



Revista Digital de Postgrado
ISSN: 2244-761X
revistadpgmeducv@gmail.com
Universidad Central de Venezuela
Venezuela

Correlación clínica, imagenológica e histológica en patología endometrial. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez (2006-2016).

Espinoza, Bianca; Calderaro Di Ruggiero, Franco; Manzur, Jorge

Correlación clínica, imagenológica e histológica en patología endometrial. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez (2006-2016).

Revista Digital de Postgrado, vol. 8, núm. 3, 2019

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

© Universidad Central de Venezuela, 2019

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

Correlación clínica, imagenológica e histológica en patología endometrial. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez (2006-2016).

Clinical, imaging and histological correlation in endometrial pathology. Experience in the hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez (2006-2016).

Bianca Espinoza

*Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez. Caracas,
Venezuela*

biancaespinoza@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0001-7135-8083>

Franco Calderaro Di Ruggiero

*Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez. Caracas,
Venezuela*

francocalderarod@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-7101-8481>

Jorge Manzur

*Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez. Caracas,
Venezuela*

dr.jorgemanzur@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-4042-5543>

Recepción: 29 Abril 2019
Aprobación: 14 Junio 2019

RESUMEN:

Introducción: Para el estudio y diagnóstico de la patología endometrial se cuenta con el ultrasonido transvaginal y la biopsia de endometrio. **Objetivo:** Determinar la correlación clínica, ultrasonográfica e histológica en patología endometrial, en pacientes tratadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez, entre 2006 y 2016. **Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal. Se incluyeron las pacientes intervenidas quirúrgicamente por patologías uterinas, que contaron con información completa en la historia clínica. Se utilizó estadística descriptiva, sensibilidad, especificidad y coeficiente de correlación. **Resultados:** El grupo etario más afectado fue el de 41 a 50 años, con 62,73 %, el motivo de consulta más frecuente fue sangrado genital con 52 casos (47,3 %), 52 pacientes (47,3 %) presentaron sangrado menstrual abundante y 40 (36,4 %) refirieron sangrado abundante y prolongado. Ecográficamente, el diagnóstico más frecuente fue leiomiomatosis uterina (87 casos, 79,1 %). La línea endometrial estuvo entre 1,3 y 11,3 mm en 80,9 %; en 54 casos (49,1 %) la biopsia de endometrio reportó secretor sin atipia. No se observó correlación estadística entre la clínica y la biopsia de endometrio ($p=0,478$ Kappa=0,00). La correlación estadística entre el ultrasonido y la biopsia de endometrio fue casi perfecta ($p=0,000$ Kappa=0,947) y entre la biopsia preoperatoria y la definitiva fue moderada ($p=0,000$ Kappa 0,542). La sensibilidad del ultrasonido es de 100 % y especificidad de 90,91 %. **Conclusiones:** La sensibilidad y especificidad del ultrasonido respecto a la biopsia de endometrio fue elevada. La frecuencia de patología endometrial en la biopsia endometrial fue baja.

PALABRAS CLAVE: Sangrado uterino anormal, Patología endometrial, Diagnóstico clínico, Ultrasonografía de endometrio.

ABSTRACT:

Introduction: For the study and diagnosis of endometrial pathology it has with transvaginal ultrasound and endometrial biopsy. **Objective:** To determine the correlation of clinical, ultrasound and histological endometrial pathology in patients treated in the service of surgery of the Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez, between 2006 and 2016. **Methods:** Retrospective, cross-sectional study. Included patients surgically treated by uterine pathologies, which counted with complete information in the medical record. We used descriptive statistics, sensitivity, specificity, and correlation coefficient. **Results:** The most affected age group was that of 41 to 50 years, in 62,73%, the reason for more frequent consultation was bleeding genital with 52 cases (47.3%), 52 patients

(47.3%) they had heavy menstrual bleeding and 40 (36.4%) abundant and prolonged bleeding was referred. Ecográficamente, the most frequent diagnosis was uterine leiomyomatosis (87 cases, 79.1%). The endometrial line was between 1.3 and 11.3 mm 80.9%; in 54 cases (49.1%) the endometrial biopsy reported secretory without atypia. No statistical correlation between the clinic and the endometrial biopsy was observed ($p = 0,478$ Kappa = 0,00). The statistical correlation between ultrasound and endometrial biopsy was almost perfect ($p = 0,000$ Kappa = 0,947) and between preoperative biopsy and the final was moderate ($p = 0,000$ 0,542 Kappa). The sensitivity of ultrasound is 100% and specificity of 90.91%. **Conclusions:** The sensitivity and specificity of ultrasound for endometrial biopsy was high. The frequency of endometrial pathology in endometrial biopsy was low.

KEYWORDS: Abnormal uterine bleeding, Endometrial pathologies, Clinical diagnosis, Endometrial ultrasound.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres que presentan sintomatología sospechosa de patología endometrial, como el sangrado uterino anormal, son estudiadas con diferentes métodos complementarios que estiman el diagnóstico en un porcentaje variable.⁽¹⁾

Ante una hemorragia uterina anormal, se debe pensar en la presencia de miomas, pólipos endometriales, hiperplasia endometrial o adenocarcinoma, y tener en cuenta que sobre el 50 % de los casos son consecuencia de una disfunción, siendo innecesario el tratamiento quirúrgico.⁽²⁾ Entre los procedimientos diagnósticos que deberían realizarse para determinar la causa de dicha hemorragia, es indispensable la exploración física, estudios imagenológicos y la biopsia de endometrio.

