



20
11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.

CORRELACION HISTOPATOLOGICA ENTRE
BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR
CANULA Y LEGRADO

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. VICTOR MANUEL CABRERA DIAZ



ISSSTE

MEXICO, D.F.

ASESOR DE TESIS:
DR. RENE JAIME TORO CALZADA

OCTUBRE DEL 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 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.

TESIS PARA LA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



Dr. RENE TORO CALZADA

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE

ASESOR DE TESIS



Dr. JESUS CRUZ SANTOS

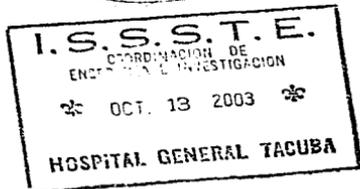
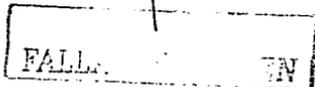
COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo, recepción.

NOMBRE: René Toro Calzada

FECHA: 14/10/2003

FIRMA: 



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

AMI ESPOSA : POR EL APOYO CONTINUO DURANTE TODO ESTE TIEMPO. PARA CUMPLIR EL OBJETIVO ESTABLECIDO.

A MIS PADRES Y HERMANOS. POR SU AYUDA Y APOYO INCONDICIONAL PARA

LOGRAR UNA DE MIS METAS EN LA VIDA

A MIS MAESTROS . A CADA UNO UNO DE LOS MÉDICOS ADSCRITOS DEL SERVICIO POR SU EXPERIENCIA QUE NOS HEREDARON .

TESIS CON
FALLA DE BIEN

INDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	5
RESULTADOS	6
GRAFICAS	8
CONCLUSIONES	10
BIBLIOGRAFIA	11

TESIS CON
FALLA DE ENTEN

INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina anormal es un problema común que explica incluso hasta el 20% de las visitas al consultorio de ginecología(11). Con la aceptación de los beneficios de la hormonoterapia de reposición para el tratamiento de la menopausia, 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(12). También es de gran utilidad y fundamental para el estudio de pacientes con infertilidad.

Uno de los problemas para diagnóstico temprano y adecuado es la Hiperplasia Endometrial como precursora de Adenocarcinoma Endometrial (1,3). Definiéndose 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 Sustitutiva)(4).

En la Hiperplasia endometrial, las que presentan atipias parecen tener significado como lesión precancerosa. El 50% de las hiperplasias no tratadas presentaran regresión y el 20% persistirán, solo el 30% restante de las hiperplasias endometriales con marcada alteración en arquitectura y atipias citológicas progresaran al adenocarcinoma (7).

La Sociedad Internacional de Patología Ginecológica, clasifica a la hiperplasia endometrial en tres variedades.

1.- HIPERPLASIA SIMPLE:

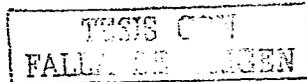
Que en forma general corresponde a la hiperplasia quística.

2.- HIPERPLASIA COMPLEJA:

Que corresponde a hiperplasia sin atipia citológica, pero con alteración arquitectural glandular.

3.-HIPERPLASIA ATÍPICA:

Que corresponde a las células que presentan atipia citológica y la arquitectura glandular puede ser simple o compleja(13).



Existen varios métodos que se han empleado para el diagnóstico de la Hiperplasia Endometrial dentro de estos tenemos a la citología. Sin embargo no se ha definido como medio eficaz para identificar estados premalignos y malignos. La ultrasonografía transvaginal puede sugerir que este justificando la obtención de muestras endometriales, cuando se reporta por este un endometrio mayor de 15 mm(9) Por otro lado en la histeroscopia se puede ver directamente la cavidad endometrial En este procedimiento, se inserta un pequeño telescopio por la vagina y el cuello del útero para visualizar la capa uterina directamente(1). Usualmente se puede hacer una biopsia en el mismo momento en que se encuentra alguna anomalía, y desde 1985 se ha planteado la interrogante de que podría eliminar la dilatación con legrado diagnóstico hecha en el Hospital a favor de histeroscopia y toma de biopsia dirigida reportando excelentes resultados y quizá actualmente sea el método más 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 y la obtención de tejido endometrial por medio de Cánula de Novak.

