

Correlación Entre La Histeroscopia Y La Ecografía Transvaginal En El Diagnóstico De La Patología Endometrial.

Ángela K. Borja Chaves.¹ Leslie E. Campuzano Castillo.² Dr. Luis Hidalgo Guerrero.³

Dr. Guillermo Campuzano Castro.⁴ Dr. Peter Chedraui.⁵

¹ Estudiante De Medicina De La Universidad Católica De Santiago De Guayaquil.

² Estudiante De Medicina De La Universidad Católica De Santiago De Guayaquil.

³ Gineco-Obstetra. Director Técnico Del Hospital Enrique C. Sotomayor. Docente De La Universidad Católica De Santiago De Guayaquil.

⁴ Ginecólogo. Laparoscopista. Jefe Del Departamento De Endoscopia y Cirugía Mínima Invasiva Del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

⁵ Gineco-Obstetra. Jefe Del Área De Alto Riesgo Del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Docente De La Universidad Católica De Santiago De Guayaquil.

RESUMEN

En el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, en el Departamento de Endoscopia y Cirugía Mínima Invasiva, desde el 1 de Junio del 2009 al 31 de diciembre del 2009, se realizó un estudio retrospectivo que incluye 120 pacientes pre y postmenopáusicas, sintomáticas las cuales previo a un estudio ecográfico transvaginal (ETV) patológico o no patológico, se sometieron a histeroscopia diagnóstica u operatoria obteniéndose de todas las pacientes una biopsia directa para el posterior estudio histopatológico. Se observó una edad media de 43.8 años. Un peso promedio de 140lbs. Multíparas en su gran mayoría. El 84.16% de las pacientes no presentaron factores de riesgo. La hemorragia uterina anormal se determinó en el 38% de los casos como principal dx clínico pre operatorio. La ETV para el dx de pólipos presento una S=54%, E=33%, PPV=62.5%, NPV=26%, la histeroscopia presento una S=94.5%, E=40%, PPV=63%, NPV=80%. La ETV presento para el dx de miomas una S=80%, E=12%, PPV=30%, NPV=57.1%, la histeroscopia con una S=86.6%, E=73.9%, PPV=68.4%, NPV=89.4%. La ETV presento para el dx de hiperplasia endometrial una S=30.3%, E=11.7%, PPV=40%, NPV=8%, la histeroscopia con una S=55.38%, E=62.5%, PPV=76%, NPV=40%. La ETV para el dx de endometritis y endocervicitis demostró una S=28%, E=71%, PPV=78%, NPV=27%, la histeroscopia con una S=72%, E=28%, PPV=60.8%, NPV=0%. En cuanto al cáncer endometrial la ETV mostro una S=12.5%, E=0%, PPV=100%, NPV=0%, la histeroscopia con una S=100%, E=100%, PPV=100%, NPV=0%. La histeroscopia en su versión diagnóstica es un exitoso método en la evaluación de pacientes con patología endometrial y fundamentalmente en aquellas con hemorragia uterina anormal más cuando esta va ligada a lesiones intracavitarias. En la hiperplasia endometrial ambos procedimientos diagnósticos resultaron ser similarmente sensibles. Compartimos el criterio de considerar a la histeroscopia como procedimiento dx más eficaz que la ETV en pacientes sintomáticas y asintomáticas para diagnosticar el cáncer endometrial y la endometritis. El estudio anatomopatológico es el método dx definitivo de patologías endocavitarias.

Palabras Claves: histeroscopia; ecografía transvaginal; patología uterina; biopsia

ABSTRACT

The Obstetric-Gynecologic Hospital Enrique C. Sotomayor, Department of Minimally Invasive Surgery, from June 1, 2009 to December 31, 2009, we performed a retrospective study including 120 pre-and postmenopausal patients, symptomatic of which an ultrasound prior to pathological or not pathological , underwent diagnostic or operative hysteroscopy, all patients were obtained from direct biopsy for subsequent histopathological study. There was a mean age of 43.8 years. An average weight of 140lbs. Mostly multiparous. The 84.16% had no risk factors. Abnormal uterine bleeding was determined in 38% of cases, as the main preoperative clinical diagnosis. The ETV for the diagnosis of polyps present S=54%, E=33%, PPV=62.5%, NPV=26%, hysteroscopy S=94.5%, E=40%, PPV=63%, NPV=80 %. The ETV presented for the diagnosis of myomas S=80%, E=12%, PPV=30%, NPV=57.1%, hysteroscopy S=86.6%, E=73.9%, PPV=68.4%, NPV=89.4%. The ETV present for the diagnosis of endometrial hyperplasia S=30.3%, E=11.7%, PPV=40%, NPV=8%, hysteroscopy showed an S=55.38%, E=62.5%, PPV=76%, NPV=40%. The ETV for the diagnosis of endometritis S=28%, E=71%, PPV=78%, NPV=27%, hysteroscopy showed an S=72%, E=28%, PPV=60.8% NPV=0%. Endometrial cancer in the ETV showed S=12.5%, E=0%, PPV=100%, NPV = 0%, hysteroscopy showed S=100%, E=100%, PPV=100%, NPV=0%. The diagnostic hysteroscopy in the version is a successful method in the evaluation of patients with endometrial pathology and in particular in those with abnormal uterine bleeding more if this is linked to intracavitary lesions. Endometrial hyperplasia in both diagnostic procedures were found to be similarly sensitive. We share the view of considering hysteroscopy diagnostic procedure more effective than ETV symptomatic and asymptomatic patients to diagnose endometrial cancer and endometritis. The pathology is the definitive diagnostic method endocavitary pathologies.