En los Estados Unidos, el cáncer de endometrio es el más común de los órganos reproductores femeninos.⁽³⁾ En Venezuela el cáncer de endometrio es la tercera causa de muerte por cáncer ginecológico y tiene una incidencia relativamente baja en comparación a EE.UU y Europa.⁽⁴⁾ En las mujeres posmenopáusicas, el sangrado genital puede significar la presencia de dos tipos de lesiones de la cavidad uterina, el primer tipo, son lesiones difusas como la hiperplasia endometrial, el cáncer endometrial y otras patologías malignas de origen genital y el segundo tipo, son lesiones focales dentro de las cuales destacan los pólipos y los miomas, que en la mayoría de los casos no poseen un potencial maligno.⁽⁵⁾ Por otra parte, el 30 % de los sangrados uterinos en las mujeres menopáusicas, se deben a la administración de terapia de reemplazo hormonal.⁽⁶⁾

Entre las alteraciones uterinas más frecuentes que afectan al endometrio se encuentran: endometriosis, endometritis, pólipos endometriales, entre otras; pueden ser asintomáticas o presentarse como sangrado uterino anormal (SUA) (intermenstrual), hemorragia poscoital, secreción fétida cervical/vaginal, o dolor pélvico crónico.⁽⁷⁾

Para el estudio de las patologías endometriales se cuenta, entre otros, con dos métodos, los cuales han demostrado tener un alto valor diagnóstico: el ultrasonido transvaginal y la biopsia de endometrio.^(8,9) La biopsia de endometrio es uno de los más eficaces recursos diagnósticos en los SUA.⁽¹⁰⁾ En el estudio de la patología endometrial, el único dato fiable (gold standard), es el resultado histopatológico de la biopsia endometrial; por ello, la visión clínica de las alteraciones endometriales incluye en forma obligatoria, una valoración coordinada de datos clínicos, ecográficos e histológicos.⁽¹¹⁾

En el Servicio de Cirugía del Hospital “Dr. Francisco Antonio Rísquez”, se ha tenido la invaluable oportunidad de dar atención a un número importante de casos a lo largo del tiempo, de ahí la motivación para realizar el presente trabajo para determinar la correlación clínica, ultrasonográfica e histológica en patología endometrial.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de corte transversal, realizado en pacientes con diagnóstico de patología endometrial, intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez, en el

periodo 2006-2016 (11 años). Se incluyeron todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente en el servicio por patologías uterinas, con historia clínica completa, datos personales de contacto, estudios imagenológicos completos, resultado de biopsias de endometrio y definitivas, nota quirúrgica y seguimiento posoperatorio.

Se revisaron las historias clínicas y los libros de nota operatoria del acto quirúrgico, del archivo de historias médicas, departamento y área quirúrgica del Hospital “Dr. Francisco Antonio Rísquez”.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, fueron intervenidas quirúrgicamente 451 pacientes con diagnóstico de patologías uterinas, de las cuales solo 110 cumplieron con los criterios de inclusión.

En la figura 1 se muestra la distribución por grupos de edad. La mayor frecuencia de pacientes correspondió al grupo de 41 a 50 años, 69 pacientes que representa 62,7 %. El segundo lugar lo representaron 34 mujeres (30,9 %) que tenían entre 31 y 40 años. La edad promedio fue 43,8 años.

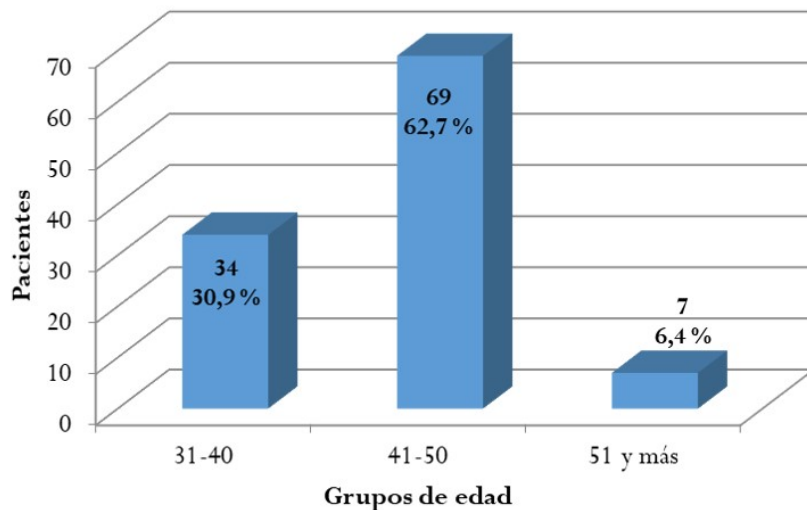


FIGURA 1
Distribución de pacientes según el grupo de edad

En la figura 2, se observa que el motivo de consulta más frecuente fue el sangrado vaginal en 52 pacientes (47,3 %), 50 pacientes adicionales (45,5 %) tenían sangrado vaginal y dolor pélvico. Seis pacientes (5,5 %) tenían solo dolor pélvico y 2 (1,8 %) consultaron por hallazgo ecográfico.

