Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2016 nov;84(11):704-710.

Polipectomía por histeroscopia diagnóstica en mujeres posmenopáusicas

Pato-Mosquera M, Carballo-Núñez E, Vázquez-Rodríguez M, Rivas-Duro J

Resumen

ANTECEDENTES: ante la sospecha de un pólipo endometrial por ecografía transvaginal en mujeres posmenopáusicas sintomáticas, la histeroscopia diagnóstica es la prueba de elección para estudiar la cavidad endometrial, extraer el pólipo y efectuar el análisis histológico. En las pacientes asintomáticas esta actitud no es tan clara.

OBJETIVO: evaluar los factores de riesgo de pólipo endometrial en mujeres sintomáticas y asintomáticas y la incidencia de lesiones premalignas y malignas en los dos grupos.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de pólipo endometrial por histeroscopia diagnóstica, atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, España, entre el 1 de septiembre de 2014 y el 1 de septiembre de 2015.

RESULTADOS: se estudiaron 130 pacientes con diagnóstico histeroscópico de pólipo endometrial de las que 56.9% (74) eran asintomáticas y 43.1% (56) sintomáticas. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al porcentaje de hipertensión arterial (36.5 *vs* 33.9%), diabetes mellitus (14.9 *vs* 10.7%) y antecedente de cáncer de mama (14.9 *vs* 17.9%). El diagnóstico anatomopatológico más frecuente en mujeres sin datos clínicos fue de pólipo endometrial en 93.2%, mientras que en las que tuvieron sangrado se confirmó en 80%, con una p = 0.026. Hubo 5.5% de enfermedad maligna o premaligna en las pacientes con síntomas y 2.8% en las asintomáticas, sin diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: a pesar de no encontrar diferencias entre los dos grupos de pacientes debe individualizarse la indicación de histeroscopia diagnóstica por la escasa incidencia de patología premaligna o maligna en mujeres asintomáticas.

PALABRAS CLAVE: posmenopausia, pólipo endometrial, histeroscopia, polipectomía, cáncer de endometrio.

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, España.

Recibido: abril 2016

Aceptado: octubre 2016

Correspondencia
Dra. Mónica Pato Mosquera
monica.pato@yahoo.es

Este artículo debe citarse como
Pato-Mosquera M, Carballo-Núñez E, Vázquez-Rodríguez M, Rivas-Duro J. Polipectomía por histeroscopia diagnóstica en mujeres posmenopáusicas. Ginecol Obstet Mex. 2016 nov;84(11):704-710.

Ginecol Obstet Mex. 2016 November;84(11):704-710.

Polipectomy by diagnostic hysteroscopy in postmenopausal women.

Pato-Mosquera M, Carballo-Núñez E, Vázquez-Rodríguez M, Rivas-Duro J

Abstract

BACKGROUND: When an endometrial polyp is suspected by transvaginal ultrasound in postmenopausal women with bleeding, diagnostic hysteroscopy is the procesure to apply in order to assess the endometrial cavity, remove the polyp and to make a histologic study. In asymptomatic patients this clinical practice is not clear at all.

OBJECTIVE: To evaluate the difference between asymptomatic and symptomatic women in terms of risk factors and the incidence of premalignant and malignant lesions in both groups

MATERIAL AND METHOD: Retrospective observational descriptive study of 130 patients with a diagnosis of endometrial polyp based on diagnostic hysteroscopy.

RESULTS: 56.9% (74) were asymptomatic and 43.1% (56) were symptomatic. There were no statistical differences between both groups in the percentage of arterial hypertension (36.5 *vs* 33.9%), diabetes mellitus (14.9 *vs* 10.7%), and breast cancer (14.9 *vs* 17.9%). The most frequent anatomopathologic diagnostic in asymptomatic women was endometrial polyp in 93.2% of the patients while in symptomatic this was confirmed in the 80% of the cases with a p = 0.026. There were 5.5% of malignant or premalignant pathology in symptomatic patients and 2.8% in asymptomatic with no statistical significance between them.

CONCLUSIONS: Despite of not having differences between both groups of patients the diagnostic hysteroscopy indication should be individualized because of the rare incidence of premalignant or malignant pathology in asymptomatic women.

KEY WORDS: Postmenopause; Endometrial polyp; Hysteroscopy; Polypectomy; Endometrial cancer

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, España.