Keywords: hysteroscopy, transvaginal ultrasound, pathology uterine, biopsy

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia, es un procedimiento fundamental y dinámico de la ginecología contemporánea que tuvo su inicio a partir de los años 80 convirtiéndose en el “gold standard” para el estudio de la cavidad endometrial, permitiendo identificar el tipo de patología existente en dicha cavidad, lesiones benignas como: pólipos endometriales y miomas submucosos, y malignas como: cáncer endometrial, esto en sincronía con la toma de biopsia directa para el posterior estudio histopatológico de la misma; sin embargo, la histeroscopia no constituye el primer estudio diagnóstico, la ecografía transvaginal (ETV) ha sido desde décadas atrás el primer paso para el estudio de las patologías endocavitarias, La determinación del valor diagnóstico de la histeroscopia según varios estudios, representa el método más preciso con alto nivel de sensibilidad y especificidad.

La histeroscopia diagnóstica y operatoria tuvo su inicio en el Hospital Gineco-Obstétrico en el año 1995 y hasta la actualidad se han realizado alrededor de 2000 procedimientos. Se han hecho investigaciones que determinan el perfil de las pacientes a quienes se les realiza este procedimiento, la utilidad de esta en la etapa pre y postmenopáusica y en el estudio de la mujer infértil; sin embargo, no se han realizado estudios que nos permitan establecer y correlacionar la ecografía transvaginal y la histeroscopia sobretodo basándonos en criterios técnicos de bioestadística como son la especificidad, sensibilidad, Valor predictivo positivo (PPV) y Valor Predictivo Negativo (NPV).

El presente estudio tiene como objetivo fundamental correlacionar los datos aportados por la histeroscopia y la ecografía transvaginal en torno a la presencia de patologías endometriales en las pacientes motivo de la presente investigación, de tal manera que podremos determinar que procedimiento cuenta con valores bioestadísticos que demuestren su mayor utilidad en el diagnóstico de la patología endometrial, con lo cual dejaremos sentadas bases que nos permitan a futuro mejorar los recursos técnicos y perfeccionar el recurso humano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal en las pacientes a quienes se les practicó histeroscopia diagnóstica u operatoria y se correlacionó con el informe ecográfico transvaginal. Se establecieron los índices de **sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (PPV) y valor predictivo negativo (NPV)** para ambos métodos en quienes presentaron patología endometrial.

Este estudio fue realizado en el Servicio de Endoscopia y Cirugía Mínima Invasiva del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil – Ecuador en el periodo comprendido entre el 01 de Junio del 2009 hasta el 31 de Diciembre del 2009.

Los criterios de inclusión de las pacientes fueron los siguientes:

1. Pacientes de sexo femenino en edad reproductiva y postmenopáusicas (historial clínico).
2. Pacientes que hayan presentado sintomatología sugestiva de patología endometrial.
3. Pacientes que presentaron ETV patológica o no patológica previamente al estudio histeroscópico.
4. Pacientes con presencia de patologías endocavitarias al estudio histeroscópico.

Los criterios de exclusión de las pacientes serán:

1. Pacientes con factores de riesgo asociados: endocrinopatías, coagulopatías, cardiopatías.
2. Pacientes embarazadas
3. Pacientes con hemorragia uterina severa
4. Pacientes con patología infecciosa severa endocavitaria.
5. Pacientes cuyo motivo de consulta fue: extracción de restos óseos intrauterinos o por extracción de DIU's.

Se elaboró una hoja de recolección de información que contenía datos de filiación de las pacientes en estudio, diagnóstico ecográfico, histeroscópico e histopatológico.

Las pacientes seleccionadas fueron aquellas que padeciendo sintomatología endometrial como: hemorragia uterina anormal, dolor pélvico, metrorragia etc. se les realizó una ecografía transvaginal en el mismo hospital en donde se efectúa el estudio, esta información fue reportada en una hoja de datos elaborada por las autoras del estudio, para su posterior tabulación y análisis. Posteriormente se les realizó un estudio histeroscópico en el departamento de Cirugía Mínima Invasiva del Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor el cual aportó un diagnóstico confirmativo o no del reporte ecográfico previo, esta información de igual manera se reportó en la hoja de datos mencionada anteriormente; por último, se buscó en el sistema informático del hospital el diagnóstico histopatológico para la corroboración de los resultados obtenidos con los dos procedimientos en estudio.,

Entre las variables a analizar en este estudio constan; edad, peso, paridad, factores de riesgo, diagnóstico clínico pre-operatorio, diagnóstico ecográfico transvaginal, diagnóstico histeroscópico, procedimientos histeroscópico y diagnóstico histopatológico.

