

# Valor diagnóstico de la imagen histeroscópica en el cáncer de endometrio

Anna Torrent  
Eduardo  
González-Bosquet  
Santiago  
González-Núñez  
Justo Callejo

Hospital Sant Joan  
de Déu  
Servicio  
de Obstetricia  
y Ginecología  
Barcelona

## Resumen

**Objetivo:** Correlación entre la imagen histeroscópica y el diagnóstico anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 43 mujeres con cáncer de endometrio a las que, previamente al tratamiento quirúrgico, se les realizó una histeroscopia.

**Resultados:** En 37/43 (86%) pacientes se observó una imagen anormal en la histeroscopia, siendo en 20 de ellas sugestiva de una neoplasia endometrial antes del diagnóstico de la biopsia dirigida. En el resto de casos la imagen histeroscópica fue sugestiva de pólipo (11/43) o mioma (5/43). En 6 casos no se apreció ninguna imagen sospechosa.

**Conclusión:** El diagnóstico de la imagen macroscópica antes de la biopsia tuvo una sensibilidad baja (48,8%) para el diagnóstico de cáncer de endometrio. Sin embargo, sólo en 6 casos la histeroscopia fue negativa.

**Palabras clave:** Imagen histeroscópica. Cáncer de endometrio.

## Summary

**Objective:** Correlation between hysteroscopic image and conclusive anatomopatologic diagnose from surgical specimen.

**Materials and methods:** A retrospective study of 43 patients with endometrial carcinoma to whom, before surgical treatment, hysteroscopy was carried out.

**Results:** In 37/43 patients a abnormal image was observed during hysteroscopy. 20 of them were suggestive of endometrial neoplasia before biopsy. The rest of cases the hysteroscopic image was described as a polip (11/43) or mioma (5/43). In six cases any suspicious image was valuable.

**Conclusion:** The diagnostic of macroscopic image before biopsy had a low sensivity (48.8%) in endometrial carcinoma diagnosis. Only six cases the hysteroscopy was negative.

**Key words:** hysteroscopy image/endometrial cancer.

## Introducción

La histeroscopia es un procedimiento sencillo que puede realizarse de forma ambulatoria. Nos permite

visualizar la cavidad endometrial, obtener material para diagnóstico y, en algunos casos, realizar el tratamiento. Una de sus indicaciones es la metrorragia postmenopáusica<sup>1</sup>. Ésta se puede deber a una causa benigna, como el pólipo endometrial, pero en un número no despreciable de pacientes se diagnosticará un cáncer de endometrio. Clark TJ, *et al.* aportan una incidencia de cáncer de endometrio del 3,9% (95% CI, 3,7%-4,2%) de las histeroscopias realizadas por metrorragia<sup>2</sup>. El diagnóstico definitivo lo aportará la anatomía patológica, pero a veces la imagen histeroscópica ya puede ser sospechosa de un proceso maligno. Nuestro estudio pretende determinar el valor diagnóstico de la imagen histeroscópica en el cáncer de endometrio.

## Objetivo

Determinar la correlación entre la imagen histeroscópica y el diagnóstico anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica.

## Material y métodos

Es un estudio retrospectivo de 43 mujeres (edad media 62 años, rango 30-87 años) con cáncer de endometrio sometidas a tratamiento quirúrgico a las que, previamente a este, se les realizó una histeroscopia con suero fisiológico. La principal indicación de ésta fue la metrorragia y/o la presencia de un engrosamiento de la línea endometrial.

## Resultados

El síntoma de consulta más frecuente fue la metrorragia postmenopáusica (35/43 pacientes). El 79% (34/

Correspondencia:  
Anna Torrent Colomer  
Hospital Sant Joan de Déu  
Ps. Sant Joan de Déu, 2  
08950 Esplugues Barcelona

43) tenían un grosor endometrial medido por ecografía transvaginal superior a 5mm. Destacan 3 pacientes que se hallaban asintomáticas.

Entre los antecedentes personales más frecuentes destacaron la obesidad (31/43), la hipertensión arterial (22/43) y la diabetes (13/43). Un total de 15 pacientes tenían antecedentes familiares de neoplasia maligna.

En 37/43 (86%) pacientes se observó una imagen anormal en la histeroscopia, siendo en 21 de ellas (48,8%) sugestiva de neoplasia endometrial antes de confirmar el diagnóstico anatomopatológico de la biopsia realizada durante el procedimiento. En el resto de los casos la imagen histeroscópica fue sugestiva de pólipo endometrial (11/43) o de mioma (5/43). En 6 casos no se observó ninguna imagen anómala. La imagen histeroscópica antes de la biopsia tuvo una sensibilidad del 48,8% para el diagnóstico de un cáncer de endometrio. El diagnóstico definitivo fue confirmado siempre mediante biopsia dirigida o por el legrado practicado posteriormente a la histeroscopia. En los seis casos negativos el diagnóstico lo aportó el estudio anatomopatológico del legrado uterino.

Al describir la localización de la imagen sospechosa, la neoplasia afectaba con mayor frecuencia a toda la cavidad endometrial (57,2%) seguida por el fundus uterino (42,8%). Sólo en un caso hubo una complicación durante la histeroscopia con perforación uterina que se resolvió con conducta expectante y tratamiento antibiótico.

