

DIAGNOSTICO DE LESIONES POLIPOIDEAS DE LA CAVIDAD UTERINA Y EXCERESIS DIRIGIDA: PAPEL DE LA HISTEROSONOGRAFIA

*Freddy Maita Quispe
**Erwin Hochstatter Arduz
***Rodolfo Ricaldez Muñoz
****Teddy Flores Ynturias
*****Oscar Niño de Guzmán Peña

RESUMEN

El diagnóstico de lesiones polipoideas de la cavidad uterina ha pasado por varias etapas. Con el advenimiento de métodos más sensibles como la histeroscopia la histerosonografía se ha constatado que la presencia de los pólipos endometriales es mucho mayor. El tratamiento también ha pasado por varias etapas, desde la dilatación y legrado biopsia a "ciegas" hasta la resectoscopia quirúrgica bajo visión directa y la polipectomía "dirigida" por una histerosonografía previa. El objetivo de este trabajo fue evaluar el papel de la histerosonografía en el diagnóstico y tratamiento de lesiones polipoideas de la cavidad uterina. El estudio se realizó en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital obrero No. 2 de la Caja Nacional de Seguro de Cochabamba. Se realizó histerosonografía en 15 pacientes, en ninguna se presentaron complicaciones, y de la totalidad de los pacientes con sospecha de pólipo endometrial, no se tenía referencias sobre su localización ni la naturaleza de su base de implantación.

Palabras Clave: Lesiones polipoideas, histerosonografía

ABSTRACT

The diagnose of polypoid lesions of uterine cavity has passed by different steps: With the new more sensible methods like the hysteroscopy and hysterosonography. It has been shown that the presence of endometrial polypus is higher. The treatment also has passed several steps, since dilatation and blind legrade - biopsy until surgical resectoscopy under direct view and the "driven" polypectomy by a previous hysterosonography. The aim of this work was to evaluate the role of hysterosonography on diagnose and treatment of polypoid uterine cavity lesions. The work was made at gynecology and obstetrics department of Hospital Obrero No. 2 of Caja Nacional de Seguro from Cochabamba. Hysterosonography was carried out in 15 patients. None with complications, and from all patients suspicious of endometrial polypus no one had references of its location or nature of its implantation base.

Key Words: Polypoid lesions, hysterosonography.

*Médico Ginecólogo Obstetra - Ecografista. Hospital Obrero No.2 CNS - Cbba
**Médico Ginecólogo Obstetra- Medico de Guardia - CNS Hospital Obrero No.2 - Cbba
***Jefe del Servicio de Imagenología - Hospital Obrero No.2 - CNS Cbba
****RIII de Ginecología y Obstetricia - Hospital Obrero No.2 - CNS Cbba
*****Jefe Dpto. Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero No 2 CNS Cbba

INTRODUCCION

Los pólipos endometriales y demás lesiones ocupantes de espacio, como los miomas submucosos son causa definida de alteraciones menstruales como menorragias, metrorragias intermenstruales, infertilidad, etc ^(1,2,4). Su diagnóstico ha pasado por varias etapas: desde la dilatación y legrado uterino a ciegas, aproximación diagnóstica mediante los rayos X (histerosalpingografía), la ecografía, primero transabdominal, luego con la ecografía con sonda vaginal; finalmente con el advenimiento de la métodos mas sensibles como la histeroscopia y la histerosonografía se ha constatado que la presencia de los pólipos endometriales es mucho mayor y se ha demostrado también que muchos son inadvertidos en los estudios de rutina con la ecografía transvaginal o se muestran como alteraciones inespecíficas.

Su tratamiento también ha pasado por etapas, desde la dilatación y legrado biopsia a "ciegas", la histerectomía en algunos casos, llegando al desarrollo de técnicas microquirúrgicas como la resección quirúrgica bajo visión directa y la polipsectomía "dirigida" por una histerosonografía previa, técnicas que nacieron a raíz del conocimiento de que la dilatación y legrado a ciegas se muestran como diagnóstico y tratamiento inadecuado en el momento actual ⁽⁵⁾.

