

11217
141
2ej

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y

OBSTETRICIA

VoBo. Dr. MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA

COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL TACUBA ISSSTE.

TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO UNIVERSITARIO DE GINECOLOGIA Y

OBSTETRICIA

VoBo. Dr. JAIME B. MADARIAGA MARQUEZ

COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL

ISSSTE
Depto. de Investigación
OCT 31 1998
HOSPITAL TACUBA
REVISADO

HOSPITAL GENERAL TACUBA Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ISSSTE
★
★

VoBo. Dr. RENE JAIME TORO CALZADA

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL

TACUBA ISSSTE

ASESOR DE TESIS

PRESENTA:

DR. CARLOS RICARDO RODRIGUEZ Cerezo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

FACULTAD
DE MEDICINA
21 1008 ★
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
HMM

265150



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: POR TODO LO QUE INVOLUCRA

A MIS PADRES: POR HABERME AYUDADO A REALIZAR UNA DE MIS MAS
GRANDES METAS LA CUAL CONSTITUYE LA HERENCIA MAS
VALIOSA QUE PUDIERA RECIBIR.

A MIS HERMANOS: POR BRINDARME SU AYUDA Y APOYO CUANDO FUE
NECESARIO INCONDICIONALMENTE.

A MIS MAESTROS:

DR MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA.

DR. RENE JAIME TORO CALZADA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**A TODOS LOS MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO. 1

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

CONCLUSIONES

GRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo y comparativo en el Hospital General Tacuba del ISSSTE, durante el período comprendido del 1o de Julio de 1995 al 30 de Junio de 1996, con la finalidad de determinar la sensibilidad y la especificidad de los diagnósticos obtenidos por medio de cánula de Novak y el legrado biopsia fraccionado comparandolos con el resultado obtenido en la pieza de histerectomía. Con los resultados obtenidos al saber que tipo de procedimiento es mas conveniente utilizar evitaremos realizar algunos que no sea necesarios así como agilizar el tratamiento de cada paciente. De 194 histerectomias en este período, se excluyeron 69 pacientes quedando 125 pacientes. Se correlacionaron los resultados de ambos métodos con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. Se encontró para la biopsia tomada por cánula de Novak una especificidad y una sensibilidad de 75%, y para el legrado biopsia fraccionado se encontró una sensibilidad de 63.26% y una especificidad de 65.3%, siendo ambas diferencias no significativas para la sensibilidad como para la especificidad entre ambos métodos ($p > 0.01$) Teniendo un menor rango de error cuando se trataba de endometrio proliferativo o secretor, no así cuando existia hiperplasia simple o con atipia. Concluimos que ambos métodos son igualmente útiles para el estudio de la patología endometrial.

Palabras claves: Biopsia de endometrio, Cánula de Novak, Legrado Biopsia.

SUMMARY

We developed a longitudinal, retrospective and comparative study in Tacuba General Hospital of ISSSTE. at the period. of July 1st of 1995 to June 30th 1996, The finality of this study was to determine the sensibility and specificity of diagnostics. Obtained by Novak's cannula and curetage, comparing their, with the histopathology results of the uterus gotten by hysterectomy. With this study we can know, what procedure is better to make diagnostic and accelerate the treatment. Of 194 hysterectomies realized, we excluded 69, so we studied 125 patients we correlated the results from both methods with the results of the histopathology study of the uterus gotten by hysterectomy. We found a specificity and sensibility of 75% with Novak's cannula, and a sensibility of 75% and specificity of 63.26% with curetage, the results were not significant, in specificity neither the sensibility ($p > 0.01$). We had a less error range when the diagnostic was proliferative or secretory endometry, in comparison when the diagnostic was simple hyperplasia or with atypia. We concluded that both methods are similar for the diagnostic of endometrial pathology.

Keywords: Endometrial biopsy, Novak's cannula, Curetage.

