

Histeroscopia Diagnóstica vs Legrado, en Hemorragia Uterina Anormal

Gladys Mendoza E.¹, Blasco Cordero V.², Diego Vásquez C.³, Bernardo Vega C.⁴, Jorge Mejía Ch.¹

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Cuenca, Ecuador

Resumen

Objetivo. Validar la histeroscopia (H) frente al Legrado (L), para diagnóstico de patología en hemorragia uterina anormal.

Material y métodos. Con un diseño de validación de prueba se incluyeron 84 pacientes mayores de 35 años con hemorragia uterina anormal a quienes se extrajo una muestra mediante H y una mediante L. Se determinó sensibilidad, especificidad, Likelihood ratio (+), Likelihood ratio (-), capacidad diagnósticas y concordancia con los resultados histológicos (prueba de oro) de ambas muestras.

Resultados. El grupo de 35 a 49 años fue el 82.2%. El 73,8% fue metrorragias y menometrorragias. Se encontró 51% de concordancia entre histeroscopia y biopsia histeroscópica y 31.4% entre visión histeroscópica y legrado. La biopsia histeroscópica tuvo mayor capacidad diagnóstica que el legrado ($P = 0.001$).

Discusión. La histeroscopia es un método fiable para diagnosticar pólipo, mioma y cáncer endometrial pero poco sensible y específica para hiperplasia endometrial. Además de permitir un diagnóstico, la muestra por histeroscopia proporcionó mayor información que la obtenida por legrado.

Descriptor DeCS: hemorragia uterina anormal; histeroscopia, legrado uterino, validación de prueba diagnóstica.

Diagnostic hysteroscopy vs curettage in abnormal uterine bleeding

Summary

Objective. Validate the hysteroscopy (H) versus curettage (L) for diagnosis of pathology in abnormal uterine bleeding.

Material and methods. With a design validation test included 84 patients over 35 with abnormal uterine bleeding who extracted a sample by using H and L. We determined sensitivity, specificity, likelihood ratio (+), Likelihood ratio (-), diagnostic capacity and alignment with the histologic findings (gold standard) in both samples.

Results. The group of 35 to 49 years was 82.2%. 73.8% was metrorrhagia and menometrorrhagia. It found 51% agreement between hysteroscopy and hysteroscopic biopsy and 31.4% between hysteroscopic vision and curettage. Hysteroscopic biopsy was more diagnostic capacity curettage ($P = 0.001$).

Discussion. Hysteroscopy is a reliable method for diagnosing polyp, myoma and endometrial cancer but not very sensitive and specific for endometrial hyperplasia. Beside a diagnostic hysteroscopy the sample provided more information than that obtained by curettage.

Keywords: abnormal uterine bleeding, hysteroscopy, dilation and curettage, diagnostic test validation.

¹ Médica Ginecóloga. Urgencias de Ginecología y Obstetricia. Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador.

² Médico Ginecólogo, Centro de Atención Ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Subsistema Regional 3, Cuenca, Ecuador.

³ Médico Ginecólogo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador.

⁴ Médico Ginecólogo, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

⁵ Médico Ginecólogo, Clínica San Martín de Porres, Cuenca, Ecuador.

Recibido: febrero 20 de 2012
Aceptado: febrero 22 de 2012

Correspondencia:
Gladys Mendoza Eskola
gmendozaeskola@hotmail.com
Servicio de Emergencia Ginecológica
Hospital José Carrasco Arteaga
Teléfonos: 593 7 2861500 ext. 1425
Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino
Cuenca, Ecuador

Rev Med HJCA 2012;4(1):9-13

Introducción

La hemorragia uterina anormal se ha constituido en uno de los problemas más frecuentes de la ginecología, especialmente en la perimenopausia y menopausia. En los países occidentales es una de las causas más frecuentes de anemia y absentismo laboral (1).

