



ORIGINAL

## Hallazgos histeroscópicos en pacientes posmenopáusicas en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense



M. Vázquez Rodríguez<sup>a,\*</sup>, M. Pato Mosquera<sup>a</sup> y M.J. García García<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

<sup>b</sup> Unidad de Apoyo a la Investigación, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 3 de junio de 2013; aceptado el 4 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2014

### PALABRAS CLAVE

Histeroscopia;  
Posmenopausia;  
Diagnóstico;  
Hallazgos;  
Carcinoma de  
endometrio

### Resumen

**Objetivos:** Se describen los hallazgos histeroscópicos en las pacientes posmenopáusicas. Se analizan las características epidemiológicas de pacientes con adenocarcinoma de endometrio.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de las histeroscopias diagnósticas realizadas en nuestro servicio a 451 pacientes posmenopáusicas entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2012 en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO).

**Resultados:** Edad media de  $64,8 \pm 8,9$  años, la mayoría multíparas (82,7%) y con enfermedad concomitante más frecuente la hipertensión arterial (37,3%), dislipidemia (20%) y obesidad (12,6%). El 45,7% habían presentado sangrado genital. La indicación más frecuente fue la sospecha ecográfica de pólipo endometrial. Presentaron dolor intenso durante la técnica el 14,4% de las pacientes. La concordancia entre la sospecha ecográfica de enfermedad intracavitaria e histeroscopia diagnóstica fue del 66,3% para los pólipos endometriales. La concordancia entre histeroscopia e histología para el carcinoma endometrial fue del 87,5%. En las situaciones en las que se indicó la prueba por endometrio engrosado mayor a 5 mm se encontró enfermedad endometrial e intracavitaria en el 66,7% de los casos. Se diagnosticó un 5,3% de pacientes con adenocarcinoma de endometrio, con sangrado posmenopáusico, un 62,5%.

**Conclusiones:** No existen diferencias en relación con los hallazgos y diagnósticos histológicos entre mujeres sintomáticas y asintomáticas, aunque la enfermedad maligna se presenta con mayor frecuencia en pacientes con sangrado. Cabe destacar la buena concordancia entre la histeroscopia y el diagnóstico histológico en el carcinoma de endometrio, pólipos endometriales y endometrios normales.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mvazrod8@yahoo.es](mailto:mvazrod8@yahoo.es) (M. Vázquez Rodríguez).

**KEYWORDS**

Hysteroscopy;  
Postmenopause;  
Diagnosis;  
Findings;  
Endometrial  
carcinoma

## Hysteroscopic findings in postmenopausal patients in the University Hospital Complex of Ourense (Spain)

**Abstract**

**Objectives:** To describe hysteroscopic findings in postmenopausal patients and to analyze epidemiologic characteristics in patients with endometrial adenocarcinoma.

**Materials and methods:** A retrospective descriptive study was carried out in the 451 postmenopausal women who underwent a diagnostic hysteroscopy in our unit between the 1<sup>st</sup> January 2008 and 30<sup>th</sup> June 2012.

**Results:** The mean age was  $64.8 \pm 8.9$  years, 82.7% of the women were multiparous, and the most frequent concomitant diseases were hypertension (37.3%), dyslipidemia (20%) and obesity (12.6%). A total of 45.7% of the women reported abnormal uterine bleeding. The most frequent indication for hysteroscopy was sonographic detection of endometrial polyps. Intense pain during the procedure was reported by 14.4% of the patients. The correlation between ultrasound and hysteroscopy was 66.3% for polyps and the correlation between hysteroscopic and histopathologic diagnosis was 87.5% for endometrial carcinoma. Endometrial and intracavitary disease was detected in 66.7% of the patients with endometrial thickness > 5 mm on ultrasound. Endometrial carcinoma was diagnosed in 5.3% of the patients; of these, 62.5% reported abnormal uterine bleeding.