Una vez realizada la estadificación posquirúrgica, se observó que la mayoría de los casos (31/43) se encontraban en el estadio I. El lavado peritoneal fue positivo en 3 casos cuyo estadio postquirúrgico fue Ic G2, III G1 y la G3.

## Discusión

El cáncer de endometrio es el tumor maligno más frecuente del sistema genital femenino y ocupa el cuarto lugar entre las neoplasias que aquejan a la población de sexo femenino. Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas, de raza blanca, obesas, con bajo nivel de actividad física, diabéticas e hipertensas<sup>3</sup>. Uno o más de estos factores de riesgo se hallaban en la mayoría de nuestras pacientes. Alteraciones en hormonas endógenas del metabolismo (androstendiona, testosterona, estrona y estradiol) pueden proporcionar los principales enlaces entre los riesgos de cáncer endometrial, el exceso de peso y la inactividad física<sup>4</sup>. Otros estudios afirman que el

estado menopáusico es un factor pronóstico variable independiente en pacientes con estadios precoces de la enfermedad pero no en pacientes con estadios avanzados en las que se asocia a la obesidad<sup>5</sup>.

La metrorragia postmenopáusica es el síntoma más común en el cáncer de endometrio<sup>6</sup>. En Estados Unidos el 5% de todas las visitas al ginecólogo se deben a la aparición de este síntoma<sup>7</sup>. La ecografía transvaginal, la biopsia endometrial, la dilatación con legrado y la histeroscopia son los procedimientos que disponemos para el diagnóstico del cáncer de endometrio. En nuestra serie se realizó ecografía transvaginal e histeroscopia a todas las pacientes.

La ecografía transvaginal es la prueba mayormente realizada como primer paso diagnóstico por ser bien aceptada por parte de la paciente, sin riesgos y con un coste bajo<sup>6</sup>. Hay autores que la consideran una buena herramienta como *screening* del cáncer de endometrio ante una metrorragia postmenopáusica<sup>8</sup>. El punto de corte para distinguir el grosor endometrial normal del patológico varía entre 3 mm<sup>9</sup> y 7 mm<sup>10</sup>. El más aceptado en la literatura para definir un grosor dentro de la normalidad es menor o igual a 5 mm<sup>11</sup>. Así, también lo expusieron en la Conferencia de Consenso de la Sociedad de Radiólogos en Ecografía celebrada en Washington en octubre del 2000<sup>6</sup>. En nuestra serie el 79% de las mujeres tenían un grosor endometrial medido por ecografía superior a 5 mm. La sensibilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de cáncer de endometrio varía entre un 62% y un 100% y la especificidad entre un 46% y un 91%<sup>11</sup>.

El examen histológico es el *gold standard* en el diagnóstico de la metrorragia causada por cambios endometriales malignos. El aspirado endometrial toma una muestra a ciegas sin poder visualizar la cavidad endometrial. Se han descrito un 30% de falsos negativos con este método<sup>12</sup>, aunque hay autores que le atribuyen una sensibilidad de hasta el 86% (ej. con *Pipelle*)<sup>13</sup>. En un estudio retrospectivo realizado en nuestro centro con 82 pacientes (entre 1999-2000) que presentaban metrorragia postmenopáusica se obtuvo un porcentaje alto (57%) con respecto a que el aspirado endometrial no nos confirmó ningún diagnóstico. Al realizar la histeroscopia, en un 23% de estas pacientes se diagnosticó la presencia de pólipo endometrial.

Realizar únicamente dilatación con legrado no reconoce cambios intrauterinos en aproximadamente del 5% al 15% de las pacientes<sup>14</sup>. La histeroscopia es superior a la ecografía transvaginal y a la dilatación con legrado en el diagnóstico diferencial de patología intrauterina, ya sea hiperplasia, pólipos, miomas o cáncer de endometrio. Es importante realizar

biopsias dirigidas ante cualquier lesión observada durante la realización de una histeroscopia ya sea diagnóstica o terapéutica. Esta biopsia nos proporcionará el diagnóstico definitivo cerca del 100% de los casos<sup>15</sup>. En caso que el diagnóstico sea negativo para células malignas, muchas veces nos aportará información de la presencia de lesiones benignas como miomas o pólipos. Los falsos negativos en biopsia endometrial por cáncer son muy raros<sup>16,17</sup>. En la literatura hallamos unas tasas de falsos negativos para la histeroscopia del 2%<sup>18</sup>, una sensibilidad del 74% al 100% y una especificidad del 89% al 100%<sup>19</sup>. Un resultado negativo en la histeroscopia reduce la probabilidad de cáncer al 0,6%<sup>20</sup>.