La etiología de los pólipos endometriales así como de la leiomiomatosis es desconocida, aunque en la última década se han obtenido avances en la caracterización de su fisiopatogenia sobre todo de la miomatosis uterina como tumoración estrógeno dependiente ⁽⁶⁾.

Los pólipos endometriales, son las lesiones ocupantes mas frecuentemente encontradas en la cavidad uterina, son la principal causa orgánica, de lejos, de las metrorragias intermenstruales y menorragias; otros efectos son la infertilidad y menometrorragias. Los pólipos endometriales son en su mayoría lesiones benignas, la posibilidad de un proceso maligno en estos es muy pequeña. Los pólipos endometriales son formaciones glandulo-estromales que se originan del tercio medio y basal del endometrio, alcanzando distintos tamaños, a veces alcanzan un voluminoso tamaño que incluso puede ocupar toda la cavidad uterina y pueden estar recubiertos de endometrio funcional ⁽³⁾. En la mayoría de las ocasiones tienen una base de implantación amplia (sésil), aunque también pueden ser pediculados. También existen los pólipos fibromucosos de consistencia aumentada que al examen ecográfico pueden mostrar aspecto similar a miomas submucosos hipocogénicos. La incidencia de los pólipos es desconocida, debi-

do a que no se realiza un diagnóstico concluyente en todos los casos utilizando métodos de estudio más sensibles como la histerosonografía o la histeroscopia. Muchas de las hemorragias uterinas profusas anormales que son sometidas, debido a la urgencia, a dilatación y legrado uterino como método terapéutico y diagnóstico ⁽⁹⁾.

Con la introducción de la ecografía transvaginal en las últimas décadas, se ha conseguido una gran precisión diagnóstica de las formaciones endouterinas, como los pólipos endometriales, miomas submucosos, etc.; por si sola, la ecografía transvaginal no es capaz de reconocer y mucho menos precisar el diagnóstico anatomopatológico, así, es imperativa la obtención de material para el estudio histopatológico, ya que es posible la existencia de un adenocarcinoma en el seno de un pólipo endometrial.

Después de la sospecha clínica, la primera aproximación diagnóstica de las lesiones en cavidad uterina es por ecografía transvaginal, la mayoría de las lesiones polipoideas se presentan con imágenes características y relativamente fáciles de diagnosticar ⁽¹⁾; en algunos casos no es posible concluir sobre la naturaleza de la lesión (imágenes de engrosamiento endometrial heterogeneo con pérdida de la interfase endometrio-endometrial, imagen no concluyente en cavidad uterina u otro aspecto ultrasonográfico), debido a situaciones poco claras pero que tienen un común denominador: endometrio heterogeneo engrosado con pérdida de la interfase endometrio-endometrial, debiendo recurrirse a otro método diagnóstico de la cavidad uterina como la histerosonografía o la histeroscopia para demostrar la naturaleza de la lesión ocupante. Un porcentaje no despreciable de pólipos endometriales puede no ser detectado a través de la ultrasonografía, mostrándose como un endometrio normal aún en manos experimentadas. Un estudio del año 2000 de Bradley y cols muestra retrospectivamente 201 casos de polipsectomías histeroscópicas; de estos, el 85,6 % habían presentado hemorragias uterinas anormales; la sensibilidad diagnóstica pre operatoria fue del 17 % solamente para la ecografía transvaginal, 83 % para la histerosonografía, 89,5 % para la histeroscopia, y 10,8 % para la biopsia de endometrio por aspiración. Ningún caso de falso negativo para la histerosonografía ni la histeroscopia en este estudio ⁽⁵⁾.