Correspondence
Dra. Mónica Pato Mosquera
monica.pato@yahoo.es

ANTECEDENTES

Los pólipos endometriales son crecimientos hiperplásicos de glándulas endometriales y estroma alrededor de un pedículo vascular que forman una proyección sésil o pediculada en el endometrio. Su incidencia es de 10 a 40% en mujeres con sangrado y de 1 a 12% en mujeres asintomáticas.[1] Pueden ser únicos en 80% de los casos o múltiples en 20%.[2] El riesgo de lesión premaligna (hiperplasia simple o compleja con atipia) o maligna (cáncer de endometrio) se estima en 0.5 y 4.8%.[1,3,4] Entre los factores de riesgo de lesiones premalignas o malignas

están la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama, tratamiento con tamoxifeno y la obesidad.

La sospecha diagnóstica es por ecografía o sonohisterografía pero sin discriminación entre lesión maligna o benigna. La prueba diagnóstica de referencia es la histeroscopia ambulatoria, que permite la visualización directa de la cavidad y la exéresis o biopsia de la formación polipoidea para estudio histológico. La aplicación rutinaria de la ecografía en las revisiones ginecológicas de mujeres asintomáticas ha incrementado el diagnóstico de los pólipos con el consiguiente aumento de las derivaciones a histeroscopia diagnóstica, prueba invasiva no exenta de complicaciones. La exéresis de estas lesiones está claramente indicada en mujeres con sangrado, para revertir los síntomas y descartar malignidad, pero no existe un acuerdo en mujeres asintomáticas.

El objetivo de este estudio es evaluar los factores de riesgo y la incidencia de lesiones premalignas y malignas en mujeres sintomáticas y asintomáticas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo efectuado en pacientes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España, entre el 1 de septiembre de 2014 y el 1 de septiembre de 2015. Se incluyeron las pacientes con diagnóstico de pólipo endometrial por histeroscopia diagnóstica. Se consideraron menopáusicas luego de trascurridos 12 meses a partir de la última menstruación. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad al momento de la prueba, sangrado (sí-no), antecedentes personales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de mama, tratamiento con tamoxifeno), hallazgos ecográficos (sin hallazgos, sospecha de pólipo, línea endometrial engrosada mayor de 5 mm, sospecha de patología cervical), biopsia de endometrio (sí-no), resultado de la biopsia de endometrio (material insuficiente, sospecha de pólipo endometrial, hiperplasia simple o compleja con o sin atipia), anatomía patológica de pólipo (muestra inadecuada, pólipo, hiperplasia simple o compleja con o sin atipia, carcinoma de endometrio, endometrio normal, mioma o metástasis). Las pacientes se dividieron en dos grupos: *1)* con sangrado genital posmenopáusico y *2)* asintomáticas, para su posterior comparación en función de las variables de estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio, incluida la media, desviación típica, mediana y rango para las variables cuatitativas, frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Posteriormente se utilizó t de Student para la diferencia de medias de variables cuantitativas, y prueba χ^2 para ver la asociación entre las variables cualitativas. Para el estudio de la normalidad se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Se consideró significativa una $p < 0.05$. Se empleó el programa SPSS 18.0 para la realización de la base de datos y el análisis estadístico.

RESULTADOS

Se estableció el diagnóstico de pólipo endometrial por histeroscopia en 130 pacientes. De éstas 56.9% (n=74) eran asintomáticas y 43.1% (n=56) habían experimentado, al menos, un episodio de sangrado genital postmenopáusico. La edad media de las pacientes al momento de la prueba fue similar en ambos grupos: 63.6 ± 9.8 años en asintomáticas y 62.9 ± 10.1 años en las sintomáticas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al porcentaje de hipertensión arterial (36.5 *vs* 33.9%), diabetes mellitus (14.9 *vs* 10.7%) y antecedente de cáncer de mama (14.9 *vs* 17.9%) entre mujeres con o sin clínica (Cuadro 1). Todas las pacientes con antecedente de cáncer de mama (excepto una del grupo de las mujeres sintomáticas) estaban

