

BIBLIOTECA
DIGITAL

INCLUYE E-BOOK

ATLAS PRÁCTICO DE HISTEROSCOPIA

**THOMAS
MOSCOVITZ**

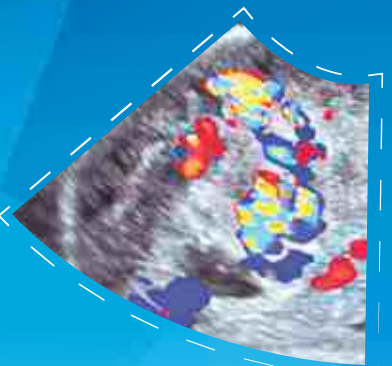
**LUIS ALONSO
PACHECO**

**MARCOS
TCHERNIAKOVSKY**

**MIGUEL ÁNGEL
BIGOZZI**

SERGIO HAIMOVICH

**WALDEMAR PEREIRA
DE CARVALHO**



CONTENIDO

Capítulo 1

ADENOMIOSIS, 1

- Luis Alonso Pacheco
- Ignacio Javier Brunel García

Capítulo 2

COMPLICACIONES, 15

- José Carugno
- Patryk Piekos

Capítulo 3

ENDOMETRIO Y FASES DEL CICLO MENSTRUAL, 29

- Amal Drizi
- Thomas Moscovitz
- Waldemar de Almeida Pereira de Carvalho

Capítulo 4

ENDOMETRITIS CRÓNICA, 41

- Thomas Moscovitz
- Marina Martinelli Sonnenfeld
- Miguel Ángel Bigozzi

Capítulo 5

EMBARAZO Y DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS, 53

- Ulises Armando Menocal Tavernier
- José Alanis Fuentes
- Álvaro José Carlos Ovando Barrientos
- Jaime Alfredo Calderón Tapia

Capítulo 6

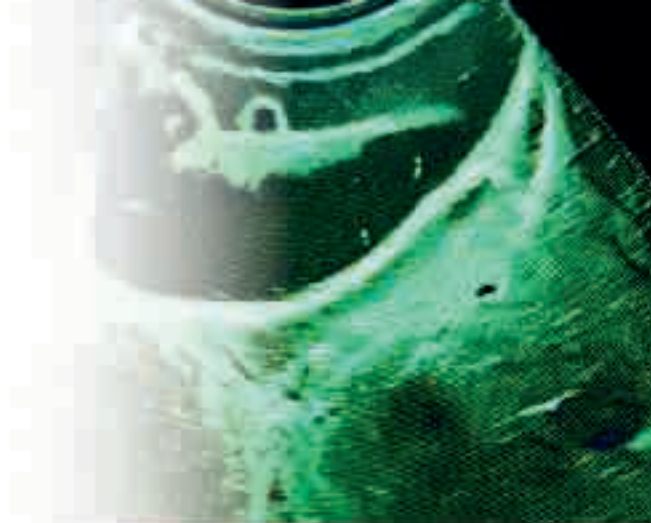
EMBRIOSCOPIA, 67

- Jaime Ferro

Capítulo 7

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL Y CÁNCER ENDOMETRIAL, 87

- Ursula Catena
- Eleonora La Fera



Capítulo 8**ISTMOCELE, 99**

- Mario Franchini
- Paolo Casadio
- Giampietro Gubbini

Capítulo 9**INSTRUMENTOS EN LA HISTEROSCOPIA, 107**

- Marcos Tcherniakovsky
- Marina Martinelli Sonnenfeld
- Patricia Silva Hernandez
- Thomas Moscovitz

Capítulo 10**MODULADORES HORMONALES Y EL ENDOMETRIO, 121**

- Waldemar de Almeida Pereira de Carvalho
- Thomas Moscovitz

Capítulo 11**METAPLASIA ÓSEA, 141**

- Concepción Pérez Sagasetta
- Enric Cayuela Font
- Haresh Vaghasia
- Cristiana Allodi Quartim Barbosa

