

11217



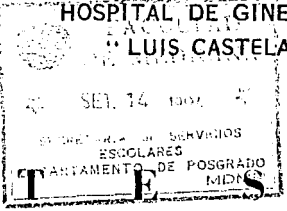
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

109

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2ES

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"



I S

"UTILIDAD DE LA BIOPSIA DE
ENDOMETRIO EN PACIENTES
GINECOLOGICAS"



QUE PARA OBTENER EL TITULO DE "CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RODOLFO PASCACIO CAMACHO

ASESOR: DR. JORGE LOPEZ BONILLA



IMSS

MEXICO, D. F.

Jorge Lopez Bonilla
1995

FEBRERO 1994

[Signature]



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.

11217

109
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

T E S I S

UTILIDAD DE LA BIOPSIA DE
ENDOMETRIO EN PACIENTES
GINECOLOGICAS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RODOLFO PASCACIO CAMACHO

ASESOR: DR. JORGE LOPEZ BONILLA



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1994

1995

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES:

**por su apoyo y amor infinitos,
por creer en mí y ayudarme a
lograrlo.**

**A LAURIS Y SOFIA
fuentes de inspiración
de cada día.**

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS.

**por todo su cariño y
aliento.**

AGRADECIMIENTOS.

A MIS AMIGOS.

por su invaluable presencia.

**A MIS MAESTROS,
con respeto y
admiración.**

INDICE.

INTRODUCCION.

GENERALIDADES:

- Planteamiento general del problema ...**
- Objetivos del estudio ...**
- Hipotesis alterna.**
- Hipotesis nula ...**

MATERIALES Y METODOS

- Criterios de inclusión.**
- Criterios de exclusión.**
- Criterios de no inclusión.**
- Población.**

RESULTADOS.

DISCUSION

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Dentro de la práctica clínica diaria, el especialista requiere de muy variados instrumentos y técnicas de diagnóstico, que le permitan ofrecer la mayor calidad de atención y una eficacia terapéutica asegurada.

Para la paciente ginecológica esto no es la excepción, y el estudio de los sangrados anormales se emplea, dentro de otras muchas acciones, la biopsia de tejido endometrial, que realizada mediante cánulas específicas o ya bien a través de un legrado biopsia hemostático, dará una impresión diagnóstica y hasta en un momento dado, terapéutica

Así, mediante la colaboración directa con el Patólogo, podrá inferirse un diagnóstico temprano de anormalidad endometrial y establecer un plan de tratamiento y vigilancia más estrecho.

La hiperplasia endometrial resulta ser una patología ginecológica frecuente y cuyo diagnóstico es evidentemente histológico, su asociación a otras patologías de los genitales internos y a enfermedades crónico-degenerativas es frecuente, por lo que su búsqueda intencionada y de validez protocolaria para cirugía, resulta innegable.

GENERALIDADES:

En la actualidad, el estudio clínico ginecológico comprende la detección oportuna de enfermedades endometriales y su asociación con otras entidades nosológicas; de ahí que, para el estudio de sangrados anormales se realizan diversas técnicas de recolección de muestras de endometrio para su estudio histológico, cuyo resultado puede modificar el abordaje terapéutico y la sobrevida de la paciente, pudiendo establecer así también una forma de vigilancia evolutiva y de respuesta al tratamiento.

El Dr. Howard Kelly propuso, "un legrado sin anestesia en la mesa de exploración del consultorio", como solución al problema de obtener una muestra tisular adecuada del endometrio. Desde entonces, se han ideado muchos instrumentos para muestrear tejido endometrial y evaluar la cavidad uterina. Uno de los más útiles para uso en el consultorio es la cánula de Novak, misma que fué creada para obtener muestras endometriales mediante succión y aspiración, pero se usa con mayor frecuencia como minicureta que presenta un borde dentado en torno de su abertura distal, misma que mide aprox. unos 5mm de diámetro y que por lo general puede pasar por un conducto cervical pequeño, hasta de mujeres nulíparas.

Es por ello que ésta cánula se emplea con creciente eficiencia para obtener muestras adecuadas de valor clínico en la toma de decisiones terapéuticas.

