

La ecografía transvaginal es un buen método para descartar enfermedad endometrial

Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy for the detection of endometrial disease
N Engl J Med 1997; 337:1792-8. R. Langer, J Pierce, K O'Hanlan et al.

Objetivo

Comparar la sensibilidad y especificidad de la ecografía transvaginal (ETV) y la biopsia endometrial (BE) en el diagnóstico de enfermedad del endometrio en pacientes que reciben tratamiento con estrógeno solo, estrógeno y progesterona, o placebo durante 3 años.

Diseño

Seguimiento de una cohorte de pacientes asintomáticas posmenopáusicas del estudio PEPI (Postmenopausal Estrogen/ Progestin Interventions).

Lugar

El estudio PEPI fue un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos.

Pacientes

El PEPI incluyó 875 mujeres posmenopáusicas entre 45-64 años (media 59±4), con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular con no más de 10 años (media 8±3) desde su menopausia. Las mujeres con útero (n=596) o sin útero fueron randomizadas para recibir placebo o uno de los siguientes tratamientos durante tres años: 0.625 mg/día de estrógenos conjugados (EC) solos; EC más 2.5mg de acetato de medroxiprogesterona (MP)/día; EC más 10mg de MP/día, 12 días al mes; EC más 200mg. de progesterona micronizada/día, 12 días al mes. Las mujeres con útero tenían BE normal al inicio del estudio.

Descripción del tests de referencia (BE) y el test en estudio (ETV)

Se realizaron BE (test de referencia) en las visitas anuales clasificando los resultados como: normal; hiperplasia simple, compleja o atípica; y adenocarcinoma. La ETV fue realizada no más de 48hs. previas a la biopsia. Se consideró como límite normal 4mm de espesor y como valor umbral 9mm en mujeres que recibían EC solos o tratamientos cíclicos. Si el espesor no era reportado no se lo analizaba.

Medición de resultados principales

El engrosamiento de la pared endometrial de 5mm o más, y 9mm o más fueron clasificados como anormales para evaluar la sensibilidad*, especificidad* y valor predictivo positivo y negativo* de la ETV comparada con la BE. Como el objetivo era evaluar la ETV como estudio sustituto de la BE, la sensibilidad y los valores predictivos fueron recalculados luego de considerar negativos en vez de positivos los resultados de las ecografías insatisfactorias con grosor anormal. Esto se hizo así ya que se asumió que la ETV en estos casos no sería concluyente y se requeriría de todos modos la BE.

Fuente de financiamiento: Sin conflicto de interés

COMENTARIO

Una de las barreras de los médicos de atención primaria para prescribir terapia de reemplazo hormonal (TRH) se relaciona con las limitaciones que tienen para el manejo de los sangrados no esperados. Probablemente los médicos se sentirían más seguros con la prescripción de TRH si contaran con un método relativamente barato, incruento y que fuera capaz de descartar patología grave ante una mujer con sangrado no esperado. Este estudio fue diseñado para comparar la ecografía transvaginal con la biopsia endometrial como rastreo (screening) en mujeres asintomáticas con TRH (incluyó un grupo con placebo). Debemos recordar que el monitoreo endometrial (con ecografía, citología o histología) no está recomendado para mujeres que reciben TRH combinada dado que la prevalencia de cáncer de endometrio no aumenta en este grupo de pacientes; y por lo tanto debe reservarse para mujeres con TRH que presentan sangrados inesperados¹. Se entiende como sangrado inesperado al que ocurre luego de

Del mismo modo, para calcular la especificidad se excluyeron las ecografías que no reportaban el grosor endometrial, ya que la ausencia de enfermedad no era confirmada.

Resultados principales

La ETV y la BE fueron realizadas en 448 mujeres (un total de 577 exámenes simultáneos). La pared endometrial fue 5mm en el 45% de los casos, entre 5-10mm en el 41%, >10mm en el 12% y no medido en el 2%.

Media del espesor de la pared endometrial y biopsia según el tratamiento

Tratamiento	Media del Espesor Endometrial en mm (rango)	Biopsia					Número de biopsias (%)
		Normal	Hiperplasia simple	Hiperplasia Compleja	Hiperplasia Atípica	Adeno carcinoma	
Placebo	3.8 (1-15)	142 (98)	2 (1)	0	0	1 (1)	145
EC	11.7 (1-26)	44(66)	16(24)	5(7)	2(3)	0	67
EC + MP cíclico	6.4(2-15)	121(98)	1(1)	2(2)	0	0	124
EC + progest. Micronizada	6.4(1-4)	100(99)	1(1)	0	0	0	101
EC + MP continuo	4.5 (1-17)	122(100)	0	0	0	1(0)	122

Sensibilidad, Especificidad y valores predictivos*

Espesor de pared endometrial > 5mm	Alguna anormalidad	Anormalidad seria #
Todas las Ecografías realizadas		
Sensibilidad	90 (28/31) ##	91 (10/11)
Especificidad	48 (259/538)	-
Valor predictivo Positivo	9 (28/307)	3 (10/307)
Valor Predictivo negativo	99 (259/261)	100 (261/261)
Ecografías con resultados satisfactorios		
Sensibilidad	81 (25/31)	73 (8/11)
Especificidad	46 (247/538)	-
Valor predictivo Positivo	8 (25/307)	3 (8/307)
Valor Predictivo negativo	95 (247/261)	95 (249/261)

Incluye Hiperplasia compleja, Hiperplasia atípica y Adenocarcinoma

En paréntesis el Nro de exámenes con los que se realizaron los cálculos.

Conclusiones

La ecografía transvaginal tiene un pobre valor predictivo positivo pero un alto valor predictivo negativo para detectar anomalías endometriales serias en mujeres asintomáticas posmenopáusicas.

seis meses si la paciente está con TRH continua, o al que es mayor en cantidad o duración que una menstruación normal, u ocurre fuera de los días 7 a 17 si la paciente recibe TRH cíclica. Debemos destacar que este estudio realizó ecografía transvaginal a todas las mujeres (que como se observa en la tabla 1 tenían una baja prevalencia de enfermedades graves) y se encontró un excelente VPN y un pobre VPP. También es importante destacar que la prevalencia de cáncer de endometrio no aumenta con el empleo de TRH combinada. Es decir que la presencia de una línea endometrial < 5 mm nos deja razonablemente tranquilos acerca de la ausencia de patología grave, pero que un número alto de mujeres con líneas > 5mm se someterán a mayores estudios sin tener patología significativa. Si aplicáramos la ETV en mujeres con una mayor prevalencia de patología grave (como son las mujeres con metrorragia), el VPP mejoraría.

Dra. Karin Kopitowski

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. Grady D, Rubin SM, Petitti DB, et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. Ann Intern Med 1992;117:1016-1037.