



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

56
30j

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

DETECCION DE LESIONES PREMALIGNAS POR BIOPSIA DE
ENDOMETRIO CON CANULA DE NOVAK.

T E S I S
Para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DRA. VILMA LILIANA HINOJOSA GONZALEZ



1989 - 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F. Febrero 1992



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.

DETECCION DE LESIONES PREMALIGNAS POR BIOPSIA DE ENDOMETRIO CON CANULA DE NOVAK..

Se sabe que el carcinoma de endometrio pasa por una serie de etapas precancerosas en su evolucion que son:

HIPERPLASIA LEVE O SIMPLE
HIPERPLASIA QUISTICA
HIPERPLASIA ADENOMATOSA
HIPERPLASIA ATIPICA
CARCINOMA INSITU

Este tipo de lesiones es dificil de detectar y evaluar en forma periodica de ahí la necesidad de disponer de procedimientos diagnósticos definitivos.

Una gran parte de la confusión sobre las lesiones endometriales preinvasoras es el resultado de el uso incompatible ambiguo de los términos .Por ello es necesario repasar la tecnología y definir cuidadosamente las características microscopicas de los precursores de el cáncer.

HIPERPLASIA SIMPLE:

Las glándulas están apiñadas y dilatadas individualmente con evaginaciones y pliegues internos.El epitelio glandular puede mostrar una estratificación ligera en forma de cresta pero la polaridad celular se conserva.Las células y los núcleos están aumentados de tamaño.Los núcleos son ovales con contornos lisos y con la cromatina distribuida en forma regular.Los nucleolos son poco apreciables.No hay atipia citológica y tienen un riesgo ligero de desarrollar carcinoma (1).

HIPERPLASIA QUISTICA:

Describe glándulas dilatadas con un contorno redondeado irregular.Hay engrosamiento de el endometrio como resultado de proliferación de su epitelio y su estroma

La lesión perfectamente desarrollada tiene el aspecto típico de "QUESO GRUYERE" y muestra notables diferencias en el tamaño de las glándulas.La hiperplasia quística puede ser difusa o localizada Mc Bride (2) aporoto datos de que la hiperplasia quística es apenas precancerosa.

HIPERPLASIA ADENOMATOSA:Es la forma más frecuente de anomalidad estructural; se caracteriza por pequeñas glándulas que surgen en forma de yemas de glándulas quísticas y a veces crean una imagen de "DEDO ENGUANTADO".Se pueden observar grados diversos de apiñamiento glandular (3,4).

HIPERPLASIA ATIPICA: Las glándulas pueden mostrar pliegues internos simples o complejos y apiñamiento de unas junto a otras. Los núcleos son de tamaño mayor y variable y la relación de el núcleo al citoplasma está aumentado. Los contornos nucleares son irregulares y es evidente el hiper cromatismo. Los nucleolos son muchos y están crecidos. La polaridad celular se pierde y hay estratificación. Las figuras mitóticas pueden ser abundantes. Es posible que se observe eosinofilia citoplasmática.

CARCINOMA IN SITU: Son lesiones con pérdida de la polaridad celular, eosinofilia citoplasmática prominente y aglomeración glandular. Foco de glándulas apiñadas recubiertas por grandes células - que a menudo están estratificadas, tienen tamaño variable y carecen de la polaridad normal. Citoplasma abundante, núcleos pálidos con cromatina granulosa (5)

En la actualidad la presencia de atipia citológica en una lesión preinvasora identifica una lesión en alto riesgo de desarrollar cáncer.

Los factores de riesgo que se manejan son pacientes perimenopáusicas o postmenopáusicas con antecedente de sangrado uterino anormal, obesas, diabéticas o hipertensas

Al aumentar el conocimiento de la evolución de esta enfermedad y la propensión de ciertas etapas hacia un curso clínico más agresivo se ha hecho un esfuerzo deliberado y sostenido en la detección inicial de la enfermedad en la población asintomática.

Se sabe que las mujeres perimenopáusicas o postmenopáusicas con antecedentes y datos de hemorragia trasvaginal tienen una gran predisposición al carcinoma de endometrio y en ellas se debe sospechar la presencia de ésta patología; debiendo ser estudiadas por biopsia o raspado endometrial.

La identificación de grupos de alto riesgo facilitan los esfuerzos de detección con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad y costo social de la enfermedad.

En lo que toca a el cáncer de endometrio no ha habido un esfuerzo de detección inicial deliberada tal vez porque no se identificó dicha necesidad, sin embargo al aumentar el conocimiento de su evolución se ha hecho énfasis en la mejora de la precisión de algunos diagnósticos.

Este carcinoma de ésta capa uterina es una enfermedad con pronóstico razonable con una supervivencia quinquenal del 70% y en mujeres con lesiones de poca malignidad y en etapas incipientes puede llegar al 90% (6,7,8.)

