

PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog

ORIGINAL

Histeroscopia y cáncer: respuesta a las cuestiones planteadas tras dos décadas de experiencia

Francisco Coloma*, Sergio Costa, José Julián Rodenas, Vicente Payá, Regina Aliaga, Esperanza Reynal, María José Fernández, Boris Salas y Juan Gilabert Aguilar

Servicio de Ginecología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Recibido el 21 de abril de 2009; aceptado el 1 de abril de 2010

Accesible en línea el 6 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Cáncer endometrial;
Histeroscopia;
Clasificación

Resumen

Objetivos: Estudiamos, retrospectivamente, tanto las histeroscopias diagnósticas realizadas por nuestro grupo, en las últimas dos décadas, como los cánceres diagnosticados por ellas. Exponemos nuestra clasificación morfológico-histeroscópica y damos respuesta a diversas cuestiones relacionadas con el tema: fiabilidad del método, predicción de estadio, predicción de grado histológico, valor de la biopsia ciega en las lesiones focales, valor de la histeroscopia en el estadio II, riesgo de diseminación tras estudio histeroscópico y riesgo del tamoxifeno.

Sujetos y métodos: Estudiamos 329 cánceres endometriales diagnosticados en las 8.927 histeroscopias realizadas por nuestro grupo entre los años 1991 y 2007. Hallamos sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de la histeroscopia frente al cáncer.

Presentamos nuestra clasificación morfológico-histeroscópica. Comparamos el patrón histeroscópico tanto con el estadio definitivo (304 pacientes) como con el grado histológico (318 pacientes). Mostramos los hallazgos histeroscópicos de 734 pacientes asintomáticas, menopáusicas avanzadas y con líneas endometriales ecográficas > 4 mm. Calculamos el valor de la biopsia ciega endometrial, tanto en los 329 cánceres endometriales estudiados como en el subgrupo de 94 cánceres focales. Deducimos, en 283 pacientes, la concordancia de la histeroscopia en el diagnóstico de la invasión del canal endocervical. Expresamos nuestros resultados de 278 lavados peritoneales posthisteroscopia. Por último, analizamos las condiciones de 8 casos de cáncer con tamoxifeno.

Resultados: Demostramos el valor de la histeroscopia como patrón oro en el diagnóstico del cáncer endometrial, así como la validez de nuestra clasificación para prever estadio y grado histológico. Comprobamos que la sensibilidad y la especificidad de la histeroscopia en el diagnóstico de la invasión de canal son significativamente superiores a las de la resonancia magnética. Demostramos la idoneidad de la histeroscopia en los cánceres focales y las carencias de la biopsia ciega en éstos. Por último, desdramatizamos tanto el riesgo de la diseminación tubárica como el del uso de tamoxifeno.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcoloma1@yahoo.es (F. Coloma).

Conclusiones: La histeroscopia con biopsia dirigida es el patrón de oro en el diagnóstico del cáncer endometrial. Proporciona datos estadísticamente significativos, tanto sobre la estadiación como del grado histológico. Supera al resto de métodos en el diagnóstico del estadio II y, sin ella, es prácticamente imposible detectar las lesiones focales. Afirmamos que la diseminación de células cancerosas es nula en condiciones normales. Finalmente, ratificamos el protocolo actual de realizar un control histeroscópico únicamente a las pacientes sintomáticas tratadas con tamoxifeno.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Endometrial cancer;
Hysteroscopy;
Classification

Hysteroscopy and cancer: response to questions arising after two decades of experience

Abstract

Objectives: We retrospectively studied both the diagnostic hysteroscopies carried out by our group in the last two decades and the cancers diagnosed by this procedure. We describe our morphological-hysteroscopic classification and discuss several issues related to this procedure, namely: the reliability of the method, prediction of stage, prediction of histological grade, value of blind biopsy in focal lesions, value in stage II lesions, risk of dissemination, and risk of tamoxifen.