La biopsia de endometrio puede realizarse con dos finalidades distintas; a) para diagnóstico de lesiones orgánicas, llámese neoplasias, hiperplasias o inflamaciones, y b) para el diagnóstico de procesos funcionales, apoyándose en los cambios cíclicos que experimenta la estructura histológica del endometrio por acción de las hormonas ováricas.

A nivel mundial se considera que la sensibilidad de las biopsias de endometrio tomadas mediante cánulas está entre el 76 y el 92% (Cohen). Y las principales contraindicaciones para su uso es la infección y el píometra.

También existe el legrado biopsia como medio para obtener muestra de tejido para estudio, éste debe realizarse bajo condiciones más estrictas y requiere de la implicación de otras disciplinas médicas, como la anestesiología; representando un mayor costo a nivel institucional y de la

hospitalización temporal de la paciente, aunque su sensibilidad reportada a nivel mundial es mayor que la antes referida.

La hiperplasia de endometrio, se caracteriza por la proliferación irregular del endometrio debido a la estimulación estrogénica persistente no contrarrestada por la acción progestacional.

La radical importancia de ésta patología se basa en que aquellas mujeres genéticamente predispuestas, la persistencia por largo tiempo del estímulo estrogénico no solo les ocasionará hiperplasia endometrial sino que evolucionará hacia carcinoma endometrial.

Dentro de las clasificaciones que se han realizado para agrupar y graduar las proliferaciones endometriales, una de las que cuenta con mayor vigencia a la fecha es la realizada en 1972 por González Merlo y Márquez; misma que está basada en las alteraciones funcionales del endometrio. Quedando la hiperplasia incluida en las alteraciones de la fase proliferativa y de estas a las que corresponden a su exceso.

La clasificación es la siguiente:

- * HIPERPLASIA GLANDULAR SIMPLE.
- * HIPERPLASIA GLANDULAR QUIÍSTICA.
- * HIPERPLASIA ADENOMATOSA.
- * HIPERPLASIA ADENOMATOSA ATÍPICA.

Entre otras clasificaciones tenemos la realizada por Villecas en 1974, quien las agrupa en Hiperplasia quística, Hiperplasia Adenomatosa, Hiperplasia Atípica y Cancer in Situ.

Posteriormente en 1986, Norris establece una clasificación basada más que todo en el grado de acumulación glandular y procesos papilares. Dicho autor las dividió en Hiperplasia Simple, Hiperplasia Compleja e Hiperplasia atípica. Se revisará en forma breve cada una de las variantes histológicas, en su denominación más común.

HIPERPLASIA GLANDULAR SIMPLE.

Aquí el endometrio se encuentra engrosado con difícil diferenciación entre la capa basal y la funcional del endometrio. Las glándulas presentan aumento del volumen y del número de las mismas, con una distribución desordenada a través de toda el área endometrial. El epitelio que reviste las glándulas presenta signos de actividad con distribución nuclear a distintos niveles que dan una imagen de pseudostratificación. El estroma es compacto y celular con presencia de mitosis, a su vez puede haber signos de edema, así como infiltración leucocitaria.

HIPERPLASIA GLANDULAR QUISTICA.

Además del engrosamiento del endometrio como resultado de la proliferación de su epitelio y estroma, la manifestación típica es la variación en el tamaño de sus glándulas.

La lesión perfectamente desarrollada tiene aspecto típico de "Queso Gruyere". El estroma pasa por fases de proliferación menos manifiestas, que según los expertos, son la causa de la dilatación quística de las glándulas al obstruir su comunicación con el exterior.

La hiperplasia quística puede ser difusa o localizada, esta última puede ocasionar la aparición de un polipo endometrial.

Resulta importante diferenciar la hiperplasia quística no sólo del endometrio quístico senil, sino también de los focos no hiperplásicos con dilatación glandular, que se producen tal vez por obstrucción de los orificios.

HIPERPLASIA ADENOMATOSA.

Esta se caracteriza por cursar con un endometrio notablemente engrosado, gris y aterciopelado. La superficie de la mucosa puede resultar irregular, e incluso presentar prolongaciones polipoides.

En las formas más frecuentes hay un aumento en el número y prolongaciones de las glándulas endometriales, pero, los datos característicos son la diferencia en las dimensiones de las glándulas endometriales y la irregularidad en su forma.