Asimismo, a pesar de un diagnóstico confiable por ecografía transvaginal de probable pólipo endometrial, no es posible definir con exactitud por este método la localización, si esta situado en la pared anterior o posterior, ni la naturaleza de su base de implantación; la histerosonografía como

método complementario se convierte, en estos casos, en una excelente herramienta diagnóstica ya que nos permite conocer la localización exacta en una de las paredes uterinas, la naturaleza del pedículo (sésil, pediculado, etc), el volumen y el número de pólipos^(6,7).

Es sabido que la histeroscopia es el método "gold standar" en el diagnóstico de las alteraciones de la cavidad uterina⁽⁸⁾, sin embargo, este no ha podido desplazar a la histerosonografía en el diagnóstico, aún en lugares donde se ha desarrollado esta técnica endoscópica, ya que la histerosonografía es una técnica sencilla, efectiva, económica, no utiliza radiación ionizante y con baja incidencia de complicaciones; tiene además la ventaja de que al utilizar ultrasonidos se puede evaluar simultáneamente la pared miometrial, anexos y cavidad pélvica. La principal ventaja de la histeroscopia sobre la histerosonografía es que en el mismo acto se puede resear el pólipo o programar en un segundo tiempo una histeroscopia operatoria bajo visión directa^(6,7).

La histerosonografía es una excelente técnica de estudio para el diagnóstico de patología de la cavidad uterina en la que la infusión de una solución salina estéril en la cavidad endometrial, distiende las paredes y contornea las lesiones ocupantes de la cavidad como los pólipos endometriales, miomas submucosos, así como da información sobre defectos congénitos, adherencias (sinequias), etc. El tratamiento inicial, en el caso de los pólipos consiste todavía en la dilatación-legrado uterino "a ciegas", una técnica que esta siendo abandonada rápidamente a raíz del conocimiento de que pólipos diagnosticados por métodos sensibles son parcialmente extirpados por este método o finalmente no llegaron a ser extirpados; en lugares donde se han desarrollado las técnicas endoscópicas, se lo hace por resección histeroscópica⁽⁸⁾ y mediante resección "dirigida" por una histerosonografía previa⁽⁷⁾. El tratamiento de los miomas se ha modificado en la última década gracias a la introducción de: Análogos de la GnRH, Histeroscopia operatoria, Miomectomía laparoscópica y la aplicación de biólisis y embolización de arterias uterinas⁽⁸⁾.

MATERIALES Y METODOS

Histerosonografía realizada en 15 pacientes en el Hospital Obrero No 2 de la CNS entre los años 2004 a 2007. La técnica consistió en la visualización del cervix uterino mediante un espéculo vaginal, antisepsia con yodo povidona, introducción de sonda nasogástrica o sonda Foley N° 8 mediante la cual se instiló solución salina hasta lograr una distensión adecuada de la cavidad uterina. El ecó-

grafo utilizado fue un ecógrafo rodante marca SIEMENS SONOLINE con transductor endocavitario de 6-9 Mhz.

Se utilizó para todos los estudios profilaxis antibiótica con Azitromicina 500 mg VO una hora antes del estudio. No se necesitó anestesia local ni analgesia post procedimiento en ningún caso. Los criterios de inclusión estuvieron definidos por las indicaciones principales y secundarias (tabla 1).

Principales indicaciones	Pólipo endometrial *
	Mioma submucoso *
	Menorragia de inicio reciente**
	Metrorragia intermenstrual *
	Infertilidad sin causa aparente
	Endometrio engrosado con pérdida de la interfase endometrio-endometrial***
Otras indicaciones	Imagen no concluyente en cavidad uterina por ecografía TV
	Sospecha de sinequia uterina
	Malformaciones uterinas: ej. Útero septado, etc.

Tabla 1: Criterios de inclusión.

*por ecografía TV.

**normal por estudios convencionales.

***frecuente en la postmenopausia

RESULTADOS

En los 15 pacientes con indicación de histerosonografía (100%) se logró realizar un estudio satisfactorio; no se presentó ninguna complicación durante y después del estudio en la totalidad de los pacientes.