En la recolección de los datos participaron las autoras del estudio, de lunes a viernes durante las horas laborables en el Departamento de Endoscopia y Cirugía Mínima Invasiva del Hospital Enrique C Sotomayor, la tabulación, depuración y análisis de los datos se lo hizo mediante el programa de Microsoft Excel 2007, las autoras junto a sus docentes guías del estudio de forma mensual.

La fuente de información primaria se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes. Se consultaron fuentes de información bibliográfica a través de libros, revistas y web sites en Internet. Las pruebas estadísticas se realizaron dependiendo de la naturaleza de las variables.

RESULTADOS

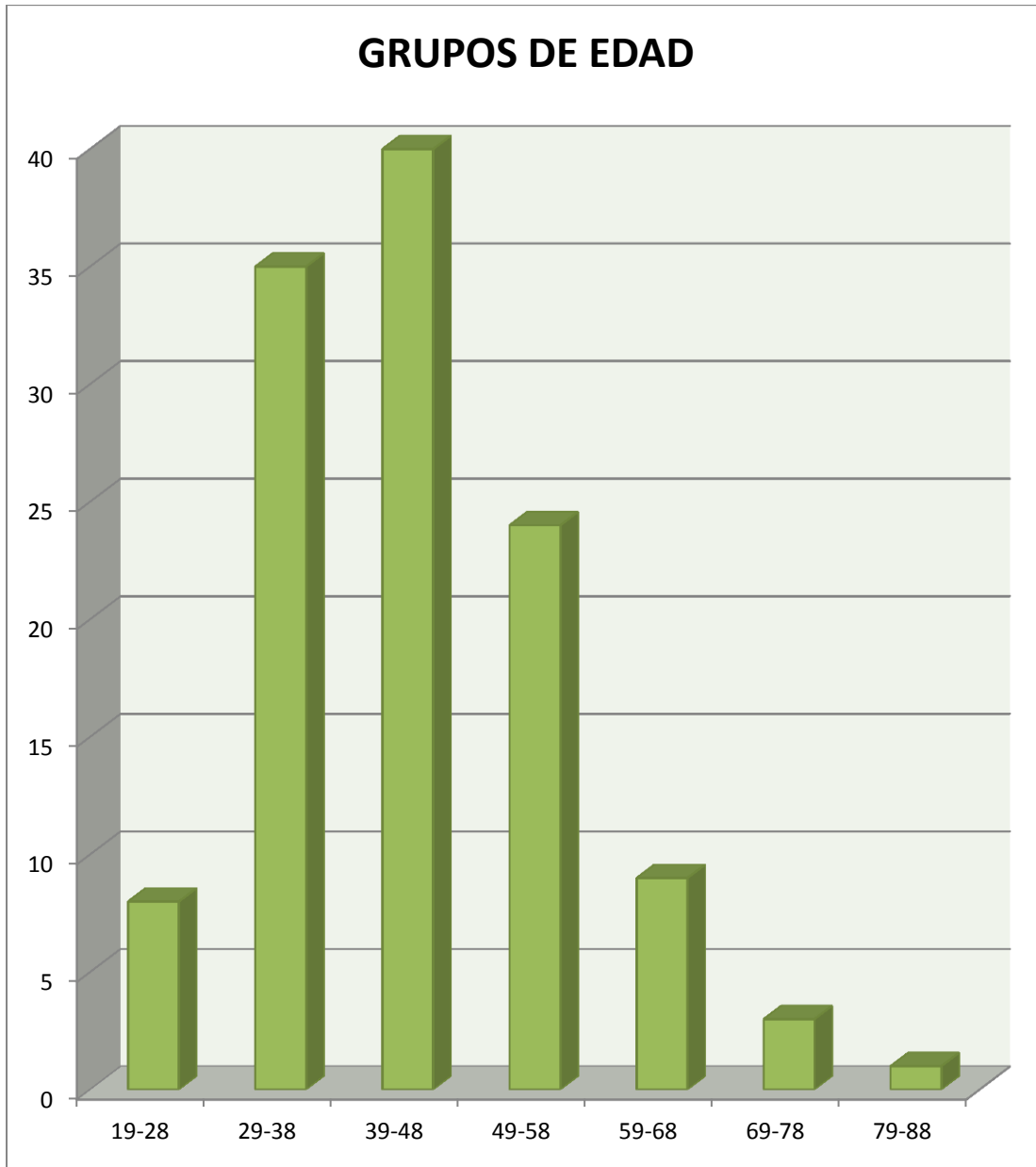
Las pacientes tuvieron una media de edad de 43.8 años (rango: 19 - 82), el mayor número de pacientes se encontró entre los 39-48 años N=40 (33.3%) (Tabla 1). El peso promedio fue de 140.08 lbs (rango: 99 - 245), encontrándose N= 47 (39.1%) pacientes entre las 129-148 lbs. La gran mayoría fueron multíparas n=100 (83%) pacientes. Se encontró que 101 (84.16%) pacientes no presentaron en su historial clínico factores de riesgo, sin embargo la diabetes tipo 2, y la hipertensión arterial, se evidenció en 4 (3.3%) pacientes y 6 (5%) pacientes respectivamente. Se incluyeron en el estudio 120 mujeres en edad fértil y postmenopáusicas determinándose como principal diagnóstico clínico- preoperatorio la hemorragia uterina anormal N=45 (38%), engrosamiento endometrial N=30 (25%), mioma N=18 (15%), sospecha de pólipo endometrial N=12 (10%), contenido endometrial N=6 (5%), otros N=5 (4%) y sospecha de cáncer endometrial N=4 (3%) (Tabla 2). El principal hallazgo ecográfico fueron los miomas. (Tabla 3). El principal diagnóstico histeroscópico fueron los pólipos endometriales. (Tabla 4). El procedimiento histeroscópico mayormente realizado fue la biopsia de endometrio N=57 (47.5%),. A todas las pacientes sometidas al estudio histeroscópico, se les realizó la toma de biopsia directa durante el procedimiento. Ninguna paciente fue hospitalizada. La sedación fue el método anestésico de preferencia utilizado en las pacientes participantes del estudio. Se encontraron 10 casos de ETV normal y 5 casos con diagnóstico de OTB proximal y distal. De las 120 pacientes participantes del estudio, la biopsia dirigida diagnosticó: pólipos endometriales en 37 casos (30.83%); de los cuales la ecografía transvaginal diagnosticó 32 casos (30.48%); corroborándose 20 casos (62.5%) y la histeroscopia diagnosticó 46 casos (40.71%); corroborándose 34 casos (73.91%), miomas submucosos en 15 casos (12.5%); de los cuales la ecografía transvaginal diagnosticó 37 casos (35.4%); corroborándose 12 casos (32.43%), la histeroscopia diagnosticó 17 casos (15.04%) corroborándose 13 casos (10.83%), hiperplasia endometrial en 34 casos (28.33%), la ecografía transvaginal diagnosticó 25 casos (23.81%) corroborándose 10 casos (40%), la