Subjects and methods: We studied 329 endometrial cancers diagnosed in 8927 hysteroscopies performed by our group between 1991 and 2007. We determined the sensitivity, specificity and positive and negative predictive values of hysteroscopy in endometrial cancer.

A morphological-hysteroscopic classification was formulated. The hysteroscopic pattern was compared with both the definitive stage (304 patients) and the histological grade (318 patients). Hysteroscopic findings in 734 asymptomatic women with advanced menopause and ultrasound endometrial lines larger than 4 mm were assessed. The value of blind endometrial biopsy in the 329 endometrial cancers studied and in a subgroup of 94 focal cancers was determined. In 283 of the patients, the concordance of hysteroscopy in the diagnosis of invasion of the endocervical channel was calculated. A descriptive analysis was performed on 278 post-hysteroscopy peritoneal lavages and on eight cases of cancer treated with tamoxifen.

Results: Our results indicate the value of hysteroscopy as the gold standard in the diagnosis of endometrial cancer, as well as the validity of our classification in predicting stage and histological grade. The sensitivity and specificity of hysteroscopy in the diagnosis of endocervical channel invasion are significantly superior to those of magnetic resonance imaging. Hysteroscopy is a suitable procedure in focal cancers, while blind biopsy shows deficiencies. Lastly, we found that the risks of both tubal dissemination and tamoxifen have been overstated.

Conclusions: Hysteroscopy with directed biopsy is the gold standard in the diagnosis of endometrial cancer and provides statistically significant data on both staging and histological grade. This method offers advantages over other methods in the diagnosis of stage II cancers and is practically the only method that detects focal lesions. Under normal conditions, dissemination of cancer cells is null. In women treated with tamoxifen, hysteroscopic follow-up is only required in those presenting symptoms.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En nuestra clasificación morfológico-histeroscópica del cáncer endometrial (tabla 1) distinguimos 3 patrones claramente diferenciados (seudohiperplásico, nodular y malignización de pólipo), así como un subpatrón aplicable a los anteriores (avanzado) y un subgrupo (focal).

En el patrón seudohiperplásico, cuando utilizamos el anhídrido carbónico (CO₂) como medio de distensión, observamos un endometrio hipertrófico, seudopolipoide y con fallas. La coloración es ocre pálido, sin brillo. Hay presencia de quistes, cráteres y sinequias. La superficie de los seudopólipos es irregular y la vascularización es atípica en todas las formas, trayectos y calibres. Cuando utilizamos flujo continuo, como medio de distensión, este patrón semeja un mar

de algas, con grandes papilas individualizadas de bordes bien definidos y vascularización atípica en cada una de ellas. Las formas focales de este patrón se muestran como una placa o seudopólipo que ocupa una escasa superficie de la cavidad, de aspecto blando, que recuerda a la hiperplasia, pero con características malignas en el color, la superficie y la vascularización. Por el contrario, las formas difusas ocupan más de la mitad de la superficie endometrial.

En el patrón nodular, con CO₂ se aprecia un nódulo que aparenta ser compacto, duro, fijo a la pared, y de base ancha. Este nódulo carece de brillo en relación con los tumores benignos (pólipo y mioma). Presenta una vascularización atípica más escasa, aunque mucho más aberrante que la mostrada en el patrón anterior. Frecuentemente, se acompaña de pequeñas excrecencias satélites. Aparece,

Tabla 1 Clasificación morfológico-histeroscópica del cáncer endometrial

<i>Seudohiperplásico</i>
Focal
Difuso
(subpatrón avanzado)
<i>Nodular</i>
(subpatrón avanzado)
<i>Malignización de pólipo</i>
(subpatrón avanzado)
Subgrupo focal

habitualmente, sobre una superficie endometrial atrófica. Por último, cuando usamos flujo continuo como medio de distensión no se modifica su forma.