Algunas glándulas son pequeñas y otras voluminosas y quísticas, se forman yemas papilares en el interior de las glándulas, al igual que evaginaciones digitiformes hacia el estroma endometrial adyacente. El epitelio de revestimiento es hiperplásico y a menudo hay estratificación del epitelio alrededor de la luz. En ocasiones, hay aumento de la actividad mitótica del estroma endometrial.

HIPERPLASIA ATÍPICA.

Aquí, las alteraciones histológicas se localizan fundamentalmente en la arquitectura glandular (número, forma y tamaño de las glándulas). Existe apiñonamiento glandular, pareciendo estar en contacto mutuo.

El carácter peculiar de éste tipo de hiperplasia es la atípica celular, que consiste en pérdida de la polaridad, hiper cromatismo, nucleólos destacados, células voluminosas con abundante citoplasma eosinófilo pálido, y mitosis frecuentes. Está bien establecido que el paso de hiperplasia a carcinoma es un proceso continuo y que dura varios años. (Gusberg 1976, Wentz en 1974).

Las diferencias en la edad de aparición son un tanto análogas al de la displasia cervical y el carcinoma cervical (Don Gambrell, 1978).

Las proliferaciones endometriales forman una continuidad morfológica, en ambos extremos del espectro hay poca discusión sobre el diagnóstico, la controversia se origina cuando el aspecto microscópico comienza a semejar al carcinoma.

Aún para el Patólogo más experimentado, resulta difícil diferenciar la hiperplasia atípica severa del carcinoma endometrial de primer grado, o sea, aquel bien diferenciado y esto es debido a que ambos presentan patrones microscópicos superpuestos. Generalmente es necesario la invasión al estroma ha sido subjetivo.

No resulta raro encontrar metaplasia plana o acantosis junto con hiperplasia de endometrio. En estos casos las células planas son bien diferenciadas y benignas. La metaplasia plana del endometrio puede ser secuela de una infección crónica, de radiación o cualquier irritante de acción prolongada como los DIU o bien cuerpos extraños y deficiencia de vitamina A.

En ocasiones toda la superficie del endometrio puede estar convertida en una superficie plana estratificada, estado que se conoce con el nombre de "Ictios Uterina".

En casos muy raros de focos metaplásicos en endometrio puede haber transformación maligna, con la producción del raro cáncer epidermoide del endometrio o los llamados adenoacantomas malignos. Pero por lo general, las células planas del endometrio no indican en forma alguna, tendencia maligna; por cuanto las células epiteloideas son maduras y bien desarrolladas. Pero hay que tener la seguridad de que el elemento glandular asociado sea benigno.

El diagnóstico de hiperplasia de endometrio es básicamente histológico y se hace tomando una muestra de endometrio para estudio histopatológico, ya sea realizándose a través de un legrado, que el mismo puede servir de medio hemostático, o bien mediante cánulas llamadas de Novak, Randall o Kevorkian.

El tratamiento para la hiperplasia de endometrio puede hacerse en forma medicamentosa o con tratamiento quirúrgico. La selección de la terapia se ha tenido en cuenta principalmente; la edad de la paciente, la estirpe histológica de la lesión así como el deseo de la paciente por conservar la fertilidad.

En general, el tratamiento debe cumplir varios requisitos, como son; el cohibir la hemorragia, regular el ciclo menstrual en base a la etiología que lo esté alterando, y contemplar el tratamiento radical en aquellas pacientes con alto riesgo de desarrollar carcinoma.

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA.

La hiperplasia de endometrio es una entidad que reviste especial importancia dado el riesgo que tiene de transformarse en carcinoma.

Ya anteriormente los intentos para comprender la evolución intrínseca de una anomalía endometrial se dificultaban por el seguimiento prolongado requerido. Además, en las comunicaciones antiguas (Hertig y Cols 1949), (Gusberg y Kaplan en 1963) los estudios de seguimiento de las lesiones hiperplásicas no eran claros debido a las intervenciones terapéuticas (Cirugía, Hormonas y aún Radioterapia): De hecho es muy difícil, por no decir imposible realizar un estudio prospectivo bien controlado sobre el índice de evolución de las lesiones hiperplásicas no tratadas, pues se corre el riesgo que en determinado momento ésta se convierta en un carcinoma.