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.

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

En 1974 se publicaron datos de una serie de 20177 biopsias endometriales hechas en el consultorio en la valoración con irregularidad menstrual hemorragia posmenopáusicas o asintomáticas, por medio de la cureta de Novak-Randall. En donde se realizo el diagnóstico de 187 casos de cáncer endometrial, de los cuales el 82.8% se detectaron en mujeres sintomáticas y solo el 17% en asintomáticas se reporta también que la biopsia no diagnostico 11(5.9%). En casos de carcinomas o causas de estenosis o tumor obstructivo es necesario

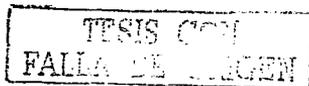
TESIS CON
FALLA DE CARGEN

hacer notar que la cifra de resultados falsos de la biopsia de endometrio no pudo calcularse en esta serie.

En 1982 se publico una revisión crítica de la utilidad de la dilatación y legrado diagnostico después del análisis de 33 publicaciones que abarcaron 13 598 dilataciones y legrados 5 851 biopsias por aspiración(14). Al valor de la inocuidad (seguridad). La dilatación con legrado produjo una cifra con mayor hemorragia, afección y perforación. Aun más la dilatación con legrado tuvo una cifra pequeña de mortalidad y no señalo problema alguno con aspiración, la adecuación de la muestra obtenida para interpretación histopatológica por medio de dilatación y legrado vario del 66 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 porque pocas series confirman los datos histopatológicos del estudio con la seguridad de una pieza de histerectomía.

La dilatación con legrado en el preoperatorio según la investigación no detecto lesiones en el 10% de los casos por la misma razón es también valorar la exactitud de las biopsias con cánula o aspirador de Vabra. Incluso muchos ginecólogos tienen dentro de sus protocolos de estudio la muestra histopatológica 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 habia hecho raspado) en el 60% se demostró que se habia legrado menos de la mitad de la cavidad y que en el 16% habia abarcado menos de la cuarta parte de ella.

EN 1989 se valoro la eficacia del muestreo preoperatorio por medio de un aspirador Vabra, una cucharilla de Novak o dilatación o legrado en un estudio retrospectivo sin asignación aleatoria de 619(15), las indicaciones para obtención de la muestra incluyeron agrandamiento uterino (10.4%). Hemorragia uterina anormal (57.3%). Muestreo preoperatorio sistemático (32.33%). Hubo 30 casos en el que muestreo no identifico la Hiperplasia Endometrial, 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 detecto un caso



de Hiperplasia Endometrial reportándose en este estudio que quizá no se necesaria la tensión de la muestra en forma sistematizada en mujeres con programación para histerectomía por causa benigna y que no tiene hemorragia uterina anormal salvo que existan otras indicaciones.

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

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

TESIS CON
FALLA DE ALGUN

MATERIALES Y METODOS

Se realizó en el Hospital General Tacuba, dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo revisando los expedientes de las pacientes que en el periodo del 1º. de marzo de 2002 al 30 de septiembre de 2002 se les realizó histerectomía total tanto abdominal como vaginal en cirugía programada.

Como protocolo de estudio se les realiza biopsia endometrial, tanto en consulta externa a través de cánula de Novak por la técnica usual, como en hospitalización bajo anestesia general realizándoles legrado biopsia fraccionado. Esta última generalmente determinado por la cantidad de sangrado o por la imposibilidad de realizarla en consulta externa por estenosis cervical.

Se recabaron los siguientes datos: edad, paridad, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico de la biopsia endometrial tanto por legrado como por cánula de Novak., diagnóstico postoperatorio de la pieza como estándar de oro. Como criterios de exclusión fueron pacientes histerectomizadas por CaCu. Como criterios de eliminación cuando el reporte de patología reportaba muestra insuficiente, cuando no se encontraba con el reporte de la pieza quirúrgica, o cuando no se encontraba con el reporte de la biopsia de endometrio tomada por ambas técnicas.