En el patrón malignización de pólipo observamos, tanto con CO₂ como con flujo continuo, un pólipo con signos de malignización que afecta total o parcialmente a la superficie de éste. Estos signos se manifiestan como áreas ausentes del brillo propio de la tumoración benigna, vasos atípicos, excrecencias anormales en la superficie del tumor y proliferaciones blanco grisáceas en las proximidades del pedículo.

De entre todos los patrones, en el subpatrón avanzado se aprecia desestructuración tisular, con amplias áreas necróticas y depósitos de fibrina. Frecuentemente, aparece hematómera y piómetra. Estas alteraciones hacen que este subpatrón sea difícil de etiquetar dentro de cada uno de los patrones generales.

Denominamos subgrupo focal a los cánceres que ocupan escasa extensión macroscópica intracavitaria, sin que se aprecie signo avanzado alguno. Este subgrupo engloba: al patrón pseudohiperplásico focal (sin signos avanzados), al patrón nodular (sin signos avanzados) y al patrón malignización de pólipo (sin signos avanzados).

Utilizando como base esta clasificación, hemos intentado dar respuesta a una serie de cuestiones, planteadas por muchos autores, durante las ya más de dos décadas transcurridas empleando la histeroscopia en el diagnóstico del cáncer endometrial.

Las cuestiones son las siguientes:

1. ¿Es la histeroscopia el patrón de oro en el diagnóstico del cáncer endometrial?
2. ¿Sirve la histeroscopia para predecir un estadio temprano o tardío?
3. ¿Es capaz la histeroscopia de intuir el grado histológico del tumor?
4. ¿Cuál es el valor real de la biopsia endometrial ciega en el diagnóstico de lesiones malignas o premalignas focales? ¿Es suficiente la biopsia ciega para obviar la histeroscopia en pacientes asintomáticas?
5. ¿Es fiable la histeroscopia en el diagnóstico de la invasión del canal?
6. ¿La histeroscopia provoca diseminación de material neoplásico a través de los orificios tubáricos?
7. ¿Está bien establecida la pauta actual de controlar de forma histeroscópica sólo los casos sintomáticos en pacientes tratadas con tamoxifeno?

Sujetos y métodos

Estudiamos retrospectivamente a 329 pacientes con cáncer endometrial, diagnosticadas entre las 8.927 histeroscopias realizadas por nuestro grupo, en el período transcurrido entre los años 1991 y 2007.

Primero, hemos aplicado el teorema de Bayes (fig. 1) para hallar la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo de la histeroscopia en el diagnóstico del cáncer endometrial, usando, como patrón de oro, el diagnóstico anatomopatológico de la histerectomía.

En segundo lugar, realizamos tablas de contingencia en 304 pacientes (en las que el estadio definitivo del cáncer endometrial se ha podido demostrar con absoluta certeza), aplicando la prueba de la χ^2 para hallar la significación entre el patrón histeroscópico y el estadio definitivo (fig. 2).

Para ello, se han formado 4 grupos: 3 de ellos ocupados por los patrones histeroscópicos sin signos avanzados y el cuarto que agrupó todos los subpatrones avanzados. Los estadios también se han dividido en 4 grupos: el primero abarca los estadios in situ y Ia; el segundo, el estadio Ib; el tercero, el estadio Ic, y el cuarto, los estadios superiores al I.

En tercer lugar, para hallar la significación entre el patrón histeroscópico y el grado histológico (fig. 3) realizamos tablas de contingencia con la prueba de la χ^2 en un total de 318 pacientes con cáncer endometrial, cuyo grado histológico ha sido definido con toda certeza.

Para establecer el valor de la biopsia ciega endometrial (tabla 2) hemos realizado, en cuarto lugar, un análisis descriptivo de 734 histeroscopias realizadas a pacientes posmenopáusicas avanzadas, asintomáticas y con una línea endometrial, ecográfica vaginal, > 4 mm. Como complemento a este estudio, presentamos el análisis descriptivo de las biopsias ciegas realizadas a 94 pacientes afectadas de cáncer endometrial focal.