En el último decenio se ha recopilado mucha información y se han comprendido mejor las lesiones preinvasoras y definido en forma más exacta. Este mayor conocimiento es debido a el aumento de la frecuencia de el cáncer de endometrio convirtiéndose en el pro ceso maligno más común de las vías genitales femeninas. Este hecho justifica su detección inicial teniendo que escoger un método sencillo y fidedigno como para ser aplicado en otras instituciones y los beneficios deben exceder a los riesgos..

Hay diversos instrumentos para la obtención de fragmentos de endometrio pueden ser procedimientos histológicos o citológicos. HISTOLOGICOS: Curetas, instrumento raspante como la de Novak Randall o kevorkian. No son desechables y su costo es bajo, pueden usarse con anestesia o sin ella (10,11,12).

Instrumentos desechables; está el aspirador de vabra y el vacutage (13,14) que tienen un dispositivo de aspiración por vacío y una pistola de endometrio que es un dispositivo para la obtención de un fragmento de tejido, unido a una jeringa. Estos aparatos son caros y causan molestias.

La eficacia de estos instrumentos desechables no es grande (80-95%) cuando se comparan con el material obtenido por raspado o los datos de la pieza de histerectomía.

Ninguno se ha utilizado en un estudio estructurado de mujeres asintomáticas y por tal razón no se ha evaluado su aceptabilidad en un programa de detección.

CITOLOGICOS: Frotis citológicos de material cervical son ineficaces en el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer endometrial, su diagnóstico debe ser considerado como fortuito.

ASPIRACION ENDOCERVICAL: Reagan señala resultados diagnósticos excelentes, incluyendo identificación de carcinomas endometriales e hiperplasias en mujeres asintomáticas (15,16).

Es una pipeta de cristal o plástico unida a una jeringa con pera de caucho. En diversos estudios realizados posteriormente en ningún caso contribuyó al diagnóstico de ca de endometrio oculto.

FROTIS DE MATERIAL ACUMULADO EN LA VAGINA: Método señalado por Papanicolaou y Traut (17) obtención de muestras directas de cuello no es particularmente eficaz en el diagnóstico de carcinoma de endometrio en mujeres sintomáticas. En promedio el 65% de los cánceres pueden ser identificados con éste procedimiento; sin embargo pueden identificarse cáncer de endometrio en mujeres asintomáticas en manos competentes.

OBTENCION DIRECTA DE MUESTRAS CITOLOGICAS DE ENDOMETRIO: Desde 1943 Cary publicó un artículo sobre el empleo de una cánula unida a una jeringa para tal fin (18). Otros investigadores han obtenido muestras de endometrio por medio de un cepillo rotatorio o una esponjita. Los resultados diagnósticos fueron satisfactorios de 79-90% cuando se compararon con el diagnóstico histológico definitivo.

Han surgido otros aparatos como el de Gravlee (19) con chorro a presión, el aspirador de Isaacs (20) y el Heliz Mi-Marck (21).

El aparato de Gravlee está compuesto de una cánula de doble luz unida a un recipiente con solución salina y una jeringa. Los resultados en publicaciones iniciales mostraban una concordancia casi de el 100% pero no pudieron ser confirmados posteriormente.

El instrumento de Isaacs tiene una cánula manuable y perforada unida a una jeringa. La cánula tiene una camisa de plástico con un obturador que se adapta a el orificio cervical externo; conforme se introduce la cánula en el conducto endocervical la camisa de plástico retrocede hasta que el obturador llega hasta el orificio. La aspiración se hace al tirar el émbolo de la jeringa. Los resultados de las muestras por éste método han sido cuestionables particularmente en lo que toca a la hiperplasia de endometrio.

El aparato de Heliz Mi-Marck es un instrumento compuesto de una sonda de plástico y una espátula maleable de forma helicoidal

La sonda se usa para precisar la profundidad y dirección de la cavidad endometrial. Más tarde se introduce la espátula en la cavidad y se rota varias veces. Los resultados muestran mejores respuestas en lo que toca a hiperplasia de endometrio; la sensibilidad de el método fué de el 93% y su especificidad de el 96%

La muestra de tejido endometrial mejora la detección de cáncer y permite también la identificación de hiperplasia.

La cureta de Novak se ha usado con buenos resultados como un procedimiento para toma de muestra en el consultorio (11), de biopsia de endometrio (B.E.).
MARCO TECNICO.

Por lo que respecta a los métodos de obtención de muestras de endometrio se han descrito muy diversos instrumentos para la realización de la misma como se mencionó anteriormente ; se han hecho en mujeres sintomáticas y solo en ocasiones en mujeres asintomáticas. El 17% de las mujeres con ca de endometrio están asintomáticas (9).

