EVALUACION ENDOMETRIAL EN EL SANGRADO UTERINO ANORMAL

Ricardo Rueda Sáenz, MD., FRCSC
Ginecólogo.
Director de Reprotec. Asociación Médica de los Andes.

Con el advenimiento de las técnicas ultrasonográficas intracavitarias y la sofisticación en los equipos de ecografía, se ha logrado perfeccionar en gran medida el conocimiento imagenológico del tracto genital femenino. Es así como el uso de transductores endovaginales, y endometriales con la ayuda de la tecnología doppler color ha permitido una axactitud diagnóstica no invasiva, poco costosa nunca antes sospechada, que hoy es considerada como la extensión del examen pélvico bimanual1-2. La ecografía transvaginal (TVG) tiene especial valor en la evaluación de la patología endometrial, especialmente en el sangrado uterino anormal (SUA), en los años postreproductivos en mujeres durante o previo a la iniciación de terapia hormonal de suplencia (THS). En mi experiencia personal confirmada por suficiente evidencia en la literatura, la utilidad de la TVGpara la evaluación del SUA postreproductivo está plenamente establecida. Es asi como la simple medición del espesor del eco endometrial a nivel del fondo e incluyendo en la medida el espesor anterior y posterior, ayuda a descartar patología endometrial con un alto grado de certeza. Cuando en dicha medición se obtiene un valor igual o menor a 4mm, esto descarta por completo la presencia de patología endometrial en estas pacientes (valor predictivo negativo del 100%) obviando la necesidad de evaluación histiológica del endometrio3. Por el contrario, cuando la medida es superior a los 4mm, está indicado una evaluación adicional de la cavidad endometrial4.

Tradicionalmente, todo endometrio superior a los 4mm se evaluaba histiológicamente con un o sin uso previo de histeroscopia. Con la instalación de 5 a 10 mL de suero fisiológico (SSN) estéril dentro de la cavidad endometrial por medio de un catéter de inseminación intrauterina Soules 5.3 Fr (Cook Ob-Gyn, Spencer Indiana) o como se hace en nuestro centro, la utilización de una sonda de Foley pediátrica No. 8 con balón inflado con 0.5 a 1 mL de SSN durante la ecografía TVG, se hace un mapeo excelente de la cavidad endometrial, permitiendo la detección de lesiones focales de esta, que de otra forma se hubieran visto como engrosamientos inespecíficos del endometrio en la ecografía TVG convencional. También ha sido de gran utilidad en la evaluación del endometrio de mujeres en terapia antiestrogénica con Tamoxifen, así como en el establecimiento de la profundidad de invasión miometrial o compromiso cervical en el carcinoma del endometrio. A este procedimiento se le ha denominado sonohisterografía3,5-7.

De tal forma, en Reprotec la evaluación de todo SUA se hace inicialmente con ecografía TVG convencional, al encontrar endometrios de espesor inferior a 4 mm no se evalúa ni histológica, ni endoscópicamente el endometrio, sino que con diagnóstico de sangrado disfuncional, éste se manipula hormonalmente. De otro lado, todo endometrio superior a los 4 mm acto seguido se lleva a sonohisteriografía. Si no se evidencian lesiones focales de la cavidad como masas polipodes o engrosamientos asimétricos, sinequias u otras anomalías, a estas pacientes se les practica una biopsia endometrial de consultorio con cureta de Pipelle o MiniNovak. En caso de encontrar lesiones focales de las anteriormente mencionadas, estos casos se llevan a histeroscopia y resección biopsia de dicha lesión.

Con esto obviamos un número considerable de biopsias, D&C e histeroscopias innecesarias. Durante esta presentación se mostrará la experiencia de nuestro centro con este protocolo en el sangrado uterino anormal tanto en mujeres pre como postmenopáusicas.