Las modificaciones microscópicas en el examen patológico de las biopsias endometriales reflejan la concentración hormonal, de acuerdo a la fase de transición menopáusica (2). En la posmenopausia, se presupone etiología neoplásica hasta que no se demuestre lo contrario (3). El legrado uterino es un método empleado habitualmente para diagnosticar y tratar el sangrado uterino anormal. Sin embargo, se lo considera un método a ciegas, y en el tiempo actual está perdiendo vigencia por su morbilidad y costos innecesarios (4). Podría perder un 10-35% de diagnósticos y en más del 68% de pacientes, se ha visto recurrencia de los síntomas (5).

La histeroscopia es un método diagnóstico seguro y preciso, considerado el estándar de oro en la identificación de patología endometrial, principalmente leiomiomas, pólipos endometriales y cáncer endometrial, que podrían pasar inadvertidos con el legrado uterino. Con la toma de biopsia endometrial bajo visión directa, la histeroscopia establece un diagnóstico histológico de las áreas anormales, al obtener muestras de mejor calidad. Además, supone menor riesgo de complicaciones, reduce la necesidad de cirugía mayor y es terapéutica en la mayoría de las pacientes (6,7,8,9).

Varios trabajos comparan la histeroscopia con otros métodos, determinando su superioridad (10). La bibliografía reciente sobre histeroscopia versus dilatación y curetaje tradicionales, reporta mayor sensibilidad y especificidad para la biopsia directa con histeroscopia (4,5), pero en nuestra práctica clínica este procedimiento aún no se aplica dentro del manejo de la hemorragia uterina anormal.

El objetivo de la presente investigación fue validar la histeroscopia frente a la histología a la vez que estimar la concordancia y comparar la capacidad diagnóstica de las muestras obtenidas por ambos métodos en pacientes perimenopáusicas.

Tabla 1
Características de la muestra

	Frecuencia	%
<i>Edad</i>		
35-54 años	77	91,6
55-65 y más	7	8,4
<i>Instrucción</i>		
Primaria	26	31,0
Secundaria	32	38,1
Superior	26	31,0
<i>Residencia</i>		
Urbana	68	81,0
Rural	16	19,0
<i>Transición menopáusica</i>		
Premenopausia	73	86,9
Menopausia	2	2,4
Posmenopausia	9	10,7
<i>Paridad</i>		
Nuliparidad	13	15,5
Primiparidad	5	6,0
Multiparidad	66	78,6
<i>Alteración ciclo menstrual</i>		
Polimenorrea	5	6,0
Hipermenorrea	17	20,2
Metrorragia	24	28,6
Menometrorragia	38	45,2

Material y métodos

Con un diseño de validación de prueba incluimos 84 pacientes perimenopáusicas, mayores de 35 años, con hemorragia uterina anormal, atendidas en los Hospitales José Carrasco Arteaga, Vicente Corral Moscoso y Centro de Atención Ambulatoria 302 del IESS, de la ciudad de Cuenca, en un período de seis meses.

Además de calcular sensibilidad, especificidad y Likelihood ratio (+) y (-) se comparó la capacidad diagnóstica de la histeroscopia vs legrado uterino.

Con video histeroscopia diagnóstico (Bettoqui™) y operatorio (Storz™), se llevó a cabo la detección de patología de cavidad uterina y toma de biopsia endometrial o lesión evidenciada. Posteriormente, se tomó muestra endometrial con legrado uterino y las muestras

Tabla 2
Hallazgos por visión histeroscópica

	Frecuencia	%
Hipertrofia endometrial	42	37,1
Hipertrofia endometrial glándulo-quística	5	4,4
Pólipo endometrial	29	25,6
Mioma submucoso (grado 0)	20	17,6
Cáncer endometrial (pseudohiperplásico)	1	1,0
Útero bidelfo	1	1,0
Tabique	2	1,7
Sinequias	2	1,7
Endometrio normal	11	10,0

de ambos métodos se enviaron a estudio histológico en los laboratorios de Patología de los hospitales participantes.

