

Exploración histocitológica del endometrio

C. Bergeron

La toma de muestras endometriales constituye una intervención ginecológica corriente con motivo de la exploración de la infertilidad o de menometrorragias tras la menopausia, o durante el tratamiento hormonal en esta última. En la actualidad, no existen argumentos que justifiquen la aplicación sistemática de técnicas de detección selectiva del cáncer de endometrio en mujeres asintomáticas. Lo más frecuente es que la obtención de la muestra endometrial se realice de modo ambulatorio. Debe ser representativa, bien aceptada por la paciente, sencilla y de coste reducido. Es frecuente que se practique a ciegas, aunque cada vez más se realiza después de una histeroscopia. Su objetivo es valorar la receptividad de la mucosa endometrial pero, sobre todo, diagnosticar un cáncer de endometrio en un estadio precoz o una lesión precancerosa del endometrio.

© 2006 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Endometrio; Biopsia; Esterilidad; Menopausia; Tratamiento hormonal; Cáncer

Plan

■ Toma de muestras citológicas e histológicas	1
Toma de muestras citológicas	1
Toma de muestras histológicas	1
■ Datación histológica en el estudio de la esterilidad	2
■ Biopsia del endometrio durante un tratamiento hormonal	2
Durante el tratamiento secuencial	3
Durante el tratamiento continuado	3
■ Cáncer de endometrio y sus precursores	3
Características del cáncer de endometrio	3
Detección selectiva del cáncer de endometrio	3
Diagnóstico precoz	4
■ Histeroscopia y patología anatómica endometrial	4
■ Biopsia endometrial y moduladores selectivos de los receptores de los estrógenos (SERM)	4

■ Toma de muestras citológicas e histológicas

Toma de muestras citológicas

La toma de muestras citológicas es totalmente inocua y bien tolerada por la paciente. Puede efectuarse mediante escobillado o cepillado, con alguno de los numerosos instrumentos comercializados para ello [1-4]. Puede realizarse mediante lavado y/o aspiración con la cánula de lavado de Gravlee [2], que recoge material para la citología y la histología. Este método es más doloroso y suele emplearse poco.

Muchos autores han estudiado la posibilidad de valorar el endometrio mediante citología [1-6]. El estudio citológico del endometrio permite valorar la respuesta hormonal de la mucosa durante el ciclo menstrual o durante un tratamiento sustitutivo. La mucosa puede clasificarse como atrófica, proliferativa y secretoria. El estudio citológico también permite diagnosticar los cánceres del endometrio, con una sensibilidad que varía entre el 75-100% según las series [1, 3, 5, 7, 8]. Por el contrario, la sensibilidad es mucho más baja para el diagnóstico de las hiperplasias, y por lo general no sobrepasa el 50% [1, 3, 7]. La especificidad tampoco es muy buena, ya que no es posible diferenciar con fiabilidad las hiperplasias sin atipia citológica y las endometriosis proliferativas [1, 3], ni distinguir las hiperplasias con atipia citológica y los cánceres bien diferenciados.

La detección precoz del cáncer de endometrio en mujeres asintomáticas podría plantearse mediante un examen citológico, aunque en la actualidad no existen argumentos que justifiquen la implantación de esta detección selectiva (cf infra). Por tanto, la toma de muestras citológicas puede plantearse de forma puntual e individual en la vigilancia de un tratamiento sustitutivo de la menopausia [4]. Si la paciente presenta síntomas, es necesaria una toma de muestras histológicas, en la mayoría de los casos de entrada o para confirmar una anomalía detectada en el frotis.

Toma de muestras histológicas

Durante mucho tiempo, el raspado tras dilatación se ha considerado como el método de referencia para tomar muestras de la mucosa endometrial [7]. Se obtiene una muestra satisfactoria en el 80-95% de los casos [7].

Sin embargo, no existe ningún estudio que haya comparado el resultado del raspado con el de la histerectomía en un número elevado de pacientes. En la actualidad, se dispone de numerosos instrumentos comercializados dirigidos a obtener muestras de la mucosa endometrial, algunos de plástico y otros de acero. La toma de muestras se efectúa mediante aspiración eléctrica, con una jeringuilla o con un pistón interno. Uno de los instrumentos más utilizados en algunos países es la cánula de Cornier, que permite realizar una toma de muestras histológicas y/o citológicas de forma ambulatoria [8-10]. El procedimiento es mucho menos doloroso que con la cánula de Novak, obteniéndose sin embargo un material suficiente con un coste moderado [9, 11, 12]. El raspado tras dilatación, que requiere anestesia general, es mucho menos frecuente hoy en día, y se reserva para los casos en los que no se pueda obtener suficiente material con una técnica ambulatoria, por ejemplo, debido a una estenosis cervical, o cuando se practica con intención terapéutica a la vez que diagnóstica.