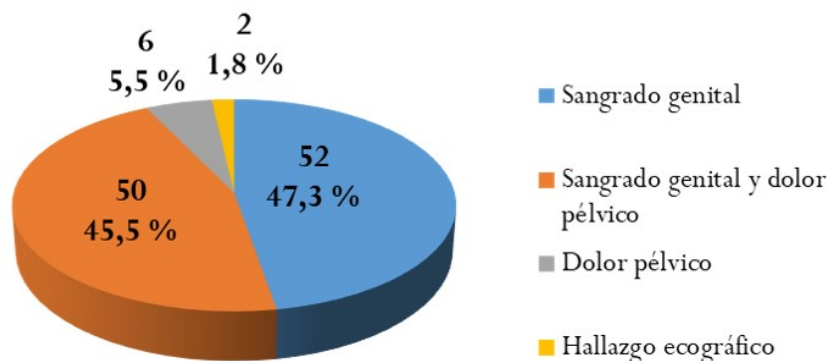


FIGURA 2
Distribución de pacientes según el motivo de consulta

En la figura 3, se observa que la manifestación clínica más frecuente fue el sangrado menstrual abundante con 52 pacientes (47,3 %), seguida de los ciclos abundantes y prolongados con 40 casos (36,4 %), sangrados irregulares 11 (10 %), dolor pélvico en 5 pacientes (4,5 %) y hallazgo ecográfico 2 (1,8 %).

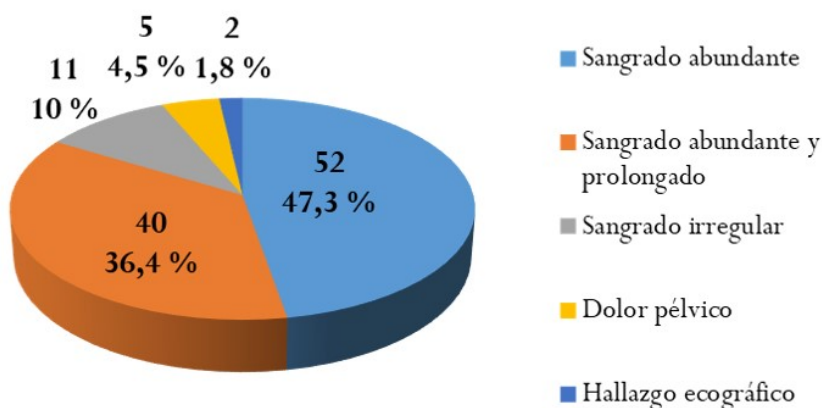


FIGURA 3
Distribución de pacientes según las manifestaciones clínicas

En lo que respecta al diagnóstico ecográfico, en la figura 4 se observa que 87 pacientes (79,1 %), tenían hallazgos compatibles con leiomiomatosis uterina. En 21 pacientes (19,1 %), el hallazgo fue engrosamiento endometrial. Hubo un caso con diagnóstico ecográfico de síndrome de ovarios poliquísticos y un caso sin anomalías.

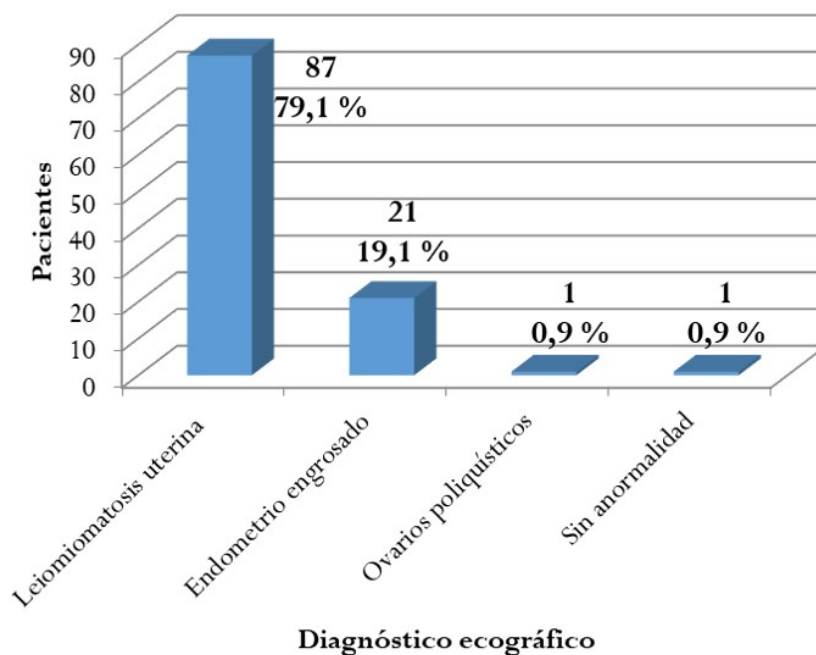


FIGURA 4
Distribución de pacientes según el diagnóstico ecográfico

En la figura 5, se observa el reporte ecosonográfico del grosor de la línea endometrial, agrupándose el mismo de la siguiente manera: 1,3 – 6,3 mm: 44 pacientes (40 %), 6,4 – 11,3 mm: 45 casos (40,9 %), 11,4 – 16,3: 11 mujeres (10 %), 10 pacientes (9,09 %), tenían más de 16,4 mm,