El análisis estadístico se realizó con la ayuda de SPSS vers 15.0 en español para Windows™. Se calculó sensibilidad, especificidad y Likelihood ratio con un nivel de confianza del 95% (IC95%) para cada una de las pruebas con respecto de la histología como prueba de oro. La concordancia de los diagnósticos histológicos, de histeroscopia y legrado, fue estimada con el índice Kappa de Cohen, donde un valor superior a 0,7 fue considerado excelente, aceptable de 0,4 a 0,7 y deficiente los valores inferiores a 0,4. La independencia de las variables entre sí se estableció mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados

Entre la visión y la biopsia histeroscópicas hubo mejor concordancia en comparación con el legrado (51% vs 31,4%). La biopsia histeroscópica y el legrado tuvieron concordancia diagnóstica del 60,6% y 66,2% respectivamente, y una discordancia del 39,4% y 33,8% respectivamente. Aplicado el índice Kappa, se obtuvo una concordancia del 27% entre los resultados histopatológicos de la biopsia histeroscópica y el legrado.

Tabla 3
Histología de muestra por visión histeroscópica vs muestra por legrado

	Histeroscopia (n = 84)	Legrado (n = 84)
Hiperplasia simple sin atipia	11 (12,0)	8 (9,3)
Hiperplasia compleja sin atipia	1 (1,1)	1 (1,1)
Hiperplasia compleja con atipia	2 (2,3)	2 (2,3)
Hiperplasia glándulo-quística	2 (2,3)	2 (2,3)
Pólipo endometrial	25 (26,5)	15 (17,4)
Leiomioma submucoso	18 (19,1)	1 (1,1)
Adenocarcinoma bien diferenciado	2 (2,3)	2 (2,3)
Endometrio normal	33 (35,1)	55 (64,0)

Tabla 4
Validación de la histeroscopia vs legrado

	Histeroscopia N (IC95%)	Legrado uterino N (IC95%)
Sensibilidad	100 (99,14 - 100)	100 (98,33 - 100)
Especificidad	19,23 (2,16 - 36,30)	9,26 (0,60 - 17,92)
Likelihood Ratio +	1,24 (1,03 - 1,49)	1,10 (1,01 - 1,20)
Likelihood Ratio -	NC	NC

Tabla 5
Capacidad diagnóstica de la muestra tomada por histeroscopia vs legrado

	Histopatología	
	Positivos	Negativos
Biopsia por histeroscopia	58 (69,0)	26 (31,0)
Biopsia por legrado	20 (35,7)	54 (64,3)

Tabla 6
Validación de la histeroscopia vs legrado, según histopatología.

	Sensibilidad	Especificidad	Likelihood Ratio +	Likelihood Ratio -
<i>Hiperplasia endometrial</i>				
Histeroscopia	64,29	52,86	1,36	0,68
Legrado	81,82	54,79	1,81	0,33
<i>Hiperplasia glándulo quística</i>				
Histeroscopia	50,0	95,12	10,25	0,53
Legrado	50,0	95,12	10,25	0,53
<i>Pólipo endometrial</i>				
Histeroscopia	88,0	88,14	7,42	0,14
Legrado	86,6	76,8	3,74	0,17
<i>Mioma submucoso</i>				
Histeroscopia	72,2	89,3	6,81	0,31
Legrado	-	-	-	-
<i>Carcinoma endometrial</i>				
Histeroscopia	50,0	100,0	-	0,50
Legrado	50,0	100,0	-	0,50

Discusión

El grupo mayoritario, con el 91.6%, fue el comprendido entre 35 y 54 años de edad, dato frecuentemente encontrado en varios estudios locales e internacionales, realizados en pacientes con hemorragia uterina anormal como los reportados por Narváez, Barrero, Hunter, Shazia, Tajossadat, Alinis y Cid (11-17).

El 81% de las pacientes del estudio pertenecieron a la zona urbana, dato similar se encontró en estudios locales (2). Esto se explica por la cobertura que tiene los hospitales donde se realizó el estudio. Además, en las pacientes que acuden a estos servicios, especialmente al hospital del IESS, la presencia de hemorragia uterina anormal es causa frecuente de absentismo laboral; las mujeres de las zonas rurales por lo general suelen tolerar mejor los estados mórbidos para no suspender sus labores cotidianas.