INTRODUCCION

La hemorragia uterina anormal es un problema común que explica incluso el 20% de las visitas al consultorio del ginecólogo (1). Con la aceptación de los beneficios de la *hormonoterapia de reposición para el tratamieto de la menopausia* (2), *la vigilancia de este grupo de personas se ha vuelto una fracción creciente en la práctica del ginecólogo. Por todo lo expuesto el muestreo endometrial seguirá siendo una técnica de uso frecuente*(3).

En la actualidad es una técnica fundamental para el estudio de cuadros que incluyen incluso el estudio de la infertilidad.(4)

Uno de los problemas para diagnóstico temprano y adecuado es la Hiperplasia endometrial como precursora de adenocarcinoma endometrial. Definiendose como la proliferación no fisiológica y no invasora del epitelio como resultado, generalmente, del estímulo de niveles altos de estrógenos endógenos o exógenos (Terapia Hormonal Susutitutiva). Dentro de las morfologías que puede tener la hiperplasia endometrial, solamente las que presentan atipia parecen tener significado como lesión precancerosa. El 50% del las hiperplasias no tratadas presentaran regresión y el 20% persistiran(5,6). Solo el 30% restante según Huang y Amparo, de las hiperplasias endometriales con marcada alteración arquitectural y atipias citológica progresaran al adenocárcinoma(7).

CORRELACION HISTOPATOLGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO.RGUEZ. 5

La Sociedad Internacional de Patología Ginecológica clasifica a la Hiperplasia

Endometrial en tres variedades:

- 1) **HIPERPLASIA SIMPLE:** que en forma general corresponde a la hiperplasia quística
- 2) **HIPERPLASIA COMPLEJA:** Hiperplasia sin atipia citológica, pero con alteración arquitectural glandular.
- 3) **HIPERPLASIA ATIPICA:** Las celulas presentan atipia citológica y la arquitectura glandular. Puede ser simple o compleja (3).

Existen varios métodos que se han empleado para el diagnóstico de la Hiperplasia Endometrial, dentro de estos tenemos a la citología, si embargo no se ha definido como medio eficaz para identificar estados premalignos y malignos. La ultrasonografía y actualmente la transvaginal puede sugerir que este justificado la obtención de muestras endometriales, plantea la posibilidad de que con una mejor detección primaria puede modificarse la decisión sobre la obtención del tejido endometrial. Por otro lado en la Histeroscopia se puede ver directamente la cavidad endometrial y desde 1985 se ha planteado la interrogante de que podría eliminar la dilatación con legrado diagnóstico hecha en el hospital, en favor de histeroscopia y toma de biopsia dirigida reportandose excelentes resultados(9), y quiza actualmente sea el método mas apropiado para el diagnóstico de alteraciones del endometrio, sin embargo esta tecnología aun no se ha establecido en muchos lugares. Siguiendo en sensibilidad para el diagnóstico de alteraciones endometriales los métodos de legrado biopsia fraccionado y la obtención de tejido endometrial por medio de cánula de Novak.

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO. RGUEZ. 6

En 1843 Recamier propuso utilizar una pequeña cucharilla dotada de un mango largo para extraer neoformaciones micóticas intrauterinas que a su parecer constituyen una causa frecuente de metrorragia(10). En 1924 se recomendó realizar en el consultorio, en algunas circunstancias y sin anestesia, la toma de tejido endometrial para biopsia diagnóstica. Los beneficios incluyeron el tiempo que se ahorraba el médico, la rapidez de procesamiento histológico y el ahorrarle a la paciente los gastos de la anestesia general. Sin embargo, la dilatación y el raspado (legrado) en el Hospital pronto se volvió la operación más común que se hacía en mujeres, a nivel mundial. No solo como diagnóstico, sino también por supuestos efectos terapéuticos (11).

En 1958 se hizo una revisión de 6907 dilataciones y legrados y se rebatió el concepto de que el legrado fuera sencillo, inocuo y de fácil práctica, de modo que podría ser hecho por un interno en sus primeros años sin dificultades ni miedo de lesionar o sin supervisión o instrucción (12).