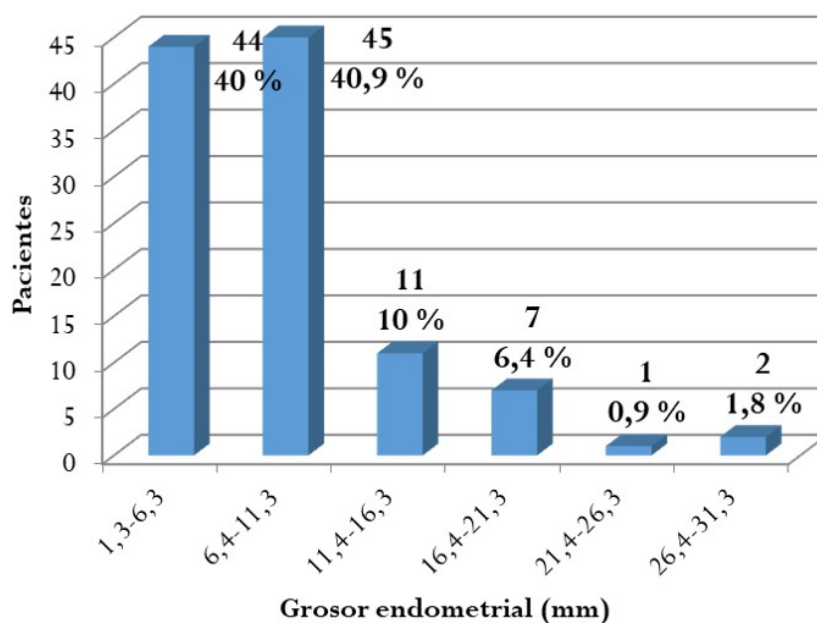


FIGURA 5
Distribución de pacientes según el grosor endometrial

En cuanto al resultado histológico de la biopsia de endometrio, el hallazgo más frecuente fue endometrio secretor sin atipias (54 pacientes, 49,1 %). Treinta pacientes (27,3 %) tuvieron un endometrio proliferativo sin atipias. Solo hubo un caso de hiperplasia endometrial simple con atipias (0,9 %). En la figura 6 se presenta toda la distribución de los hallazgos histopatológicos.

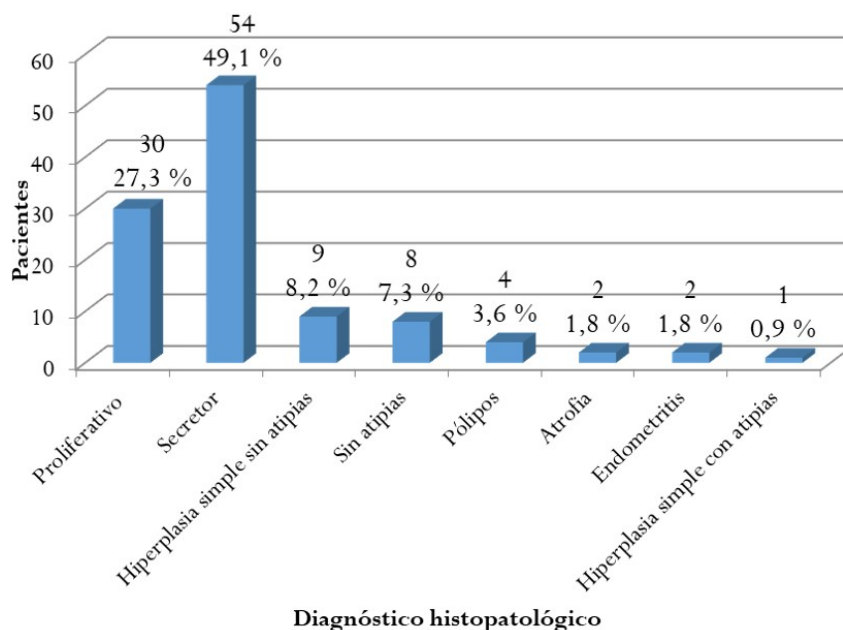


FIGURA 6
Distribución de pacientes según el diagnóstico de la biopsia preoperatoria

La relación entre las manifestaciones clínicas y el resultado de la biopsia de endometrio preoperatoria se muestra en la tabla 1. Se observó que, entre las 54 pacientes con endometrio secretor sin atipias, 29 cursaban con ciclos menstruales abundantes y 16 con ciclos abundantes y prolongados. Entre las 30 mujeres con endometrio proliferativo, 11 tenían sangrados abundantes y 15 presentaban ciclos abundantes y prolongados ($p=0,48$ --- $\kappa = 0,00$).