La premenopausia fue la etapa de transición menopáusica más frecuente en nuestro estudio, con el 86,9%. La misma situación se evidencia en los estudios de Narváez, Tajossadat y Hunter (13-15). El 78,6% de las pacientes del estudio fueron multíparas, al igual que los estudios de Barrero, Hunter y Shazia (14-16).

Las principales alteraciones del ciclo menstrual en nuestro grupo fueron la menometrorragia (45.2%) y la metrorragia (28.6%). Resultados semejantes se observaron en el estudio de Jaiswar, Moreno-Cid, Shazia y Tajossadat (15-17).

La hipertrofia endometrial fue la entidad más frecuente, con el 37,1%, seguida del pólipo endometrial (25,6%) y el mioma submucoso grado 0 (17,6%). Ávila encontró hiperplasia endometrial en un 27.7% y mioma submucoso 18%. Moreno-Cid, Keklikian y Borja, encontraron al pólipo e hiperplasia endometriales como hallazgos más frecuentes.

Tajossadat observó pólipo endometrial en un 38% y leiomioma en un 23.8%; sin embargo la hiperplasia endometrial alcanzó un 15.2%. Shazia encontró normalidad en un 32%, mioma uterino 17.1%, hiperplasia endometrial 13.4%, pólipo endometrial 13% y carcinoma endometrial 2.2%. En nuestro estudio, probablemente se sobre diagnos-

ticó los casos de hiperplasia endometrial que realmente fueron endometrios normales; por esta razón puede explicarse la diferencia en los porcentajes de estos estudios, en cuanto a esta patología.

El endometrio normal fue el diagnóstico histopatológico más frecuente de la biopsia histeroscópica, con el 35.1%; seguido del pólipo endometrial (26,5%), leiomioma submucoso (19,1%), la hiperplasia endometrial (15,1%) y el adenocarcinoma bien diferenciado (2.1%). Tajossadat-2007, también observó que el pólipo endometrial y el endometrio normal fueron los hallazgos más frecuentes (42% y 41% respectivamente), seguidos del mioma (20.9%) e hiperplasia endometrial (7.6%).

En los resultados histopatológicos de las muestras obtenidas por legrado, el endometrio normal fue también el diagnóstico más frecuente (64%); le sigue el pólipo endometrial (17,4%), hiperplasia endometrial (12,7%) y adenocarcinoma bien diferenciado (2,3%). Shazia-2010, halló al endometrio normal como el principal diagnóstico observado (40.1%), seguido de hiperplasia endometrial (11,9%), pólipo endometrial (8,6%) y adenocarcinoma (2%).

Existió mayor concordancia entre la histeroscopia por visión directa y la biopsia histeroscópica, que con el legrado uterino (51% versus 31.4%). Mayor concordancia tuvo el pólipo endometrial, mioma submucoso y endometrio normal; por el contrario, la mayor discordancia fue con la hiperplasia endometrial, tanto con la biopsia histeroscópica como con el legrado. La visión histeroscópica concordó con los dos tipos de biopsia, en la hiperplasia glándulo-quistica y carcinoma endometrial.

De la misma manera, Hunter (2001) encontró concordancia del 89% entre la histeroscopia y el estudio histopatológico de la biopsia dirigida. Alanis-2007, evidenció concordancia entre el estudio histeroscópico y anatomopatológico para el pólipo endometrial y el mioma, no así para la hiperplasia endometrial en ambas biopsias. Ávila-2003 (Perú), en su investigación reveló una alta fiabilidad de la histeroscopia frente al resultado anatomopatológico, con nivel de concordancia excelente en caso de miomas submucosos, pólipos e hiperplasia endometrial. La deficiente con-

cordancia para hiperplasia endometrial que obtuvo nuestro estudio se debe probablemente a discrepancias intra e interobservador, con subestimación o sobreestimación de esta patología.