**Conclusions:** There were no differences between hysteroscopic findings and histologic results in symptomatic and asymptomatic women. Malignant disease was more frequent in patients with abnormal uterine bleeding. There was a good correlation between hysteroscopic visual inspection and pathologic diagnosis in endometrial carcinoma, polyps and normal endometrium.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La histeroscopia de acceso por vaginoscopia, según Bettocchi, ha evolucionado en conjunto con el desarrollo tecnológico y, en décadas recientes, apoyada en la biopsia dirigida de endometrio, ha ganado terreno entre los ginecólogos como método diagnóstico y terapéutico. Se efectúa de forma ambulatoria, utilizándose principalmente en el sangrado uterino anormal, sinequias, infertilidad, problemas relacionados con el DIU, exéresis de pólipos y miomas... , siendo de todas estas, la primera, una causa frecuente de consulta ginecológica<sup>1</sup>. En la mujer posmenopáusica el sangrado uterino puede ser multifactorial y deberse a múltiples trastornos: atrofia (la causa más frecuente), pólipos, hiperplasia y cáncer<sup>1</sup>.

La histeroscopia consiste en examinar la cavidad uterina con un sistema óptico introducido con la ayuda de un medio de distensión líquido como la solución salina<sup>1</sup>. Con este procedimiento se puede visualizar la vagina, el cuello uterino, los orificios cervicales externo e interno, el canal cervical, el istmo y las paredes internas del útero. Además, es bien tolerada por las pacientes puesto que se practica de forma rápida y cuidadosa con un tiempo de aprendizaje relativamente corto<sup>1</sup>. Por todo ello es una técnica excelente para el diagnóstico de la enfermedad endometrial.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo transversal de las 451 pacientes posmenopáusicas a las que se les realizó una histeroscopia diagnóstica entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2012 en el Complejo Hospitalario

Universitario de Ourense (CHUO). Como criterios de inclusión seleccionamos a todas las pacientes a las que, desde las consultas externas de ginecología, se les aconsejaba estudio de la cavidad uterina.

Los números de historia clínica fueron recogidos a través del libro de registro de la consulta de histeroscopia y tras su revisión se contemplaron las siguientes variables: fecha de nacimiento, fecha de realización de la prueba, paridad, sangrado uterino (sintomática), enfermedades concomitantes asociadas, hallazgos ecográficos, indicación de la prueba, aplicación de anestesia local, hallazgos histeroscópicos, concordancia ecografía-histeroscopia, complicaciones derivadas de la técnica, resultados de anatomía patológica. En el subgrupo de pacientes con adenocarcinoma endometrial recogimos también las siguientes variables: fecha de nacimiento, fecha de realización de la prueba, sangrado uterino (sintomática), factores de riesgo para cáncer endometrial, hallazgos ecográficos, hallazgos por histeroscopia diagnóstica, concordancia histeroscopia-histología, derivación a histeroscopia quirúrgica.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables continuas se muestran como media y desviación estándar y las cualitativas como frecuencia y porcentaje. Para la comparación de datos cualitativos se utilizó el test chi cuadrado y para la comparación de datos cuantitativos, el estadístico t de Student. Se consideraron significativos aquellos valores de  $p < 0,05$ . Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 15.0.

La histeroscopia diagnóstica se efectuó con un histeroscopio rígido de flujo continuo con visión foroblicua 30° Karl Storz tipo Bettocchi de 5 mm y canal operatorio 5 Fr y como medio de distensión se utilizó suero salino fisiológico al 0,9% en bolsas de 3 l. Se indicó premedicación desde

