

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 23
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"



UTILIDAD DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION EN
EN EL DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA
ENDOMETRIAL

TESIS
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
DRA. SANDRA ACEVEDO GALLEGOS
ASESOR
DR. ISAIRO GONZALEZ PICO AGUILAR
MONTERREY, N. L. FEBRERO DE 1996



1020118315

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES No. 23
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**



**UTILIDAD DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION EN
EN EL DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA
ENDOMETRIAL**

T E S I S
**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA
DRA. SANDRA ACEVEDO GALLEGOS
A S E S O R
DR. ISAURO GONZALEZ PICO AGUILAR

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1996

TM
26658
FM
1996
A2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL ESPECIALIZADO EN PATOLOGÍA
DE LA SALUD MENTAL



FONDO TESIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL ESPECIALIZADO EN PATOLOGÍA
DE LA SALUD MENTAL

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y GINECOLOGÍA

PRESENTA
DRA. SANDRA ACEVEDO GARCÍA
ASESOR
DR. RAÚL GONZÁLEZ RIVERA

EL TÍTULO DE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS
DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES NO. 23
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

UTILIDAD DE LA BIOPSIA POR ASPI-
RACION EN EL DIAGNOSTICO DE PA-
TOLOGIA ENDOMETRIAL.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. SANDRA ACEVEDO GALLEGOS.

ASESOR:

DR. ISAURO GONZALEZ PICO AGUILAR

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

POR TODO EL CARINO Y EL INMEJORABLE EJEMPLO RECIBIDO Y
POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAN BRINDADO PARA
LOGRAR MIS METAS.

A MIS HERMANOS:

CON TODO MI AMOR Y MI AGRADECIMIENTO POR ANTEPONER MIS
DESEOS A LOS SUYOS PROPIOS Y POR AYUDARME A SOBREPONERME
EN LOS MOMENTOS MÁS DIFICILES.

A MIS MAESTROS:

POR TODO EL CONOCIMIENTO QUE ME HAN BRINDADO, PERO
PRINCIPALMENTE A AQUELLOS QUE LOGRARON DESPERTAR EN MI
LA CONVICCION DE NO SABER NADA Y LA NECESIDAD DEL
CONOCIMIENTO.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	4
HIPOTESIS	5
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	8
COMENTARIO	10
BIBLIOGRAFIA	13
ANEXOS	14

RESUMEN

Se revisaron en forma retrospectiva 100 expedientes de mujeres sometidas a biopsia de endometrio por aspiración con la cánula de Karman entre el 1ro. de marzo de 1995 y el 31 de diciembre de 1995. La biopsia se realizó en la consulta externa de Biología de la Reproducción.

A todas las pacientes se les realizó el procedimiento en la primera consulta. Se investigó la edad, paridad, indicación para la biopsia de endometrio, si se requirió de analgesia durante el procedimiento, complicaciones y cantidad y utilidad de la muestra obtenida.

De las 100 pacientes en 99% se logró introducir la cánula en la cavidad uterina, el promedio de edad fue 41.9 @, se requirió fijar el cérvix en 86% de las pacientes, la muestra fue suficiente en 95% y adecuada en 94% de los casos. No se presentaron complicaciones y el dolor fue mínimo, refiriéndose solo una paciente para biopsia bajo anestesia por estenosis cervical. El diagnóstico más frecuente fue endometrio proliferativo seguido por endometrio secretor en 36% y 28% de las pacientes respectivamente, se diagnosticaron 4 pólipos endometriales y un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El tejido obtenido no fue útil para diagnóstico histopatológico en 6% de los casos. En 4% de las muestras se encontró hiperplasia glanduloquística sin atipias y en 1% con atipias y endometrio atrófico en 4% de las muestras. Se concluye que la biopsia por aspiración es un método fácil, seguro y rápido de obtener tejido endometrial para estudio histopatológico.

INTRODUCCION

La biopsia de endometrio continúa siendo un arma diagnóstica importante en la evaluación clínica de mujeres con riesgo para neoplasia de endometrio, seguimiento de mujeres en tratamiento hormonal de sustitución, en estudio por infertilidad y en el diagnóstico y manejo de hemorragia uterina disfuncional (1)

La dilatación y legrado ha sido considerado por muchos años el método de elección para obtener muestras de endometrio para estudio histológico; sin embargo en los últimos años, han surgido nuevos instrumentos con el mismo fin; pero que parecen ser más seguros, económicos y convenientes que la dilatación y legrado (2).