La sensibilidad de la imagen macroscópica obtenida por histeroscopia varía según diferentes estudios. Bedner R. calculó la sensibilidad diagnóstica en la imagen histeroscópica de varias lesiones<sup>20</sup>. La concordancia de la imagen macroscópica con el informe anatomopatológico era variable según el tipo de lesión con un 90,9% en los miomas submucosos, un 86,9% en pólipos endometriales, un 25% en la hiperplasia endometrial y un 71,4% en los casos con carcinoma endometrial. En conclusión, la imagen histeroscópica no les proporcionaba suficiente información en el momento de diferenciar entre hiperplasia endometrial y carcinoma. Otros autores aportan estudios con una sensibilidad y especificidad de la imagen histeroscópica como predicción del cáncer de endometrio del 50% (similar a nuestro estudio) y 99,5% ( $p < 0,01$ ) respectivamente, afirmando que la histeroscopia siempre debe ir acompañada de biopsia endometrial ya que sólo la imagen no es suficiente sensible para precisar si se trata de un proceso maligno o benigno<sup>21,22</sup>. Sin embargo, hay autores que publican una sensibilidad en la imagen histeroscópica para cáncer de endometrio de hasta un 85%<sup>19</sup>.

## Conclusión

La sospecha de carcinoma de endometrio en la imagen macroscópica por histeroscopia tuvo una sensibilidad baja (48,8%). Sin embargo, sólo en 6 casos la histeroscopia fue negativa ya que en la mayoría de casos detectó una imagen anormal siendo la más frecuente el pólipo.

## Bibliografía

1. Nasri MN, Coast GJ. Correlation of ultrasound findings and endometrial histopathology in postmenopausal women. *Br J Obstet Gynecol* 1989;96:1333-8.

2. Clark TJ, Voit D, Gupta JK, et al. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia. A systematic quantitative review. *JAMA* 2002;288:1610-1621.
3. Furberg AS, Thune I. Metabolic abnormalities (hypertension, hiperglucemia and overweight), lifestyle (high energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *Int J Cancer* 2003;10;104:669-76.
4. Kaaks R, Lukanova A, Kurzer MS. Obesity, endogenous hormones, and endometrial cancer risk: a sunthetic review. *Cancer Epideniol Biomarkers Prev* 2002;11: 1531-43.
5. Nakanishi T, Ishikawa H, et al. Association between menopausal state and prognosis of endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:483-7.
6. Goldstein RB, Bree RL, et al. Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. *J Ultrasound Med* 2001;20:1025-36.
7. Dubinsky TJ, Parvey HR, Maklad N. The role of transvaginal sonography and endometrial biopsy in the evaluation of peri and postmenopausal bleeding. *AJR* 1997;169:145-9.
8. Reinhold C, Khalili I. Postmenopausal bleeding: value of imaging. *Radiol Clin North Am* 2002;40:527-62.
9. Dijkhuizen FP, Brolmann HA, Potters AE, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography with color flow imaging and blood flow analysis: A preliminary report. *Gynecol Oncol* 1991;56:253-9.
10. Gruobeck K, Jurkovic D, Lawton F, et al. The diagnostic value of endometrial thickness and volume measurements by three-dimensional ultrasound in patients with postmenopausal bleedings. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;8:272-6.
11. Gerber B, Krause A, Reiner T, et al. Postmenopausalblutungen: Diagnostisches und therapeutisches Management. *Frauenarzt* 1998;39:1847-55.
12. Kent ASH, Haines P., Manners TB, et al. Blind endometrial biopsies: Insufficient for diagnosis in women with intrauterine pathology. *Gynaecol Endosc* 1998;7:273-8.
13. Del Priore G, Williams R, Habathin CB, et al. Endometrial brush biopsy for the diagnosis of endometrial cancer. *J Reprod Med* 2001;46:439-43.
14. Gerber B, Krause A, Quasmeh A, et al. Stellenwert der Hysteroskopie und fraktionierter Abrasio in der Abklärung von Postmenopausalblutungen. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1998;58:440-445.
15. Mencaglia L. Hysteroscopy and adenocarcinoma. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:573-9.
16. Aubert Agostini, MD, Ludovic Cravello, MD, Florence Bretelle M, et al. Risk of Discovering Endometrial Carcinoma or Atypical Hyperplasia during Hysteroscopic Surgery in Postmenopausal Women. *The Journal of*

---

*American Association of Gynecologic Laparoscopists*  
2001;8:533-5.

17. Dijkhuizen FP, Mol BW, Broilmann HA, et al. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hiperplasia: A metaanalysis. *Cancer* 2000;89:1765-72.
18. Cacciatore B, Ramsay t, Lehtovirta P, et al. Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal leeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:413-6.
19. Torrejon R, Fernández-Alba JJ, Carnicer I, et al. The value of hysteroscopic exploration for abnormal uterine bleeding. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;4:453-6.
20. Bedner R, Rzepka-Gorska I. Panoramic hysteroscopy in prophylaxis of precancerous lesions and endometrial carcinoma. *Ginecol Pol* 2001;72:1423-8.
21. Grozdanov G, Terzhumanov R, Krumov G. The histeroscopic diagnosis of endometrial carcinama. *Akusn Ginekol (Sofia)* 1999;38:35-6.
22. Kovar P, Slonka J, Srubar V. Can hysteroscopy reliably detect malignancy? Analysis of 1200 hysteroscopy findings. *Ceska Gynecol* 2000;65:447-51.