Se sabe que los métodos para obtener tejidos endometrial son procedimientos realizados a ciegas, la mayoría de las veces; y en forma fraccionada pudiendo ocasionar errores en los estudios de análisis (Greasman y Weed, 1976).

Las hiperplasias endometriales, así como pueden ser lesiones generalizadas a toda la superficie del endometrio, también pueden presentarse en forma localizada, focal o bien llegar a estar asociadas con un carcinoma. Las variaciones en la magnitud complica más aún la evaluación de su importancia, porque la posibilidad de eliminación total de una anomalía en una biopsia o material de raspado endometrial, guarda relación directa con su tamaño, se le suma a esto la dificultad técnica para diferenciar la hiperplasia atípica severa con el carcinoma bien diferenciado en las muestras obtenidas por biopsia o legrado.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Con el presente estudio se busca establecer la sensibilidad de la biopsia de endometrio obtenida con cánula de Novak, así como de las obtenidas por legrado uterino, para la hiperplasia endometrial.

Secundariamente se evaluarán los grupos de edad, la paridad, las patologías asociadas y los grados más frecuentes de hiperplasia endometrial.

HIPOTESIS ALTERNA.

La sensibilidad de la biopsia de endometrio mediante legrado uterino es mayor que la obtenida con cánula endometrial.

HIPOTESIS NULA.

La sensibilidad de la biopsia de endometrio, mediante el legrado uterino no es mayor a la reportada con cánula endometrial.

MATERIAL Y METODOS.

Se analizaron en forma retrospectiva los expedientes de 96 pacientes, que en el lapso comprendido entre el primero de Agosto de 1992 y el 28 de Febrero de 1993, se les realizó biopsia de endometrio con cánula o mediante legrado, en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.

Con la colaboración del Archivo Clínico del departamento de Patología del mismo Hospital.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- * Pacientes a quienes se les realizó biopsia de endometrio por cánula o legrado del 1° de Agosto de 1992 al 28 de Febrero de 1993, en el Hospital "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- * Pacientes cuyo expediente se encontrara en el Archivo Clínico del Hospital Luis Castelazo Ayala.
- * Pacientes con seguimiento completo, (desde el reporte de biopsia hasta el tratamiento quirúrgico y el reporte de patología)
- * Pacientes con protocolo de estudio por leiomiomatosis uterina
- * Pacientes en quienes la biopsia se indicó por sangrado postmenopáusico.
- * Pacientes con reporte de patología positivo a hiperplasia endometrial.
- * Pacientes con reporte de biopsia normal pero con reporte de legrado positivo a hiperplasia endometrial.
- * Pacientes con reporte anatomopatológico de pieza quirúrgica.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- * Pacientes con reporte de biopsia de otro Hospital.
- * Pacientes con biopsia de endometrio reportado como material

insuficiente.

- * Pacientes con antecedentes de neoplasia de genitales internos.
- * Pacientes en quienes no se tenga reporte anatomopatológico de pieza quirúrgica.
- * Pacientes con reporte de biopsia positivo que no aceptaron tratamiento.
- * Pacientes cuyo reporte de legrado menciona tejido gestacional.
- * Pacientes cuyo expediente clínico no se encuentre en archivo.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- * Pacientes en control por hiperplasia endometrial.
- * Pacientes con terapia hormonal o radiación.
- * Pacientes que no han completado estudio.
- * Pacientes que están en observación de patrones menstruales.

POBLACION.

- * Se trabajo con población proveniente de medio socioeconómico medio y medio bajo, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritos al Hospital Luis Castelazo Ayala.

RESULTADOS.

En forma retrospectiva se analizaron 96 expedientes, de pacientes que, en el lapso del 1° de Agosto de 1992 al 28 de febrero de 1993, se les realizó biopsia de endometrio mediante cánula o legrado y cuyo reporte fué positivo a hiperplasia endometrial, en alguno de sus grados. Corroborandose el diagnóstico mediante estudio histopatológico de pieza quirúrgica producto de Histerectomía.

De las 96 pacientes el grupo de edad más frecuente fué de los 41 a los 50 años de edad, con 54 pacientes que presentan un 56.25 %. Con una edad promedio de 48 años. La paciente de mayor edad tenía 74 años y la de menor edad 22 años.