En 10 (66,6%) de los 15 pacientes se tenía conocimiento previo de probable pólipo endometrial; en el restante 33,4% de los pacientes no había datos de posible pólipo endometrial por los métodos tradicionales de estudio, el estudio histerosonográfico fue realizado por otras indicaciones (Tabla 2).

En la totalidad de los pacientes con sospecha de pólipo endometrial, no se tenía referencias sobre su localización y menos en cual de las paredes se implantaba, ni la naturaleza de su base de implantación.

Una de los 15 pacientes con hallazgos compatibles con pólipo endometrial por histerosonografía resultó ser mioma submucoso por histopatología (94,4% de especificidad).



Figura 1: Endometrio con aspecto ecográfico de normalidad, con interfases endometrio-endometrial (aposición de las dos hojas) e interfase endometrio-miometrio normal en toda su extensión.



Figura 2: Un mioma submucoso es bastante característico a la ecografía TV, sin embargo no se puede evaluar con precisión la localización exacta en cual de sus paredes ni la base de su implantación.



Figura 3: La histerosonografía permite definir el volumen, localización y la base de implantación.

EDAD	INDICACIÓN*	HISTEROSONOGRAFIA
32 años	Hiperplasia endometrial	Pólipo de base sésil en cara posterior del cuerpo uterino
36 años	Descartar mioma submucoso	Pólipo endometrial pediculado de pared posterior**
49 años	Pólipo endometrial VS hiperplasia	Pólipo endometrial pediculado en cara anterior de 15 x 10 mm.
27 años	Infertilidad primaria	Pólipo endometrial pediculado de 8 x 7 mm en cara posterior de cuerpo uterino
37 años	Pólipo endometrial VS mioma submucoso	2 pólipos endometriales pediculados en cara anterior del cuerpo uterino de 14 x 7 y 4 mm
43 años	Pólipo- mioma submucoso	Mioma intramural-submucoso en cara anterior de 36 x 39 mm
29 años	Pólipo endometrial	Pólipos pediculados pequeños en cara anterior y de base sésil en cara lateral izquierda.
42 años	Metrorragia intermitente	Pólipo de implantación sésil en fondo de cavidad uterina de 21 x 22 mm
35 años	Pólipo endometrial	Pólipo endometrial de 21 x 9 x 16 mm de base sésil en cara anterior a la derecha de la línea media
36 años	Pólipo endometrial	Pólipo de base de implantación sésil de 25 x 6 x 18 mm en cara posterior del cuerpo uterino
55 años	Pólipo endometrial	Mioma enteramente submucoso de 16 mm con base de implantación de 10 mm en cara fúndica a la derecha de la línea media
40 años	Pólipo endometrial	Mioma de 20 x 17 mm enteramente submucoso con base de implantación de 8 mm
29 años	Hipermenorrea, pólipo endometrial	Pólipo endometrial de base de implantación sésil de 24 x 20 x 27 mm en cara anterolateral derecha
53 años	Pólipo endometrial	Endometrio atrófico regular. Lipoleiomioma intramural lateral derecho, parte baja del cuerpo uterino, de 4 mm

Tabla 2: Estudios realizados en el Hospital Obrero No 2, Servicio de Ecografía entre los años 2004 - 2007.

*Indicación médica en base a clínica y ecografía transvaginal.

**Mioma submucoso, diagnóstico final histopatológico.



Figura 4: Muchos pólipos son inadvertidos en un estudio de rutina: Ej. Paciente joven de 27 años que consultó por infertilidad. Un estudio de rutina mostró apenas ligera alteración de la interfase endometrio-endometrial no advertida en numerosos estudios previos.



Figura 7: La histerosonografía muestra un pólipo endometrial grande localizada en cara fúndica y anterior con base de implantación sésil; esto permite planificar el tratamiento y elegir el instrumento (cureta) para un nuevo legrado uterino "dirigido".