histeroscopia diagnosticó la misma cantidad de casos; corroborándose 19 casos (55.88%), endometritis – endocervicitis en 25 casos (20.83%), la ecografía transvaginal diagnosticó 9 casos (36%), corroborándose 7 casos (28%), la histeroscopia diagnosticó 23 casos (20.35%), corroborándose 15 casos (65.21%), cáncer endometrial en 9 casos (7.5%), la ecografía transvaginal diagnosticó 2 casos (22.2%) corroborándose 1 caso (11.11%), la histeroscopia diagnosticó 2 casos (22.2%) y se corroboró ambos casos. La ecografía transvaginal consideró la cavidad uterina normal en 11 casos (9.16%); mientras que a la evaluación histeroscópica no se consideró normal en ninguno de los casos. Para el diagnóstico de pólipos endometriales la ecografía transvaginal mostró una sensibilidad de 54%, especificidad de 33%, valor predictivo positivo de 62.5%, valor predictivo negativo de 26%. En miomas submucosos mostró una sensibilidad de 80%, especificidad de 12.5%, valor predictivo positivo de 30%, valor predictivo negativo de 57.1%. En hiperplasia endometrial mostró una sensibilidad de 30.3%, especificidad de 11.76%, valor predictivo positivo de 40%, valor predictivo negativo de 8%. Endometritis- endocervicitis mostró una sensibilidad de 28%, especificidad de 71%, valor predictivo positivo de 78%, valor predictivo negativo de 27.7%. Cáncer endometrial mostró una sensibilidad de 12.5%, especificidad de 0%, valor predictivo positivo de 100%, valor predictivo negativo de 0%. La histeroscopia para el diagnóstico de pólipos endometriales mostró una sensibilidad de 94.5%, especificidad de 40%, valor predictivo positivo de 73.9%, valor predictivo negativo de 80%. En miomas submucosos mostró una sensibilidad de 86.6%, especificidad de 73.9%, valor predictivo positivo de 68.4%, valor predictivo negativo de 89.4%. En hiperplasia endometrial mostró una sensibilidad de 55.38%, especificidad de 62.5%, valor predictivo positivo de 76%, valor predictivo negativo de 40%. Endometritis- endocervicitis mostró una sensibilidad de 72%, especificidad de 28%, valor predictivo positivo de 60.8%, valor predictivo negativo de 0%. Cáncer endometrial mostró una sensibilidad de 100%, especificidad de 100%, valor predictivo positivo de 100%, valor predictivo negativo de 0%. (Tabla 6).

TABLAS Y FIGURAS

Tabla1.