En 1970 se introdujo el raspado o legrado por vacío y se hacía a través de una cánula de acero inoxidable demostrándose la posibilidad de realizar el procedimiento sin necesidad de anestesia. Se reportó hasta en un 98.5% de las biopsias suficiente tejido para el estudio histopatológico.

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO. RUIZ. 7

En 1974 se publicaron datos de una serie de 20177 biopsias endometriales hechas en el consultorio en la valoración de mujeres con irregularidad menstrual, hemorragia postmenopáusicas o asintomáticas, por medio de la cureta de Novak-Randall (13). En donde se realizó el diagnóstico de 187 cánceres endometriales de los cuales el 82.8% se detectaron en mujeres sintomáticas y solo 17% en asintomáticas. Se reporta también que la biopsia no diagnosticó 11 (5.9%). Carcinomas o causas de estenosis o tumor obstructivo. Es necesario hacer notar que la cifra de resultados negativos falsos en la biopsia de endometrio no pudo calcularse en esta serie.

En 1982 se publicó una revisión crítica de la utilidad de la dilatación y el legrado diagnóstico después del análisis de 33 publicaciones que abarcaron 13598 dilataciones y legrados y 5851 biopsias por aspiración (14). Al valorar la inocuidad (seguridad) La dilatación con legrado produjo una cifra con mayor hemorragia, infección y perforación. Aunque la dilatación con legrado tuvo una cifra pequeña de mortalidad y no señaló problema alguno con la aspiración, la adecuación de la muestra obtenida para interpretación histopatológica por medio de dilatación y legrado varió del 67 al 94% , y con aspirador de Vabra va del 85 al 99%. Es difícil valorar la sensibilidad y la especificidad de la dilatación con legrado por que pocas series confirman los datos histopatológicos del estudio con la seguridad de una piza de histerectomia.

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE LA BIOPSIA DE ENDOMETRIO. RIGUEZ. 8

La dilatación con legrado en el preoperatorio según una investigación no detectó lesiones endometriales en el 10% de los casos. Por la misma razón es también difícil valorar la exactitud de las biopsias con cánula o aspirador de Vabra.

Incluso muchos ginecólogos por costumbre tienen muestra de la cavidad endometrial antes de la histerectomía planeada por indicaciones benignas para descartar un cáncer asintomático. Por lo común se ha considerado a la dilatación con legrado como el procedimiento que permite la valoración más completa del endometrio, pero de 50 muestras de histerectomías consecutivas (en las muestras se había hecho raspado). En 60% se demostró que se había legrado menos de la mitad de la cavidad y que en 16% el legrado había abarcado menos de la cuarta parte de ella (15).

En 1989 se valoró la eficacia del muestreo preoperatorio por medio de un aspirador Vabra, una cucharilla de Novak o dilatación y legrado. En un estudio retrospectivo sin asignación aleatoria de 619(16), las indicaciones para la obtención de la muestra incluyeron agrandamiento uterino (10.4%), hemorragia uterina anormal (57.3%) y muestreo preoperatorio sistemático (32.33%). Hubo 30 casos en los que el muestreo no identificó la hiperplasia endometrial (28 casos), o el carcinoma en dos casos. La capacidad diagnóstica de las tres técnicas fue igual. De las muestras obtenidas en la práctica ordinaria, no se detectó un caso de hiperplasia endometrial. Reportándose en este estudio que quizá no se necesitara la obtención de la muestra en forma sistematizada en mujeres con programación para histerectomía por causa benigna y que no tienen hemorragia uterina anormal salvo que existan otras indicaciones.

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO. RGUEZ. 9

Por otro lado es importante saber que la dilatación con legrado cuesta unas 10 veces mas que la biopsia en consultorio por diferentes métodos incluyendo la cánula de Novak, Randall, aspirador de Vabra y Pipelle.