En quinto lugar, hallamos el índice de kappa para calcular la concordancia de la histeroscopia con el diagnóstico real, definido por la histerectomía, en el estadio II global

Figura 1 Valor de la histeroscopia en el diagnóstico del cáncer endometrial. E: especificidad; S: sensibilidad; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

Figura 2 Comparación entre patrón histeroscópico y estadio posquirúrgico. A: avanzados; MP: malignización de pólipo; N: nodular; SH: pseudohiperplásico. Estadios: Is/Ia, Ib, Ic y > I.

(Ila y I Ib) del cáncer endometrial (fig. 4), aplicándolo a 283 pacientes del grupo general. Realizamos, a continuación, el teorema de Bayes para calcular la sensibilidad, la especificidad y los valores positivo y negativo de la histeroscopia en el estadio II global del cáncer endometrial y utilizamos tablas de contingencia aplicando la prueba de la χ^2 para hallar la significación.

Comparamos, posteriormente, los resultados con los realizados entre la resonancia magnética y el diagnóstico real

Figura 3 Comparación entre el patrón histeroscópico y el grado histológico. G 1: bien diferenciado; G2: medianamente diferenciado; G3: indiferenciado; MP: malignización de pólipo; N: nodular; SH: pseudohiperplásico.

Tabla 2 Valor de la biopsia ciega negativa en el cáncer endometrial

<i>Cáncer global</i> 23%
<i>Cáncer focal</i> 58%
<i>Malignización de pólipo</i>
Global 55%
Focal 77%

(fig. 5), en un total de 20 pacientes diagnosticadas en este mismo estadio global (Ila y I Ib).

En sexto lugar, presentamos un análisis descriptivo de 278 pacientes diagnosticadas mediante histeroscopia de cáncer endometrial, a las que se realizó lavado peritoneal durante la histerectomía practicada antes de transcurridos 30 días del acto diagnóstico.

Por último, presentamos el análisis descriptivo de 8 pacientes con cáncer endometrial de las 997 tratadas con tamoxifeno por cáncer de mama en el departamento 6 de la Agencia Valenciana de Salud, en el período comprendido entre los años 1990 y 2007.

Resultados

Los datos obtenidos al aplicar el teorema de Bayes a nuestra casuística, de 8.927 histeroscopias y 329 cánceres endometriales diagnosticados en éstas, arrojan los siguientes resultados: sensibilidad 98%, especificidad 99,8%, valor predictivo positivo 96,7% y valor predictivo negativo 99,9% (fig. 1).

Al comparar el patrón histeroscópico con el estadio (304 casos) (fig. 3) observamos que el patrón pseudohiperplásico sin signos avanzados (96 casos) se diagnostica en: un 46,8% de los casos en estadio in situ/Ia, un 42,7% en estadio Ib, un 10,5% en estadio Ic y ningún caso en estadios superiores al I. El patrón malignización de pólipo sin signos avanzados (40 casos) se diagnostica: un 52,5% en estadio in situ/Ia, un 40% en estadio Ib, ningún caso en estadio Ic y un 7,5% en estadios superiores al I. El patrón nodular sin signos avanzados (27 casos) se

Figura 4 Partos tras TRA pacientes ≥ 40 años.

Figura 5 Valor de la resonancia en el diagnóstico del estadio II global. E: especificidad; NS: no significativo; S: sensibilidad; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

diagnostica: un 7,4% en estadio in situ/la, un 51,8% en estadio Ib, un 26% en estadio Ic y un 14,8% en los estadios superiores al I. Por último, el conjunto de los subpatrones avanzados (141 casos) se diagnostican: un 1,4% en estadio in situ/la, un 28,4% en estadio Ib, un 24,8% en estadio Ic y un 45,4% en estadios superiores al I. Al hallar la significación observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el patrón pseudohiperplásico tanto frente al patrón malignización de pólipo ($p < 0,001$) como al patrón nodular ($p < 0,001$) y al subpatrón avanzado ($p < 0,001$). También existen diferencias significativas entre el patrón malignización de pólipo frente al nodular ($p < 0,001$) y al subpatrón avanzado ($p < 0,001$). Por último, cuando enfrentamos el patrón nodular con los subpatrones avanzados las diferencias son $p < 0,01$.