Con escasas excepciones el método se ha realizado comparando el estudio histológico de el material obtenido por raspado con los datos histopatológicos de la pieza obtenida en la histerectomía.

La cureta de Novak se ha usado con buenos resultados Greenwood y Wright (11) detectaron 81% de 21 casos con carcinoma endometrial sin resultados positivos falsos. El 68% de 25 casos de hiperplasia atípica se detectó con un 33% de resultados positivos falsos.

También se ha recalado la necesidad de experiencia en el examen histológico, particularmente en la descripción de hiperplasias (Winkler y col., 1983).

En recientes artículos de Marzo del 82 y noviembre del 91 se ha comparado la cureta de Novak con otras como Pipelle no encontrando diferencia en la calidad de la muestra solo en que con la de Novak hay leve dolor (23 y 24).

PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA:

¿Es confiable la biopsia con cánula de Novak para diagnosticar lesiones premalignas de endometrio?

JUSTIFICACION:

El carcinoma de endometrio es el padecimiento maligno pélvico genital más frecuente; sin embargo no se ha podido dilucidar la cifra de frecuencia o prevalencia de carcinoma endometrial silencioso u oculto en las grandes masas de población.

El factor simple más importante de el ca de endometrio son los estrógenos sin oposición ya sean endógenos o exógenos de ahí la importancia de identificar el ca de endometrio en poblaciones blanco perfectamente bien definidas.

Los métodos que anteriormente mencionamos tienen limitaciones como en el caso de los citológicos en que hay la necesidad de manejo cuidadoso en el laboratorio, destreza y experiencia requerida en su interpretación teniendo además el inconveniente de utilizar instrumentos especiales y caros.

Las muestras de tejido endometrial permite la identificación de lesiones premalignas, tal es el uso con la cánula de Novak que reúne requisitos como bajo costo, de fácil realización, no se requiere de el internamiento de la paciente, el material no es sofisticado, se puede realizar con anestesia o sin ella, además de que se puede realizar en poblaciones blanco a gran escala.

Debido a que no está sistematizado el diagnóstico de lesiones premalignas; en éste hospital Manuel Gea González tratamos de estandarizar desde hace 5 años el estudio de la patología endometrial realizando biopsia de endometrio con cánula de Novak.

Trataremos de corroborar la utilidad de ésta biopsia de endometrio al comparar sus resultados con la pieza quirúrgica que se haya obtenido.

OBJETIVOS:

• Establecer la frecuencia de hiperplasia de endometrio en los últimos 2 años en el Hospital Manuel Gea González mediante el uso de toma de biopsia de endometrio con cánula de Novak.

• Establecer la frecuencia de ca de endometrio en los últimos 2 años en el Hospital Manuel Gea González.

• Sensibilidad y especificidad de la biopsia con cánula de Novak

DISEÑO:

Es un estudio retrospectivo observacional, transversal y descriptivo.

MATERIAL Y METODO:

Universo de estudio:

Se revisarán todos los reportes histopatológicos de las biopsias de endometrio y anatomopatológicas de las piezas quirúrgicas de histerectomía efectuadas en los últimos 2 años en el Hospital Manuel Gea González.

Tamaño de la muestra:

Se revisarán aprox 700 expedientes.

CRITERIOS DE SELECCION:

a) Criterios de inclusión:

Pacientes con reporte de biopsia de endometrio y resultado anatomopatológico.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

No cumplir con los criterios de inclusión

Reportes de biopsia de endometrio con material insuficiente para diagnóstico o inadecuado con diagnóstico anatomopatológico de pieza quirúrgica

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Pacientes que contando con resultado histopatológico de biopsia de endometrio no se obtenga el resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica de histerectomía o viceversa.

VARIABLES:

Dependientes:

Tipo de hiperplasia

Edad

Peso

T/A

Diabetes

Histerometría

Sangrado postmenopausico

PARAMETROS DE MEDICION:

Diagnóstico de la biopsia endometrial y de la pieza qx

Hiperplasia simple

Hiperplasia quística

Hiperplasia adenomatosa

Hiperplasia atípica

Adenocarcinoma endometrial in situ

Atrofia quística senil

Endometrio proliferativo

Endometrio secretor

Disociación glanduloestromal compatible con el uso de hormonas exógenas

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

Se revisarán los resultados histopatológicos de las biopsias endometriales registradas en el departamento de patología de el Hospital Manuel Gea Gonzalez

Se revisarán los resultados anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas de histerectomía registradas en el departamento de patología de el Hospital Manuel Gea Gonzalez

Selección y registro de la información así obtenida para su análisis y procesamiento en una hoja de concentración de datos

VALIDACION DE DATOS:

Se aplicará el teorema de Bayes para determinar sensibilidad y especificidad.