Una vez recolectados los datos se procedió al análisis de los datos para determinar la sensibilidad y especificidad de ambas pruebas y compararlas, y determinarla en forma global. Se utilizó la chi cuadrada para determinar si había alguna diferencia entre ambas técnicas.

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

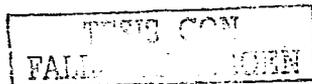
Resultados

Se estudiaron 122 histerectomías en esos periodos, eliminándose 15 pacientes, 5 por no contar con reporte histopatológico de la pieza quirúrgica, 2 por no contar con reporte histopatológico de biopsia de endometrio, 2 por no contar con reporte histopatológico de legrado uterino y 6 pacientes a la que se le realizó histerectomía radical por CaCu., quedando 97 casos. Se obtuvo un promedio de edad de 46.80 con un intervalo de 32 a 72 años, los diagnósticos preoperatorios fueron: miomatosis uterina, hemorragia uterina anormal, hiperplasia endometrial con atipia y sin atipia, y adenocarcinoma de endometrio.

Se revisaron 54 expedientes de pacientes en que se les realizó con cánula de Novak y 43 expedientes de pacientes en que se realizó con legrado instrumental.

De los 54 pacientes que se realizaron biopsia con cánula de Novak fueron 44 que su resultado fue epitelio normal, y en la pieza quirúrgica fueron 44 (100%). De las 6 pacientes con hiperplasia sin atipia en la biopsia con cánula en la pieza quirúrgica reportaron con epitelio normal 1(16.6%), 4 con hiperplasia sin atipia (66.6%), y 1 con hiperplasia con atipia(16.6%). De las tres pacientes que se reportó hiperplasia con atipia en la biopsia con cánula en la pieza quirúrgica se reportó 2 con epitelio normal (66.6%), y 1 con hiperplasia sin atipia (33.3%). La única paciente con adenocarcinoma en la biopsia con cánula fue reportado como normal en la pieza quirúrgica. (100%). Tabla 1

De las 43 pacientes que se realizó legrado biopsia fueron 36 que su resultado fue epitelio normal y en la pieza quirúrgica fueron 36 (100%). De las tres pacientes con hiperplasia sin atipia en el legrado biopsia en la pieza quirúrgica reportaron con epitelio normal 2(66.6%) y 1 con hiperplasia sin atipia(33%). De las dos pacientes que reporto hiperplasia con atipia en el legrado biopsia en la pieza quirúrgica se reporto 1 con epitelio normal(50), y 1 con hiperplasia con atipia(50%) 1 de las pacientes que se reporto con epitelio normal en el legrado biopsia y



el la pieza quirurgica se reporto como con hiperplasia simple sin atipia(100%).La única paciente que se reporto con adenocarcinoma en el legrado biopsia fue reportada en la pieza quirúrgica como adenocarcinoma(100%).

La sensibilidad de la biopsia de endometrio por cánula de Novak fue de 100% y una especificidad de 91.6%. En cambio con la muestra obtenida con legrado instrumental la sensibilidad fue de 75% y la especificidad del 92.2%. Habiendo en conjunto con las dos pruebas una sensibilidad del 90% y una especificidad del 91.9%.

Comparando las dos técnicas por chi cuadrada, tomando en cuenta diagnóstico correcto o incorrecto no hubo diferencia significativa entre las dos pruebas ($p>0.01$).

--

TESIS CON
FALLO DE JUREN

Tabla 1 Biopsia con cánula de Novak.

