la presencia de HsA es baja, y la HcA virtualmente inexistente, excepto en los casos en que se asocia a un pólipos endometrial. En nuestra serie tampoco hubo falsos negativos, por lo que la biopsia de endometrio parece innecesaria, salvo que pudiera ser útil para dirigir el tratamiento.

En el endometrio hipotrófico hayamos algunos casos de HsA y, sorprendentemente, 3 casos de falsos negativos de HcA. Estos 3 casos de HcA se corresponden con mujeres diagnosticadas previamente de HcA que no habían sido tratadas con cirugía por obesidad mórbida y estaban siendo controladas con histeroscopia (un caso sobre pólipos y 2 casos sobre endometrios hipotróficos normales), en la que es posible que fueran fragmentos residuales de hiperplasia residuales de su patología previa. Este hallazgo debe ser tenido en cuenta para determinar si es fruto del azar en una muestra pequeña, un sesgo o una patología más frecuente en este grupo.

En el endometrio atrófico e hipotrófico no resulta sencillo obtener una biopsia; es difícil obtener material para estudio histológico y, cuando se consigue, muchas veces, el patólogo nos dice que el material remitido es insuficiente para establecer el diagnóstico. Además, puede provocar desconfort o dolor a la mujer. En estos casos, si el diagnóstico morfológico

es posible, parece plausible obviar una biopsia. Este es el motivo de que 112 biopsias hayan sido insuficientes en este estudio; pensamos que esto no puede invalidar o producir un sesgo en nuestros resultados.

En el endometrio hipertrófico encontramos una prevalencia de HsA similar a la del endometrio activo; sin embargo, la prevalencia de HcA es considerablemente mayor, y en una de estas, en la pieza de histerectomía el diagnóstico fue de adenocarcinoma endometriode, G1, con invasión superficial de miometrio (0,34% en el endometrio activo versus 2,4% en el endometrio hipertrófico).

En los casos diagnosticados como de sospecha de adenocarcinoma encontramos un 66% de patología endometrial, habiendo una alta prevalencia de adenocarcinomas, muchos en estadios iniciales, y de HcA. Este dato es muy interesante, pero debería ser confirmado por otros autores.

El diagnóstico histeroscópico de adenocarcinoma presenta una altísima prevalencia de enfermedad endometrial maligna debido a que el diagnóstico histeroscópico de adenocarcinoma es fácil cuando el cáncer está evolucionado. Sin embargo, el diagnóstico histeroscópico del adenocarcinoma en las formas iniciales es más difícil. La biopsia de endometrio tiene limitaciones para diferenciar la HcA y el adenocarcinoma inicial. Esto puede ser debido a la debilidad de los criterios diagnósticos histológicos utilizados para diagnosticar invasión miometrial, tema ampliamente conocido y debatido por histopatólogos especializados en esta materia. Nuestro grupo ya ha realizado una publicación de la validez de la histeroscopia en estos casos, donde la biopsia infravalora un 22,7% y sobrevalora un 46,8% de los casos⁷.

En nuestra serie, la sensibilidad para el diagnóstico de adenocarcinoma está cercana al 100% si englobamos el grupo de sospecha y el de adenocarcinoma, porque hemos tenido un falso negativo; el diagnóstico de este caso fue de endometrio hipertrófico y polipoideo, sin embargo, la especificidad fue baja, penalizada por los casos falsos positivos habidos en el grupo de sospecha de adenocarcinoma. Cuando analizamos el grupo de adenocarcinoma, la sensibilidad es del 74,3%; el resto de los adenocarcinomas está en el grupo de sospecha, pero la especificidad es prácticamente, del 100%. Esto nos permite poner en marcha el protocolo de cirugía oncológica disminuyendo el tiempo de espera entre el diagnóstico y la cirugía. Nunca operamos sin tener verificado el diagnóstico con histología. Sin embargo, los casos del grupo de sospecha se citan en la consulta en 10 días debido a la alta tasa de falsos positivos, y si el diagnóstico fuera de HcA y/o adenocarcinoma, se aplica el protocolo de cirugía oncológica.

El diagnóstico morfológico de sospecha de adenocarcinoma tiene un alto porcentaje de lesiones premalignas, muchas englobadas en pólipos, hiperplasias sin y con atipias, y malignas, generalmente en estadios iniciales. Además, hay pólipos endometriales benignos que han sido diagnosticados como sospechosos por los rasgos morfológicos ya explicados el capítulo de material y métodos. Consideramos que es imprescindible resear todos estos pólipos y proceder a su estudio histológico. Esto será motivo de otra publicación para poder discutir sus beneficios de forma concienzuda.