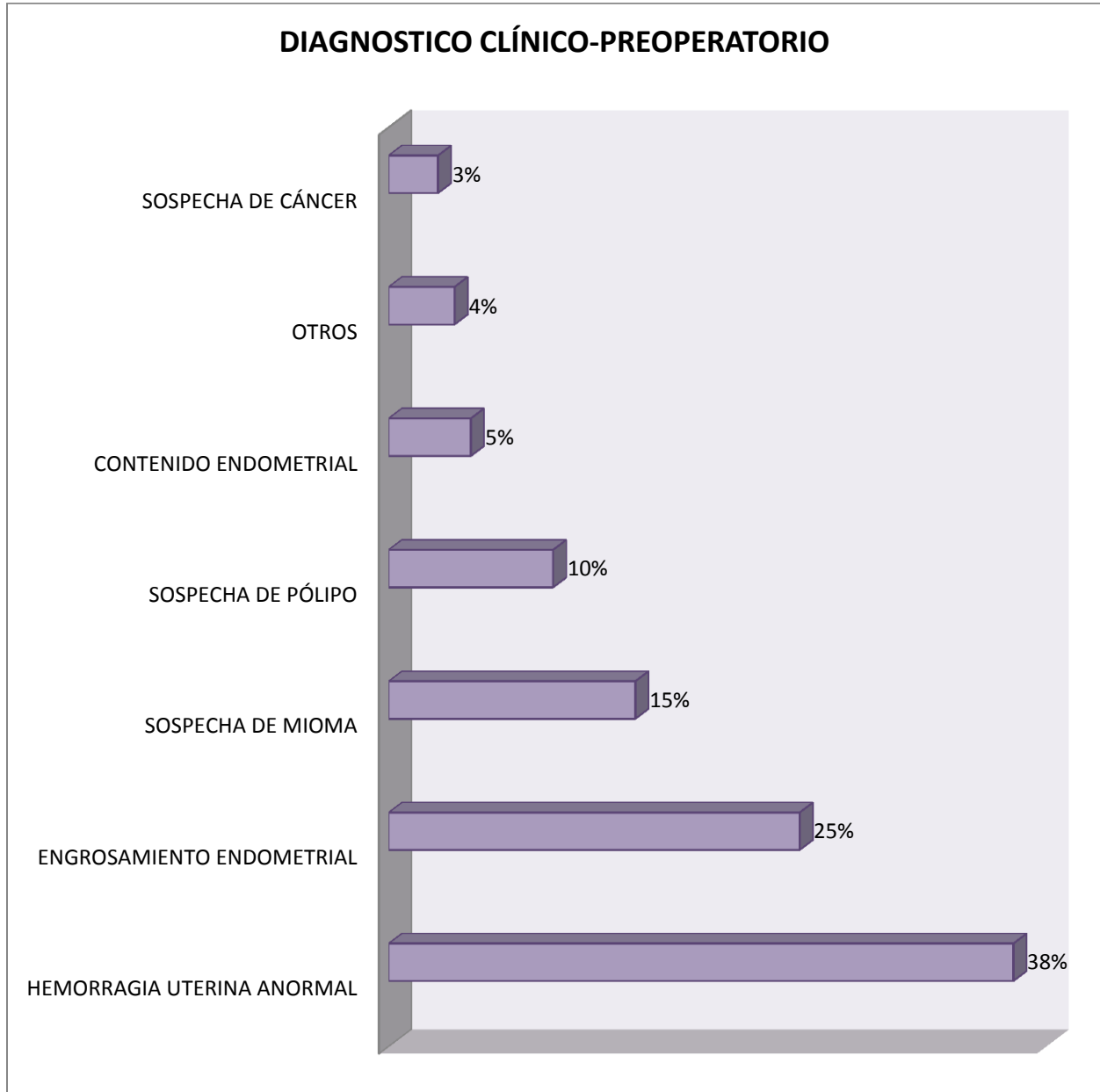
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN GRUPOS DE EDAD



Fuente. Elaborada por los autores del estudio

Tabla 2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN SU DIAGNÓSTICO CLÍNICO



Fuente. Elaborada por los autores del estudio.

Tabla 3.

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

DIAGNOSTICO ECOGRAFICO	Nº	%
MIOMAS	37	35%
PÓLIPOS	32	30%
HIPERPLASIA	25	24%
ENDOMETRITIS	9	9%
CÁNCER	2	2%
TOTAL	105	100%

Fuente. Elaborada por los autores del estudio.

Tabla 4.

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS

DIAGNOSTICO HISTEROSCOPICO	Nº	%
PÓLIPOS	46	41%
HIPERPLASIA	25	24%
ENDOMETRITIS	23	20%
MIOMAS	17	15%
CÁNCER ENDOMETRIAL	9	8%
TOTAL	120	100%

Fuente. Elaborada por los autores del estudio.

Tabla 5.

HALLAZGOS ENDOMETRIALES DIAGNOSTICADOS POR ETV E HISTEROSCOPIA Y CORROBORADOS POR LA HISTOPATOLOGÍA

PATOLOGIA ENDOMETRIAL	HISTOPATOLOGÍA		ETV		HISTEROSCOPIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PÓLIPOS	37	30,83%	32	30,48%	46	38,33%
MIOMAS	15	12,50%	37	35,24%	17	14,16%
HIPERPLASIA	34	28,33%	25	23,81%	25	20,83%
ENDOMETRITIS	25	20,83%	9	8,6%	23	19,18%
CÁNCER	9	7,50%	2	1,90%	9	7,50%
TOTAL	120	100%	105	100%	120	100%

Fuente. Elaborada por los autores del estudio.

Tabla 6.

CORRELACIÓN DE LA ETV Y LA HISTEROSCOPIA SEGÚN LAS PATOLOGÍAS ENCONTRADAS.

