

## *BIOPSIA DE ENDOMETRIO*

Dr. Elías Faraj [\*]

La biopsia de endometrio es uno de los procedimientos de diagnóstico de mayor utilidad en Ginecología, pero que sólo ha alcanzado pleno auge en el curso de los últimos años. Ha contribuido al ello, por una parte, la multiplicidad de sus indicaciones y la utilidad de las informaciones que puede proporcionar, y por otra, la sencillez de su técnica y los escasos riesgos que involucra, riesgos que han sido disminuidos notablemente con el advenimiento de los antibióticos, los que prácticamente han descartado todo peligro de infección secundaria.

Tratándose, pues, de un procedimiento de fácil ejecución, que en la mayoría de los casos no requiere de anestesia y capaz, cuando se respetan sus indicaciones, de suministrar datos concluyentes en la formación de un diagnóstico correcto y en la adopción de una terapéutica adecuada, creemos que debe ser recordado por el médico práctico, ya que puede evitar muchas veces el empleo de exámenes más complejos o peligrosos o bien la necesidad de recurrir a centros hospitalarios.

**TÉCNICA.**—Debe procederse primeramente a efectuar un cuidadoso tacto vaginal bimanual con el fin de tratar de precisar fundamentalmente la posición, el tamaño y la consistencia del útero. Una vez visualizado el cuello uterino, se le tracciona suavemente mediante una pinza de cuello uterino (Pozzi, Museux, etc.), de dos ganchos, colocada en su labio anterior, con lo cual se endereza el ángulo cervicorporal. Se efectúa en seguida la asepsia cuidadosa del orificio externo del cuello y en lo posible del endocervix, empleando para ello una tórula de algodón impregnada en tintura de yodo al 10%, o merthiolate.

Antes de iniciar la dilatación, es necesario practicar una histerometría con el fin de confirmar en parte los datos obtenidos con el tacto, en lo que se refiere a posición y tamaño del útero. En los casos en que el cuello está cerrado y especialmente en nulíparas, debe procederse a efectuar una moderada dilatación, usando de preferencia los dilatadores de Bumm, hasta alcanzar un diámetro que permita el paso de la cucharilla de Randall (lisa) o Novak (dentada), que son las empleadas y las que mejor se ajustan a los fines perseguidos.

Es recomendable obtener 4 trozos de endometrio (2 caras y 2 bordes), con lo que se aseguran posibilidades máximas de detec-

[\*] Consulta externa Ginecológica. Hospital San Felipe. Tegucigalpa, D. C. I Honduras, C. A.

tar lesiones circunscritas o incipientes. Las muestras extraídas se fijan inmediatamente en formol al 10%. Empleándose alcohol a 96 como fijador solamente cuando se desea estudiar la producción de glucógeno. La cantidad de líquido fijador será 30 veces superior a su volumen. La boca del recipiente en el cual se coloca la biopsia será lo suficientemente amplia como para permitir su fácil introducción y su cómoda extracción ulterior sin tener que recurrir a maniobras traumáticas que deformarán los tejidos. Junto con el material se enviará al anatomopatólogo el nombre completo de la enferma, su edad y una historia resumida de su afección, precisando el día del ciclo menstrual en que fue obtenido o si se trata de una metrorragia corporal consignar la duración de ésta.

En lo que se refiere al momento apropiado para efectuar la biopsia, existen dos tendencias: aquellos que la realizan en el curso de las primeras doce horas de iniciado el flujo menstrual y los que la llevan a cabo en los días anteriores al comienzo de la menstruación. Cada una de estas modalidades tienen ventajas e inconvenientes. La primera está indicada en enfermas de ciclo irregular y que no están seguras acerca del día en que se iniciará su próxima menstruación; con la ventaja evidente de no encerrar el peligro de interrumpir un embarazo incipiente, pero ofrece la desventaja de que si la enferma vive lejos del centro de estudio, pueden pasar muchas horas entre el momento en que se inicia el flujo y aquel en que se hace la biopsia. En estas circunstancias el examen puede ser deficiente por obtenerse muestras demasiado pequeñas o por presentar éstos procesos de citolisis muy avanzados que dificultan la interpretación hisiopatólógica. El segundo procedimiento es útil en enfermas que menstrúan regularmente, en la que es posible predecir en forma más o menos exacta la fecha de la próxima regla. El riesgo de interrumpir un embarazo inicial se hace mínimo indicando a la paciente la abstención sexual durante los días correspondientes a la posible ovulación.