la consulta externa de ginecología para la realización de la prueba: un antiinflamatorio no esteroideo 2 h antes de acudir a consulta, y ocasionalmente, un ansiolítico en pacientes con componente ansioso conocido. La técnica se efectuó siguiendo el modelo descrito por Bettocchi en 1997<sup>2</sup> y los hallazgos recogidos se describen a continuación: endometrio de aspecto macroscópico normal, pólipo, mioma uterino, endometrio de aspecto hiperplásico, lesión sospechosa de carcinoma de endometrio. Todas las pacientes recibieron una explicación precisa sobre la prueba y firmaron el documento de consentimiento informado<sup>2</sup>. Para la exéresis de pólipos o miomas se emplearon pinzas o tijeras y, a partir de octubre de 2011, se introdujo el láser de Diodo Biolitec 1470 con una potencia de 15W en modo continuo y con un electrodo que es una fibra cónica de 1.000  $\mu$ . Este último se utilizó en aquellos casos de miomas submucosos y en pólipos de mayor tamaño cuya exéresis no era posible con pinzas o tijeras. Cuando no se consiguió extraer la formación intracavitaria o no se pudo acceder a la cavidad ambulatoriamente se derivó a la paciente a histeroscopia quirúrgica bajo anestesia con resector Storz, con presión intrauterina controlada con bomba de distensión uterina y glicina como medio distensor.

La ecografía tranvaginal se efectuó en la consulta especializada de ecografía de nuestro hospital empleando un ecógrafo Phillips HD 4000 de frecuencias entre 5 y 7,5 Mhz. Las mujeres que hemos incluido en el estudio tienen una línea endometrial (LE) de > 5 mm según los criterios IETA o una imagen intracavitaria patológica, emitiéndose un diagnóstico ecográfico según la ecoestructura (pólipo endometrial o mioma). Finalmente, cabe resaltar que hasta septiembre de 2012 no se efectuó un protocolo intrahospitalario para el manejo terapéutico de los pólipos endometriales en pacientes posmenopáusicas (por tanto, no vigente en el periodo de nuestro estudio).

## Resultados

Se realizó la prueba a un total de 451 mujeres posmenopáusicas con una edad media de 64,8 años y desviación típica de 8,9, de las cuales 372 (82,7%) fueron multiparas y 78 (17,3%) nulíparas. Entre las enfermedades concomitantes que más presentaban destacan: 37,3% HTA, 20% dislipidemia, 12,6% obesidad, 12,4% cáncer de mama, de las cuales un 66,1% tomaban tamoxifeno, y 10% diabetes mellitus (DM) (tabla 1). Desde el punto de vista clínico 206 mujeres (45,7%) habían presentado sangrado genital frente a 245 (54,3%) que se encontraban asintomáticas. El motivo más frecuente de petición de la prueba fue la sospecha ecográfica de pólipo endometrial. Se aplicó anestesia local intracervical a 72 pacientes (16%), de las cuales 56 (77,8%) eran multiparas y 16 (22,2%) nulíparas y la complicación más frecuente fue el dolor intenso en 65 pacientes (14,4%). No hemos documentado ninguna enfermedad inflamatoria pélvica (tabla 2).

En los casos de sospecha ecográfica de pólipo se visualizó el mismo por histeroscopia en el 66,3% de los casos y en la sospecha de mioma submucoso por imagen se detectó la misma formación por histeroscopia en el 35% de las pacientes. De las situaciones en las que se indicó la prueba por LE engrosada mayor a 5 mm, en el 28,4% no se encontró enfermedad y en un 55,9% se localizó pólipo endometrial (tabla 3).

**Tabla 1** Características demográficas, clínicas y enfermedad médica (n = 451)

	N.º de casos	%
Edad media	64,8 $\pm$ 8,9	451
HTA	168	37,3
Dislipidemia	90	20
Obesidad	57	12,6
Cáncer de mama	56	12,4
DM	45	10
Hipotiroidismo	21	4,7
Otras enfermedades	114	25,3
Multiparas	372	82,7
Nulíparas	79	17,3
Sangrado genital	206	45,7
Anestesia local	76	16

**Tabla 2** Complicaciones durante la técnica histeroscópica

	N.º de casos	%
Dolor intenso	65	14,4
Síndrome vasovagal	4	0,9
Perforación uterina	2	0,4
Metrorragia	1	0,2
Falsa vía	1	0,2
Enfermedad inflamatoria pélvica	0	0

Cuando comparamos los hallazgos macroscópicos de la histeroscopia con los resultados histológicos, observamos que existe una concordancia del 87,5% para el adenocarcinoma endometrial, algo inferior para el pólipo endometrial (71,4%) y concordancias bajas para la hiperplasia endometrial (27,3%) (tabla 4).

