

Valor predictivo de la histeroscopia en el diagnóstico de carcinoma de endometrio

Autores: Diéguez Roxana¹, Galouye Marina², Zucchella Deborah³, Rapetti Alejandro⁴, D'Imperio Nicolás⁵, Amato Alicia⁶

Resumen:

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la capacidad predictiva de la histeroscopia como metodología diagnóstica en pacientes con sospecha de patología endometrial maligna en el Servicio de Ginecología del Complejo Médico Churruca-Visca, CABA. Se realizó un estudio retrospectivo, utilizando la base de datos del Servicio, respecto a 940 histeroscopías (HSC) en el período comprendido entre 2013 y 2017, en mujeres de 37 a 89 años. Se excluyeron las histeroscopías fallidas y los procedimientos realizados por causas no relacionadas con la pesquisa endometrial. Del análisis efectuado se pudo arribar a distintas conclusiones, siendo la más importante el porcentaje de pacientes con cáncer de endometrio del total de la población estudiada y su correlación entre diagnóstico prequirúrgico y la imagen histeroscópica más frecuente. Se obtuvieron además, otros datos de relevancia, no menos importantes, como ser grupo etario más frecuente de presentación de dicha patología, porcentaje de cáncer de endometrio en endometrios atróficos (línea endometrial menor a 4mm), valor predictivo positivo y negativo de la histeroscopia en el diagnóstico de cáncer de endometrio.

Abstract:

The aim of this study is to analyze the predictive capacity of hysteroscopy as a diagnostic methodology in patients with suspected malignant endometrial pathology in the Gynecology Service of the Churruca-Visca Medical Complex, CABA. A retrospective study was conducted, using the Service's database, with respect to 940 hysteroscopies (HSC) in the period between 2013 and 2017, in women from 37 to 89 years. We excluded failed hysteroscopies and procedures performed for causes not related to endometrial screening. From the analysis carried out, different conclusions could be reached, the most important being the percentage of patients with endometrial cancer of the total population studied and its correlation between pre-surgical diagnosis and the most frequent hysteroscopic image. We also obtained other relevant data, no less important, such as the most frequent age group of presentation of said pathology, percentage of endometrial cancer in atrophic endometrium (endometrial line less than 4mm), positive and negative predictive value of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer.

Introducción:

El cáncer de endometrio ocupa el séptimo lugar en frecuencia en el mundo. Su incidencia varía, representando el primer cáncer del tracto genital femenino en los países desarrollados, siendo este puesto ocupado por el cáncer de cuello uterino en los países en vías de desarrollo.

En la República Argentina, durante el año 2011, se reportaron 25.699 muertes por cáncer en los que se especificó la localización primaria. El cáncer de útero fue asignado como causa de muerte en 2.543 defunciones ocupando el cuarto lugar, luego del cáncer de mama, el cáncer colo-rectal y el de tráquea, bronquios y pulmón. Más del 90% de los casos de cáncer endometrial se produce en mujeres de más de 50 años de edad, con una media de diagnóstico de 63 años, por lo tanto afecta predominantemente a mujeres premenopáusicas, el 25% de los casos ocurre en premenopáusicas y 4% en menores de 40 años. El 90% de los cánceres de endometrio son esporádicos y el 10% posee bases hereditarias.

Si bien no es el objetivo de este trabajo, resulta importante mencionar los factores de riesgo más importantes para el cáncer de endometrio. Los mismos son el estado postmenopáusico, un índice de masa corporal (IMC) de 25 mg/m² o más, excesivo consumo de grasas, nuliparidad, anovulación y uso de estrógenos sin oposición progestacional. No obstante, hasta un 50 % de las pacientes portadoras de cáncer de endometrio se presentan sin estos factores.

El tamizaje poblacional no ha demostrado ser útil en el diagnóstico de cáncer de endometrio.