En países de mayor experiencia y recursos se está demostrando cada vez más que la interpretación histológica de las lesiones ginecológicas, especialmente las del cuello, del endometrio y del ovario, debe ser hecha por un anatomopatólogo especializado en la histopatología ginecológica. Durante el año y medio que llevo como médico agregado en la Sala de Ginecología del Hospital General San Felipe, nos ha sucedido en varias ocasiones, tener que rectificar diagnósticos de carcinomas del cuello uterino y del ovario, formulados por el departamento de anatomía patológica del hospital, quien interpretó erróneamente imágenes carentes de toda malignidad y viceversa. Al decir esto no queremos criticar a nuestros patólogos, sino que deseamos recalcar la dificultad que muchas veces les presenta la interpretación de biopsias, por su parecido entre varias afecciones, o bien por ser muy raras o sencillamente porque nunca las han visto fuera de los textos de estudio. Por lo que creemos que el histólogo debe actuar en colaboración con el ginecólogo y conocer los datos fundamentales de la enfermedad para poder emitir un juicio tranquilo y certero.

**INDICACIONES.**—Las indicaciones son numerosas y variadas. No intentaremos siquiera señalarlas todas sino que sólo procuraremos analizar las que nos parecen de mayor importancia Y las que deben ser recordadas por el médico general.

**1) Esterilidad Conyugal.**—En el estudio de un problema de esterilidad, la biopsia de endometrio puede aportar valiosas informaciones y es uno de los exámenes que con justa razón puede considerarse indispensable. Pero por otra parte, si se considera la simplicidad de su técnica y la no necesidad de anestesia en la mayoría de los casos, estimamos que debiera ser el primer examen practicado antes de recurrir a otros más complejos.

En las esterilidades de causa endometrial, caracterizadas por la existencia de un endometrio refractario a los estímulos **hermánales**, consecutivos a legrados demasiado enérgicos o repetidos, a endometritis, radioterapia, etc., la biopsia demuestra la atrofia endometrial y el diagnóstico puede hacerse por este hecho, asociado a la aparición de cambios cíclicos normales en el frotis vaginal y al hallazgo de tasas normales de gonadotrofinas y cifras normales e incluso elevadas de estrógenos en la sangre y en la orina.

Es, sin embargo, en las esterilidades de causa ovárica donde la biopsia de endometrio alcanza sus mejores indicaciones. En efecto, el endometrio se encuentra constantemente bajo la influencia alternante de las hormonas ováricas y puede ser considerado en "secuencia, como un espejo fiel de la actividad endocrina de esta glándula. Como lo afirma Novak, dado el estado actual de las dosificaciones de hormonas en sangre y orina, la biopsia de endometrio es capaz de proporcionar más informaciones acerca de la actividad endocrina del ovario que las determinaciones químicas o biológicas, que son de técnica más compleja y requieren la existencia de un laboratorio especializado.

La biopsia de endometrio constituye hoy por hoy el procedimiento más sencillo y expedito de que se dispone para evaluar la función progesterónica del ovario. El hallazgo en la segunda mitad del ciclo de un endometrio de tipo proliferativo o estrogénico permite asegurar la existencia de una falla ovárica traducida en ausencia de ovulación y falta de formación de cuerpo lúteo. Este examen al igual que la cristalización del moco cervical y el estudio de la temperatura basal, constituyen los procedimientos de elección para el diagnóstico de la ovulación. Esto no es absoluto, pues hay casos raros de ciclos ovulatorios en los que el endometrio conserva hasta el final su aspecto proliferativo. En otros casos, también raros, se ha observado respuesta secretora del endometrio en ausencia de ovulación.

