

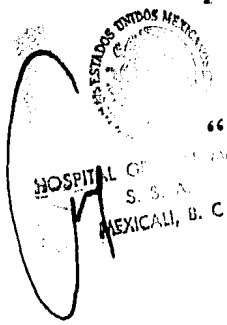
71717
31
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado



Hospital General de Mexicali
S. S. A.



“Hiperplasia Endometrial”

Estudio Retrospectivo

Tesis de Posgrado

Que para Obtener el Título de Especialización en:

GINECO OBSTETRICIA

Presenta:

Dra. Edna Angélica Cortés Hernández

FALLA DE ORIGEN

Mexicali, B. C.

Febrero de 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS
- 3.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS
- 4.- OBJETIVOS
- 5.- MATERIAL Y MÉTODOS
- 6.- RESULTADOS
- 7.- DISCUSIÓN
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- BIBLIOGRAFÍA

I N T R O D U C C I O N

LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL (HE) ES UNA PATOLOGÍA IMPORTANTE POR SU ALTA FRECUENCIA (19,34) Y POR LA FORMA PRINCIPAL DE MANIFESTACIÓN CLÍNICA COMO LO ES EL SANGRADO PROLONGADO Y/O ABUNDANTE (21,35); ESTO CON REPERCUSIÓN DENTRO DEL MEDIO SOCIECONÓMICO, YA QUE ES CAUSA DE INCAPACIDAD PARA LA PACIENTE Y QUE EVENTUALMENTE LA CONDUCE A HOSPITALIZACIONES CON EL CONSIGUIENTE COSTO ELEVADO Y POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES ANESTÉSICO-QUIRÚRGICAS (19). ADEMÁS ES CAUSA FRECUENTE DE CONSULTA GINECOLÓGICA (35) Y SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO REPERCUTE EN MEJORÍA DEL PRONÓSTICO.

DE TODO LO ANTERIOR, SE DESPRENDE QUE LA HE ES UNA PATOLOGÍA DE SUMO INTERÉS AL GINECÓLOGO, MOTIVO DE NUMEROSOS ESTUDIOS (18,32,28) QUE HA CONFIRMADO EL HECHO DE SER LA MUCOSA ENDOMETRIAL, EL ÓRGANO BLANCO DE AGENTES EXÓGENOS Y ENDÓGENOS RELACIONADO CON LA GÉNESIS Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD, COMO CON EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO Y MEJOR PRONÓSTICO (24); Y AÚN MÁS RELEVANTE EL CONOCIMIENTO DE TRATARSE DE UNA ENFERMEDAD EVOLUTIVA HASTA CA END.

EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EL ESTUDIO SOBRE HÉ CONTINÚA EXHAUSTIVAMENTE CON APLICACIÓN DE TÉCNICAS MÁS SOFISTICADAS COMO LA MICROSCOPIA ELECTRÓNICA, MICROESPECTROFOTOMETRÍA, DNA-HISTORADIOAUTOGRAFÍA IN ÚTERO, PARA Dx PATOLÓGICO Y RECIENTEMENTE BUSCANDO MARCADORES ANTIGÉNICOS PARA CA ENDOMETRIAL

ANTECEDENTES HISTORICOS

LA HE FUÉ RECONOCIDA HACE MÁS DE CIENTO AÑOS, POR RECAIMER EN 1850 (36).

1900 - 1908 CULLEN.- PONE ATENCIÓN EN LA IMPORTANCIA DE ALGUNAS CARACTERÍSTICAS HISTÓLOGICAS DE HR, COLOCA A LA H. -- ANDENOMATOSA COMO PRECURSOR DE CA ENDOMETRIAL.

1882 - 1922 SHROEDER- 1882 ASOCIACIÓN DE HE CON DISFUNCIÓN OVÁRICA.
1914 DESCRIPCIÓN DE HE; AUMENTO EN CANTIDAD DE - ENDOMETRIO PROVOCADO POR FASE FOLICULAR PERSISTENTE MÁS ALLÁ DE LO NORMAL (35),
1922 ASOCIACIÓN DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS CON CA EN DOMETRIAL EMPLEADOS EN TRATAMIENTO PARA -- SÍND. CLIMATÉRICO.

1943 CORY.- PRIMER INTENTO POR OBTENER CITOLOGÍA DE ENDOME-- TRIO.

1950.- PRIMEROS ESTUDIOS EN EL CAMPO DE RECEPTORES A ES TRADIOL EN ENDOMETRIO.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A) FISIOPATOLOGIA: DEFINICIÓN DE HE: PROLIFERACIÓN DE SUPERFICIE EPITELIAL GLANDULAR, FIBROBLASTOS DEL ESTROMA Y CÉLS. DE MÚSCULO LISO POR EXISTENCIA DE HIPERESTROGENISMO.

LA CARACTERÍSTICA MÁS IMPORTANTE DE LA MENOPAUSIA ES LA PÉRDIDA DE FOLÍCULOS OVÁRICOS Y MENOR CANTIDAD DE UNIDADES DE LA TECA Y GRANULOSA PARA AROMATIZAR LOS ESTRÓGENOS HASTA FORMACIÓN DE ESTRADIOL Y LA NO OVULACIÓN.

EN LA POSMENOPAUSIA EL PREDOMINIO DE ESTRONA EN EL OVARIO CONLLEVA A LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD PARA TRANSFORMAR LA PREGNONOLONA EN ESTRÓGENOS POR LAS VÍAS DELTA 5 (BETA HIDROXI ESTEROIDES) Y DELTA 4 (3 CESTOESTEROIDES) SURGE ADEMÁS LA CONVERSIÓN PERIFÉRICA POR AROMATIZACIÓN DE ANDROSTEN--DIONA A ESTRONA (TEJIDO ADIPOSO, MÚSCULO, HÍGADO, RIÑÓN, CEREBRO SUPRA--RRENALES).

EL GRADO DE AROMATIZACIÓN PERIFÉRICA, GUARDA CORRELACIÓN DIRECTA CON EL PESO CORPORAL (12). SE HA ENCONTRADO ADEMÁS, UNA RELACIÓN INVERSA EN--TRE OBESIDAD Y CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE GLOBULINA UNIDA A HORMONA SE XUAL, POR TANTO EL ESTRÓGENO LIBRE AUMENTA EN OBESAS Y SE VUELVE MÁS --DISPONIBLE PARA ÓRGANO BLANCO: ENDOMETRIO (8).

EN LA PACIENTE NO MENOPAÚSICA EL FACTOR DE LA HE SERÍA LA ACCIÓN PERSIS--TENTE Y NO ANTAGONIZADA DE LOS ESTRÓGENOS EN AUSENCIA DE OVULACIÓN CON SECRECIÓN AUMENTADA DE 17-BETA ESTRADIOL POR EL OVARIO. CUANDO NO HAY UNA ANOMALÍA MANIFIESTA DE LA SECUENCIA ESTROGENO-PROGESTERONA Y UNA --PARTE DEL ENDOMETRIO MUESTRA CICLOS NORMALES, LA HE PRECANCEROSA DEPEN--DE DE ANORMALIDAD EN ÓRGANO TERMINAL CON DISMINUCIÓN DE RECEPTORES DE

PROGESTERONA, QUE PERMITE A LOS ESTRÓGENOS SOLO ACTUAR EN GLÁNDULAS ANORMALES (7). EL ESTRÓGENO INDUCE LA ACTIVIDAD DE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA. AÚN HAY CONFUSIÓN EN CUANTO A SI EL EFECTO DE ESTRÓGENOS INTRACELULAR PRIMARIO, EN LAS POSMENOPAUSICAS ES EL ESTRADIOL O SU METABOLITO LA ESTRONA, PERO SE SABE QUE ES CAPTADO POR UN RECEPTOR PROTEINICO CON UN ÍNDICE DE SEDIMENTACIÓN DE 8S, QUE TRANSPORTA EL COMPLEJO RECEPTOR-HORMONA A TRAVÉS DEL CITOPLASMA HASTA EL NÚCLEO. TIENE PAUTAS DE SÍNTESIS CARACTERÍSTICAS EN REACCIÓN A LOS ESTRÓGENOS Y A LA DURACIÓN DEL CICLO. EN ESTA PRIMERA FASE DEL CICLO LA GLUCÓLISIS SE CARACTERIZA POR SER ANAERÓBICA PARA LA PRODUCCIÓN DE ENERGÍA. POSTERIOR A LA OVULACIÓN URGE LA FORMA AERÓBICA DE GLUCÓLISIS.

LAS PROGESTINAS BLOQUEAN LA PRODUCCIÓN DE RECEPTORES DE ESTRÓGENOS Y -- ESO RESTRINGE LA CANTIDAD DE ESTRÓGENOS QUE PASA AL INTERIOR DE LAS CÉLULA ATENUA SELECTIVAMENTE EL GRADO DE SÍNTESIS ENZIMÁTICA, CRECIMIENTO Y PROLIFERACIÓN CELULARES. ADEMÁS INDUCE LA ACTIVIDAD DE LA ENZIMA DESHIDROGENASA DE ESTRADIOL QUE TRANSFORMA A ESTE ÚLTIMO, EN UNA ESTROMA -- MENOS POTENTE (36).

POR ESTUDIOS MICROSCÓPICOS SERIADOS Y POR HALLAZGOS EN ENDOMETRIOS AFECTADOS, DE PACIENTE CON SANGRADO UTERINO ANORMAL E HÉ. SE HA ENCONTRADO QUE EL CRECIMIENTO EXAGERADO DEL MISMO, ABARCA EL SISTEMA GLANDULAR, ESTROMA Y VASOS SANGUÍNEOS CON EL CONSECUTIVO AUMENTO DE GROSOR Y OCASIONA ÉSTASIS VASCULAR CON MAYOR PERMEABILIDAD Y TRASTORNOS VASOMOTORES LO QUE PRODUCE HIPOXIA, NECROBIOSIS Y DESCAMACIÓN ENDOMETRIAL. POR OTRA PARTE, SE HA COMPROBADO QUE LOS ESTRÓGENOS (36), INFLUYEN EN LA LOCALIZACIÓN Y ALMACENAMIENTO ESPECÍFICOS EN EL ENDOMETRIO DE ALGUNAS ENZIMAS HIDROLÍTICAS QUE ESTIMULAN LA FORMACIÓN DE GLUCÓGENO Y MUCOPOLISACÁRIDOS ÁCIDOS QUE CONTRIBUYEN AL CRECIMIENTO ESTROMÁTICO Y GLANDULAR. LO ANTERIOR ES SECUNDARIO A LA ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN OVÁRICA YA MENCIONADA ANTERIORMENTE, QUE CONDICIONA ESTROGENISMO PERSISTENTE (ALTO Ó BAJO) CON AUSENCIA DE OVULACIÓN.

ASÍ DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOQUÍMICO SE EXPLICA QUE EN LOS ENDO-
METRIOS CON ESTIMULACIÓN ESTROGÉNICA PERSISTENTE, POR NO ESTAR AN-
TAGONIZADO POR PROGESTERONA, LA DESPOLIMERIZACIÓN QUE OCASIONA SAN-
GRADOS, ES DEBIDO A UNA PERSISTENCIA ANORMAL DE MUCOPOLISACÁRIDOS
ÁCIDOS CON ALTERACIÓN EN LA PERMEABILIDAD VASCULAR Y POR TANTO EN
LA NUTRICIÓN DEL TEJIDO, LO QUE PRODUCE CRISIS HEMORRÁGICAS CON -
RUPTURA DE LISOSOMAS EN LAS ZONAS MÁS AFECTADAS O DESNUTRIDAS QUE
CLÍNICAMENTE SE REPRESENTA POR OPSOMENORREAS QUE SE ACOMPAÑAN DE
HIPERPOLIMENORREAS (36).

B) FACTORES DE RIESGO: CONSIDERAMOS FACTORES DE RIESGOS AQUELLOS PRO-
DUCTORES DE HIPERESTROGENISMO Y SON:

OBESIDAD	CA DE OVARIO O DE MAMA
DIABETES	PARIDAD BAJA
HIPERTENSION	MENOPAUSIA TARDIA
ENF. HEPATICA	IRRADIACION PELVICA
ENF. OVARICA	USO DE ESTROGENOS EXOGENOS

(24-16-19-9-27)

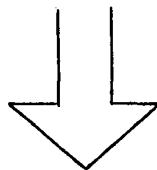
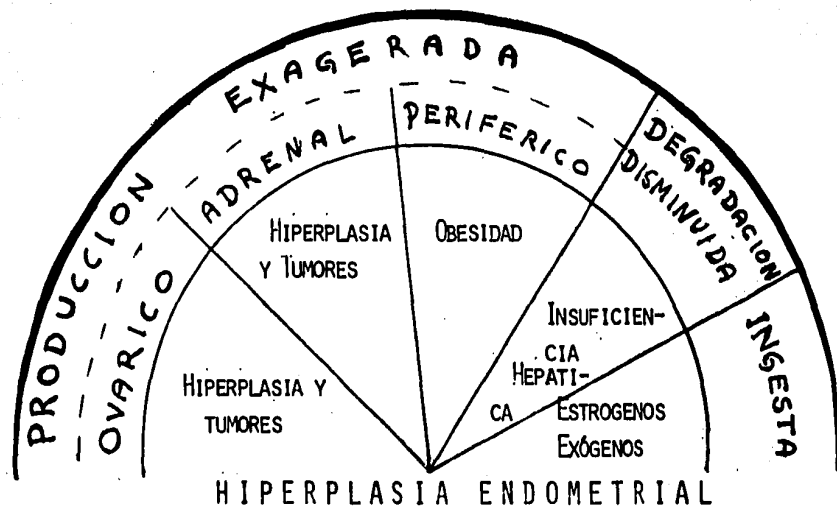
VER FIGURA 1

EL PORCENTAJE DE RIESGO PARA OBESIDAD AUMENTA PROGRESIVAMENTE SE--
GÚN EL SOBREPESO: MUJERES CON 10-20 LBS. DE SOBREPESO TIENEN EL DO-
BLE DE RIESGO DE CA ENDOMETRIAL QUE LAS DE PESO NORMAL.

MÁS DE 50 LBS. DE SOBREPESO TIENE 10 VECES MÁS RIESGO DE CA ENDOME-
TRIAL (19) DIABETES E HIPERTENSIÓN, SE HA ENCONTRADO QUE AUMENTAN
EL DOBLE, LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR CA ENDOMETRIAL QUE LA PACIEN-
TE NORMAL.

MUJERES CON ESCAZA PARIDAD Ó NULA SE HA ENCONTRADO UN RIESGO DE 3
VECES MÁS QUE LA MULTIGRÁVIDA.

FIGURA 1



CARCINOMA ENDOMETRIAL

MODELO DE DESARROLLO DE CA ENDOMETRIAL A TRAVES DE ESTADOS QUE OCASIONAN UN EXCESO DE ESTROGENOS RELATIVOS A PROGESTERONA.

EDAD DE MENOPAUSIA TARDÍA DESPUÉS DE 52 AÑOS TIENE EL DOBLE DE RIESGO DE CA ENDOMETRIAL QUE LAS PACIENTES CON MANOPAUSIA TEMPRANA.

EN PACIENTES EXPUESTAS A RADIACIÓN, SE ENCONTRÓ 8 VECES MÁS EL RIESGO DE CA ENDOMETRIAL. SOBRE EL USO DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS, SON MÚLTIPLES LOS ESTUDIOS QUE LO HAN APOYADO Y ESTÁ EN RELACIÓN CON DÓISIS Y TIEMPO DE USO. SE HABLA DE UN RIESGO 5 VECES MÁS DE CA ENDOMETRIAL EN CASO DE TIEMPO DE USO MAYOR DE 3 AÑOS Y PRINCIPALMENTE DEL TIPO ESTRÓGENOS NO CONJUGADOS SINTÉTICOS. ADEMÁS SE HA OBSERVADO EN RELACIÓN CON EL TIEMPO PROLONGADO DE USO DE ESTRÓGENOS, NÍVELES MÁS ALTOS DE RECEPTORES ENDOMETRIALES A ESTRADIOL SIGNIFICANDO UNA AUTOESTIMULACIÓN DE ÉSTOS (14).

