

## **I Reunión Científica SOGBA**

### **Ezeiza-Esteban Echeverría**

**23 y 24 de Abril de 2010**

- **MESA: HISTEROSCOPIA.**

**Alcances en el diagnóstico y tratamiento de la patología ginecológica.**

Coordinador: Dra. Elizabeth Ovando

Experto: Dr. Roberto Ovando

Secretario: Dr. Ezequiel Martínez

Panelistas: Dr. Mauro Mastromarino

Dr. Carlos Ricci

Dr. César Navas

#### **1. CLASIFICACION DE HIPERPLASIAS Y RELACION CON ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO**

- Hiperplasia simple: 1,07% de probabilidad de malignización
- Hiperplasia compleja: 3,4% de probabilidad de malignización
- Hiperplasia simple y compleja con atipías: 23 a 52 % de probabilidad de malignización (según Kurman).

#### **2. UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL Y EL DOPPLER COLOR EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON SANGRADO UTERINO ANORMAL**

La ecografía transvaginal permite medir el grosor endometrial, determinando que mujeres deben proseguir el estudio.

En la postmenopausia el valor de corte es 4 mm. aunque un endometrio de menor grosor acompañado de sintomatología amerita continuar el estudio.

El doppler color, aporta datos de valor pero no es determinante para el diagnóstico de patología endometrial.

#### **3. UTILIDAD DE LA HISTEROSCOPIA VS RASPADO BIOPSIA FRACCIONADO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGIA ENDOMETRIAL**

La histeroscopia con biopsia dirigida es ampliamente ventajosa en relación al raspado biopsia fraccionado (RBF), permitiendo evaluar y estudiar lesiones específicas y de localizaciones con acceso dificultoso.

El RBF, aun en manos experimentadas, deja un 50% de la superficie endometrial sin ser evaluada histológicamente haciendo que su sensibilidad para el diagnóstico de la patología endometrial focal sea baja.

De todas maneras, ante la imposibilidad de realizar histeroscopia por falta de recursos, se sugiere en primera instancia tratar de derivar al paciente a un centro de mayor complejidad y si esto no es posible, realizar RBF e

intentar concluir con un diagnóstico oportuno, siempre teniendo en cuenta el porcentaje de falsos negativos.

#### **4. UTILIDAD DE LA HISTEROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE EXTENSIÓN AL CERVIX DEL ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO**

La histeroscopia tiene una clara utilidad para poder determinar la extensión del adenocarcinoma endometrial hacia el cérvix.

#### **5. SE PUEDE REALIZAR UNA HISTEROSCOPIA EN UNA PACIENTE CON SOSPECHA DE ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO? CON QUE MEDIO DE DISTENSIÓN? EXISTE RIESGO DE DISEMINACIÓN A CAVIDAD PERITONEAL?**

La única revisión sistemática de la literatura es la de Yazbeck y cols (\*), quien encuentra cinco estudios adecuados para un metaanálisis: este incluye 756 pacientes con cáncer endometrial de las cuales 40% fueron sometidas a histeroscopia preoperatoria y 60% a RBF como estudio preoperatorio.

El 10% de todas las pacientes presentaron citología peritoneal positiva para células neoplásicas, sin diferencia significativa entre las que tenían el antecedente de histeroscopia previa. Las conclusiones de esta revisión son:

- a) La histeroscopia diagnóstica no aumenta la frecuencia de células neoplásicas en el peritoneo
- b) No hay respaldo para plantear un peor pronóstico en las pacientes con citología positiva secundaria a histeroscopia
- c) No existe razón para evitar la histeroscopia diagnóstica en el estudio inicial del cáncer endometrial.

En cuanto al medio de distensión a utilizar es preferible el CO<sub>2</sub> y si utilizamos medios líquidos no deberían sobrepasar los 70 mmHg de presión endocavitaria.

#### **6. TERAPEUTICA DE LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL: ABLACIÓN ENDOMETRIAL, ENDOCEPTIVO O HISTERECTOMÍA?**

##### **Hiperplasias sin atipías:**

-Hormonoterapia o endoceptivo liberador de levonorgestrel, en pacientes con deseos de reproducción.

-La resección endometrial con histeroscopia tiene la ventaja de permitir el estudio histológico de toda la cavidad endometrial. Es la opción terapéutica a la histerectomía.

### **Hiperplasias con atipías:**

- Histerectomía como primera elección
- Hormonoterapia o endoceptivo con levonorgestrel y control ecográfico e histológico a los 3 meses, en pacientes con deseos de conservar su fertilidad.

(\*) Yazbeck C, Dhainaut C, Batallan A, Benifla JL, Thoury A, Madelenat P. Diagnostic Hysteroscopy and risk of peritoneal dissemination of tumor cells. Gynecol Obstet Fertil. 2005;33(4):247-52. Epub 2005.