Cuadro 1. Análisis descriptivo del grupo de estudio

	Asintomáticas (n=74)	Sintomáticas (n=56)	Diferencia estadística
Edad media ± desviación típica (años)	63.3 ± 9,8	62.9 ±10,1	NS
Hipertensión arterial	36.5% (n=27)	33.9% (n=19)	NS
Diabetes mellitus	14.9% (n=11)	10.7% (n=6)	NS
Cáncer de mama	14.9% (n=12)	17.9% (n=10)	NS

NS: no significativo

en tratamiento con tamoxifeno al momento de la histeroscopia. Ninguna había recibido terapia hormonal sustitutiva. Si se compara el grupo de pacientes con lesiones premalignas y malignas con el resto de pacientes, se advertirá que entre estas últimas hubo más casos de hipertensión arterial (70 vs 35.1%) y fueron de mayor edad (72.2 ± 10.7*vs* 63.1 ± 9.6 años), aunque estas diferencias no fueron significativas. No hubo diferencias estadísticamente significativas con otros factores de riesgo como diabetes mellitus, cáncer de mama y clínica de sangrado entre mujeres con enfermedad premaligna o maligna e histología benigna. En la correlación de los hallazgos ecográficos con los histeroscópicos hubo sospecha de pólipo en la ecografía previa a la histeroscopia en 90.4% de las mujeres asintomáticas y 72.7% de las sintomáticas, diferencia estadísticamente significativa con p = 0.009 (Cuadro 2). La biopsia endometrial se tomó con una cánula de Cournier antes de la prueba en 13.5% de las asintomáticas y 44.6% de las sintomáticas con una p<0.05; el diagnóstico fue histológico de material insuficiente en 50% y de pólipo en el otro 50% de los casos. Se realizó exéresis completa del pólipo en 77.7% de las mujeres (83.8% en asintomáticas y en 69.6% de las sintomáticas con p = 0.055). En 27 pacientes se tomó una biopsia y en 2 no se tomaron muestras porque refirieron dolor intenso. El diagnóstico anatomopatológico más frecuente en mujeres sin clínica fue de pólipo endometrial en 93.2% mientras que en las que tenían sangrado se confirmó en 80%, con una p = 0.026. Hubo 3.9% de lesiones malignas (5.5% en sintomáticas y 1.4% en asintomáticas) sin diferencias estadísticamente significativas. Una de las lesiones malignas se trató de metástasis de cáncer de mama (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

En la actualidad, la sospecha ecográfica de pólipo endometrial se ha convertido en la indicación más frecuente de histeroscopia diagnóstica en mujeres postmenopáusicas en nuestro servicio.[5,6] Las mujeres asintomáticas representan 56.9% de las pacientes con histeroscopia y hallazgo de pólipo. Esto no concuerda con otras series en las que el volumen mayoritario es de mujeres

Cuadro 2. Hallazgos ecográficos previos a la histeroscopia diagnóstica

Hallazgos ecográficos	Asintomáticas (n=73)	Sintomáticas (n=55)	Diferencia estadística
Sin hallazgos	0 (0%)	4 (7.3%)	NS
Pólipo	66 (90.4%)	40 (72.7%)	p=0,009
Línea endometrial engrosada	6 (8.2%)	11 (20%)	NS
Sospecha depatología cervical	1 (1.4%)	0 (0%)	NS

NS: no significativo

Cuadro 3. Diagnóstico histológico de los pólipos endometriales extraídos por histeroscopia

Diagnóstico anatomopatológico	Asintomáticas	Sintomáticas	Diferencia estadística
Material insuficiente	1 (1,4%)	3 (5,6%)	NS
Pólipo	68 (93.2%)	44 (80%)	p< 0,026
Hiperplasia con atipia	1 (1.4%)	0 (0%)	NS
Endometrio normal	1 (1.4%)	4 (7,3%)	NS
Mioma	1 (1.4%)	0 (0%)	NS
Carcinoma de endometrio	1 (1.4%)	3 (5.5%)	p< 0,088
Metástasis de cáncer de mama	0 (0%)	1 (1.4%)	NS

NS: no significativo

con sangrado genital.[2,7,8] Quizá se deba a la aplicación rutinaria de la ecografía a pacientes asintomáticas a quienes se indica histeroscopia diagnóstica por el hallazgo de un pólipo endometrial.