PATOLOGIA ENDOMETRIAL	SENSIBILIDAD		ESPECIFICIDAD		ECOGRAFÍA		HISTEROSCOPIA	
	ETV	HISTEROSCOPIA	ETV	HISTEROSCOPIA	PPV	NPV	PPV	NPV
PÓLIPOS	54%	94,50%	33,30%	40%	62,50%	26,08%	73,90%	80%
MIOMAS	80%	86,60%	12,50%	73,90%	30%	57,10%	68,40%	89,40%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	30,30%	55,38%	11,76%	62,50%	40%	8%	76,00%	40,00%
ENDOMETRITIS- ENDOCERVICITIS	28%	72,00%	71,4%	28%	77,7%	21,73%	60.8%	0%
CÁNCER ENDOMETRIAL	12,5%	100%	0%	100%	100%	0%	100%	0%

Fuente. Elaborada por los autores del estudio

DISCUSIÓN

Es de conocimiento mundial que la ETV (ecografía transvaginal) constituye el primer paso dx (diagnostico) frente a la presencia de patologías endocavitarias, sean de carácter benigno o maligno. Sin embargo, la ETV muchas veces no evidencia ninguna patología en pacientes sintomáticas o asintomáticas de manera que al realizarse una histeroscopia diagnóstica es posible encontrar patologías endocavitarias que no fueron diagnosticadas con anterioridad. La misma, es una técnica sencilla, mínimamente invasiva, incluso puede realizarse en una oficina, de costo elevado, que necesita de un especialista capacitado ^{18,20} Por lo tanto, en pacientes sintomáticas que presentan una ETV normal, se debería considerar la histeroscopia como segundo paso en la valoración especializada^{1,2,3,4}. Toffoli R. ⁷ estudió 510 pacientes postmenopáusicas y encontró como principal indicación para el dx histeroscópico el engrosamiento o hiperplasia endometrial asintomática en el 78.2% casos, seguido de la hemorragia uterina anormal (HUA) en el 11.4% casos. Catalan A. y cols.² estudiaron 160 pacientes pre y postmenopáusicas, la metrorragia se consideró como manifestación principal en el 56% de los casos, de estas, una mayor tendencia tuvieron las premenopáusicas 67%. Allameh T. y cols ¹ estudiaron 105 pacientes donde la menorragia se encontró en 21% casos, menometrorragia en 65.7% casos, y sangrado postmenopáusico en 13.3% casos. En nuestro estudio ninguna de las pacientes fue asintomática, siendo la principal indicación histeroscópica la HUA en 38% casos. Lo cual indica que sigue siendo la HUA la principal indicación de la histeroscopia diagnóstica, según la literatura revisada. ^{1,2,19}. En la ETV nuestro estudio encontró 30.48% casos de pólipos, de los cuales fueron corroborados mediante biopsia 30.83% casos, se obtuvo una S (sensibilidad) del 54%, E (especificidad) 33.3%, VPP (valor predictivo positivo) 62.5%, VPN (valor predictivo negativo) 26.08%. Henrique M. Y cols ⁵ encontraron VPP 60.9%. Kelecki y Cols ¹⁴, Cepni y Cols¹⁰ y Matchingler y Cols¹¹, encontraron VPP para ETV de 50%, 69%, y 79.9%, respectivamente. Una posible explicación de la diferencia encontrada entre nuestros valores y de los estudios en discusión podría ser el hecho de que el estudio ecográfico previo, fue realizado en diferentes fases del ciclo menstrual y no con un solo ecografista,

disminuyendo la validez interna de este procedimiento. En nuestro estudio el principal hallazgo histeroscópico fueron los pólipos endometriales, obteniéndose 40.71% casos corroborados 30.83% casos obteniéndose una S 94.5%, E 40%, PPV 73.90% y NPV 80%. Allameh T. y cols ¹ encontraron 38.09% casos corroborados 39% casos. Barati M. Y cols ⁴ estudiaron 147 pacientes de las cuales diagnosticaron 6.8% casos corroborados 7.5% casos. Henrique M. ⁵ estudiaron 451 pacientes encontrando el 60% de casos corroborados. Toffoli R. ⁷ 37.84% casos corroborados con una S 94.5%, E 40%, PPV 73.90% y NPV 80%. Allameh T. y cols ¹ reportaron una S 93%, E 100%, PPV 100%, NPV 95.4%. Toffoli R. y Cols ⁷, reportaron una S 92.6%, E 65.8%, PPV 78.2%, NPV 86.1%. Litta Y cols ¹² demostraron una S 100%, E 49.6%, PPV 81.3% y NPV 100%. Estos autores concluyen que el ETV es tan efectiva como la histeroscopia en el dx de lesiones benignas de la cavidad uterina y que el ETV permite proceder directamente a la realización de una histeroscopia operatoria ^{1, 5, 7, 9, 10, 11, 12}. Se encontraron 28.3% casos de hiperplasia endometrial en nuestro estudio. Diagnosticándose por ETV 23.8% casos, S 30.3%, E 11.76%, PPV 40%, NPV 8% y por histeroscopia 23.8% casos, S 55.38%, E 62.5%, PPV 76%, NPV 40%. Toffoli R y cols. ⁷ por histeroscopia se demostró una S 94%, E 97%, PPV 68%, NPV 99.6%. Socias y cols ¹⁵ reportaron una S 60%, E 91.4%, PPV 91.4%, NPV 98.3%. Según la literatura revisada el método más exacto para el diagnóstico de hiperplasia es la histeroscopia debido a su elevada S y E, en nuestro estudio a pesar de presentar una S y E menores a las de otros, sigue siendo elevada en relación a la S y E de la ETV, demostrándose por segunda intención que la ETV es un método de cribado dx para lesiones endometriales benignas (pólipos y miomas). La visión histeroscópica encontró 15.04% casos de miomas corroborándose mediante biopsia directa 12.5% casos. Se reportó S 86,60%, E 73,90%, PPV 68,40% y NPV 89.40%. Toffoli R. y Cols ⁷ estos reportaron S 52.6%, E 95.9%, PPV 47.6% y NPV 96.6%. Kelekci y Cols ¹⁴ la histeroscopia tuvo una S, E, PPV, y NPV del 100%, 100%, 100%, 100% respectivamente. Mediante ETV, nuestro estudio encontró 35.24% casos corroborándose 12.5% casos, S 80%, E 12.5%, PPV 30%, NPV 57.1%. En cuanto al dx de miomas, el grupo de falsos positivos fue mayor para la ETV en