La sonohisterografía ha evolucionado aún más con el advenimiento de medios de contraste para ecografía como las microburbujas a base de galactosa (Echovist 200, Schering AG, Pharmaceutical Division, Germany) y las de albúmina (Albumex), con lo cual ya es posible de manera temprana en el estudio de fertilidad, evaluar la pemeabilidad tubárica. A este procedimiento se le conoce como la sonohisterosalpingografía de contraste (Hysterosalpigo Contrast Sonography o HyCoSy)8.

La detección de flujos vasculares altos, con baja resistencia y bajos índices de pulsatilidad con la utilización del Doppler pulsado a color, se está estudiando actualmente como predictor de patología endometrial premaligna en mujeres postmenopáusicas3. La información a este respecto aunque es cada día mayor, permanece siendo preliminar para permitir establecer recomendaciones definitivas.

La biopsia endometrial ciega convencional en la evaluación endometrial aunque sigue teniendo alguna validez, tiene significado clínico cuando arroja resultados positivos, sin embargo cuando el resultado es negativo, deja una gran cantidad de interrogantes acerca de la posibilidad de estar enfrentando patología endometrial focal como explicación del sangrado10.

El raspado uterino convencional (dilatación y curetaje-D&C) y el curetaje por succión (D&E) además de carecer de efectos terapéuticos a corto plazo, ha demostrado aún en manos experimentadas que más de un 50% de la superficie endometrial queda intacta y por lo tanto no es evaluada histopatológicamente, haciendo que su sensibilidad para el diagnóstico de patología endometrial focal también sea baja10-11.

La histeroscopia utilizada de manera complementaria al ultrasonido endovaginal y la sonohisterografía es quizás la técnica de mayor valor en la evaluación de la patología endometrial especialmente en la detección, caracterización y manejo de las lesiones focales.

Existen protocolos para evaluación de la patología endometrial basados en la utilización primaria de la histeroscopia de consultorio (F. Loffer, comunicación personal):

	Histeroscopia	Biopsia	Succión curetaje
No anomalía	Lente 4mm Camisa 5mm	No	Si
Cambios difusos	Lente 4mm Camisa 5mm	No	Si
Cambios locales	Lente 4mm + Puente Camisa 7mm Instrumento Bx	Si	Si (Endom. vecino)

BIBLIOGRAFIA

1.Rueda Jr, R, Khalife S. Endovaginal ultrasound: The extended pelvic exam. Treating the female Patient. 1991; 5: 2.

2.Rueda Sáenz R, Khalife S. Ultrasonido endovaginal en medicina reproductiva. Tribuna Médica. 1993; 88(3): 184-190.

3.Parsons AK. Detection and surveillance of endometrial hyperplasia/cacinoma. En Lobo RA: Treatment of the Postmenopausal Woman basic and Clinical Aspects, New York: Raven Press, 1994; 415-418.

4. Goldstein SR, Nachtigall M, Synder JR, Nachtigall L. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleending. Am J Obstet Gynecol 1990; 163(1): 119-123.

5.Parsons AK. Sonohysterography for evaluation of intrauterine massess. J Ultasound Med 1991; 10: S44.

6. Syrop C, Sahakian V. Transvaginal sonographic detection of endometrial polyps with fluid contrast. Obstet Gynecol 1992; 79: 1041-1043.

7. Goldstein SR. Preoperative triage with vaginal ultrasound, ACOG 060 Postgraduate Course: Transvaginal Ultrasonography for the practicing clinical. 42nd Annual Clinical Meeting American College of Obstetricians and Gynecologists, Orlando FL, may 1994.

8.Deichert U. HyCoSy: History of fertility evaluation with sonography. Train the trainer workshop, Viena International Health Centre, Privatklinik Dobling, Viena Abril 1, 1995.

9.Rueda Jr. R, Falcone T, Hemmings R, Tulandi T: Dysfunctional uterine bleeding: A reappraisal. Current Probl Obstet, Gynecol and Fertil, 1991; 3: 71.

10. Boyd ME: Dilatation and Curettage, En: Boyd ME, Practical Gynecologic Surgery, Urban & Schwarzenberg, Baltimore-Munich 1990; 187-192.