PATOLOGIA POSTQUIRURGICA

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

		+	-
+	a		b
-	c		d

$$\text{SENSIBILIDAD} = \frac{a}{a + c}$$

$$\text{ESPECIFICIDAD} = \frac{d}{b + d}$$

$$\text{VP Positivo} = \frac{a}{a + b}$$

$$\text{VP Negativo} = \frac{d}{c + d}$$

CRONOGRAMA:

La duración de el estudio será de 3 meses en el primer mes se terminará la elaboración de el protocolo.El segundo mes la recabación de la información y en el tercer mes se efectuará el procesamiento y análisis de datos así como la elaboración de el documento final.

RECURSOS:

- =Humanos:El investigador principal será el encargado de la parte aplicativa de este protocolo.
- =Materiales:Su diseño y aplicación sólo requiere de papelería - general.
- =Financiero:No requiere para su ejecución.

PRESENTACION DE RESULTADOS:

Se usarán tablas y gráficas(pastel,barras)

CONSIDERACIONES ETICAS:

Todos los procedimientos deberán estar de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.. Título segundo capítulo I,artículo 17 sección I (investigación sin riesgo).

R E S U L T A D O S

Se revisaron 134 expedientes en total que cubrían todos los criterios;comprendiendo 1990 y 1991

15 fueron los casos que el reporte de la biopsia de endometrio fue hiperplasia adenomatosa focal y de estos solo 4 el resultado histopatologico fue de hiperplasia adenomatosa focal.(ver grafica 1)

En nuestra variable de edad observamos que el grupo de edad en el cual se realizo el procedimiento con más frecuencia fueron pacientes entre las edades de 40 y 45 años de edad

La edad mínima fue de 27 años y la máxima de 68 con una desviación standar de 69 (grafica 7)

EDAD	NUM DE CASOS
25-30	2
30-35	12
35-40	24
40-45	45
45-50	38
50-55	7
55-60	0
60-65	4
65-70	2

En las que el resultado de la biopsia de endometrio fué de hiperplasia adenomatosa focal 9 eran menores de 50 años y 6 mayores de 50 años; de este total de 15 pacientes las que el resultado de la biopsia de endometrio fue hiperplasia adenomatosa focal así como el resultado histopatológico de la pieza fue éste 2 eran menores de 50 años y 2 mayores de 50 años.

En cuanto a la distribución por el peso, las pacientes a las que más se le realizó el procedimiento su peso era entre los 60 y 70 kilogramos. (Ver grafica 3)

Aquellas que sobrepasan el 10% del peso ideal de acuerdo a su talla se les consideró obesas.

PESO	NUMERO DE CASOS
40-50 kg	11
50-60 kg	35
60-70 kg	39
70-80 kg	36
80-90 kg	12
90-100kg	1

E l mínimo de peso fuè de 41 kg y la máxima de 90 kg con una desviacion standar de 10

D e las pacientes que el resultado de la biopsia de endometrio fue hiperplasia adenomatosa focal 8 eran obesas y de estas 3 tenian reporte de la biopsia de endometrio así como el de la pieza quirurgica de hiperplasia adenomatosa focal

E n relación a la menarca la mayoría de las pacientes a las que se les realizó la biopsia de endometrio la menarca la presentaron a los 12 años de edad (grafica 5)

EDAD	NUMERO DE CASOS
9 años	1
10 años	3
11 años	10
12 años	38
13 años	28
14 años	32
15 años	9
+ 16 años	12

La mayoría que de las pacientes que tuvo hiperplasia adenomatosa focal por biopsia de endometrio presentó la menarca a los 14 años y de estas las que además de hiperplasia adenomatosa focal por b.e. tuvieron este mismo resultado histopatológico en la pieza quirurgica 3 su menarca fué de los 14 años en adelante.

Historia reproductiva en esta variable la mayoría de las
pacientes estudiadas eran multigestas.
(grafica 6)

GESTAS	0	Nuligestas
GESTAS	1-3	Regulares
GESTAS	+ 3	Multigestas

HISTORIA REPRODUCTIVA	NUMERO DE CASOS
Nuligestas	6
Regulares	51
Multigestas	77

D e 15 pacientes en que el resultado de la biopsia de endometrio
fue hiperplasia adenomatosa focal 11 eran multigestas y 4 regulares

Y solo 4 que el resultado de hiperplasia adenomatosa focal así
como el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica era el
mismo fueron multigestas.