■ Datación histológica en el estudio de la esterilidad

La datación histológica de la mucosa secretoria en función de los criterios de Noyes [13] se ha considerado durante mucho tiempo como un medio útil para explorar la mucosa endometrial y proporcionar un reflejo de la receptividad del endometrio. Un retraso de maduración superior a 2 días se considera como el reflejo de una insuficiencia luteínica incompatible con una buena implantación. Sin embargo, la utilidad clínica de la «insuficiencia luteínica» diagnosticada mediante la datación endometrial se ha cuestionado desde hace varios años. Se han mencionado con razón los defectos metodológicos para proporcionar una valoración correcta. Se trata de: criterios morfológicos considerados como característicos de un día específico en biopsias realizadas en mujeres estériles; fechas cronológicas de la fase luteínica estimadas de forma retrospectiva a partir de la fecha de la próxima regla, subjetividad intra e interobservador en la valoración morfológica, y, por último, la realización de una biopsia justo antes de la regla o durante el período ventana de implantación. Para mitigar estas críticas, se ha aconsejado realizar la biopsia durante la primera parte de la fase luteínica, en la que los criterios diagnósticos utilizados son más numerosos, ya que incluyen tanto la porción glandular como la estromal. Se ha aconsejado evaluar la fecha de la fase luteínica en el pico de hormona luteinizante (LH) urinaria y/o la ecografía, y ya no de manera retrospectiva a partir de la fecha de la próxima regla. Otra fuente de error consiste en la variabilidad de duración de los ciclos en una misma paciente. Lo más frecuente es que estas variaciones del ciclo se deban a una fase proliferativa variable y constituyen una razón adicional para valorar la ovulación a partir del pico de LH. Se ha aconsejado por tanto confirmar un posible retraso de maduración mediante dos biopsias en ciclos diferentes.

Se han publicado varios estudios que aplican estos principios. Myers et al [14] han medido la variación inter e intraobservador de la datación endometrial entre tres patólogos, en función de la toma de muestras realizada en el período de implantación (20.º o 21.º día del ciclo) o en el período tardío (26.º o 27.º día del ciclo) en mujeres fértiles o infértiles. La concordancia global ha sido excelente (K: 0,88). Es peor en las mujeres infértiles durante el período de implantación (0,65 frente a 0,71 en mujeres fértiles) y 0,88 y 0,90 en ambos grupos de mujeres en la fase tardía del ciclo. El acuerdo para diagnosticar las biopsias con un retraso de maduración fue sólo moderado, con un valor kappa de 0,4-0,6.

Murray et al [15] han estudiado los criterios histológicos de biopsias de endometrio en 130 mujeres fértiles de 18-35 años con ciclos normales. Se efectuó una aleatorización a partir de un día cronológico del ciclo evaluado en el pico de LH. Tres patólogos expertos en patología anatómica ginecológica realizaron la datación histológica a partir de 32 criterios morfológicos. Se realizaron dos biopsias el mismo día cronológico de dos ciclos diferentes en una parte de las mujeres. Este estudio muestra que existe una secuencia de los cambios morfológicos que permite definir la fase precoz, intermedia y tardía de la fase luteínica del endometrio. Ningún criterio ni combinación de criterios permiten definir de manera más precisa el día de la fase luteínica. Este estudio confirma que un retraso de maduración del endometrio de más de dos días es frecuente en las mujeres fértiles. La variación de maduración entre 2 ciclos también es frecuente en las mujeres fértiles. Por último, la variabilidad interobservador en la interpretación histológica es considerable y puede cambiar el diagnóstico clínico y el tratamiento de la paciente.

Coutifaris et al [16] han realizado un estudio bastante similar a partir de 619 mujeres de 20-39 años, incluyendo mujeres fértiles e infértiles, con una aleatorización de la biopsia entre el período ventana de la implantación o el final del ciclo menstrual. Un retraso de maduración no permitió diferenciar las mujeres estériles e infértiles, ni durante el período ventana de implantación ni durante el final del ciclo menstrual.

El estudio de Murray et al [15] y el realizado por Coutifaris et al [16] confirman que la datación histológica del endometrio no posee la precisión necesaria para constituir un método diagnóstico fiable de una insuficiencia luteínica o para ayudar al tratamiento clínico de una paciente con esterilidad.

■ Biopsia del endometrio durante un tratamiento hormonal

El objetivo del tratamiento hormonal de la menopausia es tratar los síntomas climatéricos y prevenir la osteoporosis. La prescripción de estrógenos de manera aislada supone un aumento de 2,3 veces (2,1-2,5; 95%) del riesgo de desarrollar un cáncer bien diferenciado de endometrio respecto a la población normal [17]. Este riesgo se incrementa con una utilización prolongada, en especial superior a cinco años, persiste incluso tras la interrupción del tratamiento y también está presente con dosis bajas [18]. Los resultados de la Women's Health Initiative (WHI) han llevado a modificar las recomendaciones de las autoridades sanitarias [19], que aconsejan emplear la menor dosis eficaz de estrógenos que logre la desaparición de los síntomas. Así pues, es la paciente, más que el ginecólogo, quien evalúa esta dosis mínima. Se asocia un progestágeno para prevenir el riesgo de hiperplasia o de cáncer de endometrio.

El riesgo de que las mujeres que reciben estrógenos y progestágenos desarrollen un cáncer de endometrio no debe ser diferente del de la población sin tratamiento [20]. Las recomendaciones actuales acerca del tratamiento estroprogestágeno de la menopausia asocian, a los estrógenos en dosis bajas, un progestágeno administrado de forma continuada o secuencial al menos durante 10 días del ciclo. El cáncer de endometrio o la hiperplasia con atipia constituyen los mejores criterios que hay que utilizar para valorar la protección del endometrio, pero estas lesiones son infrecuentes y requerirían una muestra muy amplia para ofrecer una diferencia significativa entre la población tratada y el grupo control. La hiperplasia sin atipia se considera por tanto como el primer criterio de fracaso del tratamiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3919057>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3919057>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)