C) CLASIFICACION DE HIPERPLASIAS: ACTUALMENTE LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN PARA HE PREVALECE:

- A) HIPERPLASIA SIMPLE O GLANDULOQUISTICA
- B) HIPERPLASIA DENOMATOSA
- C) HIPERPLASIA ATÍPICA
- D) CA IN SITU

LA IMPORTANCIA ESTRIBA EN EL TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DISTINTOS A CADA UNA. ASÍ TENEMOS QUE LA EXISTENCIA DE UNA GRADO PRECANCEROSOS COMO SE HA SEÑALADO AL TIPO ADENOMATOSOS Y ATÍPICO DE HIPERPLASIAS, TAMBIÉN ESTA ÚLTIMA POR OTROS INVESTIGADORES, LLAMADA CA IN SITU; ESTO NOS HABLA DE QUE EL CRITERIO PATÓLOGICO AÚN NO ES NÍTIDO, ES DECIR, QUE NO PODEMOS DECIR QUE EXISTA UNA LÍNEA DE DEMARCACIÓN ENTRE UNA Y OTRA (7,27,36,18). LO ANTERIOR ALARMA AL MÉDICO PORQUE SEÑALA UNA CONDUCTA DIFERENTE DE TIPO QUIRÚRGICO Y NO EXPECTANTE, COMO SERÍA EN GRADOS MENORES DE HIPERPLASIA (LEVE Y GLANDULOQUÍSTICA), POSIBLES DE

TRATAMIENTO HORMONAL. OTROS AUTORES, ANTE TAL REALIDAD DE DISCREPANCIA ENTRE LOS GRADOS SEVEROS DE HE Y ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO HAN SUGERIDO UNA SUBDIVISIÓN DEL TIPO DE HATÍPICA CON DIFERENTE PRONÓSTICO EVOLUTIVO, ASÍ TIENEN EL TIPO ARQUITECTUAL DE HIPERPLASIAS Y EL TIPO CELULAR. SIENDO LA PRIMERA SUCEPTIBLE AL TRATAMIENTO HORMONAL CON PROGESTAGENOS Y NO SE TOMA NECESARIAMENTE COMO UNA CONDICIÓN PREMALIGNA. EL TIPO CELULAR DE HIPERPLASIA ATÍPICA, MENCIONA EL AUTOR, SENSIBLE DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON PROGESTERONA EN UN 20% DE LOS CASOS, PERO EL RESTO, SÍ ES DE TIPO SEVERO, PROGRESARÁ A UN CARCINOMA INVASIVO SIN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (41-7).

OTROS AUTORES INCLUSIVE HAN TRATADO DE APLICAR LA CLASIFICACIÓN DE -- NEOPLASIA INTRAENDOMETRIAL (NIE) SIMILAR A LA EMPLEADA PARA CLASIFICAR NEOPLASIA INTRA CERVICAL (NIC), DE LA SIGUIENTE MANERA:

NIE GRADO I	HIPERPLASIA GLANDULAR CON ATIPIA CELULAR LEVE
NIE GRADO II	HIPERPLASIA GLANDULAR CON MODERADA ATIPIA CELULAR
NIE GRADO III	HIPERPLASIA GLANDULAR CON ATIPIA CELULAR GRAVE SINÓNIMO DE ADENOCARCINOMA INTRAENDOMETRIAL (IN SITU).

DEJANDO A LA HIPERPLASIA GLANDULAR QUÍSTICA SIMILAR AL TÉRMINO HIPERPLASIA SIMPLE DE ENDOMETRIO (7).

HENDRICKSON Y REMPSON HAN SEÑALADO CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS PRECISAS PARA CA ENDOMETRIAL.

- 1.- ESTRATIFICACIÓN EPITELIAL CON PÉRDIDA DE ORIENTACIÓN RADIAL DE -- LAS CÉLULAS.
- 2.- COMPLEJIDAD ESTRUCTURAL: GLÁNDULAS CON GLÁNDULAS EN GEMACIÓN Y RAMIFICADAS CON IMAGEN CRIBOSA.

3.- POLIMORFONUCLEARES EN LA LUZ GLANDULAR Y NECROSIS

4.- ATÍPIA CITÓLOGICAS: PROPORCIÓN AUMENTADA N-CITOPLASMA, PLEOMORFISMO NUCLEAR, NUCLEOLOS PROMINENTES, CROMATINA ANORMAL, ANGULACIÓN DE MEMBRANA NUCLEAR, FIGURAS MITÓTICAS A VECES ANORMALES.

KURMAN Y NURIS, POR SU PARTE MENCIONAN LOS PARÁMETROS A BUSCAR PARA HABLAR DE INVASIÓN DEL ESTROMA, PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIA ENTRE GRADOS SEVEROS DE HE Y CA ENDOMETRIAL.

1.- INFILTRACIÓN IRREGULAR DE LAS GLÁNDULAS EN EL ESTROMA CON RESPUESTA FIBRÓTICA.

2.- UNIÓN DE GLÁNDULA CON GLÁNDULA: IMAGEN CRIBOSA

3.- PATRÓN PAPILAR EXTENSO EN EL ESTROMA POR MASAS DE EPITELIO ESCAMOSO.

LOS DOS ÚLTIMOS NÚMEROS DEBEN ABARCAR UN DIÁMETRO MAYOR DE 4.3 MM. LA MICROSCOPIA CUANTITATIVA COMPUTARIZADA AMPLIFICA LA FUNCIÓN DEL PATÓLOGO CON EL FIN DE LOGRAR UNA DIFERENCIACIÓN MÁS NOTORIA ENTRE GRADOS SEVEROS DE HE Y ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL. PERMITE EL ACCESO OBJETIVO A FACTORES MICROSCÓPICOS Y EVITAR VARIACIÓN, DIAGNÓSTICA POR EL USO DE MÉTODOS SUBJETIVOS.

D) MÉTODO DE DETECCIÓN: SURGE ASÍ DE ESTA REALIDAD, LA ELABORACIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS AL ALCANCE DEL MÉDICO GENERAL PARA CONSULTORIO ASÍ COMO PARA EL GINECOOBSTETRA CON EL FIN DE LOGRAR LA DETECCIÓN OPORTUNA ANTE LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE PRESENTAR HE Ó CA ENDOMETRIAL (19, 8,13,22).

AQUÍ EMERGEN VARIOS PUNTOS A CONSIDERAR SOBRE EL MÉTODO INICIAL ÓPTIMO DE DETECCIÓN TOMANDO EN CUENTA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA, POSIBILIDADES DE

FALLA TÉCNICA EN LAS TOMAS DE MUESTRAS ADECUADAS, COSTOS Y ESTO INCLUYE TANTO POR EL PROCEDIMIENTO MISMO ASÍ COMO DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, HORAS DE TRABAJO PERDIDAS, COMODIDAD Ó ACEPTACIÓN POR EL PACIENTE (10)

DURANTE MUCHO TIEMPO SE HA TENIDO COMO EL MÉTODO MÁS EXACTO LA BIOPSIA POR LUJ (LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL), Y ESTO EN FORMA EMPÍRICA POR FALTA DE ESTUDIOS QUE LO VALORAN TANTO EN BENEFICIOS COMO RIESGOS. Y SOBRE ESTO ÚLTIMO, NOS REFERIMOS ANESTÉSICO, YA QUE EL GRUPO DE PACIENTES DE ALTO RIESGO DE HE Ó CA DE ENDOMETRIO, SE TRATA DE PACIENTES OBEASAS, DIABÉTICAS O HIPERTENSAS EN EDAD MENOPAÚSICA (42).

OTRO PUNTO A DISCUSIÓN HA SIDO LA DILATACIÓN CERVICAL QUE SE REQUIERE PARA UNOS MÉTODOS QUE EN CASO DE TRATARSE DE UN PROCESO MALIGNO FAVORRECERÍA LA DISEMINACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES. DE ESTO HA PARTIDO MÚLTIPLES ESTUDIOS COMPARATIVOS ENTRE DOS Ó MÁS DIAGNÓSTICOS, CITÓLOGICOS E HISTÓLOGICOS.

LA REVISIÓN DE VUOPALA DE LA LITERATURA DE 1977 DA UNA EXCELENTE VISIÓN COMPARATIVA DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD PRECURSORA Y -CA ENDOMETRIAL, CON RESPECTO A PORCENTAJE DE CERTEZA DIAGNÓSTICA.

<u>METODO</u>	<u>NUM. DE PACIENTES</u>	<u>CERTEZA DIAGNOSTICA</u>
ASPIRADO ENDOMETRIAL	12,480	88.5%
LAVADO ENDOMETRIAL	2,805	81.6%
JET WASH: FROTIS DIRECTO	2,258	86.7%
MILIPORO	1,234	75.0%
BLOQUE CELULAR	4,701	87.5%
BIOPSIA ENDOMETRIAL	1,679	87.4%
LEGRADO POR ASPIRACION (VABRA)	1,135	97.5%

SEGÚN GUSBERG (10) EL LEGRADO POR ASPIRACIÓN ES EL MEJOR MÉTODO DE DETECCIÓN PARA PATOLOGÍA ENDOMETRIAL, YA QUE CUBRE LA MAYORÍA DE LOS CRITERIOS DEMANDADOS PARA CADA TÉCNICA: A) FÁCIL DE INTERPRETACIÓN HISTOLÓGICA, B) POSIBILIDAD DE MUESTREO SIN ANESTESIA, 90% C) ACEPTABILIDAD POR EL PACIENTE 90% D) DETECTA PRECURSORES DE CA ENDOMETRIAL 91,7% E) EFECTOS SECUNDARIOS INSIGNIFICANTES EN 7 PERFORACIONES UTERINAS EN 4,500 PACIENTES (1).

PARA OTROS AUTORES COMO OLE INVERSEN Y ELSA SEGAL, CONSIDERAN AL ENDOSCOPIC COMO EL MÉTODO PRIMARIO DE DETECCIÓN DE CA ENDOMETRIAL POR CITOLOGÍA COMO ÓPTIMO.

EFFECTUARON UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE 3 MÉTODOS RESUMIENDO LOS RESULTADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO:

	INTRODUCCION EN UTERO	MUESTREO	PROCESO DEL MATERIAL	CANTIDAD	CALIDAD
1.- GRAVLEE JET WASH	+	+	+	+	+
2.- ISAACS CELL SAMPLER	++	++	++	++	++
3.- ENDOSCANN	++	+++	+++	+++	+++

ELLOS MENCIONAN SOBRE EL ASPIRADOR VABRA, QUE DA MATERIAL FRECUENTEMENTE INSATISFACTORIO Y ES MÁS DOLOROSO, AL COMPARARLOS CON MUESTRAS CITOLÓGICAS.

LA OPINIÓN GENERAL ES QUE LAS TÉCNICAS CITOLÓGICAS HARÁN EL DIAGNÓSTICO DE MALIGNIDAD EN ENDOMETRIO CON LA MISMA CERTEZA QUE LEGRADO. (HISTOLÓGICAS) Y CON VENTAJAS DE COSTO, SIN RIESGO ANESTÉSICO, MÁS ACEPTADA POR PACIENTES Y OTRAS.

OBJETIVOS

EL PRESENTE TRABAJO ES UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS COMO HE POR PATOLOGÍA, RECOPIADOS EN 38 MESES CON LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

- 1.- CONOCER LA INCIDENCIA DEL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO.
- 2.- RECONOCIMIENTO DE LOS FACTORES ETIOLÓGICOS MÁS IMPORTANTES RELACIONADOS CON HE EN NUESTROS PACIENTES.
- 3.- CONOCER LA PREVALENCIA DE LOS TIPOS HISTOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL PROBLEMA.
- 4.- CONOCER EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RESPONDEN AL TRATAMIENTO MÉDICO CORRELACIONÁNDOLO EN EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.
- 5.- COMPARAR NUESTROS RESULTADOS CON LOS DE LA BIBLIOGRAFÍA MUNDIAL.
- 6.- OBTENER CONCLUSIONES QUE DARÁN ELEMENTOS DE CAMBIO O REAFIRMARÁN NUESTRA CONDUCTA ANTE LA HE EN NUESTRO MEDIO.

SIENDO DE ESTA MANERA, PUNTO DE PARTIDA PARA FUTURA INVESTIGACIÓN, AHORA DE TIPO PROSPECTIVO, TENIENDO EL PANORAMA GLOBAL DEL PROBLEMA EN NUESTRO HOSPITAL.

MATERIAL Y METODOS

SE REVISÓ EL ARCHIVO DE PATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI, DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA) MISMO ORGANIZADO DESDE MARZO DE 1981, ENCONTRANDO HASTA EL MES DE MAYO DE 1984, 190 CASOS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE HE INCLUYENDO ADEMÁS 2 CASOS DE CA ENDOMETRIAL.

DENTRO DE LOS EXPEDIENTES REVISADOS SUMAN 130 YA QUE LOS 60 RESTANTES NO ESTABAN COMPLETOS O ESTABAN DEPURADOS DEL ARCHIVO CLÍNICO.

SE ELABORÓ UN FORMATO PARA RECOPIRAR LOS DATOS DE IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE CADA PACIENTE, BASÁNDOSE EN LOS ANTECEDENTES CIENTÍFICOS DE ESTE TRABAJO (FIG. 2).

HUBO UNOS CASOS DONDE NO SE OBTUVO LA INFORMACIÓN ÓPTIMA COMO LO ES DÓ--SIS EXACTA ASÍ COMO TIEMPO DE USO DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS PARA SÍNDROME CLIMATÉRICO. SE PROCEDIÓ A PRESENTAR TABLAS Y GRÁFICAS DE RESULTADOS QUE CORRELACIONAN LOS FACTORES DE RIESGO QUE ESTUDIOS PREVIOS HAN DEMOSTRADO Y TIPO DE HE ENCONTRADOS.

RESULTADOS

DESDE 1983 LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (GO) ESTÁ ORGANIZADA POR CLÍNICAS COMO SIGUE:

CLINICA DE SANGRADO UTRINO ANORMAL (SUA)

CLINICA DE DISPLASIAS

CLINICA DE ESTERILIDAD Y ENDOCRINOLOGIA DE LA REPRODUCCION

CLINICA DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

EL NÚMERO DE CONSULTAS GENERALES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI FUERON 6,000 EN PROMEDIO POR AÑO.

LAS CONSULTAS POR SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA) EN PROMEDIO ANUAL FUERON DE 650. EL DIAGNÓSTICO DE HE CORRESPONDIERON 68 CASOS.