En la variable de histerometria la más frecuente fue de 8 (grafica 7)

HISTEROMETRIA	NUMERO DE CASOS
6	4
7	16
8	41
9	34
10	21
11	10
12	4
13	1
14	3

De las 15 pacientes que el resultado de la biopsia de endome_ trio fue hiperplasia adenomatosa focal la histerometria más frecuente fue de 8 y las que el resultado de la B.E. así como el de histopatología de la pieza quirúrgica fue de hiperplasia adenomatosa focal fueron 4 de las cuales 3 tenían histerometria mayor de 8..

De las 134 pacientes estudiadas solo 11 tenían historia de sangrado postmenopausico.

7 pacientes con sangrado postmenopausico su biopsia de endometrio reportaba hiperplasia adenomatosa focal y de estas 2 tenían resultado de hiperplasia adenomatosa focal tanto por biopsia de endometrio como por resultado histopatologico de la pieza quirurgica.
(Ver grafica 8 y 9).

En la variable de diabetes encontramos en nuestra poblacion de 134 pacientes que 6 eran diabeticas y de estas 3 tenían biopsia de endometrio positiva de hiperplasia adenomatosa focal y solo una de estas 3 la hiperplasia era positiva tanto en la biopsia como en el resultado histopatologico (grafica 10 y 11)

En cuanto a la hipertension 30 pacientes de nuestras 134 pacientes estudiadas fueron hipertensas y de estas 10 tuvieron resultado de hiperplasia adenomatosa focal por biopsia de endometrio y solo 3 de estas el resultado fue de hiperplasia adenomatosa focal tanto en la biopsia de endometrio como en la pieza quirurgica. (grafica 12)

La sensibilidad de nuestro estudio fue de 100%.

La especificidad fue del 91%

El valor predictivo positivo del 26%

El valor predictivo negativo del 100%

		RESULTADO HISTOPATOLOGICO	
		+	-
BIOPSIA DE ENDOMETRIO	+	4	11
	0	0	119

(grafica 13)

En nuestro estudio revisamos 712 expedientes de los cuales solo 134 reunia nuestros criterios seleccionados; consideramos mencionar que de el total de 712 expedientes revisados encontramos 5 casos de Ca de endometrio los cuales no quedaron incluidos en nuestra revision debido a que se canalizaron a otra Institucion especializada.

De las 5 pacientes una presentaba adenocarcinoma de endometrio poco diferenciado, 2 presentaban adenocarcinomas bien diferenciados y 2 moderadamente diferenciados.

De estas pacientes 3 eran nuligestas, 4 tenian historia de sangrado postmenopausico, 3 obesas, 2 diabeticas, una era hipertensa, 4 tenian arriba de 50 años y una tenia 36 años.

D I S C U S I O N

En nuestros resultados observamos que fueron 4 las pacientes que tuvieron resultados de hiperplasia adenomatosa focal de endometrio tanto en la Biopsia de Endometrio como en el resultado histopatologico de la pieza quirúrgica. Una tenía 38 años, otra 47 y las otras 2 62 años estos resultados son compatibles con los que obtuvo Gusberg y Kaplan en 1963(1) en los que menciona que el cancer endometrial es predominantemente una enfermedad de las mujeres postmenopausicas en envejecimiento, tiene una incidencia maxima entre los 58 y 60 años aproximadamente 10 años despues del nivel maximo de la hiperplasia adenomatosa, la cual es precursora de este cancer.

La obesidad estaba presente en 70 de las 134 pacientes estudiadas y las que tuvieron reporte de Biopsia de Endometrio así como el histopatologico de la pieza quirúrgica con Hiperplasia adenomatosa focal fueron 4 y 3 eran obesas; esta variable es difícil de interpretar debido a que mas del 50% de la población estudiada era obesa, quisimos mencionarla debido a que en la literatura refieren que existe una fuerte relación entre el cancer de endometrio y la obesidad (25).

El indice de producción de estrogénos en personas obesas puede ser de magnitud significativa(1974) (38).

En la grafica referente a la menarca está dentro de las edades establecidas y por lo tanto talvez no exista relación con la hiperplasia adenomatosa focal.

Respecto a la historia reproductiva encontramos que las 4 pacientes con diagnostico de hiperplasia adenomatosa focal tanto en la biopsia de endometrio como el resultado histopatológico fueron multigestas lo cual no corresponde a lo descrito por Novak que encontró semejanza entre mujeres con hiperplasia postmenopausica y adenocarcinoma benigno en relación a nuliparidad (26).

En lo referente a sangrado postmenopausico 4 de los casos que fueron positivos a hiperplasia adenomatosa focal 2 tenían historia de sangrado postmenopausico lo cual si tiene relacion segun lo descrito por Gusberg en 1980 (27).

En relacion a la variable de la diabetes encontramos que una de las 4 pacientes positivas por los 2 estudios a hiperplasia adenomatosa focal era diabetica; con este resultado consideramos que lo señalado por Mac-Mahan en el que precisó un riesgo relativo de 2.8 en relacion con el antecedente de diabetes (29).