**2) TUBERCULOSIS GENITAL.**—El valor de la biopsia de endometrio en el diagnóstico de la tuberculosis genital es un hecho perfectamente establecido e indiscutible. Puede afirmarse dada la variada sintomatología de la afección, sus signos físicos inespecíficos y la ausencia de otros procedimientos instrumentales o de laboratorio de valor definitivo, que la biopsia constituye actualmente el único examen capaz de llevar el diagnóstico de certidumbre. Su valor deriva del hecho demostrado de que en el 85%, de las lesiones tu-

berculosas tubarias se produce secundariamente compromiso endometrial. No se acepta, por el contrario, la existencia de tuberculosis endometrial aislada. Por todas estas consideraciones creemos que la biopsia debiera ser practicada obligatoriamente en toda enferma con antecedentes tuberculosos (pleuresía, adenopatías y lesiones parenquimatosas), que presente molestias ginecológicas de cualquier naturaleza y especialmente trastornos menstruales así como también, en las vírgenes que presentan procesos anexiales; en las nulíparas, que nunca se hayan embarazado, que acusan embarazos extrauterinos.

Además de su valor diagnóstico, la biopsia tiene también cierta importancia pronóstica ya que permite precisar el tipo de lesiones tuberculosas existentes: productivas, que son de mejor pronóstico, y exudativas o caseosas, que son más resistentes al tratamiento.

Finalmente, la biopsia de endometrio es también un índice valioso acerca de la eficacia del tratamiento y es nuestra impresión que debiera realizarse periódicamente en el curso de ésta. En nuestra experiencia, la negativización del endometrio no es un argumento que permita suponer que se ha logrado simultáneamente la desaparición de las lesiones tubarias, hecho que sólo se consigue en forma excepcional con los elementos terapéuticos actualmente disponibles. La persistencia de una biopsia endometrial positiva después de un prolongado tratamiento antibiótico, puede modificar en forma parcial la conducta quirúrgica a seguir, en el sentido de completar la extirpación de los focos tubarios con una histerectomía.

**CONTRAINDICACIONES.** —La biopsia de endometrio no debe realizarse en caso de inflamaciones pelvianas agudas ni de cervicitis y está formalmente contraindicada en los casos en que exista la posibilidad, no descartada mediante pruebas biológicas, de embarazos.

**PELIGROS.**—Al igual que en el legrado y cualquier procedimiento instrumental de exploración endo-uterina, el principal peligro de la biopsia de endometrio reside en la perforación uterina, hecho especialmente temible en aquellos casos en que la consistencia uterina se encuentra disminuida como sucede en los neoplasmas, procesos inflamatorios y puerperio post-parto o post-aborto. El riesgo potencial de esta complicación puede reducirse al mínimo recordando las contraindicaciones señaladas y respetando la técnica preconizada.

El riesgo de infección, tenido hasta hace pocos años, ha desaparecido con la introducción de los antibióticos.

## RESUMEN

Se describe la biopsia en endometrio como un método de gran utilidad diagnóstica en Ginecología, especialmente en fisiología del ovario, que en los últimos años ha pasado a ser un examen de rutina en la investigación de la esterilidad. Manifestando que no significa ningún riesgo para la paciente y no necesita de anestesia para llevarlo a la práctica.

Se describe la técnica, recalcando la buena visualización del cuello, su asepsia con yodo al 10% o merhiolac; el empleo de cucharillas de Randall o Novak que deben extraer una

lonja de cada cara y borde del endometrio. Este material debe fijarse en formol al 10% y enviarse al anatómo-patólogo junto con un resumen de la historia clínica de la enferma. El momento más recomendable para, su realización es en las primeras horas de iniciada la menstruación, porque no existe el peligro de interrumpir un embarazo incipiente.

Las indicaciones más importantes que se mencionan son las siguientes:

- a) Esterilidad conyugal. En especial en las de causa ovárica, cuyo funcionamiento se manifiesta en el endometrio
- b) Tuberculosis genital. Se hace hincapié en su importancia diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Recordando que en el 85% de las lesiones tuberculosas tubarias producen secundariamente compromisos del endometrio.

Entre las contraindicaciones del método se señalan las inflamaciones pelvianas agudas, cervicitis y embarazo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahumada, Juan. Tratado Elemental de Ginecología. López y Etchegoyen, Editores. B. A. 3a. Edición 1952. Tomo I Págs. 104 y 105.

Calatroni, Carlos y Ruiz, Vicente. Biopsia del endometrio. Terapéutica ginecológica. El Ateneo editorial, Buenos Aires 6a. edición 1954. Tomo I. Págs. 225 a 227.

Segovia, Silvia. Indicaciones de la biopsia de endometrio. Boletín del Hospital San Juan de Dios. Stgo. de Chile. Volumen 10., No. 1. Págs. 62-65, 1954.