De las 96 pacientes en 52 la biopsia fué obtenida por legrado que representa al 54.1 % del total. Las restantes 44 son reportes de biopsia obtenidas por cánula y representan el 45.8 %.

El tipo de hiperplasia mayormente reportado en la biopsia fué la H. Glanduloquística con 51 pacientes que representan el 53.1 % Hubieron 35 reportes de hiperplasia simple, (36.4 %). La asociación Glanduloquística y adenomatosa se halló en 8 casos (8.3 %). La H. Atípica en 1 caso (1.04 %), y un caso reportado con Carcinoma Adenomatoso Moderadamente Indiferenciado, en una paciente de 71 años (1.04 %).

Dentro de los datos clínicos contenidos en los expedientes se encontró asociación de la hiperplasia con Obesidad, en 46 pacientes, representando un 47.9 %

Diabetes en 6 de ellas (6.25 %), y en 6 más se encontró hipertensión (6.25 %). Con diagnóstico asociado de anovulación crónica se hallaron 29 pacientes que representan el 30.2 %).

Los reportes anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas (útero) fueron los siguientes:

Reporte de 57 piezas con hiperplasia, representando un 59.3 %
Endometrio secretor en 26 de las piezas, 27 %
9 más, reportadas como endometrio proliferativo 9.3 %

2 piezas presentaron endometrio lisado que no permitió evaluación del mismo.

1 pieza con reporte de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ésta última representó 1.04 %.

Así mismo dentro de los reportes de patología de las piezas quirúrgicas se encontraron asociados los diagnósticos de:

Leiomiomatosis uterina en 39 pacientes, 40.6 %

Adenomiosis en 12 piezas, 12.5 %.

7 polipos endometriales 7.2 %.

2 Cistadenomas serosos benignos 2 %.

La paridad referida con mayor frecuencia en las 96 pacientes fué, de 0 a 1 hubieron 60 pacientes, que representan 62.5 %, de 2 a 3 embarazos hubieron 27, (28.1 %). Y de 4 o más fueron 9 pacientes, 9.3 %

De las 52 biopsias obtenidas por legrado se corroboró diagnóstico de hiperplasia en 33 de ellos, significando un 63.4 %. Y una sensibilidad de 74 % De las 44 biopsias obtenidas por cánulas se corroboró diagnóstico en 25 de las mismas, representando un 56.8%. Y una sensibilidad del 78%

La comparación de ambos métodos diagnósticos no resultó estadísticamente significativa. ($p < 0.653$).

DISCUSION

Cuando se realiza un legrado uterino con fines de biopsia, generalmente la cantidad de tejido que se obtiene, es suficiente para estudio histológico y resulta representativo de todas las caras del cuerpo uterino, pudiendo incluso detectar y desterrar lesiones focalizadas de hiperplasia. Sucede lo contrario con las biopsias obtenidas a través de cánulas pues con estas la técnica varía al no estar anestesiada la paciente y poder referir molestia, así como en la toma de muestras de solo ciertas áreas de la cavidad endometrial, pudiendo suceder que nunca se llegue a tocar el verdadero sitio de lesión.

A nivel mundial se le confiere mayor sensibilidad a la biopsia obtenida mediante legrado (92-95%) y una menor sensibilidad a las obtenidas por cánula (72%),(5, 10,16).

En nuestro estudio estos grados de sensibilidad fueron similares, con un porcentaje de 56.8 % para la biopsia por legrado y 63.4 % para la hecha mediante cánula.

El estado perimenopáusico de muchas mujeres entre los 41 y 50 años de edad, hacen que favorece la presentación de hiperplasia endometrial dados los ciclos anovulatorios tan frecuentes. (1, 20, 21).

La estimulación ininterrumpida del endometrio por los estrógenos, sin la acción antagonica de la progesterona son causa de anovulación, misma que en este estudio se presento en un 30.2 % Se vió asociado con bastante frecuencia la obesidad 47.9 %, esto debido a la mayor conversión periférica de andrógenos a estrógenos, principalmente de androstendiona a estrona. También se sabe que las concentraciones de globulina fijadora de hormonas sexuales se encuentran disminuidas en pacientes postmenopáusicas obesas hasta en un 60 a 80% de los casos y que los niveles de estrógenos libres están aumentados hasta 2 a 3 veces. (5, 8, 22).

