

Trabajos Originales

BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Claudio Domínguez C.¹, Jessica Zamora F.^a, Sandra Barrera P.^b, Ximena Tacla F.¹

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco-Trudeau.

^a Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Sede Sur, Universidad de Chile.

^b Matrona.

RESUMEN

Objetivo: Presentar la experiencia inicial en el diagnóstico histológico con biopsia endometrial ambulatoria obtenida con pipelle de Cornier. **Material y método:** Se efectuó biopsia endometrial ambulatoria con pipelle de Cornier en 144 pacientes con sospecha clínica y/o ecográfica de patología endometrial difusa. **Resultados:** Se logró realizar el procedimiento a 131 pacientes (91%), obteniéndose diagnóstico histológico satisfactorio en 110 casos (76,4%). De las 110 muestras analizadas, se diagnosticó cáncer de endometrio en 3 pacientes (2,7%) e hiperplasia con atipias en 1 paciente (0,9%). **Conclusiones:** La biopsia endometrial ambulatoria es un procedimiento sensible, específico, eficiente, seguro y económico, que permite aumentar la cobertura del diagnóstico precoz del cáncer de endometrio.

PALABRAS CLAVES: *Biopsia endometrial ambulatoria, pipelle, cáncer de endometrio*

SUMMARY

Objective: To present our initial experience with the ambulatory endometrial biopsy obtained with Cornier pipelle. **Material and method:** We used the device to obtain the endometrial sampling in 144 women with suspicious pathology of endometrium. **Results:** We obtained 131 endometrial specimens (91%), 110 were appropriate for histological diagnosis (76.4%). We met 3 women with endometrial carcinoma (2.7%) and 1 with hyperplastic atypia. **Conclusion:** Endometrial ambulatory biopsy is a sensitive, specific, efficient, safe and cheap procedure. This method improves the early diagnosis of endometrial carcinoma.

KEY WORDS: *Ambulatory endometrial biopsy, pipelle, endometrial cancer*

INTRODUCCIÓN

El endometrio es un efector de las hormonas sexuales femeninas. Este puede presentar patología focal o difusa, maligna o benigna, y que suele presentar como principal manifestación el sangrado uterino anormal o la alteración de su estructura en la ecotomografía transvaginal de rutina.

En cualquier caso, el estudio histológico resulta fundamental si se pretende descartar la existencia

del cáncer de endometrio. La Unidad de Ginecología General del Hospital Barros Luco-Trudeau estudiaba la histología endometrial con dilatación y curetaje (DC) bajo anestesia regional, hospitalizando a las pacientes. Recientemente, hemos incorporado la biopsia endometrial ambulatoria (BEA) con pipelle de Cornier en el flujograma de diagnóstico de patología endometrial.

En el medio nacional existe experiencia en la búsqueda de patología endometrial con BEA, en

mujeres posmenopáusicas usuarias de terapia hormonal de reemplazo, con buenos resultados (1).

La evidencia nacional (1) e internacional (2,3,4) disponible señala que BEA es tan sensible y específica como la obtenida con DC, pero de menor costo, simple de efectuar, práctico y con menor frecuencia de complicaciones (2), por lo que debe constituir la primera elección en el estudio histológico del endometrio, cuando se sospecha una lesión difusa (3,4).

El objetivo de este estudio es comunicar nuestros resultados con la incorporación de este procedimiento en el estudio de pacientes con sospecha de patología endometrial difusa.

MATERIAL Y MÉTODO

En el período comprendido entre el 1 de junio de 2004 y el 30 de junio de 2005, se seleccionaron 144 pacientes con sospecha de patología endometrial difusa, según flujograma de diagnóstico (Figura 1), desde el policlínico de Ginecología General del Servicio de Ginecología del Hospital Barros Luco-Trudeau.

El procedimiento se realizó en aquellas pacientes con antecedentes clínicos y/o ecográficos que lo justificaran, como metrorragia de la peri y post menopausia y hallazgos ultrasonográficos que requieran estudio del endometrio.

La pipelle de Corniere® está constituida por una envoltura externa flexible, transparente, de polypropylene, de 3,1 mm de diámetro externo, 2,6 mm de diámetro interno, y 23,5 centímetros de longitud; presenta una abertura lateral 2,1 mm en diámetro en su extremo distal y cuatro graduaciones a 4, 7, 8 y 10 centímetros de ese extremo, con un pistón interno que permite la succión (Figura 2).

La biopsia de endometrio se realizó ambulatoriamente en el policlínico de Ginecología General, con la paciente en posición ginecológica, sin premedicación. Posteriormente se envió la muestra conservada en formalina al Servicio de Anatomía Patológica para estudio histológico.