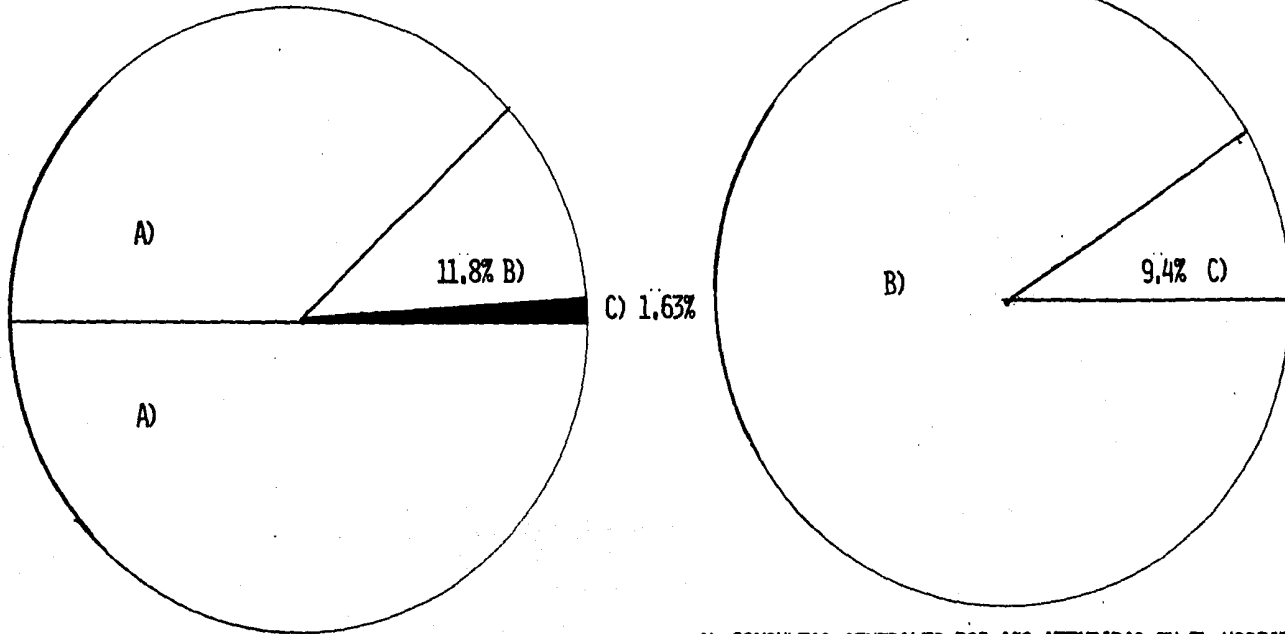
CON LO ANTERIOR PODEMOS ESTABLECER UNA INCIDENCIA ANUAL DE 1.1% PARA HE, EN NUESTRO HOSPITAL. QUE REPRESENTA EL 10% DE LA CONSULTA DE SUA. CA.

LA INCIDENCIA PARA CA ENDOMETRIAL PROMDIO ANUAL FUÉ DEL 0.01% (FIG. 3).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

FIGURA 3

INCIDENCIA DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL Y CA ENDOMETRIO



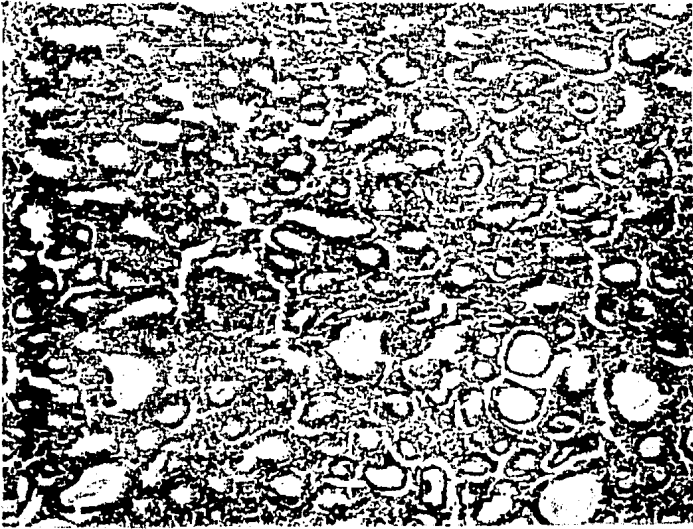
- A) CONSULTAS GENERALES POR AÑO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL.
- B) CONSULTAS DE LA CLINICA DE SANGRADO UTERINO ANORMAL.
- C) CONSULTAS DIAGNOSTICADAS COMO HIPERPLASIA ENDOMETRIAL Y CA ENDOMETRIAL

LA INCIDENCIA PROMEDIO DURANTE LOS 3 AÑOS DE ESTUDIO, ES DE 60 CASOS POR AÑO DE HE, TENIENDO UN PROMEDIO DE CONSULTAS POR AÑO EN EL SERVICIO DE GINECOBETRICIA (GO) DE 6,000. PODEMOS ESTABLECER QUE POR CADA 6,000 MUJERES VISTAS POR PROBLEMAS (GO), ENCONTRAMOS 1 CASO DE HE QUE EQUIVALE AL 1% DE CONSULTAS DE GO. LA INCIDENCIA POR CA ENDOMETRIAL, FUÉ DE 0,013%, ES DECIR 0,63 CASOS ANUAL. EN LA GRÁFICA 1, SE VIERTE EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS ESTUDIADOS. EN UN 38,4% -- LOS PACIENTES BAJO TRATAMIENTO MÉDICO, NO ACUDIERON A CONTROL. EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: LEGRADO Ó HISTERECTOMÍA QUE RESOLVIÓ EL PROBLEMA, SE PRESENTÓ EN 56 PACIENTES (43,0%), MIENTRAS QUE EL TRATAMIENTO HORMONAL EFECTIVO, SE ENCONTRÓ EN 11 CASOS (8,4%).

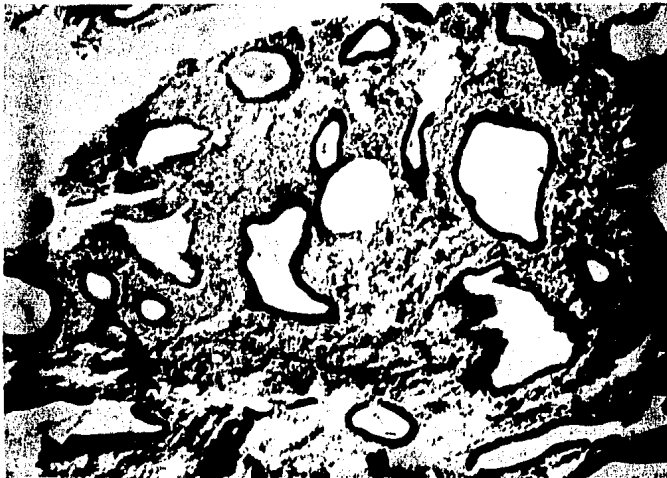
LA TABLA 1, MUESTRA EL NÚMERO DE CASOS PARA CADA TIPO DE HE, ENCONTRANDO SOLO 2 CASOS DE CA ENDOMETRIAL, EL 1,53% AL RELACIONARLO CON LOS CASOS DE HE OBTENIDOS.

IGNORAMOS SI ESTAS PACIENTES ESTUVIERON PRECEDIDAS POR HE, COMO SERÍA DE ESPERARSE, YA QUE EL DIAGNÓSTICO DE CA ENDOMETRIAL, SE EFECTUÓ EN SU PRIMERA VEZ DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA. EL MÁS ALTO PORCENTAJE SE PRESENTÓ PARA LAS FORMAS LEVES DE HE SIMPLE Y GLANDULOQUÍSTICA, 106 CASOS, REPRESENTANDO EL 81,5% DEL TOTAL DE CASOS.

LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EN NUESTRO HOSPITAL, DONDE EL DEPTO. DE PATOLOGÍA ESTA INTEGRADO POR UN SOLO PATÓLOGO, ES COMO SIGUE:



HIPERPLASIA SIMPLE: ESTROMA. Normal. Se conserva la relación normal entre estroma y glándulas. EPITELIO GLANDULAR.- Papilas irregulares, imágenes de glándulas dentro de glándula. Núcleo se conserva normal. Numerosas .

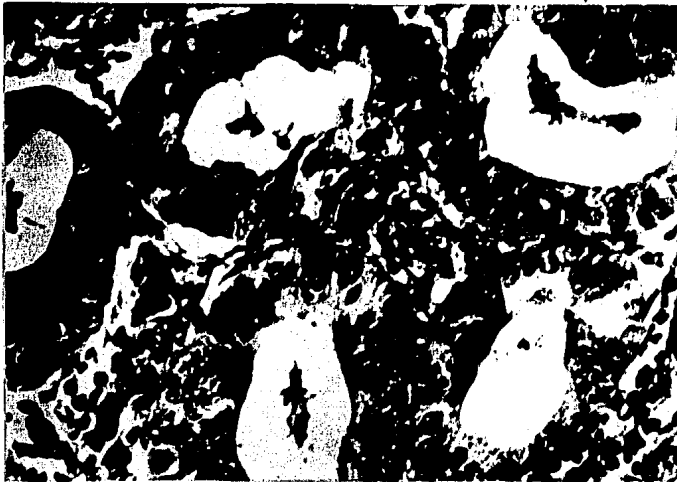


HIPERPLASIA GLANDULOQUÍSTICA : ESTROMA .- Igual al anterior. EPITELIO GLANDULAR.-Aumento exagerado en el número de glándulas. Están quísticas.



HIPERPLASIA ADENOMATOSA : ESTROMA.- Muy escaso, su aspecto es fusiforme.

EPITELIO GLANDULAR.-Exagerado aumento en número de glándulas y pueden estar quísticas. La citología glandular muestra numerosas mitosis pero sin atipia.

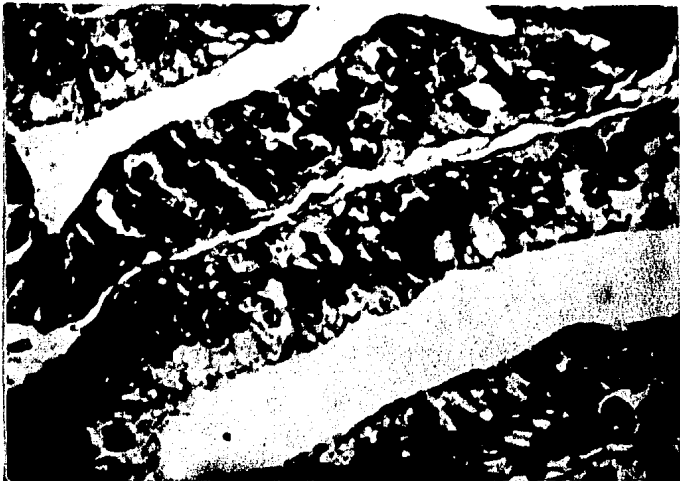


HIPERPLASIA ATIPICA: ESTROMA.-Muy escaso.

EPITELIO GLANDULAR.-Glándulas numerosas, en estratos muy irregulares. Pierden la arquitectura y la relación congruente entre ellas. Citología con datos de Anaplasia (Numerosas mitosis, hiper cromasia Nuclear).



CARCINOMA IN SITU DE ENDOMETRIO: ESTROMA.- Muy escaso.
EPITELIO GLANDULAR: Igual al anterior más Pleomorfismo Nuclear.



ADENOCARCINOMA INVASOR DE ENDOMETRIO: Igual al anterior con ruptura de Membrana Basal de epitelio glandular. Pasa a estroma. No hay estroma entre glándulas.

NOTÁNDOSE TAMBIÉN EL DILEMA DE DEMARCACIÓN ENTRE EL GRADO MÁS SEVERO DE HE Y CA IN SITU DE ENDOMETRIO.

DATOS DE MENARCA, INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA, SE OBSERVAN EN TABLAS 6 Y 7. CON UNA EDAD PROMEDIO DE 11 AÑOS PARA LA PRIMERA, Y DE 18 AÑOS PARA LA SEGUNDA. EN ESTA ÚLTIMA EL GRUPO DE EDAD PREDOMINANTE FUÉ DE 15 A 19 AÑOS, CON 65 CASOS (50%).

EN NUESTRO ESTUDIO HUBO SOLO 20 PACIENTES POSMENOPÁUSICAS, SIENDO EL GRUPO DE EDAD DE 41 A 50 AÑOS, EL DE MAYOR FRECUENCIA, CON 53 CASOS. DE LOS CUALES 49 ERAN PERIMENOPAÚSICA, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 38 AÑOS. (GRÁFICA 6).

EN LA TABLA 5, SE DESCRIBE LA EDAD EN RELACIÓN CON EL TIPO DE HE ENCONTRADO. EL GRUPO MAYOR DE 45 AÑOS, PRESENTÓ LOS CASOS MÁS SEVERO DE HE (9 CASOS) Y CA ENDOMETRIAL (2 CASOS).

LLAMA LA ATENCIÓN, 7 CASOS DE H. ADENOMATOSA EN EL GRUPO DE EDAD MENOR DE 35 AÑOS, EN QUIENES SE TRATÓ CON HORMONALES, OBTENIENDO RESPUESTA CURATIVA.

LAS GRÁFICAS 2 Y 3, MUESTRAN LOS DIAGNÓSTICOS OBTENIDOS POR LEGRADO Y NOVAK. TUVIMOS MUESTRAS INSUFICIENTES EN MAYOR PORCENTAJE, DENTRO DE LA BIOPSIA POR CUCHARILLA DE NOVAK: 10,2% VS. 0,82% POR LEGRADO.

UN GRUPO DE PACIENTES, REQUIRIÓ AMBOS PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL, FUERON 8 CASOS (TABLA 3) DONDE SOLO EL 37,5% DE LOS CASOS, EL DIAGNÓSTICO FUÉ EL MISMO PARA AMBOS PROCEDIMIENTOS; MIENTRAS QUE OTRO 37,5% EL DIAGNÓSTICO DE MAYOR SE VERIDAD FUÉ DADO POR LEGRADO.

OTRO GRUPO DE PACIENTES REQUIRIÓ 2 Ó MÁS LEGRADO.

EN LA TABLA 2, SE CORRELACIONAN A LOS DIAGNÓSTICOS OBTENIDOS POR MUESTRA DE LEGRADO Y PIEZA OPERATORIA, DONDE OBSERVAMOS QUE DEL TOTAL DE - HISTERECTOMÍAS, 36 CASOS, EN 10 NO FUÉ POSIBLE LO ANTERIOR POR PÉRDIDA DE LA PIEZA O LISIS DE ENDOMETRIO POR MALA FIJACIÓN, LO QUE EQUIVALE - CASI A UNA TERCERA PARTE DE LOS CASOS.

SOLO EN 6 CASOS EL DIAGNÓSTICO SE CORRELACIONÓ IGUAL EN AMBOS PROCEDIMIENTOS 16.6% MIENTRAS QUE EL 49.4%, 16 CASOS, EL DIAGNÓSTICO MÁS SEVERO POR LEGRADO Y DE ESTOS EN 12 PACIENTES NO SE REPORTÓ HIPERPLASIA EN DOMETRIAL EN LA PIEZA OPERATORIA, PERO EN SU MAYORÍA SE DEMOSTRÓ OTRA PATOLOGÍA UTERINA (MIOMATOSIS) POLIPOSIS, ADENOMIOSIS ETC.) QUE SI - AMERITABA LA CIRUGÍA. (36, 19).

RESPECTO AL TAMAÑO DE LA MUESTRA, EL 40.7% FUÉ MAYOR DE 2 CM. (GRÁFICA 4).

DENTRO DE LAS MUESTRAS INSUFICIENTES POR NOVAK Y LEGRADO SUMARON 5, Y SIMPRE FUERON DENTRO DEL GRUPO DE MENOR DE 2 CM. (GRÁFICA 2 Y 3). Co-RESPONDE AL 3.1% .

LA CORRELACIÓN DE DIÁBETES-HIPERTENSIÓN-OBESIDAD (D*H*O) E HE, SE APRE CIA EN LA TABLA ESTANDO PRESENTE LA OBESIDAD EN 51 CASOS, 43 CASOS HI- PERTENSIÓN. SOLO EN 10 CASOS LA TRIADA D*H*O , SE MANIFESTÓ, REPRESENTANDO EL 7.6%. EN 69 CASOS SE ENCONTRARON LOS FACTORES ANTES MENCIONA DOS YA SEA INDEPENDIENTEMENTE Ó COMBINADOS ENTRE ELLOS.