Las mujeres con diabetes franca muestran niveles de estrona mayores en la sangre periferica, que las mujeres normales (30).

En cuanto a la hipertension 3 de las 4 pacientes positivas fueron hipertensas. Hay estudios que señalan relacion netamente positiva entre hipertension y cancer de endometrio. (29)

Por ultimo hacemos la observacion que todos los factores de riesgo discutidos anteriormente se cumplieron en la mayoría de las pacientes que se les detecto ca de endometrio.

De las 134 pacientes 15 pacientes tuvieron resultado por biopsia de endometrio de hiperplasia adenomatosa focal y solo en 4 este fue corroborado en la pieza quirurgica creemos que las 11 restantes su resultado en la biopsia de endometrio pudo ser correcto pero dado que el diagnostico de hiperplasia precancerosa presupone la obtencion de muestras endometriales por raspado o biopsia, métodos que en si eliminan la lesion por estudiar (31).

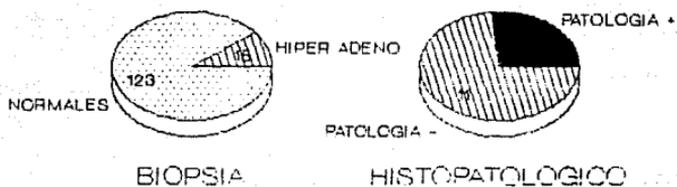
C O N C L U S I O N

La detección de las lesiones premalignas por biopsia de endometrio con cánula de Novak tiene un valor pronóstico negativo del 100%.

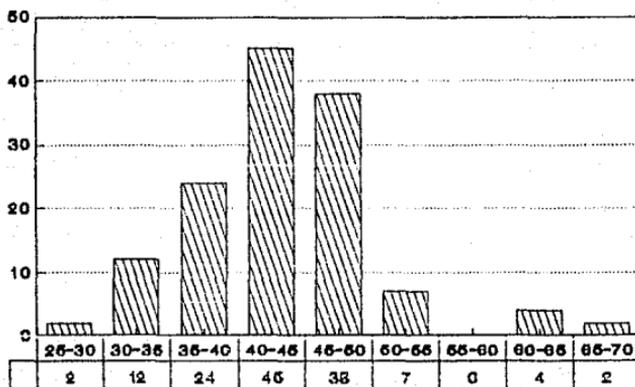
El valor predictivo positivo en la detección de lesiones premalignas de endometrio se presupone del 100% debido a que este método es diagnóstico y parcialmente terapéutico.

Consideramos que este método es un procedimiento electivo en la detección oportuna del cancer de endometrio.