Del total de pacientes, 245 (54,3%) fueron asintomáticas y 206 (45,7%), sintomáticas. Respecto al primer grupo, se les realizó la histeroscopia diagnóstica en un 99,2% de los casos debido a la sospecha ecográfica de enfermedad endocavitaria y en un 0,8% para extraer un DIU. En cuanto a las pacientes sintomáticas, se les efectuó la histeroscopia en todos los casos por sospecha ecográfica de enfermedad intracavitaria o endometrial.

La edad media fue similar en ambos grupos (65,35 años en asintomáticas y 64,29 años en sintomáticas) sin diferencias estadísticamente significativas con  $p = 0,02$ .

En relación con la enfermedad médica asociada, objetivamos que no existían diferencias estadísticamente significativas en los 2 grupos al analizar la HTA, DM, obesidad y el hipotiroidismo pero sí cuando comparamos la dislipidemia y el cáncer de mama, que aparecen con mayor frecuencia en el grupo de sintomáticas que en el de asintomáticas (tabla 5).

Los hallazgos histeroscópicos más frecuentes en ambos grupos también fueron los pólipos y solo existe diferencias estadísticamente significativas con una  $p = 0,0052$  cuando no se realiza la técnica en el grupo de sintomáticas, tal y como observamos en la tabla 6.

Cuando comparamos los hallazgos macroscópicos de la histeroscopia con la histología observamos que existe mayor concordancia en el adenocarcinoma de endometrio y en los

**Tabla 3** Hallazgos obtenidos con ETV e histeroscopia diagnóstica

Sospecha ecográfica	Hallazgo histeroscópico n (%)					
	Pólipo	Mioma	Endometrio hiperplásico	Sospecha de adenocarcinoma	Endometrio normal	No posible efectuar HD
Pólipo (n = 321)	213 (66,3)	10 (3,1)	6 (1,8)	4 (1,2)	76 (23,67)	12 (3,7)
Mioma (n = 20)	8 (40)	7 (35)	0	0	5 (25)	0
LE > 5 mm (n = 109)	61 (55,9)	4 (3,6)	4 (3,6)	4 (3,6)	31 (28,4)	5 (4,5)

**Tabla 4** Concordancia entre histeroscopia diagnóstica (aspecto macroscópico de endometrio o lesión) y estudio histológico de la lesión o muestra obtenida

Histeroscopiadiagnóstica	Anatomía patológica (histología) n (%)			
	Pólipo endometrial	Hiperplasia endometrial	Adenocarcinoma de endometrio	Normalidad
Pólipo endometrial	177 (71,4)			
Hiperplasia endometrial		3 (27,3)		
Adenocarcinoma de endometrio			7 (87,5)	
Normalidad				11 (12,9)

pólipos, independientemente de la clínica que presente la paciente (tablas 7 y 8).

En el subgrupo de pacientes con carcinoma de endometrio: se encontraron 24 pacientes (5,3%) a las que se efectuó histeroscopia diagnóstica o quirúrgica con carcinoma de endometrio histológico. La media de edad fue de 67,3 años (DT  $\pm$  8,8). Entre los factores asociados al CE,

destaca que un 45,8% presentaban HTA, siendo otras de las enfermedad frecuentes asociadas en este subgrupo la dislipidemia y la DM (tabla 9). Clínicamente presentaron sangrado 15 pacientes de las 24 (62,5%) frente a 9 pacientes sin sangrado genital (37,5%). La sospecha ecográfica más frecuente fue la de pólipo endometrial (62,5%) y en los hallazgos histeroscópicos se sospechó en 7 casos, el 29,16%. Se derivaron

