



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CARTAS AL DIRECTOR

Respuesta a Hallazgos histeroscópicos en mujeres asintomáticas con ecografía sugestiva de patología

Response to Hysteroscopic findings in asymptomatic women with abnormalities on gynecologic ultrasound

Sr. Director:

Queríamos agradecer al Dr. Alcázar la exhaustiva lectura de nuestro artículo y abrir la discusión del cribado del cáncer de endometrio con ecografía transvaginal.

Es una satisfacción el que acepte como buenos los datos referidos por nosotros en cuanto a la prevalencia de la hiperplasia con atipias y del adenocarcinoma de endometrio en mujeres asintomáticas con ecografía vaginal indicativa de patología endometrial, así como del valor de la histeroscopia para el diagnóstico de estas patologías, ya que parece que, aunque con matices, el diseño metodológico de nuestro artículo es correcto. Sentimos que nuestro artículo no sea original, porque ya ha sido tratado por otros autores^{1–5}, pero nunca se ha publicado nada parecido en español ni en *Progresos en Obstetricia y Ginecología*.

Nuestro artículo fue enviado para publicar en marzo de 2010⁶ y se publicó en diciembre del mismo año. Todavía no conocíamos el artículo de Jacobs et al.⁷, que fue publicado *on line* en diciembre de 2010 y, por lo tanto, no hemos podido referirnos a él. Lo hemos leído posteriormente y nos hemos recreado con él, por las múltiples consideraciones que hace, a algunas de las cuales nos vamos a referir:

Durante mucho tiempo se ha pensado que la ecografía vaginal podía ser una prueba para la detección precoz del cáncer de endometrio. Sin embargo, hasta el trabajo de Jacobs et al.⁷ pocos datos había a su favor. El mayor estudio hasta entonces incluyó 2.000 mujeres y solo un cáncer de endometrio⁸.

En el ensayo de Jacobs et al.⁷, 26 mujeres (19,5%) con una línea endometrial (LE) menor de 5 mm desarrollaron un cáncer de endometrio al año tras la ecografía vaginal; sensibilidad del 77,1% (67,8–84,3). Sin embargo, los autores afirman que hay una fuerte correlación entre la LE y el posterior

diagnóstico de cáncer de endometrio. El riesgo relativo (RR) para una LE de 5,15 es de 25,2, y para una LE de 6,75 de 43,73⁷.

Señalan, además, que un tema importante y difícil de valorar, lo mismo que para el cribado de cualquier otra enfermedad, es el efecto que tiene en la mujer la detección temprana del cáncer de endometrio sobre la supervivencia y la mortalidad, incluso aunque la prueba diagnóstica tuviera una sensibilidad del 100%. Esto depende de una serie de características de la enfermedad⁷. Nosotros, en nuestro artículo, apuntamos algunos datos que pueden ser de interés. El grupo más numeroso de las mujeres con cáncer de endometrio se encuentra en la década de los 70 años, en total, 7 de 14 (50%); todos estos fueron endometrioides, en estadio IA de la actual clasificación FIGO, es decir, con un pronóstico excelente, como la mayoría de los adenocarcinomas diagnosticados en mujeres con metrorragia posmenopáusica. La edad de presentación tiene su importancia para calcular la eficiencia del cribado. El tiempo de supervivencia, el gasto del cribado y el producto interior bruto per cápita (PIB-p) del país en el que se va a poner en práctica el cribado son variables importantes para determinar la eficiencia de un cribado determinado^{9,10}. Por otro lado, hubo 5 adenocarcinomas no endometrioides, 4 de ellos serosos papilares y sabemos que el carcinoma seroso papilar tiene un pronóstico malo a pesar de que se haya diagnosticado en un estadio precoz¹¹. Pero para tener datos con valor científico que nos permitan conocer la supervivencia, Jacobs et al.⁷ señalan que sería necesario un estudio aleatorizado con 500.000 participantes para calcular una reducción en la mortalidad de 50% por cáncer de endometrio, algo casi seguro que no sea posible de hacer, en su opinión.

Otros datos muy importantes antes de plantear un cribado sería conocer, por un lado, la carga económica y laboral que supone el cribado y, por otro, las consecuencias de los falsos positivos que, como vemos en nuestro artículo, son muchos. Es cierto que la ecografía transvaginal diagnóstica patología endometrial en casi un 80%, pero no es menos cierto que solo encontramos 20 adenocarcinomas y 16 hiperplasias con atipias, lo que supone un VPP del 2% para cáncer de endometrio e hiperplasia con atipias; la mayoría del resto de patologías son pólipos, que poco o nada tienen que ver con el cáncer de endometrio. En el trabajo de Jacobs et al.⁷ el VPP es del 1,5%, cifra muy parecida a la nuestra. Esto supone una carga económica importante para el erario público. Este es hoy un tema de suma importancia para la situación económica en que nos encontramos. Los