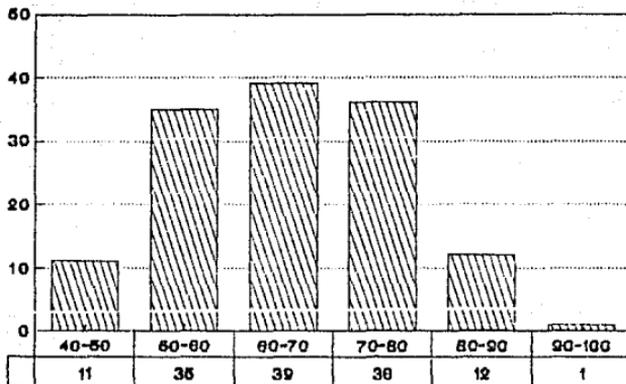
RESULTADOS



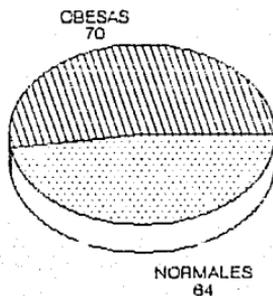
DISTRIBUCION POR EDAD



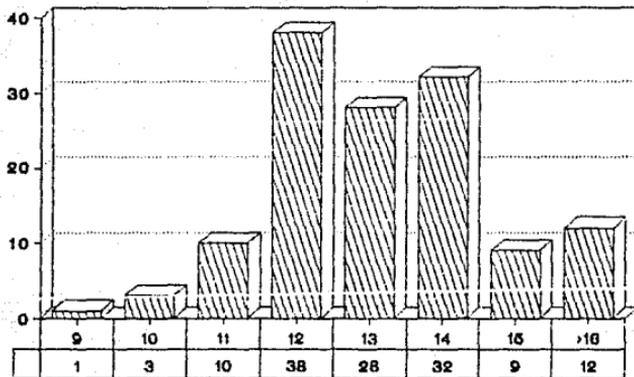
DISTRIBUCION POR PESO



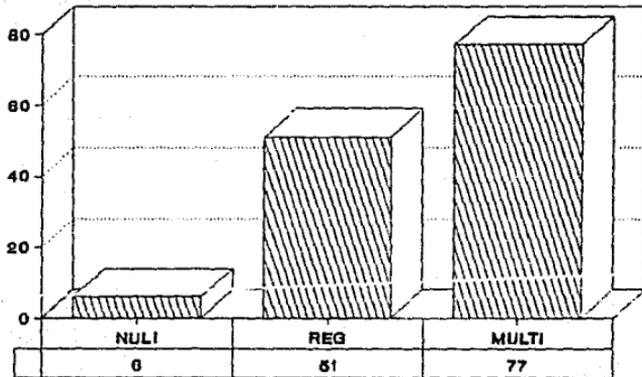
ESTADO NUTRICIONAL



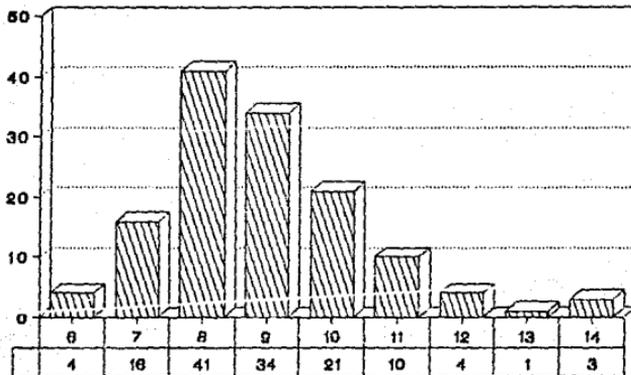
MENARCA



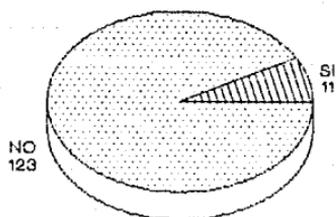
HISTORIA REPRODUCTIVA



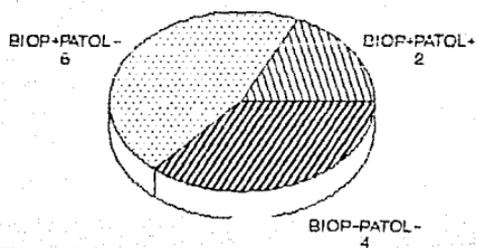
HISTEROMETRIA



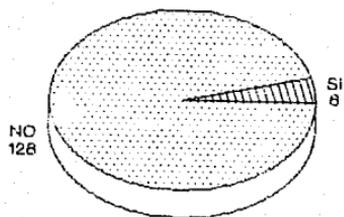
SANGRADO POSTMENOPAUSICO



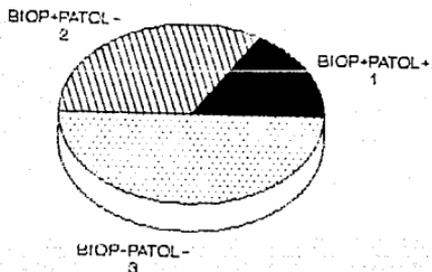
SANGRADO POSTMENOPAUSICO



DIABETES

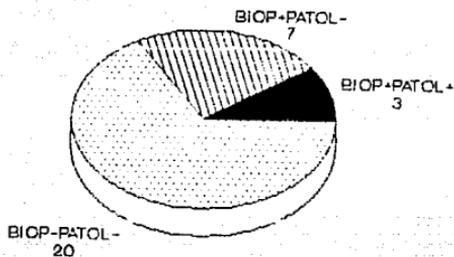


DIABETES

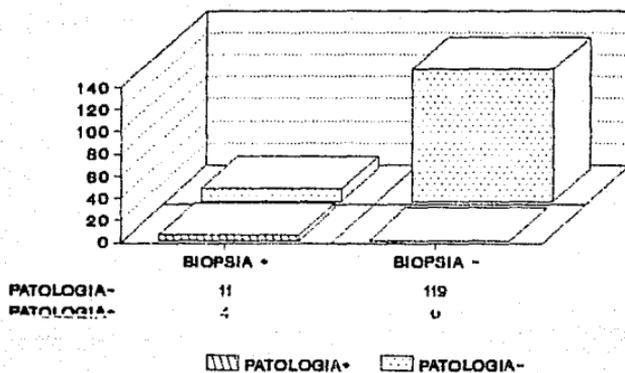


**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

HIPERTENSION



VALOR DIAGNOSTICO



REFERENCIAS:

- 1.-Gusberg SD y Kaplan AL (1963) Precursors of corpus cancer IV Adenomatous hyperplasia as stage 0^c carcinoma of the endometrium. American Journal of Obstetrics and Gynecology 87:662-677
- 2.-Mc Bride JM. Premenopausal Cystic hyperplasia and endometrial carcinoma. Br. J. Obstet Gynaecol 66:288, 1959.
- 3.-Vellios F. Endometrial hyperplasia and carcinoma in situ. Gynecol Oncol 2:152, 1974.
- 4.-Wentz WB. Treatment of persistent endometrial hyperplasia with progestins. Am. J. Obstet Gynecol 96:999, 1966.
- 5.-Gusberg SB: Precursors of corpus carcinoma. Estrogens and Adenomatous hyperplasia. Am J Obstet Gynecol 54:905, 1947
- 6.-Frick HC II, Munnell EW, Richard RM, Berger AP, Lawry MF: Carcinoma of the endometrium. Am J Obstet Gynecol 115:663, 1973
- 7.-Keller D, Renspon RL, Levine G, Mc Lennan C: Management of the patient with early endometrial carcinoma. Cancer 33:1108, 1974
- 8.-Malkasian GD, JR, Annegers JF, Fontain KS: Carcinoma of the endometrium: Stage I Am J Obstet Gynecol 136:872, 883, 1980
- 9.-Hofmeister FJ: Endometrial Biopsy: Another look Am J Gynecol 116 773, 1974.
- 10-Ferenczy A, Shore M, GURALNICK M, Gelfand MM. The kevkorian curette An appraisal of its effectiveness in endometrial evaluation. Obstet Gynecol 54:262, 1978
- 11-Grenwood SM, Wright DJ: Evaluation of the office endometrial biopsy in the detection of endometrial carcinoma and atypical hyperplasia. Cancer 43:1474, 1979
- 12-It of meister FJ: Endometrial biopsy: Another look Am J Obstet Gynecol 118:773, 1974
- 13-Anderson OG, Eaton CJ, Garlinkin LJ, Newton CW III, Haines JP, Miller NF: The citologic diagnosis of endometrial adenocarcinoma Am J Obstet Gynecol 125:376, 1976
- 14-Inglis RM, Meir JH: Endometrial suction biopsy: Appraisal of a new instrument. Am J Obstet Gynecol 125:1070, 1976
- 15-Ng ABP: The cellular detection of endometrial carcinoma and its precursors Gynecol Oncol 2:162, 1974
- 16-Reagan JW, Ng ABP: The cells of uterine Adenocarcinoma , 2 nd ed. Baltimore, Williams y Wilkins, 1973
- 17-Papanicolaou GH, Fraut HF: Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear New York. The Commonwealth fund 1943
- 18-Cary WH: A method of obtaining endometrial smears for study of their cellular content. Am J Obstet Gynecol 46: 422 1943
- 19-Graulee LC, Jr: Jett-irrigation method for the diagnosis of endometrial adenocarcinoma : Its principle and accuracy. Obstet GYNE COL 34: 168, 1969
- 20-Isaacs JH: A simplified method for aspiration cytology of the endometrium. In Tay Mor ML, Green TH, Jr (eds): Progress in Gynecologi VI New York, Grune y Stratton, 1975
- 21-Milan AR, Mak Kley R: Endometrial cytology by a new technique. Obstet Gynecol 42:469, 1973
- 22-Zucker PK, Kasdon EJ y Feld Stewin ML (1985). The validity of pap smear parameters as predictors of endometrial pathology in menopausal women Cancer 56:2256-2263
- 23-M. Mitchell Silver, DO, Philip Miles, MD, and Cesar Rosa, MD: Comparison of Novak and Pipelle endometrial biopsy instruments Obstet and Gynecol Vol 78 n^o 5 828-830 1991
- 24-George A. Hill, MD, Carl M. Herbert III, MD Robert A. Parker, DSc, and Anne Colston Wentz, MD, vol 73 n^o 3 443-445 1969.

- 25-Minagawa J, Oshima A, Karita T, et al: Influence of estrogen Therapy Upon the incidence of Endometrial Cancer: Case-Control study. Proceedings of the 39 th Annual Meeting of the Japanese Cancer Association, Tokyo 170, 1980.
- 26-Tratado de Ginecologia 9 Edicion Edmond R. Novak (1977)
- 27-Cushery SE. (1980) The changing nature of endometrial cancer. New England Journal of Medicine 302:729
- 28-Mc Donald PC & Siiteri PK. (1974) Relation ship between extraglandular production of estrone and endometrial neoplasia. Gynecologic Oncology 2:250
- 29-Mac Manon B: Risk factors for endometrial cancer. Gynecol Oncol 2:122, 1974
- 30-Deutsch S, Benjamin F. Effect of diabetic status on fracted estrogen levels in post menopausal women. Am J. Obstet Gynecol 120:105, 1978
- 31-Clinicas obstetricas y ginecologicas (volumen 1/1982).