Clínicamente el cáncer de endometrio, se presenta como metrorragia de la postmenopausia en el 90-95% de los casos o en forma de sangrado intermenstrual en las pacientes premenopáusicas. Otros síntomas menos frecuentes son el flujo maloliente (frecuentemente en estadios avanzados) o en "lavado de carne " y el dolor pelviano difuso por compromiso extrauterino o de tipo cólico por la existencia de una hemato/piometra. Excepcionalmente se presenta con metástasis a distancia.

La sistemática diagnóstica estándar incluye: ecografía transvaginal, biopsia endometrial ambulatoria o dilatación con raspado biopsico total y fraccionado uterino con/sin histeroscopia.

La ecografía transvaginal es un método complementario incruento que tiene una sensibilidad del 90%, una especificidad diagnóstica del 54%, un valor predictivo negativo de 95% y un valor predictivo positivo del 63,6% para cáncer de endometrio en aquellas pacientes postmenopáusicas con una línea endometrial mayor a 5mm. Con un punto de corte de 4 mm la probabilidad de cáncer endometrial ante resultados negativos se reduce de 0,7% a 10%. Es recomendable en aquellas pacientes con sintomatología dudosa de metrorragia de la postmenopausia, para discriminar los casos que pueden quedar en control de aquellos que requieren ser biopsiados. Sin embargo, ante un cuadro comprobado de metrorragia de la postmenopausia o ante la repetición del síntoma, el estudio histológico es mandatorio, independientemente del resultado de la ecografía.

La biopsia ambulatoria por aspiración endocavitaria con cánula Pipelle de Cornier o cánula de Karman, presenta una tasa de detección para el cáncer de endometrio de 99.6% y de 97.1 % respectivamente, pero se requiere de un orificio cervical interno complaciente y obtención de muestra representativa.

En pacientes postmenopáusicas con sangrado vaginal comprobado proveniente de la cavidad uterina el método estándar para el diagnóstico del carcinoma de endometrio es la dilatación y raspado biopsico total y fraccionado bajo anestesia general, que permita obtener material suficiente para estudio histológico.

En los últimos años se ha incorporado la histeroscopia como método diagnóstico. Si bien se han reportado casos de diseminación intraperitoneal de células tumorales por el uso de este método, la evidencia disponible no ha demostrado que esta circunstancia empeore el pronóstico, por lo que se considera que la biopsia dirigida por histeroscopia es el Gold

Standard en la evaluación diagnóstica del carcinoma endometrial, ya que presenta como ventaja sobre el procedimiento a ciegas la posibilidad de determinar la localización y extensión del tumor y seleccionar el sitio más adecuado para la toma de la muestra.

Según datos bibliográficos, la histeroscopia en el estudio de cáncer de endometrio, presenta una sensibilidad del 88,9%, una especificidad del 98,3%, un valor predictivo positivo del 88,9% y un valor predictivo negativo del 98,3%.

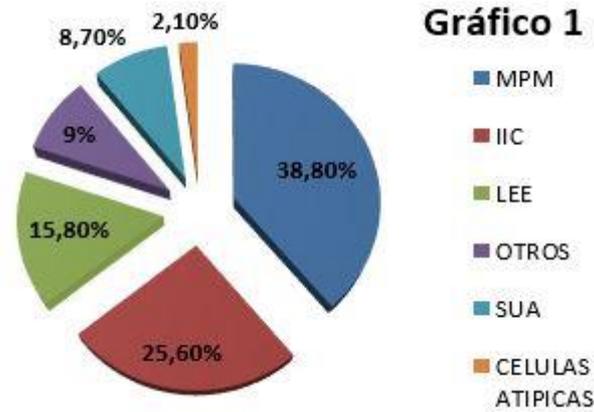
Si bien no es frecuente el compromiso del estroma del cuello uterino y la estadificación final de la enfermedad es quirúrgica, es siempre aconsejable el control preoperatorio del cérvix con un raspado endocervical o una biopsia cervical si hubiera alteraciones en el exocérvix. En el caso de no poder precisar el origen primario corporal o cervical de un adenocarcinoma que compromete ambos sectores se tendrán en cuenta: el perfil epidemiológico, la ecografía transvaginal con magnitud de la masa tumoral endocavitaria, el estudio inmunohistoquímico, la evaluación histeroscópica del endocervix y el endometrio. Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente debe ser sometida a un cuidadoso examen físico general, precisamente de los territorios ganglionares inguinales y supraclaviculares con punción aspirativa de cualquier hallazgo sospechoso. Se realizarán además estudios complementarios que deben incluir una tomografía computada (TAC) de tórax, laboratorio completo (incluido hepatograma) y de ser posible una RMN o una TAC de abdomen y pelvis con contraste para evaluar el compromiso retroperitoneal y las metástasis a distancia.