TABLA 1
Relación entre las manifestaciones clínicas y la biopsia de endometrio preoperatoria

Biopsia de endometrio preoperatoria	Manifestaciones clínicas				
	Sangrado abundante	Sangrado abundante y prolongado	Sangrado irregular	Dolor pélvico	Hallazgo ecográfico
Atrófico	1	1	--	--	--
Endometritis crónica	1	1	--	--	--
Hiperplasia simple sin atipias	5	3	1	--	--
Pólipo endometrial	2	1	--	--	1
Proliferativo sin atipias	11	15	1	3	--
Secretor sin atipias	29	16	7	1	1
Sin atipias	2	3	2	1	--
Hiperplasia simple con atipias	1	--	--	--	--

$$p = 0,478; \kappa = 0,000$$

La tabla 2 resume la relación entre los hallazgos ecográficos y la biopsia de endometrio preoperatoria. Entre las 87 pacientes con leiomiomatosis uterina, 42 tuvieron un endometrio secretor sin atipias y en 24 casos la biopsia reportó endometrio proliferativo sin atipias. El endometrio engrosado se asoció a endometrio secretor en 12 casos, proliferativo en 6, endometrio atrófico, hiperplasia simple sin atipia y pólipo endometrial, 1 caso cada uno. La única hiperplasia con atipias correspondió al caso que ecográficamente fue diagnosticado como síndrome de ovarios poliquísticos ($p=0,000$ --- $\kappa = 0,947$).

TABLA 2
Relación entre el diagnóstico ecográfico y la biopsia de endometrio preoperatoria

Biopsia de endometrio preoperatoria	Diagnóstico ecográfico			
	Leiomiomatosis uterina	Endometrio engrosado	Ovarios poliquísticos	Normal
Atrófico	1	1	--	--
Endometritis crónica	2	--	--	--
Hiperplasia simple sin atipias	7	1	--	1
Pólipo endometrial	3	1	--	--
Proliferativo sin atipias	24	6	--	--
Secretor sin atipias	42	12	--	--
Sin atipias	8	--	--	--
Hiperplasia simple con atipias	--	--	1	--

$p=0,000; \kappa = 0,947$

Entre los 54 casos de endometrio secretor sin atipias en la biopsia preoperatoria, 40 tuvieron el mismo diagnóstico en la biopsia definitiva y en 8 pacientes resultó proliferativo; entre este grupo hubo, además, 2 biopsias definitivas reportadas como sin atipias y 1 caso cada uno de atrófico sin atipias, hiperplasia simple sin atipias, pólipo endometrial y endometrio autolisado. Entre los 30 pacientes con endometrio proliferativo, en 19 casos coincidió el diagnóstico definitivo, en 5 casos la biopsia final reportó hiperplasia simple sin atipias, 2 fueron pólipos, 2 fueron endometrio secretor y 1 fue reportado como sin atipias ($p=0,000$ --- $\kappa = 0,542$) (Tabla 3).

TABLA 3
Relación entre el diagnóstico histopatológico preoperatorio y el definitivo

Biopsia de endometrio preoperatoria	Biopsia definitiva							
	Atrófico	Atrófico sin atipias	Endometrio autolisado	Hiperplasia simple sin atipias	Pólipo de endomet	Proliferativo sin atipia	Secretor sin atipia	Sin atipias
Atrófico	--	--	--	1	--	--	1	--
Endometritis crónica	--	--	--	--	--	1	1	--
Hiperplasia simple sin atipias	--	--	--	2	--	--	6	1
Pólipo endometrial	--	--	--	--	--	--	2	2
Proliferativo sin atipias	--	--	--	5	2	19	2	2
Secretor sin atipias	--	1	1	1	1	8	40	2
Sin atipias	--	--	--	1	--	1	5	1
Hiperplasia simple con atipias	1	--	--	--	--	--	--	--

p= 0,000; κ = 0,542

En la tabla 4 se observan los valores de eficacia para el ultrasonido comparado con la biopsia endometrial: la sensibilidad fue de 100 % y la especificidad de 90,9 %.

TABLA 4
Índices de eficacia del ultrasonido en relación a la biopsia de endometrio

Índice	%
Sensibilidad	100,00
Especificidad	90,91
Valor predictivo positivo	99,00
Valor predictivo negativo	100,00
Tasa de falsos positivos	0,00
Tasa de falsos negativos	0,91
Efectividad	99,09
Error Diagnostico	0,91

En la tabla 5 se observan los valores de eficacia de la biopsia de endometrio preoperatoria en relación a la biopsia definitiva. La sensibilidad fue de 85,4 % y la especificidad fue de 71,4 %.

TABLA 5
Índices de eficacia de la biopsia de endometrio preoperatoria en relación al diagnóstico histopatológico definitivo

Índice	%
Sensibilidad	85,37
Especificidad	71,43
Valor predictivo positivo	89,74
Valor predictivo negativo	62,50
Tasa de falsos positivos	10,91
Tasa de falsos negativos	7,27
Efectividad	81,82
Error Diagnostico	18,18

DISCUSIÓN

El sangrado uterino anormal es un problema bastante frecuente que tiene gran importancia debido a que su presentación muchas veces va asociado al hallazgo de algún tipo de patología ginecológica como: atrofia endometrial, pólipo endometrial, miomas uterinos, cáncer de cérvix, cáncer de endometrio, y otras con potencial de evolucionar a patologías malignas como las hiperplasias endometriales con atipias.⁽¹²⁾