Nos hubiera gustado comparar y discutir los resultados de nuestro estudio con los de otros autores. Hemos revisado la revista desde el año 2003 y Pubmed, no habiendo encontrado trabajos similares a este. Sí hemos encontrado trabajos que presentan datos sobre temas concretos, como el que sobre

adenocarcinoma presentan Coloma et al.^{8,9}, que reportan que la histeroscopia sin biopsia tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 99,9% en el diagnóstico del cáncer de endometrio, o el de Moreno-Cid et al.¹⁰ sobre hiperplasia endometrial, habiendo diagnosticado como hiperplasia 3 adenocarcinomas de endometrio, o sobre pólipos endometriales de Couso González et al.¹¹, teniendo un 3,5% (16/452) de falsos negativos en la resección de pólipos que en la biopsia eran adenocarcinoma. Este dato contrasta con el 0,3% (6/1989) del trabajo de Tresserra et al.¹² y con el 0,9% (16/1822) de Martínez et al.¹³. Valle et al.² se refieren en su artículo a la dificultad del diagnóstico de lo que llaman «lesiones endometriales fronteras» entre malignidad y benignidad, que podemos encontrar al hacer el diagnóstico con histeroscopia. Y, por último, Clark et al. en su metaanálisis¹⁴ concluyen que el diagnóstico de adenocarcinoma es fácil por histeroscopia, pero no lo es tanto para hacer el diagnóstico de hiperplasia de endometrio y cáncer (entendiéndose el diagnóstico en conjunto de ambas patologías).

Conclusiones

La prevalencia de enfermedad premaligna es muy baja en los grupos histeroscópicos morfológicos de atrofia, hipotrofia y endometrio activo, ligeramente superior en el endometrio hipertrófico y significativamente mayor en los casos de diagnóstico morfológico histeroscópico de sospecha de adenocarcinoma y de adenocarcinoma, donde también encontramos una prevalencia muy alta de adenocarcinoma. El diagnóstico morfológico histeroscópico exclusivamente, sin toma de biopsia, es una herramienta válida para excluir la patología endometrial en algunos grupos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Labastida, Cararach. Tratado y atlas de histeroscopia. 1.^a ed. Barcelona: Salvat; 1990.
2. Valle RF. A closer look at the postmenopausal bleeding uterus. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000;7:171.
3. 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.
4. Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The endometrial collaborative group. Gynecol Oncol. 2000;76:287–90.
5. Loverro G, Bettocchi S, Cormio G, Nicolardi V, Porreca MR, Pansini N, et al. Diagnostic accuracy of hysteroscopy in endometrial hyperplasia. Maturitas. 1996;25:187–91.
6. Uno LH, Sugimoto O, Carvalho FM, Bagnoli VR, Fonseca AM, Pinotti JA. Morphologic hysteroscopic criteria suggestive of endometrial hyperplasia. Int J Gynaecol Obstet. 1995;49:35–40.
7. Rivero B, Gorostidi M, Ugalde F, Ruiz I. Hysteroscopy value on atypical endometrial hyperplasia. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50:23–30.
8. Coloma F, Costa S, Bonilla Bartret F, Diago VJ, Payá V, Rodenas JJ, et al. Clasificación morfológico-histeroscópica del cáncer endometrial. Prog Obstet Ginecol. 2006;49:553.

9. Coloma F, Costa S, Rodenas JJ, Payá V, Aliaga R, Reynal E, et al. Histeroscopia y cáncer: respuesta a las cuestiones planteadas tras dos décadas de experiencia. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53:341–6.
10. García-Suelto MMC, Pedreño AP, Guerra YC, Rodríguez ER, Kaloup MC. Validez de la histeroscopia y de la biopsia endometrial en el diagnóstico diferencial de las hiperplasias. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52:378–85.
11. Couso González A, Solano Calvo JA, Martínez Gómez E, Fuentes Castro P, Zapico Goñi A. El potencial maligno de los pólipos endometriales. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53:46–50.
12. Tresserra F, Labastida R, Grases PJ, Pascual MA, Úbeda A, Dexeu S. Adenocarcinoma endometrioides en pólipos endometriales. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48:69–73.
13. Martínez MA, Jou P, Nonell R, Cardona M, Alonso I, Vanrell JA. Pólipos endometriales: riesgo de malignización y correlación clínico-anatómica. *Prog Obstet Ginecol.* 2004;47:506–10.
14. Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. *BJOG.* 2002;109: 313–21.