Los estados de fertilidad disminuida condiciona a las pacientes a una estimulación estrogénica más persistente y prolongada , misma que puede llevarlas a aparición de cuadros hiperplásicos endometriales, que de no detectarse en forma oportuna pueden evolucionar a carcinoma. (23, 24, 17).

La asociación de la hiperplasia endometrial en asociación con leiomiomatosis uterina, resulta comprensible al entender que ambas son estrógeno dependientes (9, 10, 16).

CONCLUSIONES:

El presente estudio concluye:

Hubo mayor sensibilidad del legrado uterino biopsia (63.4%), sobre la biopsia realizada con cánula (56.8%) para el diagnóstico de hiperplasia endometrial.

La hiperplasia endometrial se presentó con mayor frecuencia entre los 41 y 50 años de edad, con un promedio de 48 años.

La hiperplasia endometrial se vio asociada con más frecuencia a Leiomatosis uterina (40.6%) y a Obesidad (47.9%)

En pacientes con hiperplasia de endometrio es más frecuente encontrar tasas bajas de paridad.

No hubo significancia estadística entre ambos métodos diagnósticos.

BIBLIOGRAFIA.

- 01.- David F: Archer Endometrial morphology in asymptomatic postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*; 165: 317-322, 1991
- 02.- Baggish MS: New Techniques for lasser ablation of the endometrium in high risk patients. *Am J Obstet Gynecol*; 159:287, 1988.
- 03.- Brooks PG: Histeroscopic findings after unsuccessful dilatation and curettage for abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol*; 158: 1354-1357, 1988.
- 04.- Christians GC: Morphology of haemostasis in menstrual endometrium. *BR J Obstet*; 87:425;1, 1980.
- 05.- Dallenbach H: Endometrio, histología patológica en diagnóstico e investigación 1985. Salvat.
- 06.- DeCherney AH: Histeroscopic manegement of intrauterine lesions and intractable uterine bleeding. *Obstet Gynaecol*; 61:392-397, 1983.
- 07.- De Cherney AH: Endometrial ablation for intractable uterine bleeding; histeroscopic resection. *Obstet Gynaecol*; 70: 668-670, 1987.
- 08.- Gibson M: Error in histologic dating of secretory endometrium: variance component analysis. *Fertil Steril*; 56: 242-247, 1991.
- 09.- Gimpelson RJ: A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopses and dilatation & curettage. *Am J Obstet Gyenaecol*; 158: 489, 1988.
- 10.- González Merlo: Ginecología 5ª ed. SALVAT. 1988
- 11.- Grufeld Lawrence: High resolution endovaginal ultrasonography of the endometrium: a nininvasive test for endometrial adequacy. *Obstet Gynecol*; 78:200-204, 1991.
- 12.- Kaunitz AM: Comparison of endometrial biopsy with the endometrial pipelle and Vabra aspirator. *J. Reprod Med*; 33: 427, 1988.
- 13.- Marty R: The reliability of endometrial biopsy performed during hysteroscopy. *Int J. Gynecol Obstet*; 34: 151-155, 1990
- 14.- Mitchell SM: Comparison of Novak and pipelle endometrial biopsy instruments. *Obstet Gynecol*; 78: 828-830; 1991.
- 15.- Mogollon C: Sensibilidad de la biopsia de endometrio en la hiperplasia TESIS POSTGRADO. HGO LCA IMSS. 1990.
- 16.- Novak: Tratado de Ginecología. 11ª ed. SALVAT 1991.
- 17.- Stovall TG: Endometrial sampling prior to hysterectomy. *Obstet Gynecol*; 73: 405-409, 1989.

- 18.- Stovall TG: A prospective randomized comparison of the pipelle endometrial sampling device with de Novak curette.
Am G Obstet Gynecol; 165:1287-1289, 1991.
- 19.- Varner RE: Transvaginal sonography of the endometrium in postmenopausal women. Obstet Gynecol; 78:195-199, 1991.
- 20.- THE BEHAVIOR OF ENDOMETRIAL HIPERPLASIA.
Cáncer, Julio de 1985: 404-412.
- 21.- Preinvasive Lesions of Endometrium.
Clin Obstet Ginecol; Vol 13, No. 4, 1986:725-738.
- 22.- Prevention of Endometrial Abnormalities.
Acta Obstet Gynecol Scand Supp; 134, 1988: 81-91.
- 23.- Detección inicial de las alteraciones precursoras del carcinoma endometrial. Clin Obstet Ginecol, Vol 1, 1982: 51-54.
- 24.- Definición de las alteraciones precursoras del carcinoma endometria. Clin Ginecol Obstet; Vol.1, 1982: 42-50
- 25.- Lesiones preinvasoras del endometrio.
Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales; Vol. 13, 1986: 705-750.