Jaiswar, evidenció discordancia para hiperplasia endometrial (22% para el estudio histopatológico y 10% para la histeroscopia). Este autor encontró, contrariamente a nuestro trabajo, que el legrado tuvo mayor concordancia con hallazgos patológicos que con los normales.

El diagnóstico histeroscópico por visión directa, tuvo alta sensibilidad (100%) en relación al estudio anatomopatológico de la biopsia histeroscópica y legrado, con un mejor VPP para la primera (73.42% y 37.97% respectivamente); no obstante, la especificidad resultó baja en comparación con la biopsia histeroscópica y el legrado (19.23% y 9.26% respectivamente), aunque con un excelente VPN (100%). Esta baja especificidad se debe a un alto número de falsos positivos en el diagnóstico de hiperplasia endometrial.

Semejantes resultados son los de Jaiswar, quien encontró sensibilidad del legrado del 89% y especificidad del 45% (60). Tajossadat (2007) observó para la histeroscopia, 100% de sensibilidad, 80,5% de especificidad, 88,9% de VPP y 100% de VPN. En contraste, en el estudio de Borja, la histeroscopia alcanzó 97.5% de especificidad y 99.6% de VPN para el diagnóstico de patología maligna y premaligna.

Para hiperplasia endometrial, la histeroscopia por visión directa tuvo mejor sensibilidad con el legrado en comparación con la biopsia histeroscópica (81.82% versus 64.29%), con buen VPN para ambas biopsias (legrado 95.24% y biopsia histeroscópica 88.10%). No obstante, baja especificidad con los dos estudios (biopsia histeroscópica 52.86% y legrado 54.79%). Ávila, mostró que fiabilidad de la histeroscopia diagnóstica en comparación con el estudio histopatológico se aproximó al 100%. Tajossadat también encontró baja sensibilidad y alto VPN, 25% y 93,3% respectivamente. Sin embargo, Moreno-Cid, obtuvo una sensibilidad y especificidad de la biopsia histeroscópica del 72 y 83% respectivamente.

Para pólipo endometrial, la sensibilidad y especificidad fueron un poco

más altos con la biopsia histeroscópica (88%, 88.14% respectivamente) que con el legrado (86.67%, 76.81% respectivamente), pero ambos con altos VPN (94.55%, 96.36% respectivamente). Shazia (2010) mostró que la histeroscopia comparada con el legrado obtuvo sensibilidad del 88%, especificidad del 93% y VPN del 94%. Así mismo, Tajossadat reveló también altos porcentajes de sensibilidad, especificidad y valores predictivos (93%, 100%, 100% y 95,4%, respectivamente).

Para carcinoma endometrial, se obtuvo baja sensibilidad, pero excelentes especificidad y valores predictivos en relación con ambas biopsias (50%, 100%, 100% y 98.80%, respectivamente). Shazia obtuvo sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del 100%, 98%, 33% y 100% respectivamente, para la histeroscopia en comparación con el legrado; en nuestro estudio, la sensibilidad fue baja probablemente por el número de casos encontrados.

En cuanto a mioma submucoso, la biopsia histeroscópica resultó ser mejor que el legrado, con especificidad y VPN altos (89.39% y 92.19% respectivamente); el legrado no reconoció ninguno caso de mioma. Tajossadat, encontró altos valores de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN (100%, 96,4%, 88% y 100% respectivamente).

La biopsia histeroscópica reconoció el 69% de los resultados positivos, por su parte el legrado detectó el 35,7%, existiendo superioridad de la histeroscopia frente al legrado uterino. La diferencia fue significativa ($P = 0.001$). De esta manera, la certeza diagnóstica para la histeroscopia frente al legrado uterino es superior.

Los resultados del presente estudio muestran que la histeroscopia es un método fiable para evaluación de la hemorragia uterina anormal, especialmente

para pólipo endometrial, mioma submucoso y carcinoma endometrial, en comparación con las pruebas histológicas, pudiendo ser empleado como método de primera línea para el diagnóstico de estas anomalías. Sin embargo, sin la biopsia dirigida por histeroscopia tuvo un valor insuficiente para el diagnóstico de hiperplasia endometrial.