En el Servicio de Cirugía General del Hospital “Dr. Francisco Antonio Rísquez”, en un periodo de once años, se realizaron 451 intervenciones a pacientes con patología endometrial, de los cuales 110 cumplieron con los criterios de inclusión. Se pudo observar que la mayoría de los casos fueron pacientes cuya edad se encontraba entre 41 y 50 años, con edad promedio de 43,8 años; dos décadas antes lo reportaron en un estudio realizado en el mismo centro, entre 1993 a 1995, Calderaro y col.,⁽⁸⁾ en cuya serie predominaron las mujeres entre 40 – 49,9 años (65,45 %), encontrando una edad promedio de 42,9 años. En la Universidad de Oriente (UDO), núcleo Estado Anzoátegui, un estudio de alteraciones endometriales concluyó que su mayor grupo etario estuvo comprendido entre las mismas edades encontradas en esta serie y la edad media en esa investigación fue de 45 años.⁽¹³⁾ En una evaluación realizada en Perú, que incluyó pacientes con hemorragia uterina anormal posmenopáusica, entre 2009 y 2010, encontraron una edad promedio de 54 años, con extremos de 44 y 71. Esta diferencia se explica por el diseño utilizado, según el cual, solo se incluyeron pacientes posmenopáusicas.⁽¹²⁾

El motivo de consulta más frecuente fue el sangrado vaginal con 47,27 %, dato que concuerda con la literatura. En relación a este punto, Calderaro y col.⁽⁸⁾ en su artículo, correlacionan la ecografía, la histeroscopia y la anatomía patológica en casos de patología endometrial y los síntomas que señalan como más frecuentes fueron irregularidades menstruales en el 28,9 % de los casos dolor pélvico en 8 %, esterilidad 9,6 %) y leucorrea en 1 %.

Este hallazgo se relaciona con el tipo de pacientes incluidos, que fueron aquellas sometidas a histerectomía por patologías uterinas, y bien se sabe que la manifestación más frecuente de la patología uterina, independientemente de la edad, es el sangrado genital. Es posible que las pacientes consulten por otras razones, por ejemplo, dolor pélvico por degeneración de mimas, o aumento de volumen abdominal, pero,

en la mayoría de los casos, el síntoma más frecuente es sangrado uterino anormal en edad reproductiva o sangrado posmenopáusico, independientemente de que se trate de patología endometrial (hiperplasias con o sin atipias, adenocarcinoma de endometrio o pólipos) o de patología del músculo uterino, como la leiomiomatosis uterina, que es una de las causas más frecuentes de histerectomía.

El ultrasonido consiste en ondas mecánicas de presión que se propagan a través de un medio, como oscilaciones de partículas, con una frecuencia superior al límite de la capacidad de audición humana. El sonido audible tiene una frecuencia entre 20 Hz y 20 Khz. La generación de los sonidos a esta frecuencia requiere transductores especiales, los cuales son aparatos que convierten una forma de energía en otra.

⁽⁸⁾ El ultrasonido, es un método no invasivo con el cual se pueden visualizar los órganos intrapélvicos y realizar un diagnóstico más certero en cuanto a la patología de los mismos. Existen equipos con imágenes unidimensionales, bidimensionales y actualmente se cuenta con los ultrasonidos tridimensionales. El desarrollo de la ecografía transvaginal, ha tenido amplia aceptación y ha aumentado enormemente la sensibilidad de esta prueba. Es un método que puede identificar los cambios morfológicos que sufre el endometrio, y su aplicación clínica es de gran utilidad en el diagnóstico de patología endometrial, especialmente para la detección temprana de enfermedades neoplásicas.⁽⁸⁾

El ecosonograma se utiliza para la evaluación endometrial, no solo el grosor del mismo, sino también la estructura. En relación a las características del endometrio, estas cambian según la fase del ciclo menstrual. En fase menstrual, existe una línea ecogénica interrumpida que mide 0 – 4 mm; en la fase proliferativa el endometrio se observa isoecoico o hipoeicoico de 5 – 8 mm; en la fase secretora es ecogénica y mide de 9 – 16 mm;⁽⁸⁾ En esta serie se encontró que 81 % de las pacientes tenían una línea endometrial normal (entre 1,3 y 11,3 mm) y 19 % tenían una medida superior a lo considerado normal. Los amplios rangos de medidas se explican, precisamente, porque son pacientes en edad reproductiva, con funcionamiento ovárico presente, razón por la cual, el grosor endometrial varía ampliamente.

Al evaluar los diagnósticos imagenológicos, en 31 pacientes (28,18 %) se reportó leiomiomatosis uterina, en 30 el diagnóstico fue fibromatosis uterina (27,27 %) y en 26 pacientes fue miomatosis uterina (23,64 %). Son diferentes nombres para una misma patología, es decir, hubo 87 pacientes (79,1 %) con patología benigna propia del miometrio. Hubo, además, 21 casos con engrosamiento endometrial (19,09 %). La leiomiomatosis puede coexistir o no con patología endometrial pero, a pesar de cursar con cuadros clínicos similares, en los que el sangrado uterino es la regla, se debe establecer el diagnóstico diferencial antes de tomar decisiones terapéuticas porque, en muchos casos, la patología endometrial puede ser susceptible de tratamiento médico y las indicaciones quirúrgicas para el abordaje de la leiomiomatosis uterina son muy específicas.

Se ha establecido que los leiomiomas son los tumores uterinos más frecuentes de 20 % a 50 % en mujeres mayores de 30 años; en este caso se encontró una frecuencia mucho más alta, casi 80 %.⁽¹³⁾ Calderaro y col.⁽⁸⁾ describen que el 50,8 % de las pacientes, tenía diagnóstico ecográfico de pólipo endometrial, en un 35,8 % de pacientes se visualizó el endometrio engrosado, en un 3,2 % pacientes se les diagnosticó mioma submucoso, mientras que en un 5,9 % no se pudo distinguir entre pólipo o mioma. La ecografía no mostraba alteraciones en un 2,7 % de los casos. Llama la atención la baja frecuencia de leiomiomatosis descrita por esos autores. Es posible que al tratarse de un estudio de correlación de métodos diagnósticos en patología endometrial, no se hayan incluido pacientes con leiomiomatosis uterina.

