

Evaluación apropiada del sangrado posmenopáusico

Steven R Goldstein, MD, FACOG, CCD, NCMP (New York University School of Medicine, New York)

En la práctica clínica, aunque en último término solo se detectará cáncer entre el 3 y el 7% de las mujeres con sangrado posmenopáusico (SPM), es responsabilidad del médico garantizar que no haya cáncer de endometrio. La evaluación diagnóstica de SPM ha evolucionado enormemente.

El cáncer de endometrio es el tipo más común de cáncer ginecológico en los Estados Unidos. El sangrado vaginal es el signo de presentación en más del 90% de las mujeres posmenopáusicas con carcinoma endometrial.¹ La mayoría de las mujeres posmenopáusicas con sangrado vaginal, experimentan sangrado secundario a cambios atróficos de la vagina o endometrio. Según la edad y los factores de riesgo, entre el 1 y el 14% de las mujeres con SPM tendrán cáncer de endometrio, aunque la mayoría de los estudios sugieren que se encuentran en el rango del 3 al 7%.

Evaluación histológica

Durante gran parte de la última mitad del siglo XX, la dilatación y el curetaje (D & C) con revisión de la patología fueron la piedra angular del diagnóstico. Ya en 1975, los investigadores se dieron cuenta de que al realizar los procedimientos D & C prehisterectomía, hasta el 50% de la cavidad uterina no mostraba tejido endometrial en estos procedimientos ciegos.²

Las cánulas de metal reutilizables conectadas a una máquina de succión permitieron que el muestreo se trasladara al consultorio. En la década de 1980, se introdujeron los dispositivos desechables de succión (Pipelle era el nombre de la marca original) y, como se observó que tenían un rendimiento diagnóstico similar al de las cánulas metálicas y causaban menos molestias a la paciente, se emplearon ampliamente para el muestreo endometrial en los Estados

Unidos. Un estudio ampliamente publicitado de mujeres con carcinoma conocido que utilizaron el dispositivo Pipelle para el muestreo endometrial encontró cáncer en 39 de cada 40 mujeres, lo que demuestra un 97,5% de precisión y resulta en que Pipelle y dispositivos similares se conviertan en el enfoque estándar para el diagnóstico de mujeres con cualquier sangrado uterino anormal, incluida la SPM.³ Un estudio posterior de 65 mujeres con carcinoma conocido perdió 11 de 65, o el 16%, de los cánceres.⁴ Es importante señalar que, al abrir el útero, todos los cánceres que faltaban ocupaban menos de 50% del área superficial de la cavidad endometrial.

Finalmente, en 2012, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés), aunque declaró que una biopsia de endometrio en consultorio representa el procedimiento de primera línea para el muestreo de tejido, reconoció que cuando un cáncer ocupa menos del 50% del área de superficie, puede ser útil el uso de esta técnica de diagnóstico y que una prueba positiva es más precisa para descartar una enfermedad que una prueba negativa para descartarla; «por lo tanto, estas pruebas son solo un punto final cuando revelan cáncer o hiperplasia compleja atípica».⁵ Esto representa un cambio importante en la forma en que se debe observar el muestreo del endometrio «ciego».

Ultrasonido transvaginal

Los informes más tempranos que compararon el ultrasonido transvaginal (UTV) con el muestreo endometrial en mujeres con SPM encontraron consistentemente que un grosor endometrial de 4 a 5 mm o menos excluye de manera confiable el cáncer de endometrio.⁶ Desde ese momento, se han realizado varios

estudios multicéntricos confirmatorios. En consecuencia, ACOG en 2009 declaró que cuando el UTV presenta un eco endometrial delgado y distinto de 4 mm o menos, el riesgo de malignidad es de 1 en 917 y, por lo tanto, no se requiere un muestreo endometrial.⁷ Por lo tanto, la evaluación inicial de las mujeres con SPM puede comenzar con un UTV, y si es lo suficientemente distintivo y delgado, no es necesario realizar ningún trabajo adicional. De hecho, si se intenta un muestreo endometrial en tales mujeres, a menudo no hay tejido presente, y si está presente, a menudo es insuficiente para la evaluación histológica.⁸

Limitaciones de la ecografía transvaginal

La ecografía transvaginal no muestra adecuadamente la imagen de la cavidad endometrial en todas las mujeres con SPM. Un útero axial, obesidad, miomas coexistentes, adenomiosis o cirugía uterina previa pueden impedir una evaluación endometrial satisfactoria. Si no se identifica adecuadamente un eco endometrial delgado y distinto en una mujer posmenopáusica con sangrado, se debe activar un método alternativo de evaluación. El líquido endometrial, que puede resultar de cambios atróficos o estenosis cervical, puede identificarse cuando se realiza UTV en mujeres con SPM. Cuando está presente, dicho líquido no debe incluirse en la medición del grosor endometrial.

Evaluación alternativa

Cuando es necesaria una evaluación alternativa, es apropiada la sonohisterografía con infusión salina (SHS) o la histeroscopia, preferiblemente en un consultorio. La sonohisterografía de infusión de solución salina consiste en la instilación de una pequeña cantidad de solución salina a través de un catéter especial con guía de ultrasonido. Al distender la cavidad endometrial, la SHS resalta los contenidos endometriales, revelando las causas de la SPM, incluidos los pólipos endometriales, los fibromas intracavitarios (submucosos) y las anomalías endometriales difusas sugestivas de hiperplasia o cáncer. Un sonohisterograma que muestra superficies endometriales uniformemente lisas sin masas intracavitarias proporciona la seguridad

de que no existe patología orgánica. Una alternativa a la SHS implica el uso de nuevos histeroscopios de consultorio desechables que facilitan la visualización endometrial directa en el entorno del consultorio.