REPRESENTANDO EL 50% DE LOS CASOS DE HE ESTUDIADOS: 130 CASOS (100%).

CON MENCIÓN A LA PARIDAD (TABLA 10), PUDIMOS CONSTATAR DATOS QUE ESTÁN EN DESACUERDO CON LA LITERATURA, YA QUE EN ESTE ESTUDIO EL 54.6% (71 CASOS) TENÍAN MÁS DE 4 PARTOS COMO ANTECEDENTES OBSTÉTRICO. MIEN- TRAS QUE EN 59 CASOS, 45.3% DEL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS, TENÍAN MENOS DE 4 PARTOS. DENTRO DE ESTOS ÚLTIMOS, SE INCLUYEN DE NULIPARI- DAD: 16 CASOS (12.3% DEL TOTAL). LA PATOLOGÍA ASOCIADA, COMO SE PUE- DE ANALIZAR EN LA GRÁFICA 8, EL 57.6% (75 CASOS) DEL TOTAL DE PACIEN- TES ESTUDIADOS, EL ESTADO DE HIPERESTROGENISMO PERSISTENTE, SE MANI- FESTÓ COMO: QUISTOSIS OVÁRICA Y ESTERILIDAD INFERTILIDAD CON 16.5% CA DA UNA (21 CASOS), MIOMATOSIS CON 12 CASOS, ADENOMIOSIS 7 CASOS, PÓLI- POS ENDOMETRIALES 5 CASOS ASÍ COMO PATOLOGÍA MAMARIA Y TIROIDEA EN ME NOR NÚMERO.

EN REFERENCIA AL USO DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS (GRÁFICA 7) SOLO 10 CASOS DE PREMENOPAUSICAS LOS EMPLEARON PARA TRATAMIENTO DE SÍNDROME CLIMÁTE RICO. EN TRES CAOS SE OBTUVO FECHA MAYOR DE 3 AÑOS DE USO, EL CASO SE VERO H. ATÍPICA ESTUVO DENTRO DE ESTE GRUPO. EN LOS CASOS DE CA ENDO METRIAL NO ESTUVO PRESENTE ESTE ANTECEDENTE.

CON RESPECTO AL USO DE ANTICONCEPTIVOS, VEMOS EN EL ESQUEMA 1, EN 44 CASOS (33.8%) DE LOS 130 CASOS, FUERON DEL TIPO HORMONAL ORAL Ó PAREN TAL, SIN EMBARGO NO SE OBTUVO EL DATO PRECISO SI FUERON DEL TIPO SE-- CUENCIAL Ó COMBINADO.

EN EL 40.9%, 18 CASOS, EL TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS FUÉ MENOR DE 3 AÑOS EN 34.0% 15 CASOS MAYOR DE 3 AÑOS, ESTANDO LA H. ATÍPICA - DENTRO DEL GRUPO DE TIEMPO DE USO MAYOR DE 3 AÑOS DEL ANTICONCEPTIVOS (TABLA 9).

EN NUESTRO ESTUDIO HUBO 10 UTB, PRESENTÁNDOSE TRASTORNOS INMEDIATOS DE SANGRADO ANORMAL Y DIAGNÓSTICO DE HE, SOLO EN 3 CASOS, TODOS LOS CUALES FUERON DE TIPO LEVE. SE PRESENTARON 2 CASOS DE H. ATÍPICA DENTRO DEL GRUPO DE MENOS DE 5 AÑOS DE UTB (TABLA 8).

CON RESPECTO AL CUADRO CLÍNICO, LA GRÁFICA 9 NOS MUESTRA QUE EL SIGNO DE SANGRADO ANORMAL, SE PRESENTÓ EN 107 CASOS (82,3%) Y EN 8 CASOS SANGRADO POSMENOPAUSIA (6,1%).

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE LOS 2 CASOS DE CA ENDOMETRIAL, ENTRARON DENTRO DE ESTE ÚLTIMO DATO CLÍNICO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS (GRÁFICA 5).

EL TIPO DE SANGRADO PREDOMINANTE EN ESTE ESTUDIO FUÉ DE AUMENTO EN CANTIDAD Y DURACIÓN DEL SANGRADO ENTRE PERÍODOS LARGOS DE AUSENCIA DE MSTRUACIÓN LO QUE SE HA EXPLICADO EN LA SECCIÓN DE FISIOPATOLOGÍA DE ESTA TESIS. HUBO ADEMÁS OTRO PATRÓN DE SANGRADO QUE FUÉ OPSOMENORREA EN 3 CASOS (10%) TODOS ELLOS DENTRO DEL GRUPO DE ESTERILIDAD CON POLIQUISTOSIS OVÁRICA MUCHOS DE ESTOS CASOS. SIN EMBARGO EL TIPO DE HE NO SE CORRELACIONÓ CON EL TIPO DE SANGRADO, YA QUE EN TIPOS LEVES Y SEVEROS DE HE SE PRESENTARON TODOS LOS TIPOS DE SANGRADO ANORMAL (GRÁFICA 5).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 1

NUMERO DE CASOS POR TIPOS DE HIPERPLASIA		
TIPO DE HIPERPLASIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
I HIPERPLASIA SIMPLE	97	74,6%
II HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA	9	6,9%
III HIPERPLASIA ADENOMITOSA	16	12,3%
IV HIPERPLASIA ATIPICA	6	4,6%
V ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	2	1,5%

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 6

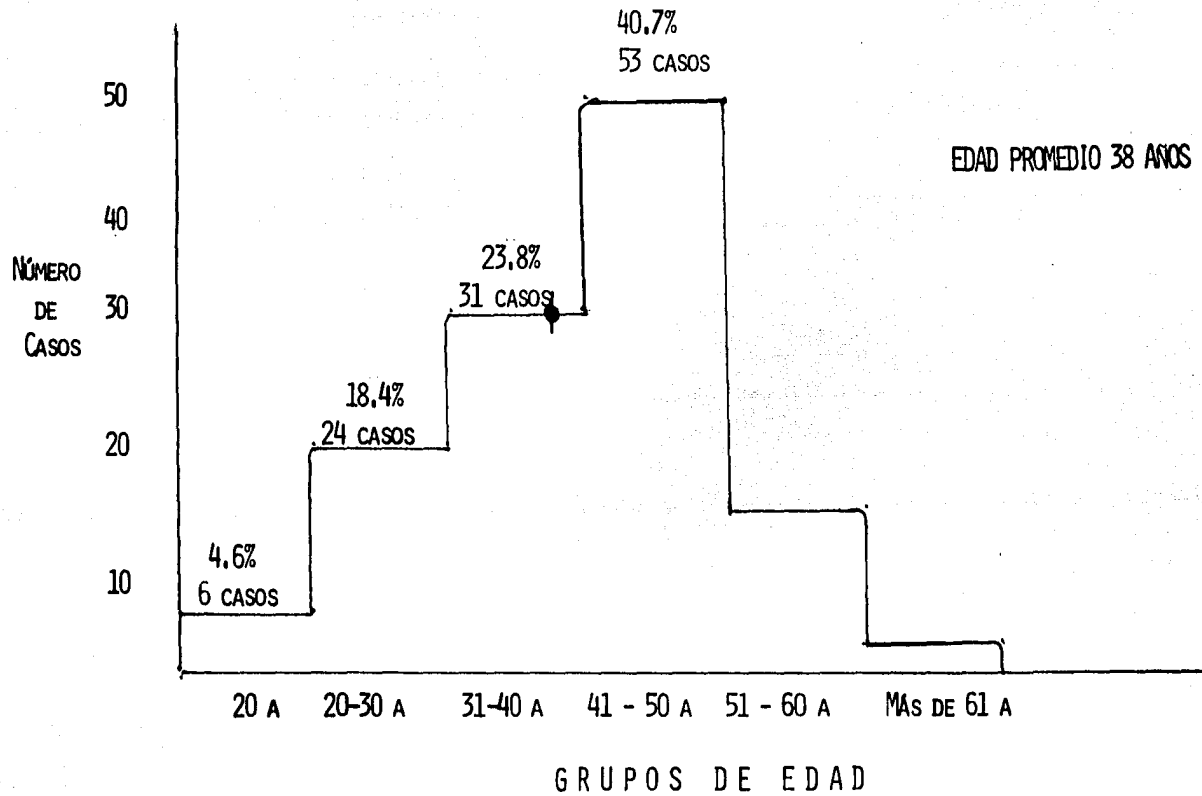
EDAD DE MENARQUIA	
EDAD MENOR	9 AÑOS
EDAD MAYOR	18 AÑOS
EDAD PROMEDIO	11 AÑOS

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 7

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	
EDAD MENOR	11 AÑOS
EDAD MAYOR	34 AÑOS
GRUPO DE EDAD PREDOMINANTE	
15 - 19 AÑOS	65 CASOS (50%)

GRAFICA 6



HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

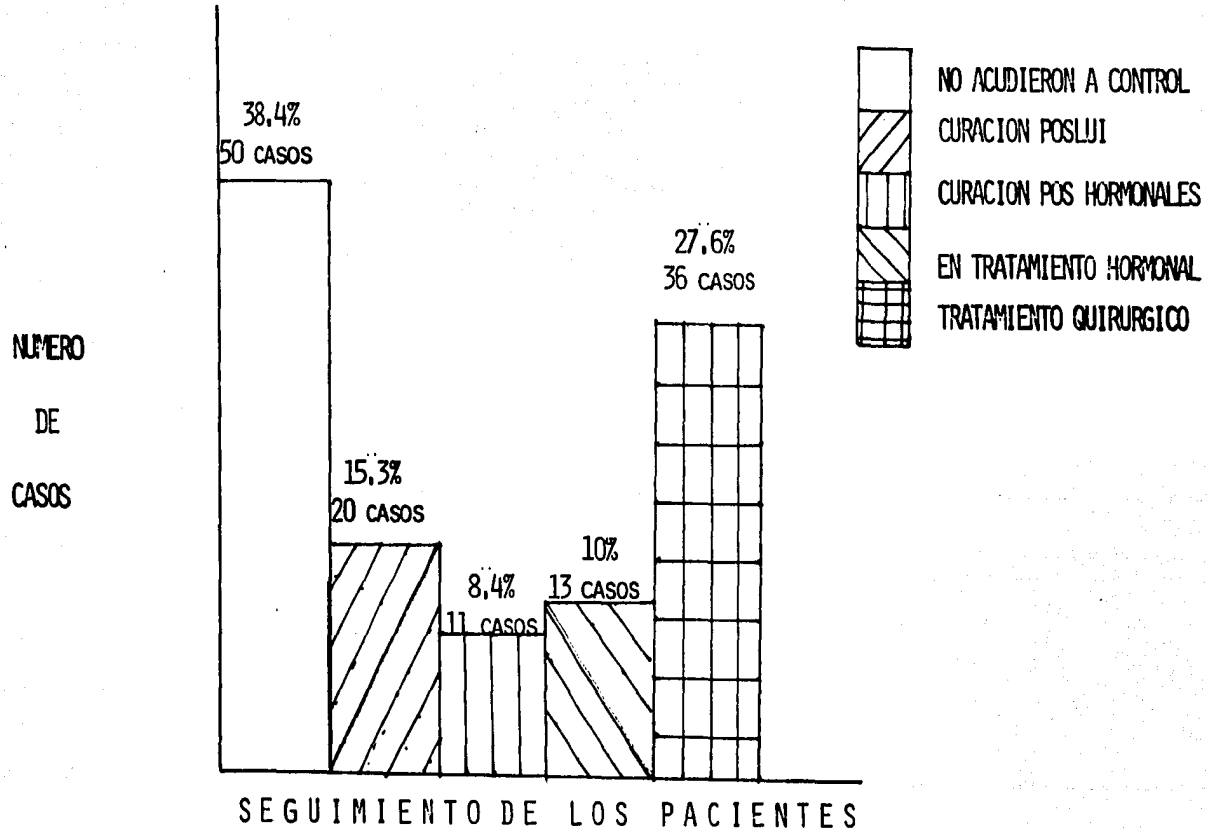
TABLA 5

CORRELACION ENTRE EL TIPO DE HIPERPLASIA DETECTADO Y GRUPOS DE EDAD			
TIPO DE HIPERPLASIA	MENOR DE 35 AÑOS	MAYOR DE 35 AÑOS Y MENOR DE 45 AÑOS	MAYOR DE 45 AÑOS
SIMPLE	34	30	33
GLANDULOQUISTICA	1	1	7
ADENOMATOSA	7	6	3
ATIPICA	0	0	6
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIO	0	0	2
TOTALES	42	37	51