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.pog.2011.06.001](https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.001).

autores del ensayo mencionado aseguran que los factores de riesgo podría modificar el VPP, pero todavía hoy esto no está demostrado. Además, redundando en lo mismo señalan que para detectar un adenocarcinoma por una LE de 5 mm o más habría que hacer un procedimiento, una histeroscopia o una biopsia de endometrio, por cada 50 ecografías para detectar un adenocarcinoma. En nuestro artículo detectamos 20 adenocarcinomas sobre 1.237 histeroscopias, por lo tanto hemos tenido que practicar 1 histeroscopia por cada 61,85 ecografías, cifra parecida a la de Jacobs et al.⁷.

Cuestiones como la morbilidad por las pruebas complementarias, la aceptación del cribado por parte de la mujer y la economía de la salud deberán decidir si el cribado del cáncer de endometrio es posible. Hasta entonces, cualquier comentario sobre el posible beneficio de la detección precoz del cáncer de endometrio con ecografía transvaginal es una conjetura⁷.

Por último, quería aclarar que nosotros no hemos escrito en ningún sitio que la LE no sea reproductible. Ni lo hemos escrito ni lo creemos¹⁻⁵; lo que sí hemos dicho es que una LE mayor de 5 mm es poco específica para el diagnóstico del cáncer de endometrio y de hiperplasia con atipias, y que la biopsia de endometrio es poco reproductible para hacer el diagnóstico de hiperplasia con atipias^{12,13}. El diagnóstico de hiperplasia con atipias nos obliga muchas veces al tratamiento con histerectomía. En nuestro artículo se describe el número de adenocarcinomas e hiperplasias con atipias que nos encontramos en la pieza de histerectomía, resultando este porcentaje mucho menor que el que presentan otros autores^{14,15}.

Bibliografía

- Alcázar JL, Zornoza A. Transvaginal ultrasonographic measurement of endometrial thickness: An intra-observer and interobserver reproducibility study. *Radiography*. 2001;7:101-4.
- Fleischer AC, Wheeler JE, Lindsay I, Hendrix SL, Grabill S, Kravitz B, et al. An assessment of the value of ultrasonographic screening for endometrial disease in postmenopausal women without symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:70-5.
- Goldstein SR. The endometrial echo revisited: Have we created a monster? *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:1092-6.
- Schmidt T, Breidenbach M, Nawroth F, Mallmann P, Beyer IM, Fleisch MC, et al. Hysteroscopy for asymptomatic postmenopausal women with sonographically thickened endometrium. *Maturitas*. 2009;62:176-8.
- Epstein E, Valentin L. Intraobserver and interobserver reproducibility of ultrasound measurements of endometrial thickness in postmenopausal women. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20:486-91.
- Rivero, Gorostidi. Hysteroscopic results in asymptomatic women with ultrasonographic findings suggestive of endometrial disease. *Prog Obstet Gynecol*. 2010;495-501.
- Jacobs I, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Manchanda R, Singh N, Sharma A, et al. Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: A case-control study within the UKCTOCS cohort. *Lancet Oncol*. 2011;12:38-48.
- Fleischer AC, Wheeler JE, Lindsay I, Hendrix SL, Grabill S, Kravitz B, MacDonald B. An assessment of the value of ultrasonographic screening for endometrial disease in postmenopausal women without symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184:70-75.
- Cortés J, Martín-Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: Recomendaciones para la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53 Suppl 1:1-19.
- Macroeconomics WHOCO Health. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health 2001.
- Elvira Urdampilleta A, Oyarzabal Urkiola A, Cortaberria Ibarluzea JR, Aizpitarte Gorrotxategi I, Rivero Torrejón B. Adenocarcinoma seroso papilar sobre pólipo endometrial. *Prog Obstet Gynecol*. 2009;52:299-302.
- Norris HJ, Tavassoli FA, Kurman RJ. Endometrial hyperplasia and carcinoma. Diagnostic considerations. *Am J Surg Pathol*. 1983;7:839-47.
- Kendall BS, Ronnett BM, Isacson C, Cho KR, Hedrick L, Diener-West M, et al. Reproducibility of the diagnosis of endometrial hyperplasia, atypical hyperplasia, and well-differentiated carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 1998;22:1012-9.
- Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke JJ, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: A gynecologic oncology group study. *Cancer*. 2006;106:812-9.
- Janicek MF, Rosenshein NB. Invasive endometrial cancer in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol*. 1994;52:373-8.

Borja Rivero de Torrejón* y Mikel Gorostidi Pulgar

*Departamento de Obstetricia y Ginecología,
Hospital de Donostia, San Sebastián, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: briverod@gmail.com

(B. Rivero de Torrejón).