Ante este panorama en donde por diferentes circunstancias no se ha podido establecer con certeza cual es el mejor metodo con el que contamos para la obtención de tejido endometrial en nuestro Hospital el objetivo del estudio es: Investigar la especificidad y la sensibilidad de los diagnósticos de patología endometrial por medio de cánula de Novak y legrado biopsia. Así como encontrar la correlación histopatológica entre cánula de Novak y legrado biopsia fraccionado con la pieza de histerectomia.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó en el Hospital General Tacuba del ISSSTE de la Ciudad de Mexico un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo del periodo comprendido del 1o de Julio de 1995 al 30 de Junio de 1996 revisandose los expedientes de pacientes histerectomizadas las cuales contaban con reporte histopatológico de biopsia endometrial obtenida con cánula de Novak y/o legrado biopsia fraccionado con rango de edad de 30 a 70 años, excluyendose del estudio piezas obtenidas por histerectomia vaginal o pieza quirúrgica por patología anexial asi como no contar con reportes histopatológicos completos. Recolectandose los siguientes datos de cada expediente: Edad, número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos, reporte de citología cervical, reporte histopatológico de la biopsia de endometrio obtenidas por medio de cánula de Novak y/o Legrado biopsia, metodo de planificación familiar, diagnóstico peoperatorio y el diagnóstico histopatológico de la pieza quirúrgica.

Con los resultados obtenidos se estableció la sensibilidad y especificidad de las biopsia de endometrio por cánula de Novak y legrado biopsia fraccionado para cada uno de los resultados obtenidos por estos metodos, comparandolos con los resultados obtenidos del los reportes de pieza de histerectomia realizandose mediante tablas de contingencia.

RESULTADOS

Se analizaron 194 expedientes los cuales presentaban reporte histopatológico de pieza de histerectomía eliminándose 69 por no contar con criterios de inclusión quedando 125 expedientes, el promedio de edad, fue de 44.38 años con un promedio de 4 gestaciones, 3 partos, se encontró que de las citologías reportadas ocho presentaban lesiones de bajo grado y once de alto grado, se encontró que de los 125 expedientes 76 tenían biopsia de endometrio obtenida por medio de cánula de Novak y 49 por medio de legrado biopsia fraccionado, Se encontraron cuatro expedientes que reportaban biopsia de endometrio por ambos métodos. De los reportes obtenidos por cánula de Novak se reportan 54 casos de endometrio secretor o proliferativo así como en un caso endometrio atrófico se reportaron 5 casos de hiperplasia endometrial simple, y 5 con reporte de hiperplasia endometrial con atipia leve, con atipia moderada 11 y no se reportó ninguno con atipia severa (Gráfica No.1).

De los obtenidos por legrado biopsia se reportaron 21 casos con endometrio proliferativo y/o secretor, 5 casos de hiperplasia simple, 6 casos de hiperplasia con atipia leve, 14 con atipia moderada y 3 con atipia severa (Gráfica No. 2).

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO. RGUEZ. 12

De las piezas quirúrgicas se reportaron endometrio secretor y/o prolofetativo en 79 casos, de hiperplasia endometrial simple se reportaron 7 casos, de hiperplasia endometrial con atipia leve se reportaron 15 casos, con atipia moderada se reportaron 23 casos y con atipia severa se reportó un solo caso.

Posteriormente se realizó la comparación de cada uno de los diagnósticos obtenidos por biopsia de cánula de Novak así como los diagnósticos obtenidos por legrado biopsia con el reporte de las piezas de histerectomia estableciendose la especificidad de cada uno de los procedimiento (Gráficas 3 y 4). A si mismo se estableció la sensibilidad de cada uno de los métodos, tanto del la biopsia por cánula como por legrado (Gráficas 5 y 6).