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

H. G. M.

GRAFICA NO. I

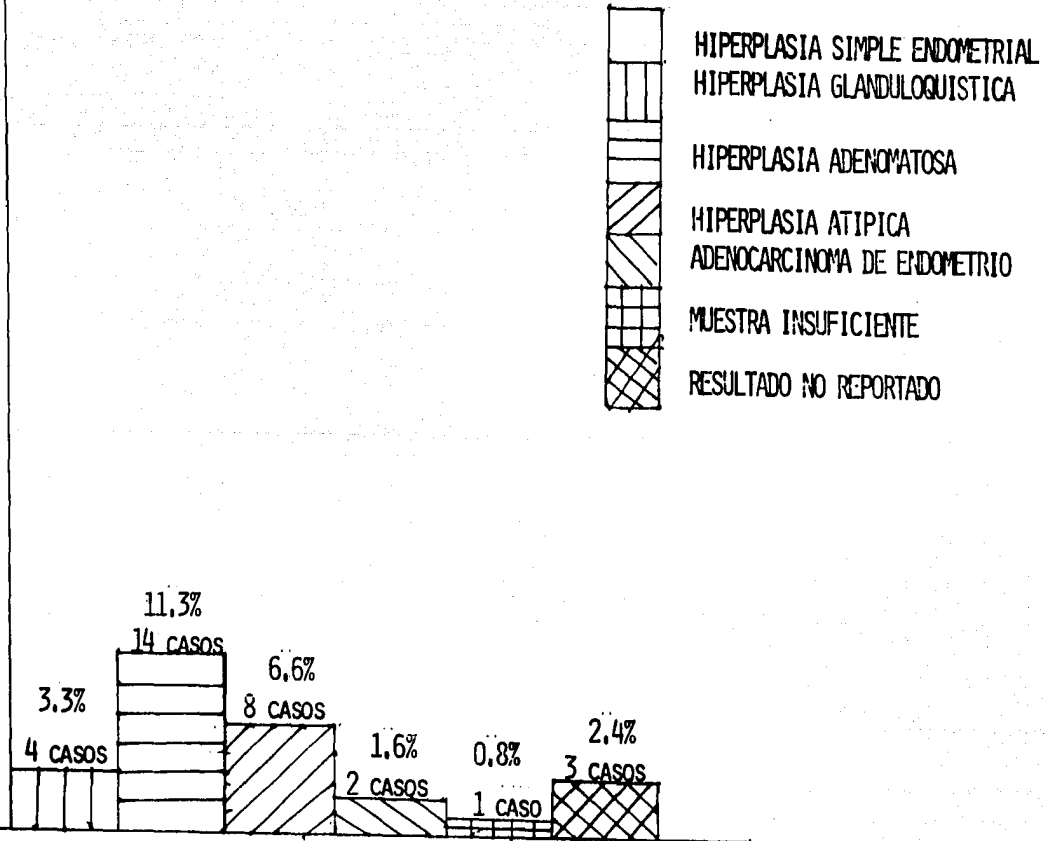


HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

GRAFICA 2

NUMERO
DE
CASOS

73.5%
89 CASOS



HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

GRAFICA 3

DIAGNOSTICOS OBTENIDOS POR CUCHARILLA DE NOVAK

NUMERO
DE
CASOS

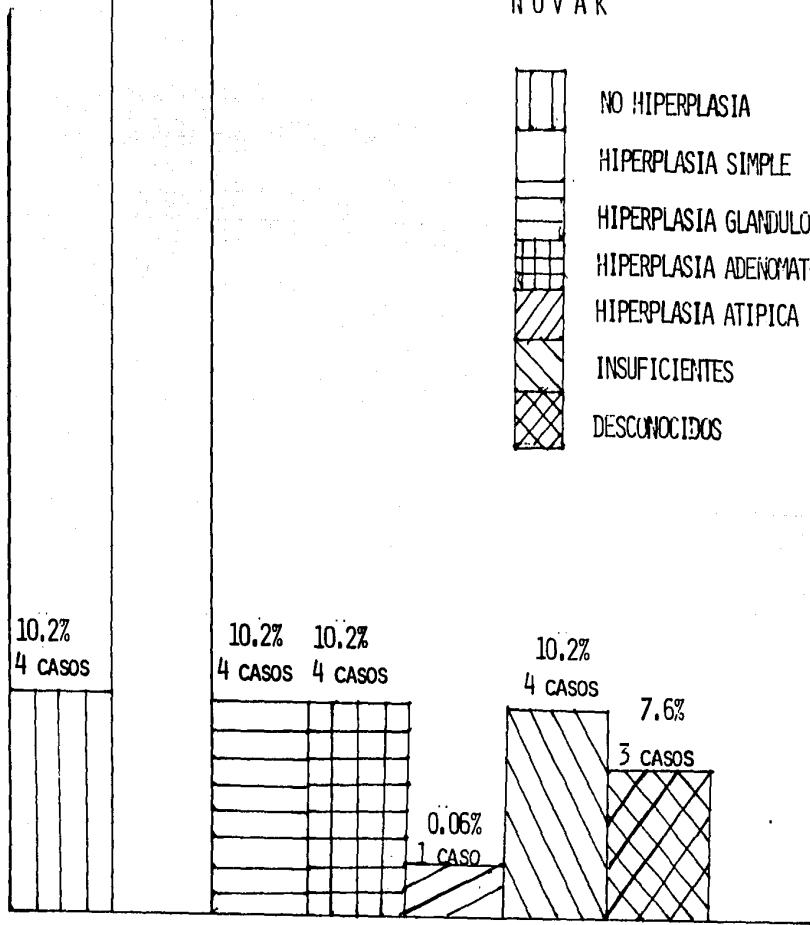


TABLA 2

CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LEGRADO UTERINO Y ESTUDIO HISTOPATOLOGICO POSHISTERECTOMIA	ESTUDIO DE ESPECIMEN POR LUI	RESULTADO HISTOPATOLOGICO HISTERECTOMIA
	1.- HIPERPLASIA SIMPLE	MIOMATOSIS
	2.- HIPERPLASIA SIMPLE H. ADENOMATOSA (2° LUI)	MIOMATOSIS + ADENOMIOSIS
	3.- HIPERPLASIA SIMPLE	ADENOMIOSIS
	4.- HIPERPLASIA SIMPLE	ADENOMIOSIS
	5.- HIPERPLASIA SIMPLE	MIOMATOSIS
	6.- HIPERPLASIA SIMPLE	ADENOMIOSIS
	7.- HIPERPLASIA SIMPLE	MIOMATOSIS
	8.- HIPERPLASIA SIMPLE	ENDOMETRITIS CRÓNICA
	9.- HIPERPLASIA SIMPLE	ADENOMIOSIS
	10.- HIPERPLASIA SIMPLE	MIOMATOSIS + ENDOMETRITIS
	11.- HIPERPLASIA SIMPLE	MIOMATOSIS + ADENOMIOSIS
	12.- HIPERPLASIA SIMPLE	MIOMATOSIS
	13.- H. ADENOMATOSA	LISIS DE ENDOMETRIO
	14.- H. ATÍPICA	LISIS DE ENDOMETRIO
	15.- H. ATÍPICA (1,2,3 LUI)	LISIS DE ENDOMETRIO
	16.- INSUFICIENCIA (1ER. LUI) HIPERPLASIA SIMPLE (2° LUI)	LISIS DE ENDOMETRIO
	17.- H. ADENOMATOSA	LISIS DE ENDOMETRIO
	18.- H. SIMPLE	LISIS DE ENDOMETRIO
	19.- H. ATÍPICA	PIEZA QUIRÚRGICA PERDIDA
	20.- H. SIMPLE	LISIS DE ENDOMETRIO
	21.- CA ENDOMETRIAL	CA ENDOMETRIAL
	22.- HIPERPLASIA SIMPLE	HIPERPLASIA SIMPLE
	23.- HIPERPLASIA SIMPLE	PIEZA QUIRÚRGICA PERDIDA
	24.- H. ADENOMATOSA POLIPOIDE	H. ADENOMATOSA Y PÓLIPOS
	25.- H. SIMPLE	H. SIMPLE
	26.- CA ENDOMETRIAL	CA ENDOMETRIAL
	27.- H. ATÍPICA	H. ATÍPICA

CONTINUACION TABLA 2 . .

28.- H. SIMPLE	H. SIMPLE
29.- H. GLANDULOQUISTICA	H. SIMPLE
30.- H. SIMPLE (2 LUI)	H. ADENOMATOSA
31.- H. SIMPLE	H. ADENOMATOSA
32.- H. ADENOMATOSA	H. SIMPLE
33.- H. ATÍPICA	H. ADENOMATOSA
34.- H. GLANDULOQUISTICA (1ER LUI)	ADENOMIOSIS
H. SIMPLE (2° LUI)	
35.- H. GLANDULOQUISTICA	H. ADENOMATOSA
36.- INSUFICIENTE (2° LUI)	H. GLANDULOQUISTICA

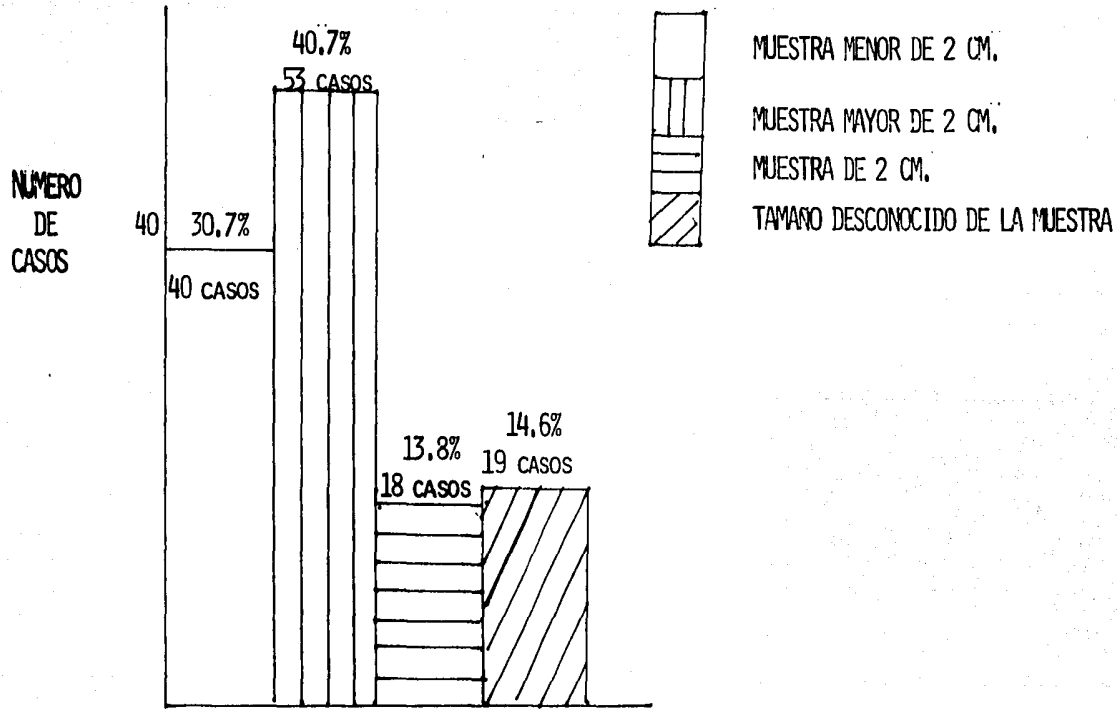
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 3

CORRELACION ENTRE TIPO DE HIPERPLASIA DIAGNOSTICADO POR CUCHARILLA DE NOVAK Y POR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	
DIAGNOSTICO POR NOVAK	DIAGNOSTICO POR LUI
H. ATÍPICA	H. ATÍPICA (2 LUI)
H. SIMPLE	H. SIMPLE (1er LUI)
	H. ADENOMATOSA (2° LUI)
H. SIMPLE	H. SIMPLE
H. SIMPLE	MUESTRA EXTRAVIADA
H. SIMPLE	H. ADENOMATOSA
MUESTRA INSUFICIENTE	H. SIMPLE
H. SIMPLE	H. ADENOMATOSA

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

GRAFICA 4



TAMANO DE LA MUESTRA OBTENIDA
POR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL Y BIOPSIA CON CUCHARILLA DE NOVAK

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 4

RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGO: HIPERTENSION- OBESIDAD- DIABETES Y TIPO DE HIPERPLASIA ASOCIADO							
FACTOR (S) DE RIESGO	SIMPLE	GLANDULOQUISTICA	ADENOMATOSA	ATIPICA	CA ENDOMETRIO	TOTALES	TASA*
HIPERTENSION Y OBESIDAD	14	2	3	1	0	20	15,3%
OBESIDAD	12	2	5	1	0	20	15,3%
HIPERTENSION	10	0	1	2	0	13	10,0%
OBESIDAD - HIPERTENSION DIABETES	5	1	1	1	2	10	7,6%
DIABETES Y OBESIDAD	1	0	0	0	0	1	0,7%
DIABETES	0	1	0	0	0	1	0,7%
TOTAL						65	50,0%

* TASA DE 130 CASOS (100%)

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

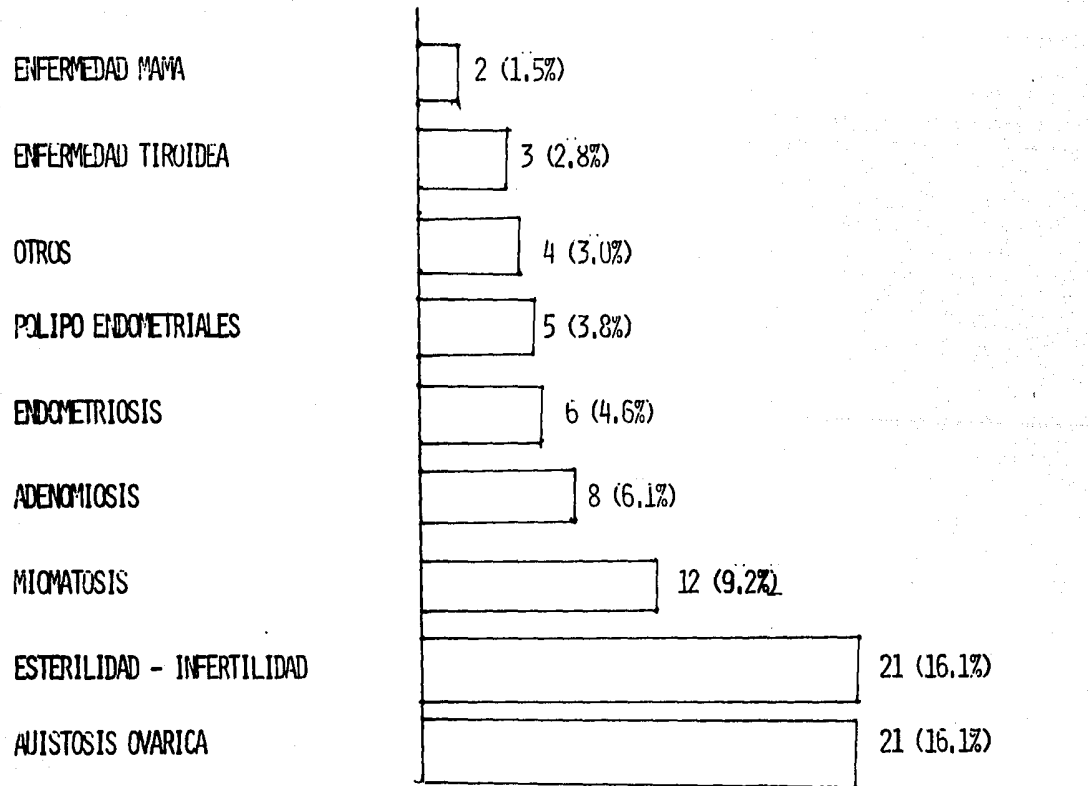
TABLA 10

TIPO DE HIPERPLASIA EN RELACION CON NUMERO DE PARTOS				
TIPO DE HIPERPLASIA	4 O MAS	3 - 1	0	TOTAL
HIPERPLASIA SIMPLE	52	33	12	97
H. GLANDULOQUISTICA	4	4	1	9
H. ADENOMATOSA	9	4	3	16
H. ATIPICA	5	1	0	6
CA ENDOMETRIAL	1	1	0	2
TOTALES	71	43	16	130

HOPERPLASIA ENDOMETRIAL

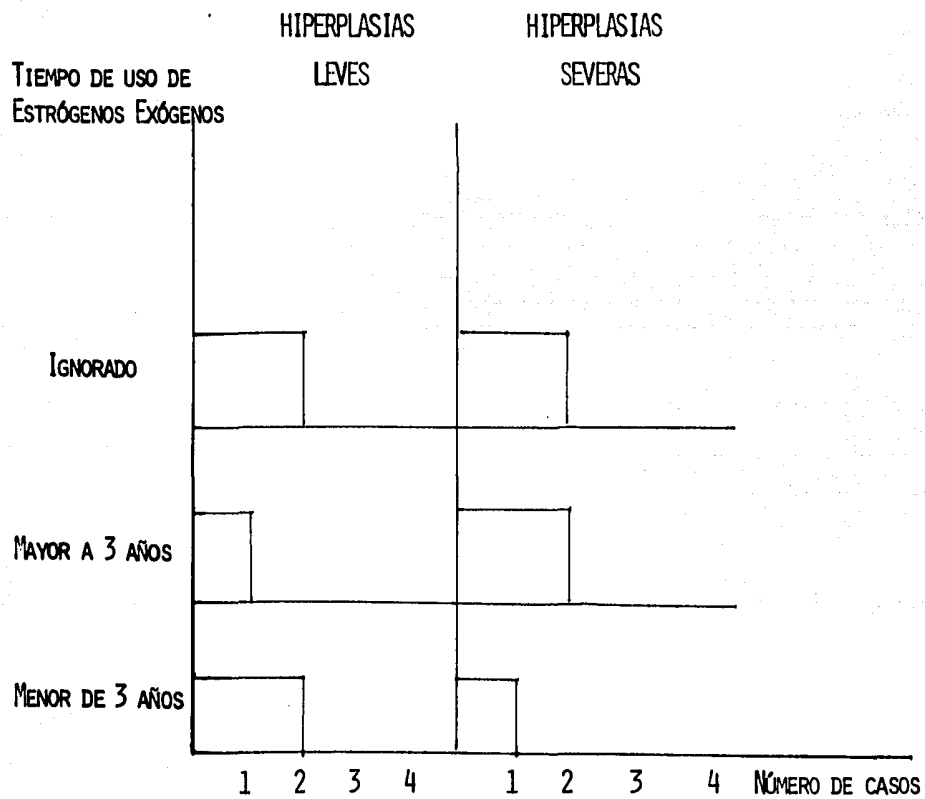
G R A F I C A 8

ENFERMEDADES ASOCIADAS ENCONTRADAS CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL



HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

GRAFICA 7



CORRELACION ENTRE TIPO DE HIPERPLASIA Y TIEMPO DE USO DE ESTROGENOS EXOGENOS

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

ESQUEMA I

USO DE ANTICONCEPTIVOS

TIPO DE ANTICONCEPTIVOS	NO. DE CASOS
ORAL	33
ORAL Y OTB *	4
ORAL Y PARENTERAL	3
ORAL Y DISPOSITIVO UTERINO	2
PARENTERAL	2
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS	7
OCLUSION TUBARIA BILATERAL	6
METODO LOCAL	5
TOTAL	<hr/> 62

* OCLUSION TUBARIA BILATERAL

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 9

CORRELACION ENTRE TIEMPO DE USO DE HORMONALES COMO ANTICONCEPTIVOS Y TIPO DE HIPERPLASIA ENCONTRADO				
TIPO DE HIPERPLASIA	MAYOR DE 3 AÑOS	MENOR DE 3 AÑOS	TIEMPO DESCONOCIDO	TOTALES
HIPERPLASIA SIMPLE	11	18	9	38 (86.3%)
H. GLANDULOQUISTICA	1	0	1	2 (4.5%)
H. ADENOMATOSA	2	0	1	3 (6.8%)
H. ATIPICA	1	0	0	1 (2.2%)
TOTALES	15 (34%)	18 (40.9%)	11 (25.0%)	44 (100%)

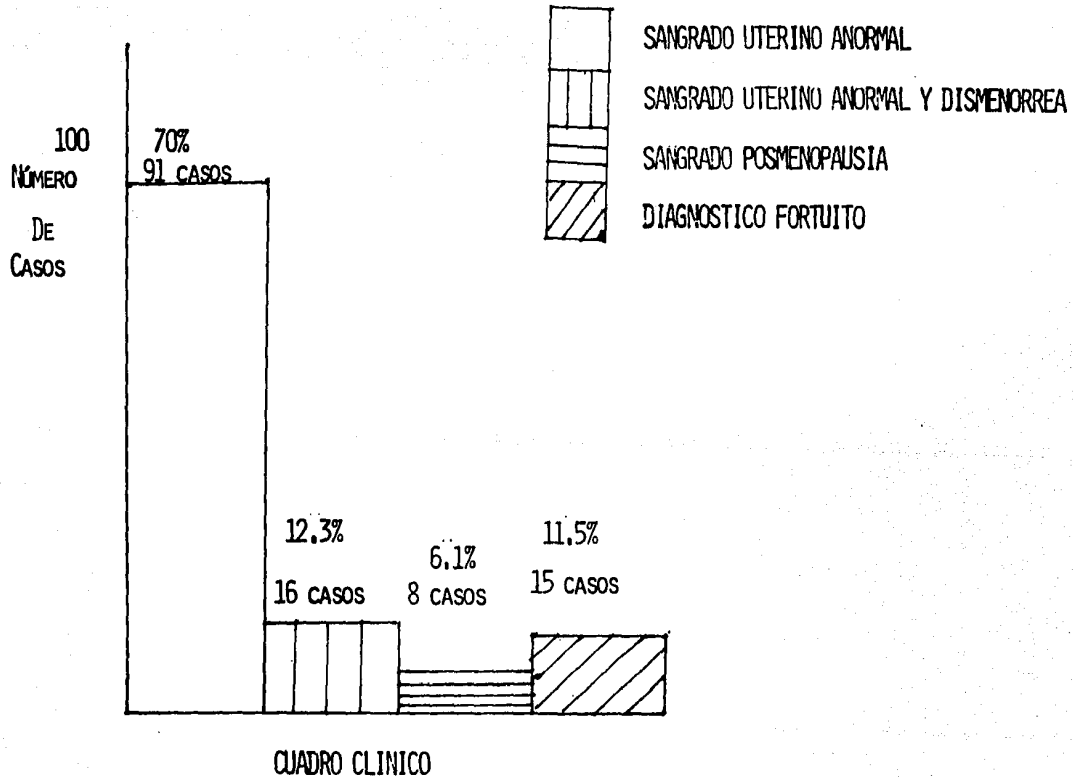
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

TABLA 8

CORRELACION ENTRE TIPO DE HIPERPLASIA DETECTADA Y TIEMPO DE OCLUSION TUBARIA BILATERAL				
TIPO DE HIPERPLASIA	MENOR A 5 ANOS	5 O MAS DE 5 ANOS	TIEMPO DESCONOCIDO	TOTALES
SIMPLE	3	3	1	7
GLANDULOQUIS- TICA	0	0	0	0
ADENOMATOSA	0	1	0	1
ATIPICA	2	0	0	2
TOTALES	5	4	1	10

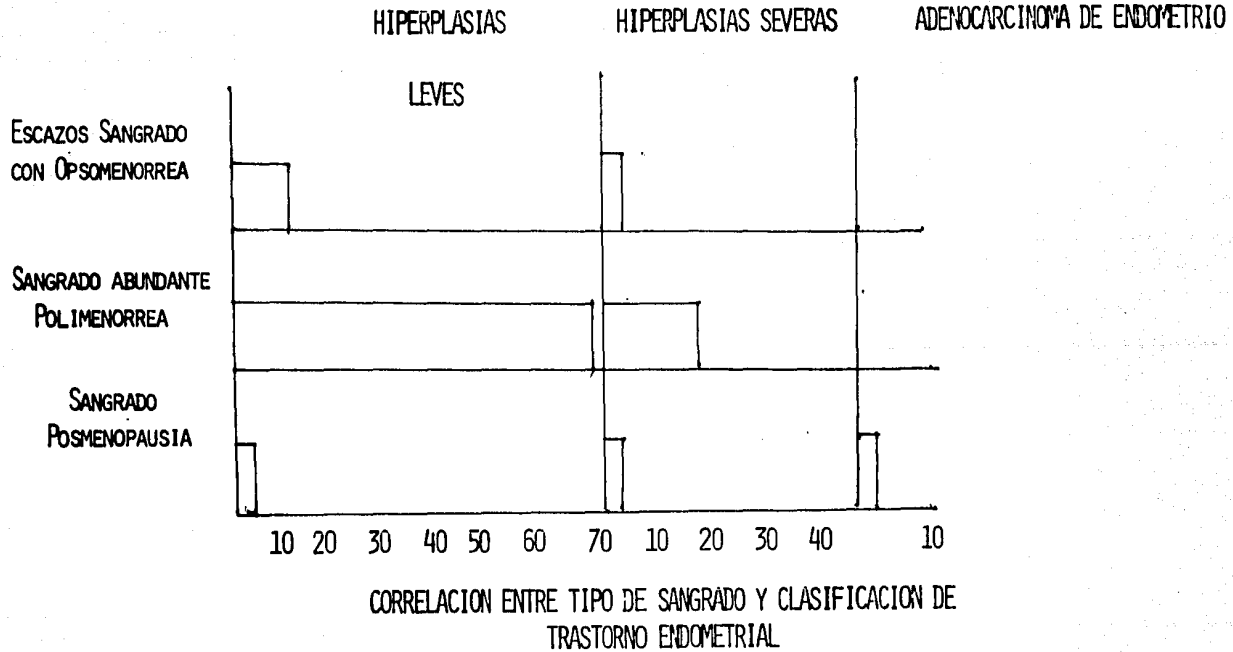
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

GRAFICA 9



HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

GRAFICA 5



DISCUSION

ES EVIDENTE QUE LA HE ES UNA PATOLOGÍA DE IMPORTANCIA MULTIFACTORIAL, EPIDEMIOLÓGICA, SOCIAL Y ECONÓMICA, CUYA PRESENTACIÓN EN NUESTRO PAÍS SE DESCONOCE, POR NO EXISTIR TRABAJOS SERIOS QUE LE HAYAN DADO EL SITIO PREPONDERANTE QUE TIENE ESTA PATOLOGÍA. EN LA VIDA DE NUESTRO HOSPITAL, ESTE ES EL PRIMER TRABAJO SOBRE HE QUE SE LLEVA A CABO, CON EL FIN DE ANALIZAR DICHA PATOLOGÍA EN TODOS SUS ENFOQUES.

LA INCIDENCIA DE HE EN NUESTRO MEDIO FUÉ DE 1% DEL TOTAL DE CONSULTAS GINECOLÓGICAS REPRESENTANDO EL 9,4% DE CONSULTAS ATENDIDAS POR SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA) POR AÑO.

COMPARAMOS NUESTROS RESULTADOS CON OTROS AUTORES, LA INCIDENCIA POR CA ENDOMETRIAL ES VARIABLE, TOMANDO EN CUENTA QUE ESTA FRECUENCIA ESTÁ DETERMINADA POR FACTORES DE RAZA, SITUACIÓN GEOGRÁFICA, PROPIA DE ÁREAS INDUSTRIALIZADAS Y EN ESTE PARTICULAR ES EXPLICABLE, POQUE ES COMÚN QUE LA MUJER TRABAJE O SEA PROFESIONISTA Y ESTO A SU VEZ REFLEJA UNA EDAD DE PROCREACIÓN MÁS TARDÍA; ADEMÁS DE UNA DIETA EN COLESTEROL, FACTORES ASOCIADOS A HE Y CA ENDOMETRIAL, COMO SE ANALIZARÁ MÁS ADELANTE.

NUESTRA FRECUENCIA ES MENOR QUE OTROS PAÍSES: SEGÚN ARTÍCULO "RECENTS ADVANCES IN CA END." ACTA CYTOLOGICA VOL. 24 NOV-DEC 1980.

SINGAPURE	0,02	CA	ENDOMETRIAL
BRASIL	0,1%	"	"
SAN FRANCISCO	0,15%	"	"
H.G.M.	0,01%	(NUESTRO ESTUDIO)	

EN ESTE PUNTO DEBEMOS ACLARAR QUE NUESTRA INCIDENCIA PUEDE RESULTAR BAJA EN RELACIÓN A OTROS ESTUDIOS, YA QUE NO SE TIENE PROTOCOLIZADO EN ESTE HOSPITAL, LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CA ENDOMETRIAL Ó SUS PRECURSORES EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO.

EN NUESTRA SERIE DE PACIENTES, PUDIMOS CONTATAR QUE EL TIPO MÁS FRECUENTE DE HE FUERON CASOS LEVES: 106 CASOS REPRESENTANDO EL 81.5%, QUE DANDO 22 CASOS (16.9%) PARA H. SEVERAS Y 2 CASOS DE CA ENDOMETRIAL. LO ANTERIOR PUEDE ANALIZARSE CON DOS PUNTOS DE VISTA, LA TRANQUILIDAD DE QUE SEAN EN UN ALTO PORCENTAJE LOS TIPOS DE HE SUCEPTIBLES DE REVERSIBILIDAD POR TRATAMIENTO HORMONAL, COMO LO SON LA H. SIMPLE Y GLANDULOQUÍSTICA, Ó QUE EN REALIDAD NO HEMOS SIDO SUFICIENTEMENTE ACUCIOSOS PARA DETECTAR CASOS SEVEROS DE HE, ESTANDO LA INCLINACIÓN DE LA BALANZA HACIA EL SEGUNDO PUNTO DE VISTA.

SEGÚN HOFMEISTER, EL 17% DE LOS CASOS DE CA ENDOMETRIAL, SON ASINTÓMATICOS. ESTO SIGNIFICA, QUE ANTE LA FALTA DE UNA DETECCIÓN FORTUITA EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO COMO SUCEDE EN NUESTRO HOSPITAL, 17 MUJERES - DE CADA 100 DENTRO DEL GRUPO DE RIESGO ALTO PARA CA ENDOMETRIAL, CURSAN CON ESTE Y QUE NO HAN SIDO DIAGNOSTICADAS.

ESTA CIFRA ES ALARMANTE, Y NOS EXIGE EL ESTABLECIMIENTO INMEDIATO DE DICHO PROGRAMA DE DETECCIÓN EN LA POBLACIÓN "BLANCO" PERFECTAMENTE DEFINIDA. PRONÓSTICO SEGÚN BRAND SHERMAN DE LA HE SIN TRATAMIENTO LA EVOLUCIÓN A CA ENDOMETRIAL ES COMO SIGUE:

TIPO ADENOMATOSO	22% EVOLUCIÓN A CA ENDOMETRIAL 3 EN 5 AÑOS
TIPO ATÍPICO	57% EVOLUCIÓN A CA ENDOMETRIAL EN 5 AÑOS
TIPO CA IN SITU	59% EVOLUCIÓN A CA ENDOMETRIAL INVASOR EN 5 AÑOS

EL ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO EN NUESTRA POBLACIÓN, ES DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE A PARTIR DE ELLOS, SE PODRÁ LLEVAR A CABO LA FORMACIÓN DEL PROTOCOLO PARA DETECCIÓN TEMPRANA DE Ca ENDOMETRIAL Y/O HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

ASÍ TENEMOS POR ÓRDEN DE FRECUENCIA, LOS FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS:

1.- EDAD	41-50 AÑOS	40,7%
2.- OBESIDAD		39,2%
3.- HIPERTENSIÓN		33,0%
4.- DIÁBETES		9,2%

CON RESPECTO A LA SEVERIDAD DE HE SE CORRELACIONÓ CON LA EDAD MAYOR DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A ESTUDIOS ESTADÍSTICOS DE OTROS AUTORES. EN TANTO QUE LA H. SIMPLE SE ENCONTRÓ DISTRIBUIDA IGUAL EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD. LA OBESIDAD, FUÉ EL SEGUNDO RIESGO PREPONDERANTE SOBRE LOS DEMÁS INCLUSIVE PARIDAD, EN PACIENTES PERIMENOPAÚSICAS. OTROS AUTORES APOYAN LO ANTERIOR, DE TAL MANERA, QUE HAN ESTIMADO EL RIESGO PARA Ca ENDOMETRIAL SEGÚN LA CANTIDAD DE SOBREPESO (19). ESTABLECIENDO ADEMÁS, QUE LA OBESIDAD EN MAYOR GRADO SE ASOCIA A HE/Ca ENDOMETRIAL QUE LA HIPERTENSIÓN, Y ESTA A SU VEZ PREDOMINA SOBRE LA DIABETES.

EL EMPLEO DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS PARA TRATAMIENTO DE SÍNDROME CLIMATÉRICO, PRESENTE EN NUESTRO ESTUDIO, SOLO EN 10 CASOS, SI MOSTRÓ CORRELACIÓN CON DIAGNÓSTICO MÁS SEVERO DE HE EN 6 CASOS (60% DE USUARIAS DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS), Y EN RELACIÓN CON MÁS DE 3 AÑOS DE EMPLEO. BASANTES ARTÍCULOS HAN SURGIDO SOBRE EL PARTICULAR. ENFATIZAN QUE EL USO DE PROGESTÁGENOS AJUNADO A ESTRÓGENOS, PARA TRATAMIENTO DE SÍNDROME CLIMATÉRICO, PREVIENE LA FORMACIÓN DE HE, POR SU EFECTO BLOQUEADOR DE ESTRÓGENOS A NÍVEL DE RECEPTOR EN MUCOSA ENDOMETRIAL. DEBIENDO INDIVI

DUALIZAR EL TRATAMIENTO, CON EL FIN DE SOBREPASAR BENEFICIO Y RIESGO DE ESTROGENOTERAPIA. PREFIRIENDO EL TIPO NATURAL DE ESTROGENOS CONJUGADOS, DÓISIS MÍNIMAS, ASÍ COMO POR UN TIEMPO DE USO MENOR A 3 AÑOS, - AGREGANDO UN PROGESTEGENO (21,20,4,26). SE HA ESTIMADO EL RIESGO DE - CA ENDOMETRIAL EN USUARIAS DE ESTRÓGENOS EXÓGENOS EN 12 VECES MÁS QUE LA POBLACIÓN NO USUARIA QUE TIENE 0.9 DE RIESGO DE PRESENTAR CA ENDO-METRIAL.