Cuando comparamos el patrón histeroscópico con el grado histológico (318 casos) (fig. 3), observamos que el patrón pseudohiperplásico (170 casos) se diagnostica: un 80,6% en G1, un 10,6% en G2 y un 2,8% en G3. El patrón nodular (83 casos) se diagnostica: un 6% en G1, un 49,4% en G2 y un 44,6% en G3. Por último, el patrón malignización de pólipo (65 casos) se diagnostica: un 57% en G1, un 27,7% en G2 y un 15,3% en G3.

Al hallar la significación observamos diferencias estadísticamente significativas en todos los casos: el patrón pseudohiperplásico frente al patrón malignización de pólipo ($p < 0,001$), el patrón pseudohiperplásico frente al patrón nodular ($p < 0,001$) y el patrón malignización de pólipo frente al patrón nodular ($p < 0,001$).

Para establecer el justo valor de la biopsia endometrial ciega (tabla 2) presentamos, en primer lugar, los resultados del estudio retrospectivo realizado a 734 pacientes posmenopáusicas avanzadas, todas ellas asintomáticas y con línea endometrial ecográfica > 4 mm, a las que se realizó una histeroscopia diagnóstica. El 20% de las pacientes presentó histeroscopia normal, el 70% con patología benigna y el 10% presentaba patología premaligna o maligna (el 5% cáncer, el 2,5% hiperplasia y el 2,5% pólipo con hiperplasia).

En un segundo estudio, presentamos los resultados de las biopsias ciegas realizadas en 86 casos de cáncer focal. Los patrones pseudohiperplásicos focales (30 casos) presentaron un 63% de biopsias ciegas negativas o insatisfactorias, los patrones nodulares focales (22 casos) objetivaron un 23% de biopsias ciegas negativas o insatisfactorias y los patrones

malignización de pólipo focales (34 casos) presentaron un 77% de biopsias ciegas negativas o insatisfactorias.

El resultado del índice de kappa, aplicado a 283 pacientes, para hallar la concordancia entre el diagnóstico histeroscópico y el real, obtenido tras la histerectomía, en la afectación o no del canal endocervical de las pacientes con cáncer endometrial (estadio II global: IIa y IIb) ha sido de 0,85, y se ha considerado una concordancia excelente un índice de kappa $> 0,75$.

Aplicando el teorema de Bayes a estas mismas 283 pacientes, hallamos que la histeroscopia en el estadio II global (fig. 4) tiene: una sensibilidad del 95%, una especificidad del 96%, un valor predictivo positivo del 79% y un valor predictivo negativo del 99%.

Cuando estudiamos la significación, obtenemos unos resultados altamente significativos ($p < 0,0001$).

Al aplicar el teorema de Bayes a los 20 casos de resonancias magnéticas (fig. 5), realizadas a sendas pacientes en estadio II global (IIa y IIb), extraídas de un total de 139 pacientes de nuestra casuística a las que se aplicó esta técnica diagnóstica, obtenemos los siguientes resultados: una sensibilidad del 38%, una especificidad del 88%, un valor predictivo positivo del 26% y un valor predictivo negativo del 93%.

Al hallar la significación, observamos que los resultados no son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

El análisis descriptivo aplicado a 278 casos de lavado peritoneal, realizado antes de transcurridos 30 días de la histeroscopia, durante el proceso quirúrgico definitivo, para valorar el riesgo de la posible diseminación de células neoplásicas a través de los ostia tubáricos, arrojó los siguientes resultados: en un 93,5% de los casos (270 pacientes) el lavado peritoneal fue negativo, mientras que el lavado peritoneal fue positivo sólo en un 6,5% de casos (18 pacientes).