En 1937 Novak propuso el uso de una cánula de succión metálica, curva, con la punta serrada y el extremo proximal conectado a un aparato de succión. Novak concluyó que el legrado por succión era de utilidad en el estudio de condiciones ginecológicas anatómicas y funcionales. (3)

En 1970 Jensen introdujo el aspirador "Vabra" que es una cánula de metal desechable. Grimes comparó la seguridad y eficacia de este instrumento con la dilatación y legrado, encontrando una excelente precisión diagnóstica, mayor seguridad y menor costo que la dilatación y legrado. Sin embargo este instrumento tiene la desventaja de que requiere una bomba de succión eléctrica. (1,2)

En 1976 estudios de Hawaii y Nigeria (Hale y Ladipo) describieron el uso de la cánula de Karman (International Projects Assistance Service Inc., Chapel Hill, North Carolina, USA) y una

jeringa para biopsia por aspiración del endometrio. Es una cánula flexible de plástico de 4,5 y 6 mm de diámetro, con dos ranuras en dirección opuesta en el extremo distal. La jeringa es de plástico, de 100cc.

La anestesia y la dilatación no son necesarias en la mayoría de los casos. La aspiración de la cavidad uterina usualmente requiere de menos de 1 minuto. La cánula y la jeringa son desechables o pueden ser reusadas después de esterilización. (3,4)

Los estudios reportados mencionan que se obtiene material excelente para diagnóstico sin danar la capa basal del endometrio tan extensamente como el legrado convencional. (5,6,7)

En nuestro hospital se esta llevando a cabo este procedimiento desde hace aproximadamente 20 y no contamos con una recopilación de los resultados para valorar si su uso es recomendable y seguro para nuestras pacientes.

OBJETIVOS

GENERALES :

SE VALORARA LA UTILIDAD DE LA BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACION EN EL DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ENDOMETRIAL.

ESPECIFICOS :

SE VALORARA LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LAS MUESTRAS DE ENDOMETRIO OBTENIDAS POR ASPIRACION.

SE VALORARA LA TOLERANCIA DE LA PACIENTE AL PROCEDIMIENTO ASI COMO LAS POSIBLES COMPLICACIONES.

HIPOTESIS

- HG La biopsia endometrial por aspiración es útil en el diagnóstico de patología endometrial.
- H1 La biopsia endometrial por aspiración diagnostica la mayoría de las patologías endometriales.
- H0 La biopsia endometrial por aspiración no diagnostica la mayoría de las patologías endometriales.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes de pacientes que acudieron a la consulta externa de Biología de la Reproducción del Hospital Regional de Especialidades #23 "Dr. Ignacio Morones Prieto" del Instituto Mexicano del Seguro Social que requirieron biopsia de endometrio la cual se les realizó por el método de aspiración manual endouterina (AMEU) con cánula de Karman en el periodo comprendido del 01 de marzo de 1995 al 31 de diciembre de 1995.

A todas las pacientes se les tomó la biopsia de endometrio en la primera consulta, y fueron seleccionadas al azar dependiendo de si en el momento de la consulta se contaba o no con equipo de aspiración estéril.

La toma de biopsia de endometrio se realizaba por el médico adscrito o por el residente de Ginecología de segundo o de tercer año.

La técnica para biopsia de endometrio por aspiración manual endouterina consiste en colocar a la paciente en posición de litotomía dorsal, se realiza exploración bimanual para ver el tamaño y posición del útero, posteriormente se inserta un espéculo vaginal, y se intenta la introducción de una cánula de Karman #4, y si no se logra se procede a fijar el cérvix, una vez que la cánula llega hasta el fondo, se conectó a la jeringa previamente preparada al vacío y se abre la válvula para realizar el vacío en la cavidad uterina, se realizan movimientos longitudinales y rotatorios y se obtiene la muestra, se colocó la muestra en formol y se identificó para enviarse al Departamento de Patología.

Se registró la edad y paridad de la paciente, los anteceden-

tes ginecoobstétricos, la indicación de la biopsia de endometrio y el resultado histopatológico, si se refería en el expediente que no era posible tomar la biopsia por el dolor intenso, o si la paciente requirió de analgésicos durante el procedimiento o posterior a él, si el sangrado posterior fue ausente, mínimo o abundante que requiriera hospitalización para observación; se clasificó la muestra como suficiente si al momento del procedimiento se visualizaba tejido a través de la cánula, se consideró adecuada o no de acuerdo a lo mencionado en el reporte de Patología, así como también se registró la cantidad de tejido reportado. Se investigó si hubo complicaciones tales como perforación o infección. Se excluyeron expedientes incompletos o extraídos o aun sin reporte histológico.

RESULTADOS

Se realizaron 108 biopsias endometriales con cánula de Karman del 1ro. de marzo de 1995 al 31 de diciembre de 1995. Se revisaron 100 expedientes de pacientes sometidas a biopsia endometrial por aspiración, 8 expedientes se excluyeron por que no se encontraron en archivo.