	REPORTE DE LA PIEZA QUIRÚRGICA			
	epitelio normal	hiperplasia sin atipia	hiperplasia con atipia	adenocarcinoma
epitelio normal	44	0	0	0
hiperplasia sin atipia	1	4	1	0
hiperplasia con atipia	2	1	0	0
adenocarcinoma	1	0	0	0

TIENE CON
FALLA EN EL MEN

TABLA 2. Biopsia con legrado instrumental

	REPORTE DE LA PIEZA QUIRURGICA			
	epitelio normal	hiperplasia sin atipia	hiperplasia con atipia	adenocarcinoma
epitelio normal	36	1	0	0
hiperplasia sin atipia	2	1	0	0
hiperplasia con atipia	1	0	1	0
adenocarcinoma	0	0	0	1

ESTE LIBRO NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

TRABAJOS CON
FALLA DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos del estudio realizado podemos concluir lo siguiente.

La cánula de Novak es más sensible cuando se trata de endometrio normal. Sin embargo cuando se trata de endometrio con hiperplasia fueron similares.

En cuanto al legrado biopsia podemos concluir que es más específico cuando se trata de endometrio normal, pero cuando se trata de endometrio con hiperplasia sin atipia fue más específico la cánula de Novak y cuando se trata de endometrio con atipia ambos fueron similares.

Solo cuando se trata de endometrio con adenocarcinoma resultó más específico el legrado biopsia, comparado con la cánula de Novak.

Sin embargo si se compara la sensibilidad y la 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 y la experiencia del patólogo.

TIENE CON
FALLA EN EL LEGADO

BIBLIOGRAFIA

1. Te inde, Ginecologia quirúrgica. Octava edición Autor John A. Rock, Jonh, D, Thompson. Editorial Panamericana 1999.
2. Diagnostico y tratamiento Gineco-obstetrico. Séptima Edición, Autor: Alan H. De Cherney; Martin L. Pernoll; Edit. Manual Moderno 1999.
3. Oncologia Ginecologica Clinica. Quinta Edición. Autor Philip J. Di Saia.MD. William T.Cresman;MD.1999
4. Barret Connor E; Espelan MD; Grendale GA; Trabal J; Jonson S; Legralt C; Krist Siverstein, Posmenopausal hormone use Following a 3 year Randomized Clinical Trial. J Women Healt GenD Based Med 2000 ,9(6):633-48
5. Den Tonkelaer I; Oddens BJ, Determinants of long-term hormone replacement therapy and reasons for early discontinuation. Obstet Gynecol 2000; 95(4):507-12
6. Oddens B, Bouler MJ. Hormone replacement therapy a mony Danish Women aged 45-65 years :Prevalence determinas and compliance. Obstet Gynecol 1997;90(2) 269-77
7. Archer of Lob RA; Land HF; Pickar JH; A Comparative study of transvaginal uterine ultrasound and endometrial biopsy for evaluating the endometrium of posmenopausal women taking hormone replacemet therapy. Menopause .1999 Fall 6(3):201-8
8. Thomas AM; Hickey M. Frasser IS; Disturbances of endometrial bleeding ,With hormone replacement therapy. Hum Reprod 2000.Suppl 3:7-12 Review.
9. Gull B. Carlsson S. Kerisson B. Vlastalo P. Milssom I; Granbery S. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in womwen ,posmenopausan bleeding is it always necessary to perform and endometrial biopsy ? Am J. Obstet Gynecol.2000 182(3):509-15.
10. Forrest C, Grenslade, Ph D; José David Ortiz Mariscal MD; Marian Abernathy MPH. Adelantos en la salud de la mujer 1997;1(1).
11. Nerre R. Abdominal vaginal bleeding in perimenopausal Women. Am Fam Physician 1989;40:185.
12. Rakoff AE ,Nowtoozí K. The female climacteric. In: Greenblatt RB, Ed.Geriatric endocrinology. New York Raven, 1979;65.
13. Grimes DA. Diagnostic dilation and curettage: Am . J . Obstet Gynecol 1982;142:1.15.

TESIS CON
FALLA DE JIGEN

14. Stovall T Solomon S, Ling F. Endometrial sampling prior to hysterectomy. Obstet Gynecol
1989; 73: 405.

THESIS CON
FALL DE ORIGEN