comparación con la histeroscopia, sin embargo los valores de S fueron similares. En cuanto al cáncer endometrial nuestro estudio detecto mediante ETV 1.90% casos, corroborándose 7.5% casos, S 12.5%, E 0%, A. Torrent y Cols ⁽¹³⁾, con una S 62% y E 46%. A la histeroscopia se encontro 7.50% casos, corroborándose todos los casos, una S 100%, E 100%. Socias M. y Cols ¹⁵ S 95%, E97.9%, VPP 63.3%, NPV 99.7%. Toffoli R y cols. ⁽⁷⁾ reportaron S 94.4% y E del 97%, en este estudio no permanecieron indetectables a la histeroscopia ningún caso, al igual que en el nuestro. Por lo tanto, la histeroscopia demuestra con el máximo de los valores ser un procedimiento altamente fidedigno y eficaz para el dx de cáncer endometrial. En el presente estudio se encontraron 20,83% casos de endometritis, diagnosticándose por ETV 8.6% casos y por histeroscopia 20.35% casos. Con una S 43%, E 100%, PPV 100% y NPV 31.80%. Mientras que la histeroscopia presentó una S 72%, E 17%, PPV 100%, y NPV 31.8%. Son escasos los estudios en cuanto a la endometritis y endocervicitis que permitan comparar con los datos arrojados en nuestro estudio. Los hallazgos en este estudio demuestran que la principal indicación para iniciar el estudio de la cavidad endometrial es la HUA y el engrosamiento del endometrio por fuera de lo normal. La ETV sigue siendo el elemento dx de primera línea en el estudio del endometrio. El principal dx ecográfico en nuestro estudio fueron los miomas y el principal dx histeroscópico fueron los pólipos. En lesiones benignas la ETV demostró ser eficiente en la mitad de los diagnósticos y cuando se relacionó con los miomas los falsos positivos fueron más que en la histeroscopia. La histeroscopia es un exitoso método en la evaluación de pacientes con patología endometrial y fundamentalmente en aquellas con HUA más cuando esta va ligada a lesiones intracavitarias. En la hiperplasia endometrial ambos procedimientos diagnósticos resultaron ser similarmente sensibles. Compartimos el criterio de considerar a la histeroscopia como procedimiento dx más eficaz que la ETV en pacientes sintomáticas y asintomáticas para diagnosticar el cáncer endometrial y la endometritis. El estudio anatomopatológico constituye el método dx definitivo de patologías endocavitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allameh Tajossadat, Mohammadizadeh Fereshteh. Diagnostic Value Of Hysteroscopy In Abnormal Uterine Bleeding Compared To Pathology Reports. Iranian Journal Of Reproductive Medicine Vol5. No2. 2007. Pp: 61-64.
2. Catalan Alejandra, Corvalán Jaime, Pantoja Valeria, Garcia Karen, Godoy Maria. Polipos Endometriales: Manejo Con Histeroscopia Quirurgica Y Correlación Histológica. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2):116-119
3. Cortes S, Alvarez V, Kishimoto C, Lineros E, Carballal J, Ojeda F. Correlación Entre La Histeroscopia Diagnóstica Y La Ecografía En El Diagnostico De Patología Endocavitaria. Vi Congreso Nacional De Endoscopia Ginecológica. Valencia 2008. Volumen 25. Suplemento 3. Junio 2008.
4. Barati Mojgan. Masihi Sara. Moramezi Farideh. Salemi Shabnam. Office Histeroscopy In Patients With Abnormal Uterine Bleeding And Normal Transvaginal Sonography. International Journal Of Fertility And Sterility. Vol 1. No4. 2008. Pages: 175-178
5. Henrique Melki Luiz Augusto (Md, Ph.D); Pinho Oliveira Marco Aurelio (Md, Ph.D); Carneiro Oliveira Hildoberto (Md, Ph.D). Can Transvaginal Sonography Avoid The Diagnostic Complementary Hysteroscopy In The Detection Of The Endometrial Polyp?. Bras. J. Video-Sur, 2008, V. 1, N. 2: 071-075
6. Demirdag T, Turan Hy, Beydilli G, Akgü“L Am, Gelisen O, Haberal A. Etlik. Comparison Of Preoperative Transvaginal Sonography, Saline Infusion Sonography, And Diagnostic Hysteroscopy For Total Hysteroscopic Resectability Of Submucous Leiomyomas. Ankara Maternity Hospital, Department Of Infertility Ankara, Turkey. Journal Of Minimally Invasive Gynecology. 2005 Vol 12, No 5, September/October Supplement.
7. Toffoli R. Camila, Rosa-E Silva Julio, Silva De Sa Marcos, Japur De Sa Rosa E Silva Ana Carolina, Poli N Omero, Nogueira Antonio. Histeroscopy As A Standard Procedure For Assessing Endometrial Lesions Among Postmenopausal Women. Department Of Gynecology And Obstetrics, Faculdade De Medicina De Ribeirao Preto (Fmro), Universidade De Sao Paulo (Usp), Sao Paulo, Brazil. Sao Paulo Medical Lournal. 2007 125(6): 338-42.
8. De Marathaoan S. Hosana, De Baptista D. Daniella, Baracat Fausto, Gazi L. Umberto, Hirome T. Winny, Coelho L. Reginaldo. Histeroscopic Findings In Postmenopausal Patients With Ultrasonographic Diagnosis Of Endometrial Thickening. The Gynecological Endoscopy Sector Of Gynecology And Obstetrics Service At Hospital Do Servidor Public Estadual “ Francisco Morato De Oliveira”. Sao Paulo- Brazil. Einstein 2008; 6 (3): 287-92.
9. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Et Al. Hysteroscopy And Menopause: Past And Future. Unidad De Endoscopia Ginecológica Del Servicio De Obstetricia Y Ginecología Del Hospital San Jose. Chile. Curr Opin Obstet Gynecol 2005;17:366-75.
10. Cepni I, Ocal P, Erkan S, Saricali Fs, Arkbass H, Dermirkiran Ef. Comparison Of Transvaginal Sonography, Saline Infusión Sonography And Hysteroscopic In The Evaluation Of Uterine Cavity Pathologies. Aust Nzj Obstet. Ginecol. 2005; 45: 30-5
11. Matchtinger R, Korach J, Padoa A, Fridman E, Zolti M, Segal J, Yefet Y, Goldenberg M. Ben-Baruch G. Transvaginal Ultrasound And Diagnostic Histeroscopic As A Predictor Of Endometrial Polips: Risk Factors For Premalignancy And Malignancy. Int J Gynecol Cancer. 2005; 15:325-8