El promedio de edad de las pacientes en estudio fue de 41.9@, con un rango de 50; el mayor porcentaje de pacientes (51%) se encontró en el subgrupo de 36 a 45 @, y el menor porcentaje (5%) se encontró en el subgrupo de menores de 25@. (Tabla 1)

Las indicaciones para biopsia de endometrio fueron hemorragia uterina anormal, hemorragia uterina disfuncional, esterilidad, aborto habitual, y sangrado postmenopaúsico; siendo la más frecuente la hemorragia uterina anormal (hipertrofia o miomatosis) en 51%, seguida por hemorragia uterina disfuncional en 34%. (Tabla 2)

El resultado histopatológico más frecuente fue endometrio proliferativo (36%), seguido por endometrio secretor (28%), endometrio menstrual (15%), hiperplasia glanduloquística sin atipias (4%), con atipias (1%), hiperplasia simple (2%), endometrio atrófico (4%), endometritis crónica (2%), vellocidades coriales (1%) y carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (1%). Se diagnosticaron pólipos endometriales en 4% de las muestras y en 6% de los casos el material obtenido se reportó no útil para diagnóstico por ser unicamente sangre y coágulos. (Tabla 3)

En la paciente con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado no se pudo corroborar el diagnóstico por legrado

uterino instrumental ya que la paciente no volvió a la consulta luego de la primera cita.

En las biopsias de endometrio indicadas por hemorragia uterina anormal el hallazgo histológico más frecuente fué endometrio proliferativo 20 (39.2%); en las indicadas por hemorragia uterina disfuncional el resultado más frecuente fué endometrio secretor 13 (38.2%). El carcinoma epidermoide se diagnostico en una paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal, de 52 @ de edad con 3 hijos. El diagnóstico más frecuente en pacientes con sangrado transvaginal postmenopausico fue endometrio atrófico 4 (44.4%).

Se diagnosticaron pólipos endometriales en una paciente con hemorragia uterina anormal, una con hemorragia uterina disfuncional, una con esterilidad primaria y una con sangrado postmenopausico.

La introducción de la cánula fue posible en 99% de las pacientes, solo en una paciente no se logro introducir la cánula por una estenosis cervical. Ninguna paciente requirio analgesia durante el procedimiento. En 84% de las pacientes se requirio fijación del cérvix con pinza de Pozzi. La muestra fue macroscópicamente suficiente en 95% de los casos e histológicamente adecuada en 94%. Ninguna paciente presentó sangrado posterior que ameritara hospitalizarla para observación. No se encontró reporte de que fuera necesario interrumpir el procedimiento por dolor intenso de la paciente. No se presentaron perforaciones uterinas ni infecciones posteriores. No se necesitó dilatación en ninguno de los casos. La cantidad promedio de tejido obtenida para muestra fue de 2.03 cm³.

COMENTARIO

En 99% de las pacientes se logró introducir la cánula de Karman en la cavidad uterina para obtener tejido endometrial. En todas las pacientes el legrado por aspiración fue efectuado en el primer contacto con la paciente y sin preparación especial previa. Las pacientes se manejaron totalmente ambulatorias con el procedimiento realizado en el consultorio.

Existen reportes de que el legrado por aspiración no es útil para detección de pólipos endometriales, en este estudio se diagnosticaron 4 casos.

Se han reportado complicaciones como sepsis después de legrado por aspiración, sin embargo en este estudio no hubo tal complicación, así como tampoco perforaciones uterinas. Es menos probable que ocurran perforaciones con una cánula flexible que con una rígida de metal.

En términos de aceptación por la paciente y eficacia diagnóstica parece ser que la cánula flexible de plástico para aspiración debe ser considerada como un método diagnóstico efectivo adicional.

Las dos ventajas mayores son ahorro en tiempo y costos.

En la mayoría de los casos puede ser realizada en el consultorio en unos cuantos minutos, mientras que para el legrado formal podrían pasar semanas para su internamiento o largas horas de espera antes de entrar a quirófano. El legrado parece ser más peligroso, caro y menos conveniente que la biopsia por aspiración.

El legrado exhaustivo puede causar sinequias uterinas, amenorrea, infertilidad o implantaciones placentarias anormales.

La succión remueve menos capa basal que el legrado y por lo tanto el Síndrome de Asherman es menos común.

Aquellas mujeres que sean candidatas para legrado, debieran ser sometidas primeramente a biopsia de endometrio en el consultorio antes de decidir programarlas para legrado bajo anestesia. En aquellas mujeres en quienes no se obtengan muestras adecuadas o el problema de sangrado persista o recurra luego de la biopsia por aspiración, debe considerarse la posibilidad de legrado bajo anestesia.