Se elaboró un registro estudiando las siguientes variables: edad, fecha de última menstruación, día del ciclo, edad de menopausia, uso actual de terapia estrogénica, motivo clínico o ecográfico de estudio, tipo y grosor del endometrio, fecha de biopsia, operador, biopsia frustra o exitosa, diagnóstico histológico de biopsia, biopsias con muestra insuficiente para diagnóstico, conducta frente al diagnóstico histológico y complicaciones del procedimiento. Se efectuó seguimiento de las pacientes sometidas al procedimiento,

Las variables se ingresaron a planilla Excel y los resultados se obtuvieron desde Epi Info, versión 6,04.

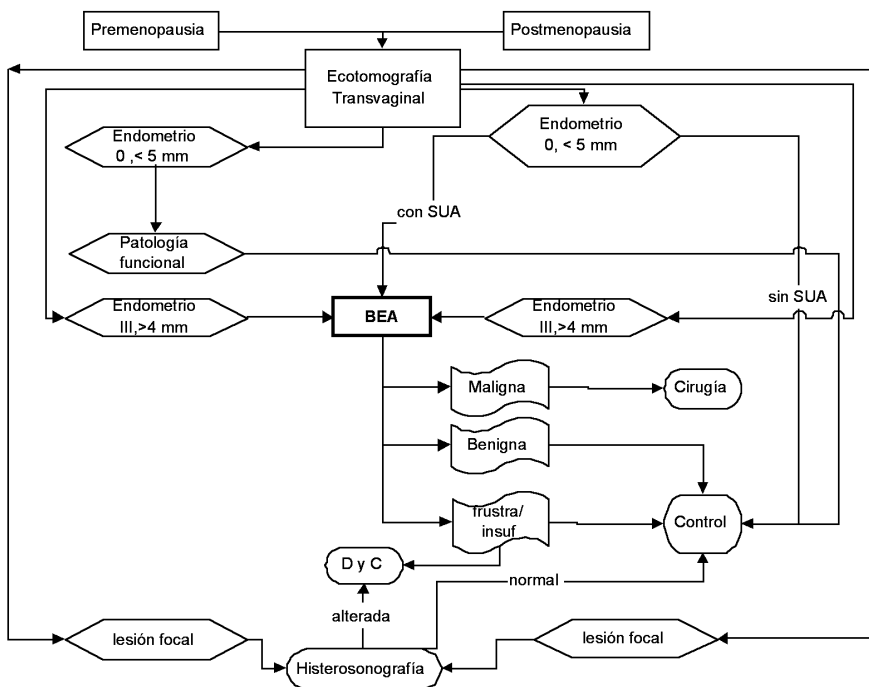


Figura 1. Flujograma de manejo de patología endometrial.

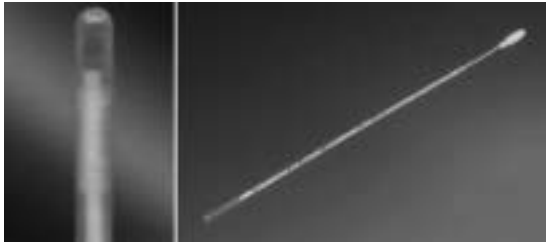


Figura 2. Pipelle de Corniere®, extremo distal e imagen completa.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue 54 años (rango: 30 - 76 años). Los principales motivos para efectuar la biopsia fueron: metrorragia de la premenopausia (41%), engrosamiento endometrial ultrasonográfico asintomático (32,6%) y metrorragia de la postmenopausia (22,2%) (Tabla I).

De un total de 144 casos, el procedimiento fracasó en 13 pacientes (9%) y fue exitoso en 131 pacientes, de las cuales en 110 (76,4%) se obtuvo muestra satisfactoria para estudio histológico (Tabla II). Los diagnósticos histológicos fueron: endometrio proliferativo (30%) e hiperplasia simple sin atipias (27,3%) (Tabla III).

Se pesquisó 1 caso de hiperplasia compleja con atipias (0,9%) y 3 pacientes con adenocarcinoma endometriode (2,7%). La atrofia endometrial se presentó en el 9,1% de las pacientes.

Las complicaciones registradas fueron 1 caso de biopsia frustra por intolerancia al dolor (0,7%) y 1 caso de lipotimia vasovagal transitoria post procedimiento (0,7%).