12. Litta P, Merlin F, Cacardi C, Pozzan C, Sacco G, Fracas M. Role Of Hysteroscopy With Endometrial Biopsy To Rule Out Endometrial Cáncer In Post Menopausal Women With Abnormal Uterine Bleeding. *Maturitas*. 2005; 50(2:117-23)
13. A. Torrent, E. Gonzalez-Bosquet, S. Gonzalez – Nuñez, J. Callejo. Valor Diagnostico De La Imagen Histeroscópica En Cáncer De Endometrio. *Hospital San Juan De Diu Ginecología Y Obstetricia Clínica*. Esplugues – Barcelona. 2005, 212-215.
14. Kelecki S, Kaya E, Alan M, Alan Y, Bilge U, Mollamahmutoglu L. Comparison Of Transvaginal Sonography, Saline Infusión Sonography And Office Hysteroscopy In Reproductive – Aged Women With Or With Out Abnormal Uterine Bleeding . *Fertile Sterile*. 2005; 84; 682-6.
15. Socias M. Vargas Renato. Costoya Alberto, Monje Barabara, Haye Maria Teresa. Correlacion De La Histeroscopia Y Biopsia Dirigida En El Estudio Del Engrosamiento Endometrial Patológico Por Ultrasonido. *Unidad De Endoscopia Ginecológica Del Servicio De Obstetricia Y Ginecología Del Hospital San Jose*. Chile. *Rev Chil Obs Gin* 2007, 99-104.
16. Garuti G, Cellani F, Garzia D, Colonnelli M, Luerti M. Accuracy Of Hysteroscopic Diagnosis Of Endometrial Hyperplasia: A Retrospective Studie Of 323 Patients. *Department Of Obstetrics And Gynecology Lodi Hospital, Lodi , Italia*. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005; 12 (3:247-53)
17. Pereira Piv, Sangramento Uterino Anormal. In: Crispi Cp, Oliveira Fmm, Damian Jr. Jcm, Oliveira Map. *Tratado De Videoendoscopia E Cirurgia Minimamente Invasive Em Ginecología*. Segunda Edición. Rio De Janeiro: Revinter; 2007 Pg 864-73
18. Malcolm G, Munro, Brill Andrew, Parker William. *Gynecologic Endoscopic*. Janathan S. Berek. Berek & Novak's *Gynecology* 14th Ed. Philadelphia, Usa. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 787-789.
19. Leon S, Marc A. *Dysfunctional Uterine Bleeding*. *Clinical Gynecologic Endocrinology And Infertility*. 7th Ed. Filadelphia Usa. Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 555-557.
20. Rs Guido, Dw Stovall E. *Hysteroscopy*. Official Reprint From Up To Date. 2006. Up To Date.