Por biopsia endometrial se observó que entre que predomina el endometrio secretor (49,09 %) seguida del endometrio proliferativo (27,27 %). Estos datos tienen similitud con los del estudio realizado por Calderaro y col.,⁽⁸⁾ en el que la fase secretora está representada por un 50 %, proliferativa en 39 %. Ciento nueve casos no tenían atipias, y se encontró patología endometrial en solo 18 casos: 9 hiperplasias simples sin atipias, 4 pólipos, 2 endometritis, 2 endometrios atróficos y 1 hiperplasia simple con atipias. La baja frecuencia de patología endometrial en la presente serie, se puede explicar debido al elevado porcentaje de casos con leiomiomatosis uterina, quienes, a pesar de consultar por sangrado genital, no tenían patología endometrial.

Por otra parte en el Hospital Central de Maracay, el resultado de la biopsia de endometrio más frecuente fue la atrofia endometrial en un 35,7 %, ⁽⁶⁾ la frecuencia más alta de endometrio atrófico que la encontrada en esta investigación se explica porque Rejón ⁽⁶⁾ incluyó solo casos de sangrado posmenopáusico y bien es sabido que una de las causas más frecuente de sangrado en este grupo etario es la atrofia.

Al evaluar la correlación entre la clínica y la biopsia de endometrio, se pudo observar un $p=0,478$, es decir, entre la clínica y biopsia de endometrio no existe ninguna relación estadística. También el valor de kappa indica un acuerdo pobre, ya que su valor es 0,000. Esto es fácilmente explicado por los aspectos señalados anteriormente. La clínica de sangrado genital es inespecífica; si bien puede corresponder a patología endometrial, también es producida por patología del miometrio, es decir, leiomiomatosis uterina. Esta patología del miometrio no se refleja en el diagnóstico de anatomía patológica de una biopsia tomada en el preoperatorio. No quiere decir que el diagnóstico de leiomiomatosis estuviera equivocado, sino que el método de evaluación, la biopsia de endometrio, no era el adecuado.

En cuanto a la relación del ultrasonido y la biopsia de endometrio, se encontró una $p=0,00$, que demuestra la fuerte asociación entre las dos observaciones. Al comparar con el estudio del grosor endometrial y hallazgo histológico en pacientes con sangrado posmenopáusico del Hospital Central de Maracay, en el año 2015 – 2016, ⁽⁶⁾ se evidencia los autores no encontraron relación estadística entre los métodos ($p=0,836$). Al calcular el valor kappa para la relación del ultrasonido y biopsia de endometrio se encontró que su valor es 0,947, indicando la concordancia casi perfecta entre las variables, dato semejante en el índice kappa que es igual a 0,509, con concordancia moderada, en el estudio del Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”. ⁽¹²⁾ En este caso, la concordancia elevada tiene que ver con el hecho de que el ultrasonido puede discriminar claramente entre los diagnósticos de patología endometrial y patología miometrial, y determina cuando se asocian cambios en ambas áreas.

Para el ultrasonido se obtuvieron cifras de sensibilidad de 100 %, lo que indica que la prueba es de gran utilidad para el diagnóstico de patología endometrial. La especificidad es de 90,91 %, lo que indica que la prueba es de mejor ayuda para detectar patologías que pacientes sanos. El valor predictivo positivo es igual a 99 %, es decir, si la biopsia del endometrio es positiva, existe una alta seguridad que la paciente padezca la patología. La prueba tiene una mayor probabilidad de demostrar que la enfermedad está ausente cuando el procedimiento resulte negativo, ya que el valor predictivo negativo es igual al 100 %. La efectividad fue de 99,09 %, por lo que la mayoría de los casos fueron detectados en la prueba inicial de forma correcta, con un error diagnóstico muy bajo de 0,91%.

El ultrasonido continúa siendo un estudio complementario de gran utilidad para el diagnóstico de la patología endometrial, siendo este, sencillo, económico y no invasivo, además que tiene una excelente ventaja al sumarse con la biopsia de endometrio, para la obtención de resultados más certeros.

Calderaro y col., ⁽⁸⁾ entre 1993 - 1995, obtuvieron una sensibilidad de 69,8 % y una especificidad de 78,3 %, por lo que se deduce que existe una mejora de la capacidad diagnóstica del ultrasonido en la institución, al pasar de los años. Paucar, ⁽¹²⁾ obtuvo valores altos de sensibilidad (92 %) y especificidad (67 %). Por su parte, Rejón ⁽⁶⁾ obtuvo sensibilidad de (66,67 %) y especificidad de (8,82 %).