Objetivo: Análisis de la capacidad predictiva de la histeroscopia como metodología diagnóstica en pacientes con sospecha de patología endometrial maligna en el Servicio de Ginecología del Complejo Médico Churruca-Visca.

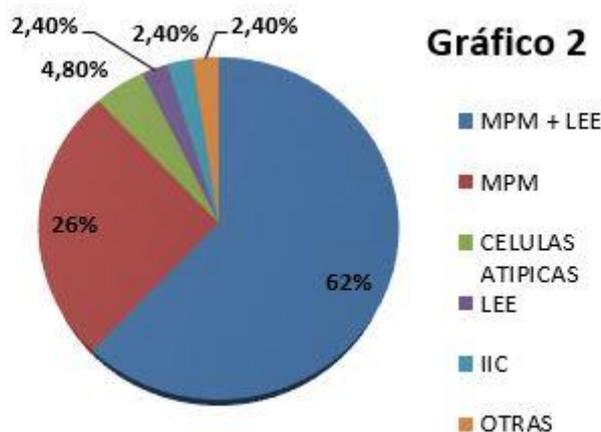
Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, utilizando la base de datos del Servicio de Ginecología del Complejo Médico Churruca-Visca, respecto a 940 histeroscopías (HSC) en el período comprendido entre 2013 y 2017, en mujeres de 37 a 89 años. Se excluyeron las histeroscopías fallidas y los procedimientos realizados por causas no relacionadas con la pesquisa endometrial. Dado que el propósito del presente trabajo es evaluar el valor predictivo de la histeroscopia en el diagnóstico de cáncer de endometrio, se excluyeron a las pacientes con diagnóstico de hiperplasias simples y complejas con y sin atipia, considerando únicamente a las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio. Respecto a la evaluación de la línea endometrial mediante ecografía transvaginal se dividieron en tres grupos: menores a 4mm, 5 a 10mm y más de 10mm.

Resultados: Del total de HSC, 907 fueron realizadas sin complicaciones (96,5%) y 33 de ellas resultaron HSC fallidas (3,5%).

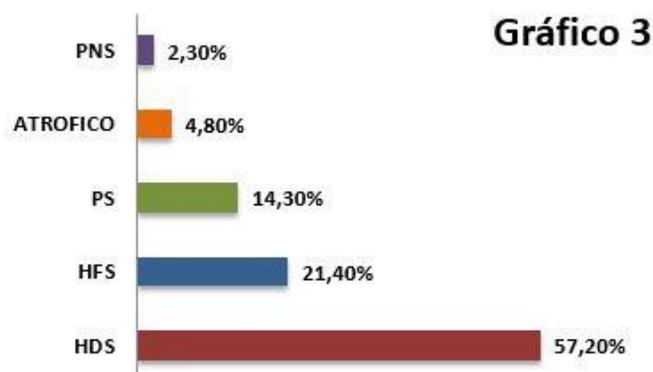
De las 907 HSC realizadas los diagnósticos prequirúrgicos fueron los siguientes: 352 casos de metrorragias de la postmenopausia (MPM) 38,8%; 232 casos de imágenes intracavitarias (IIC) 25,6%; 143 casos de líneas endometriales engrosadas (LEE) 15,8%; 79 casos de sangrados uterinos anormales (SUA) 8,7%; 82 casos de otros diagnósticos 9% y 19 casos de células atípicas en cepillado endocervical 2,1%. Gráfico1.