Obteniendose una sensibilidad y especificidad del 75% para la biopsia obtenida por medio de cánula de Novak así como una sensibilidad del 63.26% y especificidad del 65.3% para la biopsia obtenida por legrado.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se puede concluir que la biopsia con cánula de Novak es mas sensible si se trata de endometrio secretor o proliferativo a diferencia de las hiperplasias, Y en caso de tratarse de una hiperplasia el método fue mas sensible si se trataba de hiperplasia endometrial con atipia aunque la diferencia no fue significativa .

El legrado biopsia fue mas sensible en caso de tratarse de una hiperplasia con atipia, probablemente debido a que abarca mayor superficie endometrial por lo que fue mas sensible en localizar una lesion focal.

La biopsia con cánula de Novak es mas especifica en caso de endometrio secretor o proliferativo asi mismo el legrado es mas especifico cuando se trataba de hiperplasia endometrial con atipia.

Comparando la cánula de Novak con el legrado biopsia fueron similares en especificidad exceptuando cuando se trataba de hiperplasia sin atipia, en donde es mas especifica la cánula de Novak.

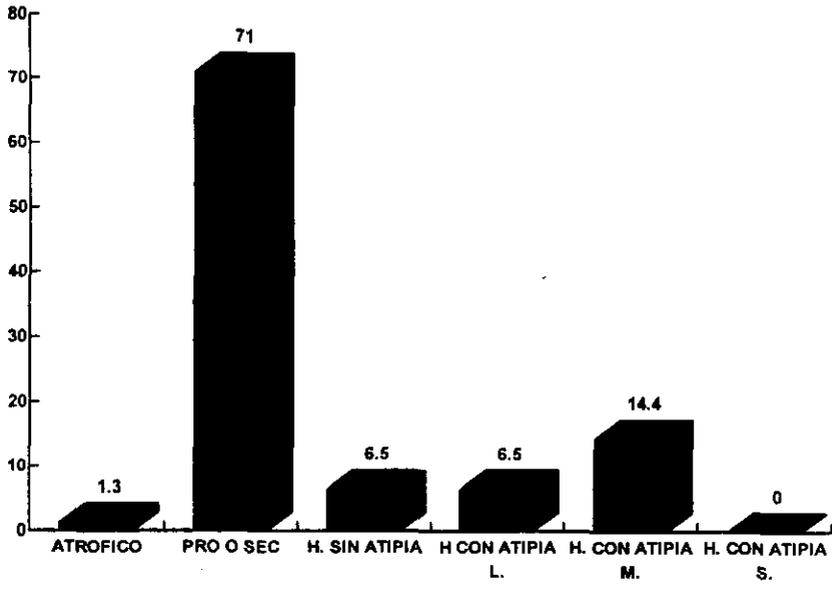
CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE BIOPSIA DE ENDOMETRIO. RGUEZ. 14

Y en cuanto a la sensibilidad la cánula de Novak es mejor con respecto a endometrio secretor y/o proliferativo y el legrado biopsia cuando se trata de hiperplasia endometrial con atipia.

Sin embargo si se compara la sensibilidad y especificidad en forma global no hubo diferencia significativa en los dos métodos.