Figura 5: La misma paciente con histerosonografía, mostró múltiples pólipos pequeños de base de implantación sésil y algunos pediculados.



Figura 8: Paciente con endometrio engrosado heterogéneo día 6° del ciclo menstrual: sospecha de pólipo endometrial VS hiperplasia endometrial.



Figura 6: Ecografía ginecológica TV post dilatación-legrado uterino "a ciegas" de urgencia por diagnóstico presuntivo de aborto incompleto sangrante. La imagen es compatible con pólipo endometrial, pero no se puede evaluar en que cara ni la naturaleza de su base de implantación.



Figura 9: La histerosonografía muestra un engrosamiento homogéneo y difuso de ambas hojas del endometrio, no hay pólipos. Impresión diagnóstica: hiperplasia endometrial. Es suficiente tomar una biopsia representativa en consultorio.

NOTA: el foco hiperecogénico en el fundus es un artefacto provocado por una burbuja de aire introducido accidentalmente durante el estudio.

CONCLUSIONES

La histerosonografía permite un adecuado estudio de la cavidad uterina frente a patología ocupante diagnosticada por métodos de estudio tradicionales como la ecografía; también constituye un examen complementario adecuado ante la sospecha de patología de cavidad uterina con estudios tradicionales negativos o normales (Tabla 2).

La histerosonografía de similar sensibilidad que la histeroscopia para el diagnóstico de pólipos endometriales, miomas submucosos, malformaciones uterinas, sinequias, etc., presenta ventajas importantes como el bajo costo, técnica fácil y libre de complicaciones.

La histerosonografía permite conocer la ubicación virtual de la lesión (pólipo, mioma, etc) dentro de la cavidad uterina, un tamaño definido por las mediciones y su base de implantación, lo que nos permite elegir primero el instrumento apropiado, por ejemplo Pinza de Foester para pólipos pediculados medianos y grandes; la técnica, sea por torsión si son pediculados o directamente raspado con cureta para lesiones de base sésil; el grado de dilatación cervical con Bujías de Hegar suficiente para permitir el paso del instrumento elegido y así realizar una excéresis "dirigida" de la lesión. En última instancia descartándose presencia de pólipos con la histerosonografía, frente a un engrosamiento endometrial difuso propio de las hiperplasias, está indicado tomar una biopsia endometrial en consultorio externo, con la seguridad de que no hay lesiones polipoideas que necesiten ser biopsiadas.

BIBLIOGRAFIA

1. CALLEN PW. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 3a edición. Editorial Panamericana, Buenos Aires 1998.
2. CUNNINGHAM G Y COL. WILLIAMS Obstetricia. 21a edición. Editorial Panamericana. Madrid 2002.
3. COTRAN RS, KUMAR V, ROBBINS SL. Robbins' Patología Estructural y Funcional. 5a edición McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1997.
4. GORI JR. Ginecología de Gori. Segunda edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 2001.
5. BRADLEY LD, PASCUALOTTO EB, PRICE LL, MARGOSIAN H. Hysteroscopic management of endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 2000; 1: S23.
6. JURE R. Polipectomía endometrial facilitada con asistencia de histerosonografía y tridimensión. *Rev Chil Ultrasonog* 2004; 69 (6): 424-428
7. JURE R, PÉREZ G. Polipectomía endometrial simplificada sin histeroscopia quirúrgica. *Rev Chil Ultrasonog* 2004; (2): 45-50.

8. BUSTOS-LOPEZ HH y cols. Leiomiomatosis uterina, un viejo problema con nuevas soluciones. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC. Vol.3 N°3Jul.-Sep., 2002 pp123-130.*
9. GRIMES DA. Diagnostic dilatation and curettage. A reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 1-6.
10. HULKA CA, Deborah AH, McCarty K, Simeone JF. Endometrial polyps, hyperplasia, and carcinoma in postmenopausal women: differentiation with endovaginal sonography. *Radiology* 1994; 191: 755-758.