CON RESPECTO A LA HISTORIA OBSTETRICIA DE LAS PACIENTES, LA MULTIPARIDAD PREDOMINÓ CON 71 CASOS VS. 59 CASOS DE PACIENTES CON 3 Ó MENOS PARTOS. EN DESACUERDO CON OTROS AUTORES, EN QUE ASOCIAN LA NULIPARIDAD CON HE Ó CA ENDOMETRIAL. ESTO EN RELACIÓN CON HIPERESTROGENISMO Y ANOVULACIÓN.

EN NUESTRAS PACIENTES EL FACTOR OBESIDAD Y EDAD PERIMENOPAÚSICAS, PREDOMINÓ SOBRE EL FACTOR DE NULIPARIDAD. AÚN ASÍ SE PRESENTARON 21 CASOS DE ESTERILIDAD-INFERTILIDAD, LA EDAD DE MENARCA PROMEDIÓ FUÉ DE - ONCE AÑOS.

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN 50% SE ENCONTRÓ DENTRO DEL GRUPO DE - EDAD 15-19 AÑOS. HASTA LA FECHA, NO SE HA MENCIONADO EN LA LITERATURA RELACIÓN DE ESTE FACTOR HE. EN FORMA INDIRECTA TIENE RELACIÓN CON LA PARIDAD ESCAZA EL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA TARDÍA, QUE EN NUESTRO TRABAJO, LA RELACIÓN DIRECTA CON EDAD JÓVEN DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA SE CORRELACIONÓ CON ÉL PREDOMINÓ DE MULTIPARIDAD.

SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN HE, CASI UN 50% DE NUESTRAS PACIENTES, TENÍAN DICHO ANTECEDENTE. EN PARTICULAR HAREMOS MENCIÓN, SOBRE EL TIPO HORMONAL: ORAL Y PARENTERAL ASÍ COMO OTB, YA QUE RECIENTES ESTUDIOS SE HAN INTERESADO POR EL ESTUDIO DE ESTOS Y SU RELACIÓN CON HE (12). AUNQUE EL MAYOR PORCENTAJE DE USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS CO--

RESPONDIERON CON UN TIEMPO MENOR DE 3 AÑOS, LOS GRADOS MÁS SEVEROS DE HE (3 CASOS), SE ENCONTRARON DENTRO DEL GRUPO DE MÁS DE 3 AÑOS DE EMPLEO. NO FUÉ POSIBLE OBTENER DATOS ESPECÍFICOS SOBRE EL TIPO COMBINADO O SECUENCIAL EMPLEADO, QUE DIERA MAYOR VALIDEZ A NUESTROS RESULTADOS. ESTE DATO ES IMPORTANTE CONOCER, YA QUE OTROS AUTORES HAN ENCONTRADO ASOCIACIÓN CON CA ENDOMETRIAL Y ENFERMEDADES PRECURSORAS, CON EL TIPO SECUENCIAL DE ANTICONCEPTIVO ORAL (29).

LA PRESENCIA DE SANGRADO UTERINO ANORMAL EN QUE SE DEMOSTRÓ HE, CON ANTECEDENTES DE OTB, SE PRESENTÓ EN 10 CASOS DE NUESTRAS PACIENTES. ENCONTRANDO UNA RELACIÓN INMEDIATA DEL PROBLEMA ENDOMETRIAL POSTERIOR A OTB EN 3 CASOS. ESTO APOYA LA ASEVERACIÓN QUE CONFORME MÁS SE COMPROMETA LA VASCULARIDAD OVÁRICA, EN LA TÉCNICA PARA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO CON FINES DE ESTERILIZACIÓN, EXISTIRÁ MÁS RIESGO DE PRESENTAR A POSTERIORI, DISFUNCIÓN "OVÁRICA-HORMONAL-ENDOMETRIO". POSTULÁNDOSE HASTA EL MOMENTO COMO ETIOLOGÍA, A LA VASCULARIDAD OVÁRICA Y A LA INERVACIÓN DE TUBAS Y OVARIO, COMPROMETIDOS EN LA OTB (2). A PARTIR DE ESTOS DATOS, NUESTRA CONDUCTA ANTE AQUELLA PACIENTE EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDE A NOSOTROS PARA SU CONTROL NATAL, DEBERÁ SER DIRIGIDO ESTE ÚLTIMO, HACIA EL MÉTODO ORAL COMBINADO, A MÍNIMAS DÓISIS Y EN CASOS DE ADECUARSE Y ACEPTARSE UN MÉTODO DEFINITIVO, SE TOMARÁ EN CUENTA LAS CONSECUENCIAS DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA AMPLIA COMO SE MENCIONÓ PREVIAMENTE Y ORIENTARNOS POR LA TÉCNICA DE USHIDA.

EN NUESTRO MEDIO SOLO CONTAMOS CON 2 MÉTODOS DE DETECCIÓN DE ENFERMEDAD PRECURSORA DE CA ENDOMETRIAL: 1 LEGRADO Y 2 CUCHARILLA DE NOVAK.

SEGÚN MÉTODO DE GALÉN Y GABINO, PARA OBTENER LA SENSIBILIDAD DE UN MÉTODO DE DETECCIÓN TENEMOS 85% DE CERTEZA DIAGNÓSTICA PARA LEGRADO Y 50% PARA NOVAK. SE CORRELACIONÓ EL TAMAÑO DEL ESPECIMEN MENOR DE 2 CM., CON EL TOTAL DE MUESTRAS INSUFICIENTES. (5 CASOS PARA AMBOS PROCEDIMIENTOS). DE AHÍ SE DEBERÁ INSISTIR EN UNA TOMA MÁS GENEROSA PARA CADA PROCEDIMIENTO. LA CERTEZA DIAGNÓSTICA EN NUESTRO ESTUDIO POR

ESTOS MÉTODOS ES BAJA, EN RELACIÓN A OTROS ARTÍCULOS: KOSS 80-95%
BAAK 96.3% GUSBERG 87.4%; OTROS INVESTIGADORES HAN SUBRAYADO QUE SE
ELIJA EL TIEMPO DE BIOPSIA BUSCANDO EL ENDOMETRIO DE FASE LÚTEA, TO
MANDO 3 MUESTRAS: FONDO UTERINO PRINCIPALMENTE, PARED ANTERIOR Y --
POSTERIOR, RECORDANDO QUE LOS CASOS DE H. ATÍPICA Y Ca ENDOMETRIAL
SE PRESENTAN EN FORMA FOCAL TAMBIÉN. LOS MÚLTIPLES ESTUDIOS SOBRE
MÉTODOS DE DETECCIÓN DE NEOPLASIA ENDOMETRIAL Y ENFERMEDAD PRECURSO
RA, CADA VEZ MÁS SE INCLINA A SEÑALAR QUE LA TÉCNICA CITOLÓGICAS PA
RA DIAGNÓSTICAR MALIGNIDAD DE ENDOMETRIO, TIENE LA MISMA CERTEZA --
QUE LOS MÉTODOS HISTOPATOLÓGICOS. Y QUE ÉSTOS ÚLTIMOS, SE HABÍAN MAN
TENIDO COMO EL PRIMER PASO A SEGUIR ANTE SOSPECHA DE Ca ENDOMETRIAL
O HE, SIN UNA BASE CIENTIFICA, SINO COMO UNA TRADICCIÓN, QUE AÚN LO
HACE EL PROCEDIMIENTO DE ELECCIÓN. RAZÓN POR LA CUAL EN LOS ÚLTII--
MOS AÑOS, HAN SURGIDO ESTUDIOS ANALIZANDO PROS Y CONTRAS DE LEGRADO
COMPARÁNDOLOS CON MÉTODOS CITOLÓGICOS, HACIENDO ÉNFASIS SOBRE LA -
BÚSQUEDA DEL MÉTODO PRIMARIO DE DETECCIÓN IDEAL. (42). OTRO FACTOR
A CONSIDERAR PARA PREFERIR LA CITOLOGÍA, COMO PRIMER MÉTODO DE DETE
CCIÓN, ES EL ANTECEDENTE QUE LAS CÉLULAS ENDOMETRIALES ANORMALES --
POR HE Ó Ca ENDOMETRIAL, SE DESCAMAN MÁS FRECUENTEMENTE EN POSMENO--
PÁUSICAS (43-33).

EL CUADRO CLÍNICO EN NUESTRAS PACIENTES, SE RESUME A UN SIGNO CLÍNII
CO: SANGRADO ANORMAL.

PREDOMINANDO EL TIPO DE HIPERPOLIMENORREAS, EN 86 CASOS (66.1%), --
CON PERÍODOS Ó NO DE OPSOMENORREAS. CARACTERÍSTICAS DE LA HE, EX--
PLICADO EN EL CAPÍTULO DE FISIOPATOLOGÍA. EN 8 CASOS LA MANIFESTA
CIÓN CLÍNICA FUÉ EL SANGRADO POSMENOPAUSIA, DE LOS CUALES, EL 25% 2
CASOS, CORRESPONDIERON AL DIAGNÓSTICO DE Ca ENDOMETRIAL. UNA VEZ
SE REAFIRMA LA ASEVERACIÓN DE QUE "TODO SANGRADO POSMENOPAUSIA, SE
CONSIDERARÁ Ca ENDOMETRIAL HASTA NO DEMOSTRAR LO CONTRARIO". LA VA
LIDEZ DE LO ANTERIOR SE BASA EN DATOS ESTADÍSTICOS PARA Ca ENDOME-

TRIAL, CUYA EDAD DE APARICIÓN PRINCIPAL ES EN LA 5TA. Y 6TA. DÉCADA DE LA VIDA Y ES EL SANGRADO POSMENOPAUSIA UNA MANIFESTACIÓN COMÚN. LA CANTIDAD DE SANGRADO NO SE RELACIONA CON EL GRADO DE HE.

EL ESTADO DE HIPERESTROGENISMO SOSTENIDO COMO PRECURSOR DE HE APOYADO POR MÚLTIPLES AUTORES (6,19,26,27,36) TAMBIÉN SE PRESENTÓ EN ESTE ESTUDIO, POR LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS DETECTADAS. AHORA BIEN, EL ENCASILLAR COMO PATOLOGÍA UTERINA A LOS CASOS DE MIOMATOSIS, ADENOMIOSIS, PÓLIPOS, LA FRECUENCIA ES DE 19,2% (25 CASOS) VS. 21 CASOS - 16,1% DE PATOLOGÍA QUÍSTICA DE OVARIO. OTROS ESTUDIOS TIENEN ASOCIADA A LA PATOLOGÍA UTERINA EN MAYOR PORCENTAJE (35%) Y PATOLOGÍA OVÁRICA EN MENOR PORCENTAJE (6-8%).

LA FRECUENCIA ALTA DE QUISTOSIS OVÁRICA QUE TUVIMOS SE CORRELACIONÓ - CON LOS CASOS DE ANOVULACIÓN SIMILARES EN FRECUENCIA.

EL CRITERIO PATOLÓGICO PARA CLASIFICAR HE, EN NUESTRO HOSPITAL, ES - COMPARABLE A LO DE OTROS AUTORES. Y NOS ENFRENTAMOS CON LAS SIMILARES DIFICULTADES PARA ESTABLECER CLARAMENTE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE H, SEVERAS Y CA ENDOMETRIAL. HULME Y COLS, LO DEFINEN DE LA SIGUIENTE MANERA: "LA HIPERPLASIA A LOS OJOS DE UN INVESTIGADOR, PUEDE SER EL CA ENDOMETRIAL EN OJOS DE OTROS". EN NUESTRO HOSPITAL SOLO CONTAMOS CON EL MICROSCOPIO DE LUZ, PARA DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA. DENTRO DEL EQUIPO SOFISTICADO DE EMPLEO PARA EL PATÓLGO EN OTROS HOSPITALES, SE MENCIONA AL MICROSCOPIO ELETRÓNICO QUE NO HA SIDO LA RESPUESTA A LO EXPUESTO ANTERIORMENTE. LA ÚLTIMA INNOVACIÓN - EN MÉTODOS DE INTERPRETACIÓN HISTÓLOGICA, LA MICROSCOPIA CUANTITATIVA COMPUTARIZADA ESTA RESULTANDO PROMETEDORA, POR LA OBJETIVIDAD QUE SE ANALIZA PUES PERMITE UNA CUANTIFICACIÓN DE FACTORES ARGITECTUALES Y CITOLÓGICOS, SELECCIONADOS PREVIAMENTE POR LA COMPUTADORA, COMO DE IMPORTANCIA ESTADÍSTICA.

EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS MOSTRÓ UN 38,4% (50 CASOS) QUE NO ACUDIERON A CONTROL, LAMENTABLEMENTE ALTO; ESTO ES COMÚN EN -- OTRAS CLÍNICAS DE NUESTRO HOSPITAL, PUES EL NÍVEL SOCIAL Y CULTURAL DE PACIENTES QUE RECIBIMOS, ES BAJO. TUVIMOS UNA RESPUESTA BAJA A TRATA MIENTO HORMONAL, SOLO 11 CASOS (8,4), MIENTRAS QUE LA CONDUCTA QUIRUR GICA PREDOMINÓ, REPRESENTANDO EL 27,6% DEL TOTAL, (36 CASOS). ESTO -- ÚLTIMO BASADO EN PARÁMETRO INDICADORES DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA COMO: EDAD POSMENOPAÚSICA, PERMENOPAÚSICA, ENFERMEDADES ASOCIADAS, FALLA AL TRATAMIENTO HORMONAL, HE SEVERAS. DE TODOS, LA PATOLOGÍA ASOCIADA, - TMABIÉN QUIRÚRGICA PARA SU RESOLUCIÓN, PREDOMINÓ 18 CASOS DE HISTEREQ TOMÍA).

LO ANTERIOR ES EXPLICABLE POR EL TIPO DE PACIENTES CON HE, ES DECIR, QUE SE TRATA DE PACIENTES PERIMENOPAÚSICAS DONDE ES COMÚN QUE LA RES- PUESTA A LEGRADO Ó TERAPIA HORMONAL SEA MUY BAJA, YA QUE HAY UNA DIS- FUNCIÓN OVÁRICA PERMANENTE ESTABLECIDA POR LA EDAD Ó SECUNDARIO A LA HISTORIA NATURAL EVOLUTIVA DEL TEJIDO PROLIFERATIVO Y A LA FRECUENTE COADYUVANCIA A ESTAS EDADES DE TRASTORNOS METABÓLICOS O ENFERMEDADES ASOCIADAS QUE LO CONVIERTEN EN UN CÍRCULO VICIOSO DE ESTRINISMO PERSIS TENTE. A DIFERENCIA EN LA MUJER PUBER Ó EN FRANCA ÉPOCA REPRODUCTI- VA, EN QUE LA RESPUESTA POS LEGRADO Ó TRATAMIENTO HORMONAL ES SATIS- FACTORIA, PUES SE TRATA DE UNA DISFUNCIÓN OVÁRICA TEMPORAL, EN LA MA- YORÍA DE LOS CASOS.

LA ACCIÓN DE PROGESTERONA EN RECEPTORES HORMONALES PARA ESTRÓGENOS - Y PROGESTERONA, ES POR INDUCCIÓN DE LA ENZIMA BETA HIDROXI-ESTEROI-- DES-DESHIDROGENASA EN ENDOMETRIO NORMAL O NEOPLÁSICO. INTERFIERE -- ASÍ CON LA ACCIÓN DE HIDROXIBETA ESTRADIOL EN ÓRGANO BLANCO, PARA ES TIMULAR A SU VEZ RECEPTORES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA.