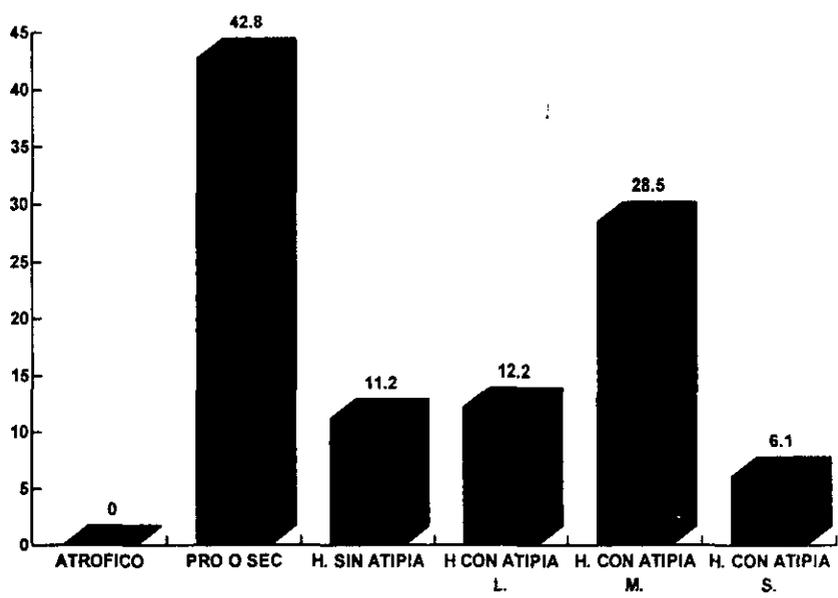
Ambos métodos dependen también de factores de error como la forma de realizar la obtención de la muestra, la fijación de la misma, la cantidad de tejido así como el número de cortes tanto en la muestra como en la pieza así como la experiencia del patólogo.