**Tabla 5** Patología médica asociada en pacientes con sintomáticas y asintomáticas

	Sintomáticas	Asintomáticas	P
<i>Patología médica</i>			
HTA	89 (36,3)	79 (38,3)	0,365
DM	21 (8,6)	24 (11,7)	0,176
Obesidad	32 (13,1)	25 (12,1)	0,441
Hipotiroidismo	13 (5,3)	8 (3,9)	0,341
Dislipidemia	59 (24,1)	31 (15)	0,011
Cáncer de mama	45 (18,4)	11 (5,3)	0,001

**Tabla 6** Hallazgos histeroscópicos en consulta en pacientes sintomáticas y asintomáticas

	Sintomáticas	Asintomáticas	P
<i>Hallazgo de histeroscopia n (%)</i>			
Pólipo	117 (56,8)	158 (64,49)	0,11
Mioma	8 (3,88)	11 (4,49)	0,93
Normal	47 (28,8)	44 (17,9)	0,24
Hiperplasia endometrial	7 (3,4)	4 (1,63)	0,36
Adenocarcinoma	6 (2,9)	2 (0,81)	0,18
Extirpación de DIU	0 (0)	2 (0,81)	
No realizada HD	21 (10,2)	8 (3,26)	< 0,05

**Tabla 7** Concordancia entre histeroscopia diagnóstica (aspecto macroscópico de endometrio o lesión) y estudio histológico de la lesión o muestra obtenida en la paciente asintomática

Histeroscopia diagnóstica	Anatomía patológica (histología) n (%)		
	Pólipo	Hiperplasia endometrial	Adenocarcinoma de endometrio
Pólipo	103 (73)		
Hiperplasia endometrial		1 (25)	
Adenocarcinoma de endometrio			2 (100)

**Tabla 8** Concordancia entre histeroscopia diagnóstica (aspecto macroscópico de endometrio o lesión) y estudio histológico de la lesión o muestra obtenida en la paciente sintomática (sangrado genital)

Histeroscopia diagnóstica	Anatomía patológica (histología) n (%)		
	Pólipo	Hiperplasia endometrial	Adenocarcinoma de endometrio
Pólipo	74 (69,2)		
Hiperplasia endometrial		2 (28,6)	
Adenocarcinoma de endometrio			5 (83,3)

a histeroscopia quirúrgica 9 (37,5%) pacientes por diversos motivos: 2 pacientes en las que no fue posible acceder a cavidad, 2 con muestra histológica insuficiente, un resultado de atipia citológica, 2 con muestras no concluyentes y 2 para completar exéresis de pólipos sospechosos de gran tamaño.

## Discusión

Hasta el momento actual la principal indicación de la histeroscopia diagnóstica descrita en la literatura es la hemorragia uterina anormal, que puede ser multifactorial y deberse a diversos trastornos como la atrofia del endometrio, pólipos, hiperplasia y CE<sup>1-3</sup>. Cuando analizamos nuestros resultados, observamos que la indicación más frecuente de histeroscopia en nuestro centro es la sospecha ecográfica de pólipo endometrial, independientemente de la clínica que presente la paciente; por tanto, resulta controvertido que tengamos más pacientes posmenopáusicas asintomáticas a las que se les practica la prueba (54,3%) que sintomáticas (45,7%). Esto podría explicarse porque este estudio se efectuó antes de que se implantara en nuestro centro un protocolo de conducta clínica de pólipos endometriales (septiembre del 2012), y hasta esa fecha se extirpaban todos los pólipos independientemente del tamaño, clínica que presentara la paciente y factores de

riesgo concomitantes. Esta actitud clínica también explica que la indicación principal de la histeroscopia sea la sospecha ecográfica de enfermedad intracavitaria. Al estudiar los factores de riesgo en ambos grupos creemos que se debe al azar el hecho de que existan más pacientes con dislipidemia y cáncer de mama en el grupo de asintomáticas que en el de sintomáticas.

Los modernos histeroscopios combinan avances recientes en la instrumentación, facilitando la amplia práctica de la prueba sin necesidad de anestesia local<sup>4</sup>. El paso por el orificio cervical interno es el momento más doloroso de la exploración y este suele ser más intenso en mujeres posmenopáusicas o en cérvix atróficos, lo cual puede ser una complicación que impida la técnica ambulatoria<sup>5</sup>. En nuestra serie de casos este porcentaje es similar al recogido en la literatura<sup>2</sup>.