Tabla I.

SENSIBILIDAD DE LOS METODOS DE ESTUDIO			
LEGRADO UTERINO		BIOPSIA CON CANULA	
Nº BIOPSIA	Dx. HIPERPLASIA	Nº BIOPSIA	Dx HIPERPLASIA
52	33	44	25
63.4 %		56.8 %	

TABLA II.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO DE PIEZA QUIRURGICA

	Nº	%
Hiperplasia glandular simple	16	16.6 %
Hiperplasia Glandular Quística	33	34.3 %
H.Glanduloquistica + adenomatosa	7	7.2 %
Atípica	1	1.04 %
Endometrio Secretor	26	27 %
Endometrio Proliferativo	9	9.3
Endometrio Lisado	2	2 %
Carcinoma Adenomatoso	1	1.04 %

Tabla III.

ASOCIACION DE HIPERPLASIA A OTRAS PATOLOGIAS

Entidad Nosológica	Nº pacientes	Porcentaje
Obesidad	46	52.8 de 87 % 47.9 de 96
Diabetes	6	6.89 de 87 % 6.25 de 96
Hipertensión	6	6.89 de 87 % 6.25 de 96
Anovulación	29	33.3 de 87 % 30.2 de 96

Tabla IV.

TIPOS DE HIPERPLASIA EN REPORTE DE BIOPSIA

	Nº	%
Glandular Simple	35	36.4
Glandulo quística	51	53.1
Glandulo quística + adenomatosa	8	8.3
Atípica	1	1.04
Carcinoma	1	1.04

Tabla V.

GRUPOS DE EDAD

Edad en años	Nº	%
20 - 30	2	2.08
31 - 40	10	10.4
41 - 50	54	56.25
51 - 60	22	22.9
61 - 70	6	6.25
71 - 80	2	2.08
Total	96	100

Tablas VI.

METODOS DE ESTUDIO

Legrado Uterino Biopsia	Biopsia con Cánula Novak
52 pacientes	44 pacientes
54.1 %	45.8 %

Tabla VII.
PACIENTES POR EDADES

EDAD	N° / %	EDAD	N° / %
22	1 / 1.04	51	9 / 9.37
27	1 / 1.04	52	5 / 5.20
34	2 / 2.08	53	3 / 3.12
35	4 / 4.16	54	2 / 2.08
36	1 / 1.04	55	1 / 1.04
38	3 / 3.12	56	1 / 1.04
41	3 / 3.42	57	1 / 1.04
44	1 / 1.04	61	4 / 4.16
46	9 / 9.37	62	1 / 1.04
47	16 / 16.6	68	1 / 1.04
48	7 / 7.29	71	1 / 1.04
49	7 / 7.29	74	1 / 1.04
50	11 / 11.45	Total	96 / 100

Tabla VIII.

PARIDAD POR GRUPOS, PACIENTES CON HIPERPLASIA

Paridad	N°	%
0 - I	60	62.5
II - III	27	28.1
IV - >	9	9.3

Tabla IX.

PARIDAD EN PACIENTES CON HIPERPLASIA

Paridad	Número	Porcentaje
O	19	19.7
I	41	42.7
II	18	18.75
III	9	9.3
IV	5	5.2
V ó mas	4	4.1

Tabla XI.

HIPERPLASIA ASOCIADA A OTRAS PATOLOGIAS UTERINAS

Entidad Nosológica	Número	porcentaje
leiomiomatosis	39	65 de 60 % 40.6 de 96
Adenomiosis	12	20 de 60 % 12.5 de 96
Pólipo Endometrial	7	11.6 de 60 % 7.2 de 96
Cistoadenoma seroso benigno	2	3.3 de 60 % 2.0 de 96