DIAGNOSTICOS POR CANULA DE NOVAK



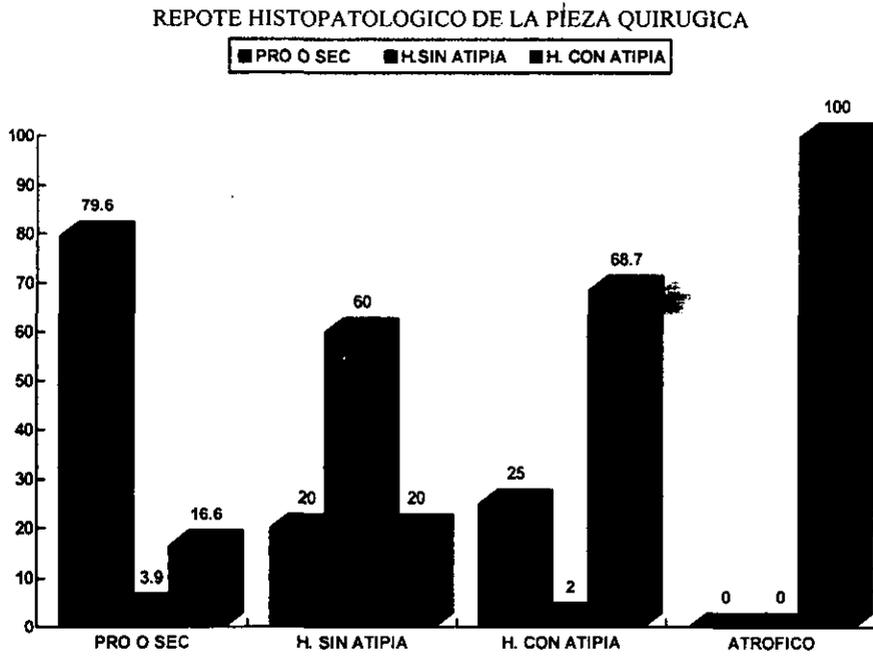
GRAFICA No.1

DIAGNOSTICO POR MEDIO DE LEGRADO BIOPSIA



GRAFICA No. 2

ESPECIFICIDAD DE LA CANULA DE NOVAK

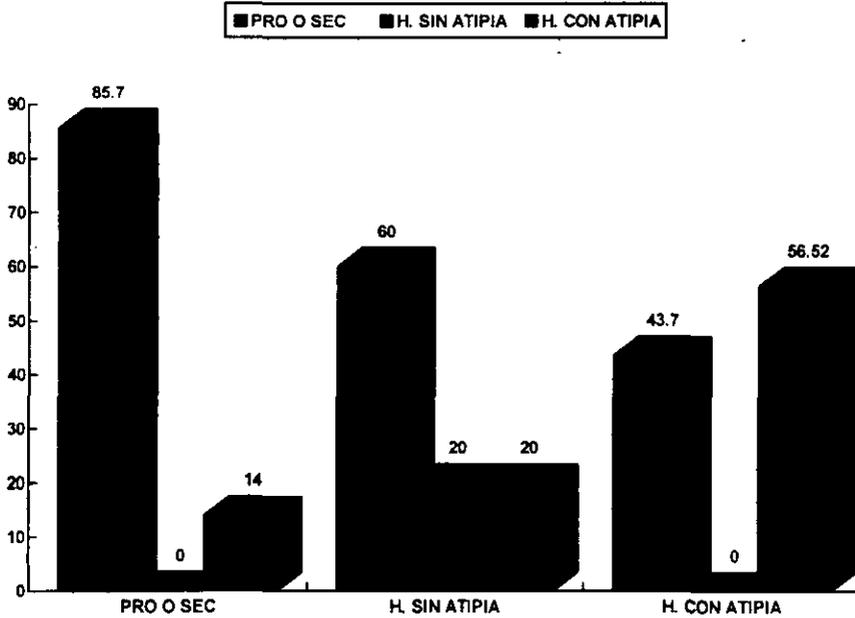


REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LA CANULA DE NOVAK

GRAFICA No.3

ESPECIFICIDAD DEL LEGRADO BIOPSIA

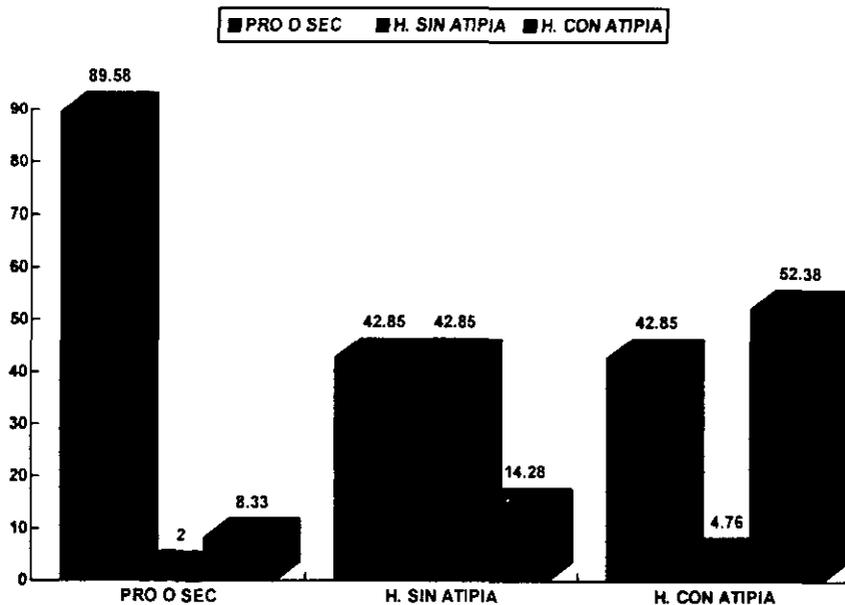
REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA



REPORTE HISTOPATOLOGICO DEL LEGRADO BIOPSIA

GRAFICA No.4

REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LA CANULA DE NOVAK

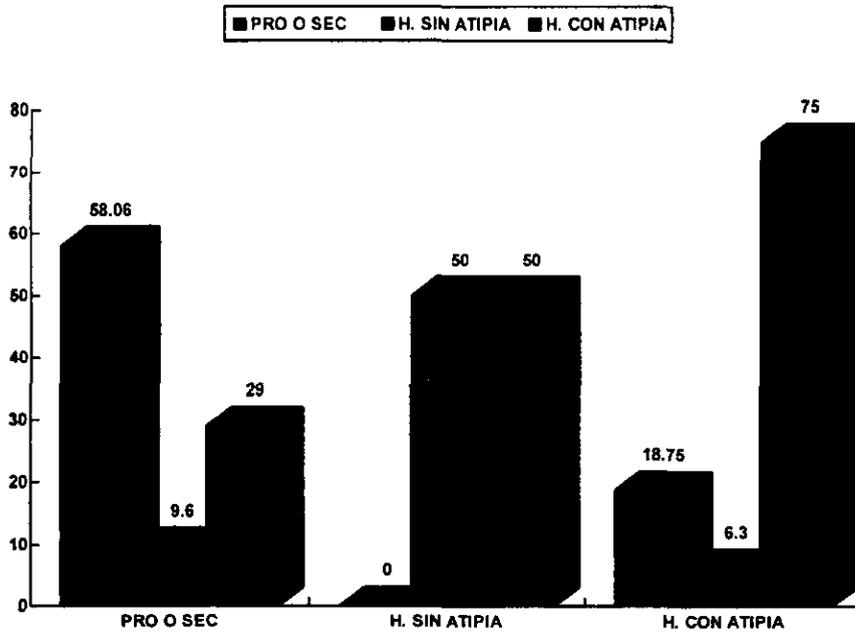


REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA

GRAFICA No.5

SENSIBILIDAD DEL LEGRADO BIOPSIA

REPORTE HISTOPATOLOGICO DEL LEGRADO BIOPSIA



REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LA PIEZA QUIRURGICA

GRAFICA No. 6

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Nerre R. Abdomal vaginal bleeding in perimenopausal women. *Am Fam Physician* 1989; 40:185.
- 2 - Rakoff AE, Nowroozi K. The female climacteric. In: Greenblatt RB, ed. *Geriatric endocrinology*. New York: Raven, 1978;65.
- 3 - Joseph T.Chambers, et al. Momento, sitio, justificación y medios para la obtención de muestra de endometrio. *Clinicas obstetricas y ginecológicas* 1992;1:27.
- 4 - Henry MS. et al. Biopsia endometrial por aspiración. *Ginec Obst Mex* 1994; 62:395.
- 5 - Carlos OH. et al. Clasificación y diagnóstico histológico de la hiperplasia endometrial. *Anales medicos* 1996:3:106.
- 6.- Hendrickson MR, et al. The uterine corpus En: Sternberg SS (ed). *Diagnosis surgical pathology*. 2a ed.Raven Press. 1994:2116.
- 7 - Huang S. Amparo E. Fu, et al. Endometrial hyperplasia histologic classification and behavior. *Surg.Pathol.* 1988;1:215.
- 8.- Karman RJ, Norris HJ, Endometrium En: Albores-Sacedra H (ed) *Pathology of incipient neoplasia Vol 28:Problems in Pathology*, Philadelphia: WB Saunders. 1993:286.
- 9.- Pantaleoni CD. On endoscopic examination of the cavity on de womb: original communication. *the medical press and circular* 1869; 8: 26

- 10.-Ricci J.V. Gynaecological surgery and instruments of the nineteenth century prior to the antiseptic age. The development of gynaecological surgery and instrumets. Philadelphia: Blakistan 1994: 326.
- 11.-kelly HA.Curettage without anesthesia on the office table. AmJ.Obstest. Gynecol.1925 9:78.
- 12.-Word B, Gravlee LC,Widemen GL. The fallacy of simple uterine corettage.Obstet Gyneal 1958;12:642.
- 13.-Hofmeister FJ. Endometrial biopsy:another look Am J.Obstet Gynecol 1974;118:773
- 14.-Grimes DA. Diagnostic dilation and curettage: a reappraisal. Am.J. Obstet Gynecol 1982; 142:1.
- 15.-Stock RJ, Kanbour L.A. Prehysterectomy curettage Obstet Gynecol 1975; 45: 537.
- 16.-Stovall T, Solomon S, Ling F. Endometrial sampling prior to hysterectomy. Obstet Gynecol 1989;73:405.