Mujeres posmenopáusicas sin sangrado

A medida que el uso de UTV en mujeres posmenopáusicas ha crecido, algunos médicos han extrapolado esta información de manera inapropiada para suponer que un eco endometrial grueso, descubierto incidentalmente, es anormal y requiere investigación. Un estudio prospectivo en una población asintomática no seleccionada de mujeres danesas posmenopáusicas reveló que el 13% tenía un pólipo endometrial benigno en la sonohisterografía⁹. En otro estudio, se realizó histeroscopia quirúrgica en 82 mujeres posmenopáusicas asintomáticas en las que el UTV tenía un eco endometrial grueso sospechoso de ser un pólipo, sin casos de carcinoma endometrial o hiperplasia compleja identificada¹⁰. Se presentaron complicaciones perioperatorias en el 3,6% de estas mujeres (dos perforaciones, una de intubación difícil).

¿Cuál es el riesgo de malignidad en tales casos?

Un ensayo multicéntrico en Italia extrajo 1.152 pólipos de mujeres posmenopáusicas asintomáticas diagnosticadas por sonohisterografía y reportó un carcinoma de grado 1 en un pólipo, aunque otras tres mujeres tenían una enfermedad maligna de naturaleza focal y parecían polipoides en la sonohisterografía¹¹. Por lo tanto, la incidencia general de cualquier cáncer en esta cohorte de mujeres asintomáticas fue de 1 en 288. Un estudio alemán encontró que la supervivencia a 5 años fue similar para los cánceres de endometrio descubiertos de forma incidental y para los tratados dentro de las 8 semanas posteriores a su presentación clínica de hemorragia posmenopáusica.¹² Por consiguiente, cuando el UTV identifica un hallazgo incidental de un eco endometrial de apariencia homogénea superior a 4 mm en una mujer posmenopáusica sin hemorragia, no se indica de forma rutinaria una evaluación adicional. Sin embargo, la evaluación individualizada basada

en las características de la paciente y los factores de riesgo como la obesidad, la diabetes o la hipertensión siempre es apropiada y representa un buen juicio clínico.

A medida que más mujeres se han sometido a una ablación endometrial, los médicos se encuentran con más pacientes menopáusicas con sangrado después de la ablación. Desafortunadamente, la evaluación de estas mujeres puede ser un desafío porque, en algunos casos, la biopsia endometrial adecuada, el sonohisterograma o la histeroscopia no son posibles debido a la cicatrización iatrogénica. No hay datos sobre cómo proceder en tales casos, y la toma de decisiones se realiza caso por caso.

Conclusiones

Para resumir, la hemorragia posmenopáusica requiere evaluación. Si el UTV revela un eco endometrial distinto y delgado (menor o igual a 4 mm) en mujeres de riesgo promedio, esto representa una evaluación inicial suficiente. Si se realiza una evaluación inicial con un muestreo de endometrio ciego, a menos que el resultado sea positivo (cáncer de endometrio o hiperplasia atípica compleja), la evaluación no está completa. Después de cualquier acercamiento a la evaluación inicial de SPM, si el sangrado persiste, se debe realizar una evaluación alternativa: SHS o histeroscopia, preferiblemente en un entorno de consultorio. Finalmente, un eco endometrial grueso encontrado de manera incidental en una mujer sin sangrado prevalece más de lo que se apreciaba anteriormente y no necesita activar una evaluación adicional, a menos que haya factores de riesgo comórbidos significativos (es decir, obesidad, diabetes o hipertensión).

Referencias

1. Goldstein SR. Modern evaluation of the endometrium. *Obstet Gynecol* 2010; 116:168-76.
2. Stock RJ, Kanbour A. Prehysterectomy curettage. *Obstet Gynecol* 1975; 45:537-41.
3. Stovall TG, Photopulos GJ, Poston WM, Ling FW, Sandles LG. Pipelle endometrial

sampling in patients with known endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1991; 77:954-6.

4. Guido RS, Kanbour-Shakir A, Rulin MC, Christopherson WA. Pipelle endometrial sampling. Sensitivity in the detection of endometrial cancer. *J Reprod Med* 1995; 40:553-5.
5. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol* 2012; 120:197-206.
6. Goldstein SR, Nachtigall M, Snyder JR, Nachtigall L. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:119-23?
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 440: The Role of Transvaginal Ultrasonography in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol* 2009; 114:409-11.
8. Elsandabesee D, Greenwood P. The performance of Pipelle endometrial sampling in a dedicated postmenopausal bleeding clinic. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25:32-4.
9. Dreisler E, Sorensen SS, Ibsen PH, Lose G. Value of endometrial thickness measurement for diagnosing focal intrauterine pathology in women without abnormal uterine bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 33:344-8.
10. Lev-Sagie A, Hamani Y, Imbar T, Hurwitz A, Lavy Y. The significance of intrauterine lesions detected by ultrasound in asymptomatic postmenopausal patients. *BJOG* 2005; 112:379-81.
11. Ferrazzi E, Zupi E, Leone FP, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:235e1-e6.
12. Gerber B, Krause A, Müller H, et al. Ultrasonographic detection of asymptomatic endometrial cancer in postmenopausal patients offers no prognostic advantage over symptomatic disease discovered by uterine bleeding. *Eur J Cancer* 2001; 37:64-71.

Conflicto de intereses: El Dr. Goldstein informa que el Consultor de Cooper Surgical y Cook Medical prestó el equipo de Philips.