Al relacionar la biopsia de endometrio con la biopsia definitiva, se observa que p-valor es igual a 0,00, evidenciándose relación entre las dos variables con una concordancia media siendo kappa 0,542, por lo que existe un acuerdo moderado. A este respecto es bueno considerar que algunas pacientes con endometrio secretor en la biopsia preoperatorio, tuvieron endometrio proliferativo en la definitiva y viceversa. Ello, si bien muestra un aparente desacuerdo en los diagnósticos, es reflejos de la dinámica normal de los ciclos menstruales. La única paciente con diagnóstico preoperatorio de hiperplasia simple con atipias, resultó tener un endometrio atrófico en la biopsia final, probablemente recibió algún tipo de tratamiento con progestágenos mientras se preparaba para la intervención. Los valores obtenidos de sensibilidad y especificidad para la biopsia preoperatoria en relación con la biopsia final, muestran que son métodos

diagnósticos seguros por su bajo margen de error y gran efectividad, además que cuenta con una buena correlación estadística.

CONCLUSIONES

Después de analizar esta investigación se concluye que, en la patología endometrial, la manifestación clínica más frecuente es el sangrado uterino anormal, siendo la edad más afectada entre los 41 y 50 años. El grosor endometrial estuvo aumentado en 19 % de los casos. La sensibilidad y especificidad del ultrasonido respecto a la biopsia de endometrio fue elevada. El diagnóstico imagenológico preoperatorio más frecuente es leiomiomatosis uterina, evidenciándose una frecuencia significativa de engrosamiento endometrial. La frecuencia de patología endometrial en la biopsia de endometrio fue baja.

En vista de estos hallazgos se recomienda que toda paciente con hemorragia uterina anormal, sea evaluada en todo su contexto clínico antes de proceder a estudios invasivos como la toma de biopsia. Asimismo, todo médico o especialista debe tener el conocimiento y entrenamiento para la realización de biopsias de endometrio a fin de disminuir riesgos y complicaciones. Por otro lado, se deben implementar programas educativos para la comunidad y para las pacientes, sobre la relación que mantiene el sangrado genital con la patología endometrial, para así lograr una atención más oportuna.

REFERENCIAS

1. Crivelli R, Bacigaluppi A, Bressan M, Avelino R, Uribe M, Sanso M. Correlación ecográfica, histeroscópica y patológica en el estudio de patología endometrial. *Rev Hosp Priv Comun.* 2010; 13 (1): 1- 5.
2. Manrique Fuentes MG. Hiperplasia Endometrial. Tipos, Diagnostico, y Tratamiento. Clases Res [Internet]. 2009 [Consultado noviembre 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/138999070/Cr-hiperplasia-Endometrial>
3. American Cancer Society [Internet]. Atlanta: Cáncer de endometrio; 2017 [Consultado septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-endometrio/acerca/estadisticas-clave.html>.
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud [Internet]. Caracas: Anuarios de Epidemiología y estadísticas vitales; 2011 [Consultado noviembre 2017]. Disponible en: http://www.msds.gov.ve/msds/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm.
5. Sanhueza P, Oliva L. Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008; 73 (1): 58-62.
6. Rejón RA. Grosor endometrial y hallazgos histológicos en pacientes con sangrado postmenopausico. Hospital central de Maracay. Marzo 2015 - Marzo 2016. [Trabajo Especial de Investigación]. Maracay (Aragua): Universidad de Carabobo; 2016 [Consultado noviembre 2017]. Disponible en: <https://docplayer.es/40137559-Universidad-de-carabobo-sede-aragua-facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-de-medicina-dr-witremundo-torrealba.html>
7. Vargas H, Santana L, Lajara M. Patologías del endometrio [Internet]. In Slideshare; 2012 [Consultado noviembre 2017]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Mlc596/patologa-endometrial-15275458>.
8. Calderaro di Ruggiero F, Pascente Di Palma M, Colmenares G, Márquez V, Aponte P. Correlación entre el diagnóstico ultrasonográfico e histológico en patología endometrial. *Rev Ven Oncol.* 1996; 8 (1): 1-8.
9. Lombardia J. Fernández M. Ginecología y Obstetricia: Manual de consulta rápida. 2ª edición. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2007.
10. Botella J, Clavero J. Tratado de Ginecología. 14ª edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993.
11. Nogales F, Goyenaga P. Patología del Endometrio. En: Valencia Mayoral PF, Ancer Rodríguez J, editores. Patología. Nueva York: McGraw-Hill Interamericana; 2014 [Consultado noviembre 2017]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1493&ionid=102873129>

12. Páucar Condori W. Correlación del grosor endometrial por ecografía transvaginal, con el diagnóstico histopatológico en pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica: Hospital Nacional "Arzobispo Loayza". [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010 [Consultado en noviembre de 2017]. Disponible en: <http://200.62.146.34/ateneo/handle/123456789/3824>
13. Abiad K, Areyan J, Betancourt N, Álvarez JC. Correlación ecográfica- histeroscópica - anatomopatológica en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal. "Centro médico profesional Maturín", Estado Monagas. Abril 2007- marzo 2008. [Trabajo Especial de Investigación]. Barcelona (Anz): Universidad de Oriente. Núcleo Anzoátegui; 2008 [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/216396485/Tesis-CORRELACION-ECOGRAFICA>

© Universidad Central de Venezuela, 2019

CC BY

INFORMACIÓN ADICIONAL

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Cómo citar: Espinoza B, Calderaro F, Manzur J. Correlación clínica, imagenológica e histológica en patología endometrial. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez (2006-2016). Rev Digit Postgrado. 2019; 8(3):e171