EL CONTENIDO DE RECEPTORES POSITIVO A PROGESTERONA, DISMINUYE GRA-- DUALMENTE EN LA PROGRESIÓN DESDE HE ENDOMETRIAL SIN ATIPIA CELULAR HASTA CA IN SITU. SE OBSERVADO QUE EL TAMOXIFEN AUMENTA LOS RECEP-

TORES DE PROGESTERONA, PERO LA PRESENCIA DE ELLOS, NO GARANTIZA LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO HORMONAL. POR LO QUE SE DEBERÁN ANALIZAR OTROS - FACTORES COMO 1) UNIÓN DEL RECEPTOR 2) ACTIVACIÓN DEL RECEPTOR 3) TRANSLOCACIÓN DEL COMPLEJO RECEPTOR-HORMONA AL NÚCLEO Y 4) ESTIMULACIÓN DE - TRANSCRIPCIÓN A NÍVEL NUCLEAR Y OTROS.

LAS PALABRAS HISTÓRICAS DE HALLBAN: "NO ES CA PERO MEJOR SE DEBERÁ EXTIRPAR ÚTERO", SIGUE SIENDO LA GUÍA DE TRATAMIENTO MODERNO.

CONCLUSIONES

- SE DEFINE A LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL, COMO EL CRECIMIENTO EXAGERADO DE ENDOMETRIO POR EFECTO ESTRÓGENICO PERSISTENTE NO ANTAGONIZADO POR PROGESTÁGENOS.
- LA HE ES CAUSA FRECUENTE DE CONSULTA GINECOLÓGICA, DEL TIPO INCAPACITANTE, POR LA MANIFESTACIÓN CLÍNICA PREPONDERANTE: EL SANGRADO UTERINO ANORMAL.
- TIENE REPERCUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL PARA EL PACIENTE.
- ES SUSCEPTIBLE DE DETECCIÓN OPORTUNA ANTE LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO; PROTOCOLO QUE DEBE ESTABLECERSE LO ANTES POSIBLE, EN ESTE HOSPITAL.
- TIENE UN ESPECTRO EVOLUTIVO HASTA EL ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO, - SI NO SE TRATA ADECUADAMENTE.
- LA EDUCACIÓN MÉDICA COMUNITARIA ES BÁSICA, PARA LOGRAR UN DESCESO EN ESTA PATOLOGÍA; ENFOCÁNDOSE A PREVENIR FACTORES DE ALTO RIESGO; PREVALENCIENDO EN NUESTRO MEDIO: LA OBESIDAD, HIPERTENSIÓN (DIETA RICA EN COLESTEROL).
- LOGRAR SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN PERIMENOPAÚSICA, AL EXÁMEN GINECOLÓGICO RUTINARIO EN PACIENTES ASINTOMÁTICAS CON FACTORES DE RIESGO.
- MEJORAR LA APLICACIÓN DE MÉTODOS HISTÓLOGICOS DE DETECCIÓN CON QUE CONTAMOS EN NUESTRO HOSPITAL: DILATACION Y LEGRADO BAJO ANESTESIA, CUCHARILLA DE NOVAK PARA BIOPSIA.
- PROMOVER EL EMPLEO DE TÉCNICAS CITOLÓGICAS, QUE HA DEMOSTRADO SER -- IGUAL Ó MEJOR QUE LOS ANTERIORES COMO MÉTODO INICIAL PARA DETECCIÓN DE ADENOCA ENDOMETRIO Y SUS PRECURSORES (HE).
- INDIVIDUALIZAR EL TRATAMIENTO A SEGUIR, EN PACIENTES JÓVENES QUE NO HAN CUMPLIDO CON LA PROCREACIÓN DESEADA. INSISTIR EN PACIENTES POSTMENOPAÚSICAS Y PERMENOPAÚSICAS, SOBRE EL TRATAMIENTO DEFINITIVO ANTE DIAGNOSTICO DE HIPERPLASIAS SEVERAS.

- LOGRAR LA APLICACIÓN DE NUEVAS TÉCNICAS PARA DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO, COMO MICROSCOPIA CUANTITATIVA COMPUTARIZADA DE ACUERDO A LAS NUEVAS CLASIFICACIONES, CON EL FIN DE AFINAR DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE HIPERPLASIA ATÍPICA Y CARCINOMA IN SITU.
- CREEMOS QUE ESTE TRABAJO, SI CUMPLIÓ CON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS PRINCIPALMENTE EL DE CONCIENTIZAR AL RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD - EN LA IMPORTANCIA DE ESTA PATOLOGÍA Y PROMOVER ESTUDIOS PROSPECTIVOS A PARTIR DEL PANORAMA GENERAL EXPUESTO EN ESTA TESIS.

BIBLIOGRAFIA

ESTA TESIS NO DEBE

SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- BAAK, KURVER, OVERDIEP ET ALL: QUANTITATIVE, MICROSCOPICAL CONFIRMED DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL HYPERPLASIA OR CARCINOMA IN INDIVIDUAL PATIENTS. HISTOPATHOLOGY 1981, 5, 689-695.
- 2.- BAAK, PLET H. J. KURVER AND MATHILDE E. BOON: COMPUTER AIDED APPLICATION OF QUANTITATIVE MICROSCOPY IN DIAGNOSTIC PATHOLOGY. EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS, GYNECOLOGIC AND REPRODUCTIVE BIOLOGY, 9, 287-304, 1979.
- 3.- BARBARO CHARLES A. ET ALL: UTERINE LAVAGE IN THE DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL MALIGNANCY AND ITS PRECURSORS. ACTA CYTOLOGICA VOL. 26 No.- 2 135-139 1982
- 4.- DIABANCES ALFREDO ET ALL: ENDOMETRIAL FINDINGS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN RECEIVING LONG-TERM ESTROGEN THERAPY. CANCER 45:658-660, 1979.
- 5.- DOUGLAS S. BARNFORD ET ALL: THE ISAACS ENDOMETRIAL CELL SAMPLER. AN EVALUATION 100 PATIENT WITH POSTMENOPAUSAL BLEEDING. ACTA CYTOLOGICA, VOL. 28 -- No. 2 MARCH-APRIL 1984 PAGES, 101-103.
- 6.- EHRlich CLARENCE ET ALL: CYTOPLASMIC PROGESTERONE AND ESTRADIOL RECEPTORS IN NORMAL, HYPERPLASTIC, AND CARCINOMATOUS ENDOMETRIA: THERAPEUTIC IMPLICATIONS. AM. J. OBSTET GYNECOLOGY NOVEMBER 1, 1981, PAGES, 539-545.
- 7.- H. FOX ET ALL: THE ENDOMETRIAL HYPERPLASIAS AND THEIR RELATIONSHIP TO ENDOMETRIAL NEOPLASIA. HISTOPATHOLOGY 1982, 6, 492-510.
- 8.- FORAKER HI AN ET ALL: ENDOMETRIAL ASPIRATION STUDIES ON ISAACS CELL SAMPLER WITH CYTOHISTOLOGIC CORRELATION. ACTA CYTOLOGICA (1979) JUL-AUG: 23 (4) 303 8
- 9.- FENOGLIO C.M. ET ALL: ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND CARCINOMA. PATH. RES. -- PRACT. 174, 257-284 (1982).
- 10.- GUSBERG S. B.: DETECTION OF ENDOMETRIAL CANCER AND ITS PRECURSORS. CANCER 47N 1173-1175, 1981.
- 11.- GRASSO A. ET ALL: ENDOCRINOLOGICAL FEATURES AND ENDOMETRIAL MORPHOLOGY IN CLIMATERICA WOMEN RECEIVING HORMONE REPLACEMENT THERAPY. MATURITAS 4(1982) 19-26.
- 12.- GUSBERG S.B. ET ALL: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER ENDOMETRIAL. CLINICAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGICAS VOL. 1 1982.
- 13.- HAACK-SORENSEN P.E. ET ALL: DIAGNOSTIC VAPRA (ASPIRATION) CURETTAGE. DANISH MEDICAL BULLETIN. FEB. 1979. VOL. 26 No. 1
- 14.- HULKA BARBARA ET ALL: ESTROGEN AND ENDOMETRIAL CANCER: CASES AND TWO CONTROL GROUPS FROM NORTH CAROLINA. AM J. OBSTET AND GINEC. 137:1, 1980. 92-101.
- 15.- INVERSEN OLE ET ALL: THE VALUE OF ENDOMETRIAL CYTOLOGY. A COMPARATIVE STUDY OF THE GRAVLEE JET-WASHER, ISAACS CELL SAMPLER, AND ENDOSCANN VERSUS CURETTAGE IN 600 PATIENTS. OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY, VOL. 40 No. 1 JANUARY 1985.
- 16.- KALUPILA A. ET ALL: FEMALE SEX STEROID RECEPTORS IN NORMAL, HYPERPLASTIC AND CARCINOMATOUS ENDOMETRIUM. THE RELATIONSHIP TO SERUM STEROID HORMONES AND GONADOTROPINS AND CHANGES DURING MEDROXYPROGESTERONE ACETATE ADMINISTRATION. INT. J. CANCER; 24, 545-554 (1979).
- 17.- JELOVS FREDERICK ET ALL: RISK OF EXOGENOUS ESTROGEN THERAPY AND ENDOMETRIAL CANCER. MAY 1, 1980. AM J. OBSTET. AND GYNECOLOGIC PAGES. 85-90.
- 18.- KLEMI. P. J.: ULTRASTRUCTURAL FEATURES OF ENDOMETRIAL ATYPOICAL ADENOMATOUS - HYPERPLASIA AND ADENOCARCINOMAS AND THE PLASMA LEVEL OF ESTROGENS. GYNECOLOGIC ONCOLOGY 9, 162-169 (1980).
- 19.- KOSS LEOPOLD G. ET ALL: RECENT ADVANCES IN ENDOMETRIAL NEOPLASIA. ACTA CYTOLOGICA VOL. 24 No. 6 Nov-DEC 1980. 478-487.
- 20.- KAWADA CHARLES Y ET ALL: EXAMENES DE SELECCIÓN PARA CA ENDOMETRIAL. CL. OBSTET. AND GYNEC. VOL. 3, 1979 PAGES.
- 21.- PERENCZYA SHORE M ET ALL: EFFECTIVNESS IN ENDOMETRIAL EVALUATION. OBSTET AND GYNEC. 1979 Aug: 54(2) 262-7.

- 22.- PACIFICO EMMA ET ALL; CYTOLOGIC DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL CARCINOMA AND HIPERPLASIA USING JET WASHING ITS POSSIBLE USE FOR AN EARLY DIAGNOSIS, GYNECOLOGIC ONCOLOGY 11,44-49 (1981).
- 23.- PATERSON MEL ET ALL; ENDOMETRIAL DISEASE AFTER TREATMENT WITH ESTROGENS AND PROGESTOGENS IN THE CLIMACTERIC, BR MED, J, 22 MARCH 1980 PAGES, 822-824.
- 24.- RODRIGUEZ JESUS AT ALL; PROGESTERONE BINDING BY HUMAN ENDOMETRIAL TISSUE DURING THE PROLIFERATIVE AND SECRETORY PHASES OF THE MESTRUAL CYCLE AND BY HYPERPLASTIC AND CARCINOMATOUS ENDOMETRIUM, AM J, OBSTET AND GYNECOL VOL. 133 No. 6 MARCH 15-1979 (660-665).
- 25.- RUIZ VELAZCO VICTOR Y COLS; SIMPOSIUM; HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO, IMSS HOSPITAL DE GO, No.- 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA".
- 26.- STAYASWAROOP Y COLS; CA ENDOMETRIAL AN ABBERRATION OF ENDOMETRIAL CELL DIFERENTATION, AM. J. OBSTET AND GYNECOL, VOL. 140 No. 6 (620-623) 1980.
- 27.- SHERMAN ALFRED, PRECURSORS OF CA ENDOMETRIAL, AM. J. OBST. GYNECOL VOL. 135N 947. 1979.
- 28.- STENBACK F, ET ALL; SURFACE ULTRASTRUCTURE OF HUMAN ENDOMETRIU EFFECT. OF HORMONAL STATUS AND NEOPLASTIC PROGRESION, EIROP, J. OBST, GYNECOL, REPROD, BIOL, 11 (1980) 69-84.
- 29.- STUDD J. W W ET ALL; VALUE OF CYTOLOGY FOR DETECTING ENDOMETRIAL ABNORMALITIES INCLIMACTERICA WOMEN RECEIVING HORMONE REPLACEMENT
- 30.- SCHIFF ISAAC ET ALL; ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN WOMEN ON CYCLIC OR CONTINUOUS ESTROGEN REGIMENS, FERTILITY AND STERILITY VOL. 37 No. 1 JANUARY 1982.
- 31.- SCIRPA P ET ALL; PLASMA ANDROSTENDIONE AND OESTRONE LEVELS BEFORE AND AFTER THE MENOPAUSE, I GLANDULAR HYPERPLASIA AND ADENOCARCINOMA OF THE ENDOMETRIUM, MATURITAS 4 (1982) 33-42.
- 32.- THOM MARGARET H ET ALL; SCANNING ELECTRON MICROSCOPY OF THE ENDOMETRIAL CELL SURFACE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN RECEIVING OESTROGEN THERAPY, SEPTEMBER 1981 VOL. 88 PP 904-913.
- 33.- THOM MG, ET ALL; PREVENTION AND TREATMENT OF ENDOMETRIAL DISEASE IN CLIMACTERIC WOMEN RECEIVING O. ESTROGENS, LANCET 1979 I SEP: 2(8140) 455-7.
- 34.- VIHKO R. O. ET ALL; STEROID RECEPTORS IN NORMAL, HYPERPLASTIC, AND MALIGNANT HUMAN ENDOMETRIA, ANNALS OF CLINICAL RESEARCH 12:208-215 1980.
- 35.- VALLE F, ET ALL; HISTEROSCOPIC EVALUATION OF PATIENTS WITH ABDNORMAL UTERINE BLEEDING, SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRIC, OCT. 1981 VOL. 153
- 36.- VOLPE A. ETA LL; AN INTRAUTERINE PROGESTERONE CONTRADEPTIVE SYSTEM (52 MG) USED IN PRE-ANDPERIMENOPAUSAL PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HIPE PLASIA MATURITAS 4(1982) 73-79
- 37.- VAZQUES JOSE ALBERTORY COLS; SINDROME POSLIGADURA TUBARIA, GINECO-OBSTETRICIA DE MEXICO, VOL. 51 No. 317 PP 237-240 (198)
- 38.- WEST NEAL B ET ALL; ESTROGEN RECEPTOR LEVELS IN THE OVIDUCTS AND ENDOMETRIA OF CYNOMOLOGUS MACAQUES DURING THE MENSTRUAL CYCLE, BIOLOGY OF REPRODUCTION 29, 1303-1312 (1983).
- 39.- WRENN BARRY G ET ALL; A COMPARISON OF THE VABRA ASPIRATOR AND THE MARK ENDOMETRIAL SAMPLER IN THE SCREENING OF POSTMENOPAUSAL WOMEN, AUST, AND N.Z. J. OBSTET GYNEC. (1982) 22:43.
- 40.-BARBER HUGH R; CA OF THE ENDOMETRIUM, CA OF GYNECOLOGY, CAP, 8,PAGES,213-238.
- 42.-COVE HARVEY. : ENDOMETRIAL HIPERPLASIA,SURGYCAL PATHOLOGY OF THE ENDOMETRIUM, PGS, 84-111.
- 43.-NOVAK EDMUND R, ET ALL : HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO - ADENOCARCINOMA DE CUERPO UTERINO, 9A, EDICION.