DISCUSIÓN

Al comparar nuestros resultados con la literatura encontrada, tenemos que los porcentajes de

Tabla II
RESULTADO GENERAL DE LA BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIA

Resultados	n	%
Satisfactorias	110	76,4
Insatisfactorias	21	14,6
Frustras	13	9,0
Total	144	100,0

biopsias frustras y muestras insuficientes para diagnóstico son relativamente similares (5).

En los casos con muestra insuficiente y evaluación ecotomográfica con endometrio tipo 0 menor a 5 mm, se consideró a las pacientes sin patología relevante y no se las sometió a DC, considerando que la literatura avala esta conducta (6).

En nuestra serie, se observa un porcentaje de cáncer de endometrio dentro del rango informado por la literatura cuando se efectúa BEA (2). Cabe destacar que los 3 casos se presentaron en el subgrupo de las post-menopáusicas. Estas 3 pacientes y la que presentaba hiperplasia con atipias fueron sometidas a histerectomía total, corroborándose el diagnóstico histológico en la pieza operatoria.

Cabe señalar que dentro del período de este estudio, ingresaron 27 pacientes con cáncer de endometrio a la Unidad de Oncología Ginecológica. El promedio de edad para este grupo fue 60 años, con un mínimo de 23 y un máximo de 88 años, destacando un 18,5% de pacientes bajo los 50 años. De aquí se desprende la importancia de

Tabla III
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE LAS MUESTRAS SATISFACTORIAS OBTENIDAS POR BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIA

Histología	n	%
Endometrio proliferativo	33	30,0
Hiperplasia simple sin atipias	30	27,3
Endometrio secretor	24	21,8
Atrofia endometrial	13	11,8
Adenocarcinoma endometriode	3	2,7
Hiperplasia compleja sin atipias	2	1,8
Endometrio mixto	2	1,8
Hiperplasia compleja con atipias	1	0,9
Microcalcificaciones endometriales	1	0,9
Pólipo endometrial	1	0,9
Total	110	100,0

Tabla I

CAUSAS CLÍNICAS Y ECOTOMOGRÁFICAS QUE MOTIVARON BIOPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIA

Causas	n	%
Metrorragia premenopausia	59	41,0
Engrosamiento endometrial	47	32,6
Metrorragia postmenopausia	32	22,2
Hematometra	3	2,1
Líquido intracavitario	2	1,4
Hipermenorrea	1	0,7
Total	144	100,0

contar con un método eficiente para diagnóstico más oportuno. Nuestros 3 casos corresponden al 11,1% de este grupo.

Con respecto a los efectos producidos en nuestra calidad de atención, se observó una reducción en el tiempo para obtener el diagnóstico y en la espera para la resolución de los casos pesquisados por la Unidad de Oncología Ginecológica.

Por otro lado, la BEA redujo drásticamente la cifra de pabellones utilizados en DC por sospecha de patología endometrial y aceleró su empleo en procedimientos quirúrgicos más complejos.

La seguridad aumentó, al no usarse anestesia regional o general. Tampoco se presentaron complicaciones importantes, como infección y perforación uterina.

En general, el procedimiento fue bien tolerado, aunque no se evaluó el dolor con ningún método de puntuación.

Considerando un estudio de costos efectuado previamente en nuestra Unidad, se observó que BEA es 41 veces más económico que DC, lo que constituye un ahorro significativo y teóricamente permite una redistribución de los recursos económicos disponibles.

CONCLUSIÓN

La BEA es un procedimiento sensible, específico, eficiente, seguro y económico, lo que permite

aumentar la precocidad y la cobertura diagnóstica del cáncer de endometrio y constituye un excelente método de pesquisa o descarte de patología endometrial difusa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bianchi M, Berrios C, Villaseca P, *et al.* Patología endometrial en mujeres con sangrado anormal durante terapia de reemplazo hormonal. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2003;68(6):487-90.
2. Goldstein RB, Bree RL, Benson CB, *et al.* Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference Statement. *Ultrasound Quarterly* 2002; 18(1):61-9.
3. Mihm LM, Quick VA, Brumfield JA, *et al.* The accuracy of endometrial biopsy and saline sonohysterography in the determination of the cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Survey* 2002;57(10):668-9.
4. Goldstein S, Zeltser L, Horan C, *et al.* Ultrasonography-based triage for perimenopausal patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(1):102-8.
5. Lipscomb G, Lopatine S, Stovall T, *et al.* A randomized comparison of the pipelle, accurette, and explora endometrial sampling devices. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(2):591-4.
6. Karlsson B, Granberg S, Wickland M, *et al.* Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding- A Nordic multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 172(5):1488-94.