El procedimiento es seguro y fácil de realizar con mínima molestia para la paciente y riesgos mínimos. En las pacientes de este estudio no se presentaron complicaciones, y se pudo realizar el procedimiento en 99% de los casos con únicamente un 6% de muestras no adecuadas, concluyéndose que de 100 mujeres, 94 se evitaron un procedimiento anestésico y hrs. de estancia hospitalaria, con un intervalo menor entre su primera consulta y su resultado histológico, iniciándose su tratamiento definitivo y específico en un plazo más corto.

A pesar de los resultados publicados en la literatura acerca de las ventajas de este procedimiento, aún hay prejuicios entre el personal médico y de enfermería para la realización amplia del procedimiento o en cuanto a sus indicaciones. El procedimiento descrito por ser seguro, barato y fácil de realizar, permite disminuir la morbilidad anestésica, útil en pacientes con alto riesgo anestésico, con un costo hospitalario menor, con disminución del trabajo en áreas con gran demanda como es el área de tococirugía ya que las pacientes no tendrían que ser canalizadas a este departamento, y los recursos destinados antes a hos-

pitalización, material para anestesia, moviliario e instrumentos y ropa esteril podria canalizarse a otros programas prioritarios.

Seria muy interesante continuar este estudio con otro trabajo prospectivo donde se comparara este procedimiento con la toma de biopsias con cánula rigida, y se pudieran correlacionar los resultados histológicos con los diagnosticos definitivos de piezas quirúrgicas en caso de que se sometiera a la paciente a cirugía y de esta manera poder corroborar de manera bastante confiable la utilidad de la biopsia por aspiración.

BIBLIOGRAFIA

1. Kawnitz MA, Masciello A, Ostrowski M, Rovira ZE.: Comparison of Endometrial Biopsy with the Endometrial Pipelle and Vabra Aspirator. *J Reprod Med* 1988;33:427
2. Grimes DA.: Diagnostic dilation and curettage: A reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:1
3. Suárez RA, Grimes DA, Majmudar B, Benigno BB.: Diagnostic endometrial aspiration with the Karman cannula. *J Reprod Med* 1983;28:41
4. Mateo SH et al: Biopsia endometrial por aspiración. *Ginec Obst Mex* 1995;63:395
5. Mackensie IZ.: Routine outpatient diagnostic uterine curettage using a flexible plastic aspiration curett. *Br J Obstet Gynecol* 1985;92:1291
6. Bibbo M. et al.: Accuracy of three sampling techniques for the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia. *J Reprod Med* 1982;27:622
7. Carnier E.: The Pipelle: A disposable device for endometrial biopsy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:109

FRECUENCIA DE PACIENTES SOMETIDAS A BIOPSIA DE ENDOMETRIO, POR
ASPIRACION POR GRUPO DE EDAD (Tabla 1)

EDAD	NUM. DE PACIENTES	%
Menos de 25 @	5	5
26 a 35	14	14
36 a 45	51	51
46 a 55	24	24
+ 56	6	6
TOTAL	100	100

INDICACIONES PARA BIOPSIA DE ENDOMETRIO Y RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS (TABLA 2)

DIAGNOSTICO	HUA	HUD	ESTERILIDAD	ABORTO HABITUAL	SANGRADO POST-MENOPAUSICO
	51%	34%	5%	1%	9%
CARCINOMA EPIDERMOIDE	1				
VELLOCIDADES CORIALES		1			
ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	20	11	2	1	2
ENDOMETRIO SECRETOR	13	13	2		
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA CON ATIPIAS	1				
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA SIN ATIPIAS	1	2			1
ENDOMETRIO ATROFICO					4
ENDOMETRIO MENSTRUAL	11	4			
NO UTIL PARA DIAGNOSTICO	1	2	1		2
HIPERPLASIA GLANDULAR SIMPLE	2				
ENDOMETRITIS CRONICA	1	1			

HUA = HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

HUD = HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS HISTOLOGICOS ENCONTRADOS. (TABLA 3)

DIAGNOSTICO	NUM, DE PACIENTES	%
ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	36	36
ENDOMETRIO SECRETOR	28	28
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA SIN ATIPIAS	4	4
HIPERPLASIA GLANDULOQUISTICA CON ATIPIAS	1	1
ENDOMETRIO ATROFICO	4	4
ENDOMETRIO MENSTRUAL	15	15
NO UTIL PARA DIAGNOSTICO	6	6
HIPERPLASIA GLANDULAR SIMPLE	2	2
ENDOMETRITIS CRONICA	2	2
CARCINOMA EBIDERMOIDE MOD. DIF.	1	1
VELLOSIDADES CORIALES DE MENOS DE 12 SEM.	1	1
total	100	100

taller de encuaderación
ENCUADERNACIONES PROFESIONALES

Tacuba No. 1645 Ote. Entre Félix U. Gómez y Héroes del 47
Tel. 344-65-25 Monterrey, Nuevo León