Existen diversos factores de riesgo conocidos del cáncer de endometrio (CE) como la obesidad, la diabetes, la HTA, la nuliparidad, la ingesta aumentada de grasas, la esterilidad, la menopausia > 52 años y el tamoxifeno. La obesidad es el factor de riesgo más común: un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> triplica el riesgo de CE<sup>6</sup>. En nuestra serie de pacientes la mayoría presentaban HTA como la enfermedad asociada más frecuente, seguido de la dislipidemia y en tercer lugar de la obesidad, que coinciden con los descritos previamente en la bibliografía<sup>6,7</sup>.

Los reflejos vasovagales y el dolor intenso se producen con más frecuencia en menopáusicas y nulíparas con cérvix atróficos o pacientes con conización, al pasar el orificio cervical interno, relacionándose también con la duración de la histeroscopia<sup>5</sup>. El dolor en un 14,4% de los casos, y el síndrome vasovagal en un 0,9%, fueron las complicaciones más frecuentes, datos similares a los recogidos en la literatura médica<sup>2</sup>.

Las falsas vías y las perforaciones suelen producirse en mujeres con cérvix cicatriciales, fibrosos o irradiados<sup>5</sup>. Hemos observado 2 casos de perforación uterina (0,4%), una complicación rara en consulta ya que la paciente refiere un dolor tan intenso que impide esta complicación<sup>5</sup>.

**Tabla 9** Factores de riesgo encontrados en pacientes con carcinoma endometrial

	n	%
HTA	11	45,8
Dislipidemia	6	25
Diabetes mellitus	6	25
Obesidad	3	12,5
Cáncer de mama	2	8,3
Hipotiroidismo	1	4,2
Otros	5	20,8



Las metrorragias suelen ocurrir durante la resección histeroscópica del endometrio, úteros septos, miomas o sinequias; en nuestra serie de casos solo hemos presentado una paciente (0,2%) que requirió ingreso hospitalario para observación y tratamiento médico<sup>8</sup>.

En nuestro trabajo no tenemos ningún caso documentado de EIP que, como reporta la literatura, es una complicación extremadamente rara<sup>5</sup>. De forma global nuestra tasa de complicaciones es ligeramente más baja a la descrita en la bibliografía<sup>8</sup>.

Respecto a las técnicas diagnósticas, la ecografía transvaginal (ETV) se considera un examen básico para excluir enfermedad endometrial o intracavitaria<sup>9,10</sup>. Cuando efectuamos una ETV, la histeroscopia no confirmó la sospecha de pólipo endometrial en el 29,77% de los casos y de mioma en el 60% (tabla 3). De ello concluimos que aunque obtenemos mejores resultados para la interpretación ecográfica de pólipos que de miomas submucosos en ecografía 2D, globalmente la ETV presenta dificultades para identificar el grosor, ecogenicidad y heterogeneidad de las estructuras endometriales, conclusiones similares a las de otros autores<sup>9</sup>. En las líneas endometriales inferiores a 5 mm no hemos encontrado sospecha de enfermedad maligna en el estudio de la cavidad, por lo que la ecografía se muestra como una buena técnica de despistaje en estos casos; sin embargo, los resultados histeroscópicos con endometrios  $\geq$  5 mm demuestran que la ETV presenta poca discriminación para excluir enfermedad endometrial, tal y como muestran otros estudios<sup>9</sup>.