El diagnóstico definitivo del estadio posquirúrgico de los 18 casos positivos fue el siguiente: 1 paciente en estadio IIb, 13 pacientes en estadio IIIa y 3 pacientes en estadio IV. Sólo hubo una paciente en estadio Ib que, habiendo sido previamente un falso negativo de la histeroscopia, fue sometida a una resección endometrial complicada y tediosa.

Presentamos finalmente el análisis descriptivo de 8 casos (0,8%) de cáncer endometrial con tamoxifeno, extraídos de los 997 casos de pacientes tratadas, con dicho medicamento, en nuestro departamento entre los años 1990 y 2007.

Todos los casos tenían factores de riesgo para el cáncer endometrial: menopausia avanzada las 8 (100%) pacientes, obesidad, con índice de masa corporal $> 30,7$ (87,5%) pacientes y diabetes y/o hipertensión arterial otras 7 (87,5%) pacientes.

Por último, el tiempo de tratamiento fue el siguiente: 8 años, 1 (12,5%) pacientes; 5 años, 1 (12,5%) paciente; 4 años, 1 (12,5%) paciente; 2 años, 1 (12,5%) paciente y 1 año, 4 (50%) paciente.

Discusión

La histeroscopia diagnóstica es, en la actualidad, el método más fiable para el diagnóstico del cáncer endometrial, tanto como técnica aislada, como asociada a la biopsia dirigida, directa o indirectamente por ella, por lo que alcanza una sensibilidad de prácticamente el 100%.

Los patrones morfológicos empleados en nuestra clasificación para el diagnóstico histeroscópico del cáncer endometrial

tienen, a nuestro entender, características específicas, suficientemente relevantes como para permitir su diferenciación correcta, a poco que se preste la dedicación adecuada durante la exploración, siempre y cuando se disponga de medios adecuados, así como del material correcto y de alta resolución.

Nosotros pensamos que aplicar una clasificación sencilla y contrastada de esta o cualquier otra patología endometrial enriquece enormemente a esta técnica diagnóstica.

Demostramos en este trabajo, en primer lugar, la validez y la utilidad de nuestra clasificación morfológico-histeroscópica, ya que con ella no sólo diagnosticamos la presencia de cáncer y su extensión intracavitaria, sino que le damos nombre y forma, aventurando, incluso, un relativo pronóstico, relacionado tanto con la estadificación como con el grado de diferenciación histológico.

Cuando comparamos los tres patrones sin signos avanzados y el subpatrón avanzado con el estadio quirúrgico definitivo, observamos que el patrón malignización de pólipo sin signos avanzados es, de todos, el que se diagnostica en fases más tempranas, encontrándolo siempre en estadios tempranos (in situ, Ia y Ib); a continuación, le sigue en precocidad el patrón pseudohiperplásico sin signos avanzados, con un 90% de los casos diagnosticados en estadios tempranos, sólo en un 10% en estadio Ic y ningún caso en estadios superiores; en tercer lugar se sitúa el patrón nodular sin signos avanzados, que ya lo encontramos en un 38% de los casos en estadios Ic y superiores; por último, cuando diagnosticamos un subpatrón avanzado, de cualquiera de los tres patrones, el estadio quirúrgico definitivo lo encontramos en un 66% de los casos, en estadios avanzados (Ic o superior). Existen diferencias estadísticamente significativas entre todos los patrones.

Cuando comparamos los tres patrones (incluyendo en cada uno de ellos su subpatrón avanzado) con el grado de diferenciación histológica del tumor, observamos que, ante un patrón pseudohiperplásico, cabe esperar un grado bien diferenciado en el 83% de los casos y sólo un 2% en grados indiferenciados. Le sigue en diferenciación el patrón malignización de pólipo, con un 61% de grados bien diferenciados y un 12% de indiferenciados. Por último, cuando encontramos un patrón nodular, siempre habrá que pensar en un grado histológico poco diferenciado, ya que lo encontramos en un 55% de los casos en grados moderadamente diferenciados, en un 41% de los casos en grados indiferenciados y sólo en un 4% de las pacientes en grados bien diferenciados. También en este caso existen diferencias estadísticamente significativas entre todos los patrones.