Seguidamente, se estudió que del total de las 907 HSC realizadas, 42 casos resultaron carcinomas de endometrio (4,63%). De los 42 casos de carcinomas de endometrio, las indicaciones prequirúrgicas fueron las siguientes: 26 casos de MPM + LEE (62%); 11 casos de MPM (26%); 2 casos de células atípicas en cepillado endocervical (4,8%) y 1 caso de LEE, IIC y otras patologías, que representan el 2,4% cada una. Gráfico 2.



De la totalidad de los carcinomas de endometrio, también se estudiaron las imágenes histeroscópicas, siendo las mismas las siguientes: 24 casos de hiperplasia difusa sospechosa (HDS) 57,2%; 9 casos de hiperplasia focal sospechosa (HFS) 21,4%; 6 casos de pólipo sospechoso (PS) 14,3%; 2 casos de endometrio atrófico 4,8% y 1 único caso de pólipo no sospechoso (PNS) 2,3%. Gráfico 3.

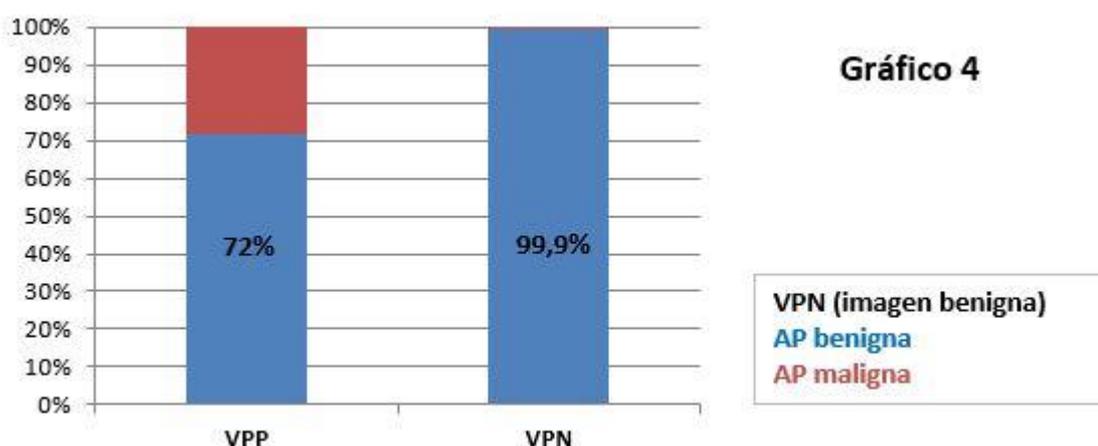


De la totalidad de los 42 carcinomas de endometrio, se estudiaron las líneas endometriales, clasificándolas en tres grupos: 2 casos de líneas entre 0-4mm (5%); 11 casos de líneas endometriales entre 5-10mm (26%) y 29 casos de líneas endometriales mayores a 11mm (69%).

Seguidamente, se clasificaron los 42 casos de carcinoma de endometrio en grupos etarios cada 5 años, por ejemplo entre 40-45, 46-50, 51-55 y así sucesivamente hasta los 90 años, de esta manera pudimos determinar que el primer grupo etario en mayor frecuencia fue el grupo de 61-65 años (28,6%); el segundo grupo etario en frecuencia fue el de 76-80 años (16,7%) y el tercer grupo en frecuencia fue el 71-75 años (11,9%).

Finalmente, se calculó que del total de las 907 HSC diagnósticas, en 57 de ellas se observaron imágenes histeroscópicas sospechosas, de las cuales 41 resultaron carcinomas de endometrio (VPP 72%).

A su vez, de 850 HSC con imágenes de características benignas, 849 resultaron anatomías patológicas benignas (VPN 99,9%), desarrollado en el Gráfico 4.