El carcinoma de endometrio es una de las 3 neoplasias más frecuentes del tracto genital femenino<sup>11</sup>. La edad media al diagnóstico es de 55-65 años y la diabetes, la HTA y la obesidad pueden ser considerados factores de riesgo independientes<sup>7</sup>, datos similares a los aportados en nuestros resultados. En nuestro trabajo un 62,5% de las pacientes habían presentado sangrado genital frente al 37,5% que estaban asintomáticas, datos clínicamente relevantes y que coinciden con lo descrito en la literatura. Asimismo, la enfermedad neoplásica es extremadamente baja en presencia de endometrios < 5 mm, como observamos en nuestro trabajo y que concuerda con lo descrito por otros autores<sup>10</sup>. Existen diversos métodos histológicos que permiten realizar el diagnóstico de malignidad, pero la histeroscopia permite identificar y biopsiar alteraciones focales que no logramos diagnosticar por ecografía ni con biopsias a ciegas<sup>1</sup>. En nuestro estudio se confirma la significativa concordancia para el CE entre los diagnósticos histeroscópicos y los reportes histopatológicos, datos contrarios a los recogidos en otras series de pacientes donde encuentran mayor correlación en el diagnóstico de lesiones benignas que en la hiperplasia y el CE<sup>12</sup>.

## Conclusiones

La histeroscopia es una técnica segura, bien tolerada por la paciente y sencilla de realizar que permite el diagnóstico

y, en ocasiones, el tratamiento, de la enfermedad intrauterina benigna y maligna en la paciente posmenopáusica. No existen diferencias en relación con los hallazgos y diagnósticos histológicos entre mujeres sintomáticas y asintomáticas, aunque la enfermedad maligna sí se presenta con mayor frecuencia en mujeres con sangrado. Cabe destacar que, en nuestra serie, hemos encontrado una buena concordancia entre el diagnóstico por histeroscopia y el diagnóstico histológico en el carcinoma de endometrio, en los pólipos endometriales y en los endometrios normales.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Alanís Fuentes J, Martínez Gutiérrez M, Mata Miranda P. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con sangrado genital posmenopáusico. *Ginecol Obstet Méx.* 2007;75:253-8.
2. Fernández-Parra J, Rodríguez-Oliver A, González-Paredes A. Histeroscopia en consulta: análisis de 5.000 pacientes. *Clin Invest Obstet Ginecol.* 2012;39:10-3.
3. Coloma Colomer F, Payá Amate V, Diago Almela VJ, Costa Castella S, Valero Fenollosa V, López-Olmos J. Dos mil histeroscopias diagnósticas ambulatorias: experiencia de 8 años. *Prog Obstet Ginecol.* 1998;41:347-52.
4. Justin Clark T. Outpatient hysteroscopy and ultrasonography in the management of endometrial disease. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004;16:305-11.
5. Histeroscopia diagnóstica ambulatoria. Técnica e indicaciones. *Protoc SEGO. Prog Obstet Ginecol.* 2006;49:215-8.
6. Cursos clínic de Formación continuada en Obstetricia y Ginecología. *Ginecología Oncológica de Cardona.* 2008.
7. Tripodi A, de Salvo C, Ermio C, Manuzio D, Romeo G, Vadalá P. Importance of office hysteroscopy screening to diagnose endometrial carcinoma in menopausal women. *Eur J Gynecol Oncol.* 2011;32:303-6.
8. Hysteroscopy. Technology assessment in obstetrics and gynecology. Committee Opinion. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol.* 2011;117:1486-91.
9. La Sala GB, Blasi I, Gallinelli A, Debbi C, Lopopolo G, Vinci V, et al. Diagnostic accuracy of sonohysterography and transvaginal sonography as compared with hysteroscopy and endometrial biopsy: A prospective study. *Minerva Ginecol.* 2011;63:421-7.
10. Timmermans A, Gerritse M, Opmeer BC, Jansen FW, Mol BWJ, Veersema S. Diagnostic accuracy of endometrial thickness to exclude polyps in women with postmenopausal bleeding. *J Clin Ultrasound.* 2008;36:286-90.
11. Zhu HL, Liang XD, Wang JL, Cui H, Wei LH. Hysteroscopy and directed biopsy in the diagnosis of endometrial carcinoma. *Chin Med J.* 2010;123:3524-8.
12. Elfayomy AK, Habib FA, Alkabalawy MA. Role of hysteroscopy in the detection of endometrial pathologies in women presenting with postmenopausal bleeding and thickened endometrium. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;285:839-43.