Demostramos en uno de los estudios incluidos en este trabajo las carencias de la biopsia ciega, especialmente en cánceres focales, poco desestructurados, precisamente los casos en los que sería más interesante su diagnóstico por el alto nivel de curación y escasa morbimortalidad de su tratamiento. Aquí de nuevo, la histeroscopia capitanea el diagnóstico temprano.

Presentamos, a su vez, otro estudio que demuestra, de modo irrefutable, que la histeroscopia supera, con creces, al resto de las técnicas diagnósticas en el diagnóstico de la afectación del canal cervical en pacientes afectadas de cáncer endometrial.

La cuestión, tantas veces planteada, sobre la posible diseminación de células cancerosas a través de los ostia tubáricos durante la exploración histeroscópica queda

también desdramatizada cuando presentamos el análisis descriptivo de nuestra casuística, lo que demuestra que siempre que se evite la hiperpresión intracavitaria y la excesiva manipulación del material neoplásico la diseminación puede considerarse irrelevante.

Por último, también desdramatizamos el uso del tamoxifeno como factor de riesgo en el cáncer endometrial y consideramos suficientes las revisiones ginecológicas habituales en estas pacientes, por lo que se reserva la histeroscopia a los casos sintomáticos.

Conclusiones

La histeroscopia sin biopsia tiene en nuestro grupo una sensibilidad del 98% y una especificidad del 99,9% en el diagnóstico del cáncer de endometrio.

La histeroscopia con biopsia dirigida es el patrón de oro en el diagnóstico del cáncer endometrial.

La biopsia ciega no es el patrón de oro en el diagnóstico de los cánceres focales, ya que éstos pasan inadvertidos sin la visión histeroscópica.

En el diagnóstico del estadio II del cáncer endometrial, la histeroscopia supera al resto de técnicas.

La histeroscopia proporciona datos interesantes y estadísticamente significativos, tanto sobre la estadificación del tumor como sobre el grado histológico del mismo en el cáncer endometrial.

La posible diseminación de células tumorales a través de los ostia tubáricos, durante la exploración histeroscópica, queda reducida al mínimo riesgo si se evita una excesiva presión intracavitaria y una manipulación excesiva, en el transcurso de la prueba diagnóstica.

Finalmente, creemos que las pacientes tratadas con tamoxifeno están suficientemente controladas con las revisiones ginecológicas habituales, por lo que se reserva la histeroscopia a los casos sintomáticos.

Agradecimientos

A la enfermera Amparo Soto Ballester y la auxiliar de clínica Teresa Almazán Gil, verdaderas artífices de nuestra consulta de histeroscopia.

Recomendada

Coloma F, Costa S, Bonilla Bartret F, Diago JV, Payá V, Rodenas JJ, et al. Clasificación morfológico-histeroscópica del cáncer endometrial. *Prog Obstet Ginecol.* 2006;49:553-9.

Coloma F, Costa S, Diago VJ, Payá V, Abad A, Gilabert J. Fiabilidad de las imágenes histeroscópicas en el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio. Libro de ponencias. Congreso Nacional de Endoscopia Ginecológica. El Puerto de Santa María (Cádiz); 2002. p. 36-41.

Coloma F, Costa S, Diago VJ, Payá V, López J, Valero V, et al. Diagnóstico histeroscópico del cáncer endometrial. *Cien Ginecol.* 1998;2:341-7.

Labastida Nicolau R. Tratado y atlas de histeroscopia. Barcelona: Salvat Editores, S.A.; 1990. p. 167-90.