En nuestra serie las pacientes con lesiones premalignas y malignas tuvieron mayor frecuencia de hipertensión arterial y son de mayor edad, independientemente de los síntomas. En una revisión sistemática[9] se concluyó que el sangrado se asocia con mayor riesgo de neoplasia endometrial. En cuanto a otros factores de riesgo, como haber sido tratadas con tamoxifeno, la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el tamaño del pólipo existen series de pacientes en donde se asocian con mayor incidencia de lesiones premalignas y malignas, mientras que en otros no se ha encontrado esta relación.[9,10]

El hallazgo ecográfico más frecuente fue el de pólipo endometrial en mujeres sintomáticas y asintomáticas seguido del endometrio engrosado. Sin embargo, en el estudio de Domínguez y su grupo[7] el hallazgo ecográfico más visualizado fue el de endometrio engrosado. En nuestra serie, en ningún caso se sospechó patología maligna en un pólipo advertido por ecografía. No se ha demostrado que la ecografía combinada con doppler sea capaz de descartar la malignidad y no debe sustituirse por el estudio histológico de la lesión intracavitaria.[11]

En nuestro trabajo se tomaron más biopsias endometriales en mujeres sintomáticas que asintomáticas. Esto puede deberse a que se diagnosticó por ecografía mayor cantidad de líneas endometriales engrosadas en mujeres con sangrado. El diagnóstico anatomopatológico fue de pólipo endometrial en 50% de las biopsias previas a la histeroscopia. El resultado histológico de material insuficiente o de pólipo no asegura que sobre el pólipo no hay una lesión premaligna o maligna, por eso se recomienda la polipectomía y el estudio anatomopatológico de la muestra.[8]

El resultado histológico más frecuente de la polipectomía fue de pólipo endometrial, hallazgos parecidos a otros estudios.[2,7,10,12,13] En nuestra serie encontramos una diferencia significativa entre mujeres asintomáticas y sintomáticas. Si se advierte un pólipo en una mujer sin sangrado es más probable que lo sea. Hubo 3.9% de lesiones malignas, porcentaje que concuerda con los resultados descritos en la bibliografía que varían de 0.5 a 4.8%.[1,3,4] No se encontraron diferencias entre mujeres sintomáticas y asintomáticas quizá porque el tamaño de la muestra es pequeño.

La posmenopausia y el sangrado son factores de riesgo de enfermedad maligna sobre un pólipo.[1,2,7,8,9,12] En mujeres con clínica y sospecha ecográfica de pólipo endometrial está claro que debe estudiarse la cavidad endometrial y, si es posible, realizar la polipectomía por histeroscopia diagnóstica para estudio histológico. La polipectomía se asocia con disminución de los síntomas en 75-100% de los casos.[1] En pacientes asintomáticas esto no es tan evidente y no existe consenso en la bibliografía revisada. En algunas series el riesgo de lesión premaligna o maligna es muy bajo o inexistente.[14,15,16] Existe una falsa creencia de que la polipectomía es una técnica costo-efectiva como prevención secundaria de cáncer de endometrio.[17] Esto se ha basado en una opinión de expertos pero hay muy pocos datos publicados al respecto.[15] Los estudios de la bibliografía revisada no han encontrado relación con los síntomas y recomiendan polipectomía a todas las mujeres posmenopáusicas, puesto que el sangrado tiene un valor limitado como predictor de malignidad.[18,19] Otros grupos recomiendan la polipectomía ante la existencia de factores de riesgo, como: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y el tamaño del pólipo en las asintomáticas[10,20] mientras que otros la recomiendan en caso de sangrado.[1,2,7,8,9,12] Se ha visto que el diagnóstico de cáncer de endometrio en una mujer sin clínica no ofrece ninguna ventaja en cuanto a pronóstico comparado con las que tienen sangrado de menos de 8 semanas de evolución.[10] Quizá estos pólipos acabarán dando clínica de sangrado con el tiempo. Sin embargo, a pesar de los estudios publicados con resultados contradictorios, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología[21,22] y la revisión de *Uptodate*[23] recomiendan la polipectomía a todos los pólipos en posmenopáusicas sintomáticas o no.

CONCLUSIÓN

Entre las pacientes sintomáticas y asintomáticas no se encontraron diferencias significativas quizá debido a lo pequeño de la muestra, aunque sí se observó menor proporción de enfermedad maligna en las pacientes asintomáticas. Éstas deben valorarse en función de los factores de riesgo asociados y con el conocimiento de que la histeroscopia diagnóstica es una prueba invasiva no exenta de complicaciones. Los estudios deben dirigirse a buscar factores de riesgo predictores de malignidad para identificar los casos que precisan polipectomía.