Referencias bibliográficas

1. Jiménez I, Zornoza A, Tarrío O. Sangrado de origen ginecológico Gynaecological bleeding. *An. Sist. Sanit. Navar* 2009; 32 (1):39-48.
2. Narváez J, Vega B. Temas Relevantes de Ginecología y Obstetricia. Trabajos de Investigación de Posgrado. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2007:212.
3. Bankowsky B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E, Johns Hopkins. Manual de Ginecología y Obstetricia. 2da Edición. Madrid. Editorial Marbán, 2005:405-411.
4. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. 2011.
5. Ibarra V, Lira Plascencia J. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. *Guías de Práctica Clínica* 2008. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(9):S231-S251.
6. Avila J, Cornejo B, Gallegos S. Valor de la histeroscopia diagnóstica. *Hospital Nacional Sur Este Es Salud Ginecol. Obstet.* 2003; 49 (1):39-44.
7. Shorge J, Schaffer J. Hemorragia uterina anormal. *Ginecología de Williams*. 1era ed. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2009:174-190, 896, 897, 950-953.
8. Wajeeha A, Parveen S, Ali M. Abnormal uterine bleeding; hysteroscopic findings in patients. *Professional Med J.* 2007;14(3):435-440.
9. Huertas M, Fernández J, Rojo R. Manual de Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Barcelona, 2008. Editorial Glosa, S.L: 46.
10. Clark J, Voit D, Gupta J, et al. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hiperplasia. *JAMA* 2002; 288(13):1610-1621.
11. Barrero R, Barrero D. Correlación Anatómopatológica de las Hiperplasias endometriales antes y después de la histerectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008; 73(2): 91-97.
12. Hunter DC, McClure N. Abnormal uterine bleeding: an evaluation endometrial biopsy, vaginal ultrasound and outpatient hysteroscopy. *The Ulster Medical Journal,* 2001; 70(1):25-30.
13. Shazia F, Ghazala M. Validity of hysteroscopy and Histopathology in patients with menstrual irregularity. Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Shifa. Maternal and Child Health Centre, Islamabad. Pakistán, 2010.
14. Allameh T, Mohammadizadeh F. Diagnostic value of hysteroscopy in abnormal uterine bleeding compared to pathology reports. Departamentos de Ginecología y Obstetricia y Patología. Universidad de Ciencias Médicas de Isfahan. *Journal of Reproductive Medicine.* 2007:61-64.
15. Alanís J, Martínez M, Mata M. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital posmenopáusico. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(5): 253-258.
16. Keklikian G, Bromiker T, Vincenzo M.T, Alvarez C, Sánchez M. Pólipos endometriales: su abordaje diagnóstico y terapéutico mediante histeroscopia. Sección Endoscopia Ginecológica. División Ginecología. Hospital Santojanni. Buenos Aires, 1997.
17. Moreno-Cid M, Pascual A, Cabrera Y, Rodríguez E, Chereki M. Validez de la histeroscopia y de la biopsia endometrial en el diagnóstico diferencial de las hiperplasias. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real), España, 2009. Publicado en Programa de Obstetricia y Ginecología; 52(07):378-85.
18. Jaiswar P, Sachan R, Srivastava PK, Madhumati G, Monika P. A comparative diagnostic evaluation of hysteroscopy, transvaginal ultrasonography and histopathological examination in cases of abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynecol India* 2006; 56(3):240-243.
19. Ávila, et al. Histeroscopia diagnóstica y correlación anatómopatológica en la hemorragia uterina anormal. Hospital Arnau. Valencia, 2005.
20. Borja Rivero, Gorostidi M, Cortaberria J, Arrue M, Goyeneche M. Hallazgos histeroscópicos en mujeres asintomáticas con ecografía sugestiva de patología endometrial. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* San Sebastián, Guipúzcoa. 2010; 53 (12):495-501.