Conclusión:

De la lectura bibliográfica y el análisis estadístico realizado, se pudo concluir que de 907 pacientes en las que se realizaron histeroscopías, 42 de ellas presentaron diagnóstico de carcinoma de endometrio (4,63%). El diagnóstico prequirúrgico más frecuente es la metrorragia de la postmenopausia asociado a línea endometrial engrosada (62%) y la imagen histeroscópica con mayor prevalencia es la hiperplasia difusa sospechosa (57,2%). El diagnóstico de carcinoma de endometrio en pacientes que aportaron ecografía transvaginal con línea endometrial menor a 4mm fue del 5% (2 pacientes). La incidencia de cáncer de endometrio fue mayor en pacientes entre 61 a 65 años (28,6%). Por último, se considera que la biopsia dirigida por histeroscopia es el Gold Standard en la evaluación diagnóstica del carcinoma endometrial, con un valor predictivo negativo (VPN) del 99,9% coincidente con la literatura y un valor predictivo positivo (VPP) de 72%, siendo este último dato menor a los reportados en la bibliografía, dado a que se desestimó a las pacientes con diagnóstico de hiperplasia simple y compleja con y sin atipia, considerando únicamente a las pacientes con cáncer de endometrio. La histeroscopia debería ser la prueba diagnóstica de primer línea y no ser relegada por la ecografía o la biopsia de endometrio, dado que tanto la sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativos y positivos son superiores a los de la ecografía y la biopsia ciega.

Citas bibliográficas

1. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Endometrio. Junio de 2016
2. Diagnostic Hysteroscopy in asymptomatic postmenopausal woman with sonographically anormal endometrial Finding. Choi J K, Kim T H, et al. JAAGL Volumen 23, Issue 7, Supplement Pages S184-185. 2016
3. Postmenopausal Bleeding: findings and accuracy of hysteroscopy and histopathologic in the diagnosis of endometrial cancer. Crispi CP, Vanin C. M., et al JAAGL vol 18 Inssue 6 Supplement Page S83. Nov Dec 2011.
4. Valor de la histeroscopia en el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio. Francisco de Borda Rivero de Torrejon. Departamento de enfermedades Médico-Quirúrgicas Facultad de Medicina y Odontología Universidad del País Vasco. 2016
5. Histeroscopia diagnóstica: rendimiento en el estudio de la metrorragia e inocuidad ante un eventual cáncer de endometrio, revisión de la literatura. Juan Pablo Goycoolea, Iván Rojas. Unidad Oncología Ginecológica, Hospital Padre Hurtado. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Clínica Santa María.
6. Histeroscopia y cáncer: respuesta a las cuestiones planteadas tras dos décadas de experiencia. Francisco Coloma, Sergio Costa, et al. Servicio de Ginecología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España. Vol. 53 .Núm. 9. Septiembre 2010
7. Correlación de la histeroscopia y biopsia dirigida en el estudio del engrosamiento endometrial patológico por ultrasonido. Macarena Socías T, Renato Vargas S. et al. Unidad de Endoscopia Ginecológica, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San José, Universidad de Santiago. Rev. Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2):99-104 Correlación de la histeroscopia y biopsia.
8. Engrosamiento endometrial. Resultado de estudio por histeroscopia quirúrgica. Alejandra Catalán B, Diego Masoli I, et al. Rev. Obstet. Ginecol - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2006; Vol 1 (2): 105-108
9. ¿Cuál es la utilidad de la histeroscopia en la posmenopausia? A. Monterrosa. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Vol 34. Num 2. Página 37-87. Marzo 2007.

1. Jefa de Residentes del Servicio de Ginecología 2019.
2. Jefa de Residentes del Servicio de Ginecología 2018
3. Médica de Planta del Servicio - Sección Histeroscopia
4. Médico de Planta del Servicio - Jefe de la Sección Histeroscopia
5. Médico de Planta del Servicio - Jefe de la Sección de Ginecología Oncológica
6. Jefa del Servicio de Ginecología

Servicio de Ginecología - Departamento Materno Infantil.
Complejo Médico Policial Churruca - Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.