REFERENCIAS

1. Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2010;89:992-1002.
2. Mossa B, Torcia F, Avenoso F, Tucci S, Marziani R. Occurrence of malignancy in endometrial polyps during postmenopause. Eur J Gynaecol Oncol 2010;31(2):165-168.
3. Savelli L, De iaco P, Santini D, Rosati F, Ghi T, Pignoti E, Bovicelli L. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. Am J Obstet Gynecol 2003;188:927.
4. Antunes A, Costa-Paiva L, Arthuso M, Costa JV, Pinto-Neto AM. Endometrial polyps in pre and postmenopausal women: factors associated with the malignancy. Maturitas 2007;57:415.
5. Pato M, Vázquez M, Pérez M, García MJ, Blanco S. Indicaciones y resultados de la histeroscopia diagnóstica ambulatoria en el Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Gynecol Obstet Mex 2013;81:382-388.
6. Vázquez M, Pato M, García MJ. Hallazgos histeroscópicos en pacientes postmenopáusicas en el Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Clin Invest Gin Obstet 2015;42(3):101-106.
7. Domingues AP, Lopes H, Diaz I, Freire C. Endometrial polyps in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:618-620.
8. Salim S, Nesbitt-Hawes E, Campbell N, Abott J. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2011;18(5):569-581.
9. Cruz Lee S, Kaunitz A, Sanchez-Ramos L, Rhatiga R. The oncogenic potential of endometrial polyps. Obstet Gynecol 2010;116(5):1197-1205.
10. Ferrazi E, Zupi E, Leone F, Savelli L, Omodei U et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2009;200:235.e1-235.e6.
11. Goldstein SR, Monteagudo A, Popiolek D, Mayberry P, Timor-Tritsch I. Evaluation of endometrial polyps. Am J Obstet Gynecol 2002;186:669-674.

12. Golan A, Cohen-Sahar B, Keidar R, Condrea A, Ginath A. Endometrial polyps: syntomatology, menopausal status and malignancy. Gynecol Obstet Invest 2010;70:107-112.
13. Kassab A, Trotter P, Fox R. Risk of cancer in symptomatic postmenopausal women with endometrial polyps at scan. J Obstet Gynaecol 2008;28(5):522-525.
14. Shushan A, Revel A, Rijansky N. How often are endometrial polyps malignant? Gynecol Obstet Invest 2004;58:212-215.
15. Matchinger R, Korach J, Padoa A. Transvaginal ultrasound and diagnostic hysteroscopy as a predictor of endometrial polyps. Risk factors for premalignancy and malignancy. Int J Gynecol Cancer 2005;15:325-328.
16. Bakour SH, Khan KS, Gupta GK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. Acta Obstet Gynecol Scand 200;79:317-320.
17. Lev-Sagie A, Haman Y, Imba T, Hurwitx A, Lavy Y. The significance of intrauterine lesions detected by ultrasound in asymptomatic postmenopausal patients. BJOG 2005;112:379-381.
18. Orvieto R, Bar-Hava I, Dicker D,Bar J, Ben-Rafael Z. Endometrial polyp during menopause: characterization and significance. Acta Obstet Gynecol 1999;78:883-886.
19. Papadia A, Gerbaldo D, Fulcheri F, Ragni N, Menoni S, Zanardi S. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps: should every polyp be resected? Minerva Ginecol 2007;59:117-124.
20. Wang JH, Zhao J, Lin J. Opportunities and risk factors for premalignant and malignant transformation of endometrial polyps: management strategies. J Minim Invasive Gynecol 2010;17:53-58.
21. Gregoriou O, Konidaris S, Vrachnis N, Bakalianou K, Salakos N et al. Clinical parameters linked with malignancy in endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol 2007;14:189-194.
22. Protocolo SEGO de histeroscopia en consulta 2013. Disponible en: www.campussego.com/images/documentos/protocolos/Endoscopia_Ginecologica/histeroscopia%20en%20consulta%202013.pdf
23. Uptodate. Steward E. Endometrial polyps. Sept 03, 2015. Disponible en: http://www.uptodate.com

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.