Capítulo 12**MIOMA SUBMUCOSO, 161**

- Sergio Haimovich
- Mariana Boutmy

Capítulo 13**RESTOS OVULARES, 183**

- Shahrzad Ansari
- Thiago Falbo Guazzelli

Capítulo 14**SÍNDROME DE ASHERMAN, 195**

- Jude Ehiabhi Okohue
- Andre Cassiani

Capítulo 15**ADHERENCIAS INTRAUTERINAS Y ESTENOSIS CERVICAL, 211**

- Mariana da Cunha Vieira
- Marcela Furtado Roberto Fernandes
- Andre Cassiani

Capítulo 16**HISTEROSCOPIA EN CONTEXTOS CLÍNICOS POCO FRECUENTES: PERSPECTIVAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS, 239**

- Adel Sedrati
- Thomas Moscovitz

Capítulo 17**PATOLOGÍA ENDOCERVICAL, 259**

- Agustín Rubal
- Andrés Illarramendi
- Natalia Pérez

Capítulo 18**PATOLOGÍA CERVICAL: MICROCOLPOHISTEROSCOPIA, 273**

- Luigi Montevocchi

Capítulo 19**ENFERMEDADES VAGINALES, 281**

- Carlos-Arturo Buitrago Duque
- Emmanuel Sánchez Díaz
- Neila María de Góis Speck
- Thomas Moscovitz

Capítulo 20**PÓLIPOS UTERINOS: ASPECTOS HISTEROSCÓPICOS, 305**

- Miguel Ángel Bigozzi
- Marina Martinelli Sonnenfeld
- Adolpho Kelm Jr.
- Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto
- Thomas Moscovitz
- Salvatore Giovanni Vitale

Capítulo 21**TUBERCULOSIS UTERINA, 315**

- Alka Kumar

Capítulo 22**ÚTERO DISMÓRFICO, 321**

- Luis Alonso Pacheco
- Claudia Menchero Sánchez-Migallón

Capítulo 23**ÚTERO SEPTADO, 329**

- Attilio Di Spiezio Sardo
- Virginia Foreste
- Fabiola Nardelli
- Pasquale Gallo

ÍNDICE ALFABÉTICO, 337

PÓLIPOS UTERINOS: ASPECTOS HISTEROSCÓPICOS

Miguel Ángel Bigozzi
Marina Martinelli Sonnenfeld
Adolpho Kelm Jr

Luiz Cavalcanti de Albuquerque Neto
Thomas Moscovitz
Salvatore Giovanni Vitale

INTRODUCCIÓN

Los pólipos uterinos son formaciones endocavitarias resultantes del crecimiento focal de la mucosa endometrial o endocervical.¹ Representan una de las anomalías intrauterinas más frecuentes identificadas durante los exámenes histeroscópicos y son responsables de síntomas como sangrado uterino, infertilidad y, en ocasiones, dolor pélvico. La histeroscopia se considera el método diagnóstico de elección, ya que permite la evaluación directa de su morfología, vascularización y extensión, además de posibilitar su extirpación terapéutica^{2,3} (**Figura 20.1**).

La histeroscopia permite evaluar directamente las características morfológicas de los pólipos endometriales, lo que ofrece informa-

ción importante para el diagnóstico (**Figura 20.2**). Aspectos como la coloración, el patrón vascular, la textura de la superficie, el tamaño y la forma de implantación deben observarse cuidadosamente durante el examen.⁴ Las lesiones con coloración más intensa y vascularización prominente sugieren una mayor actividad proliferativa, mientras que las de aspecto pálido y poca vascularización tienden a indicar una menor respuesta hormonal. La presencia de irregularidades en la superficie, áreas quísticas o vascularización anómala puede levantar sospechas de alteraciones estructurales o neoplásicas.⁵ Estos parámetros morfológicos se detallarán a continuación, de acuerdo con los principales subtipos de pólipos endometriales.^{6,7}

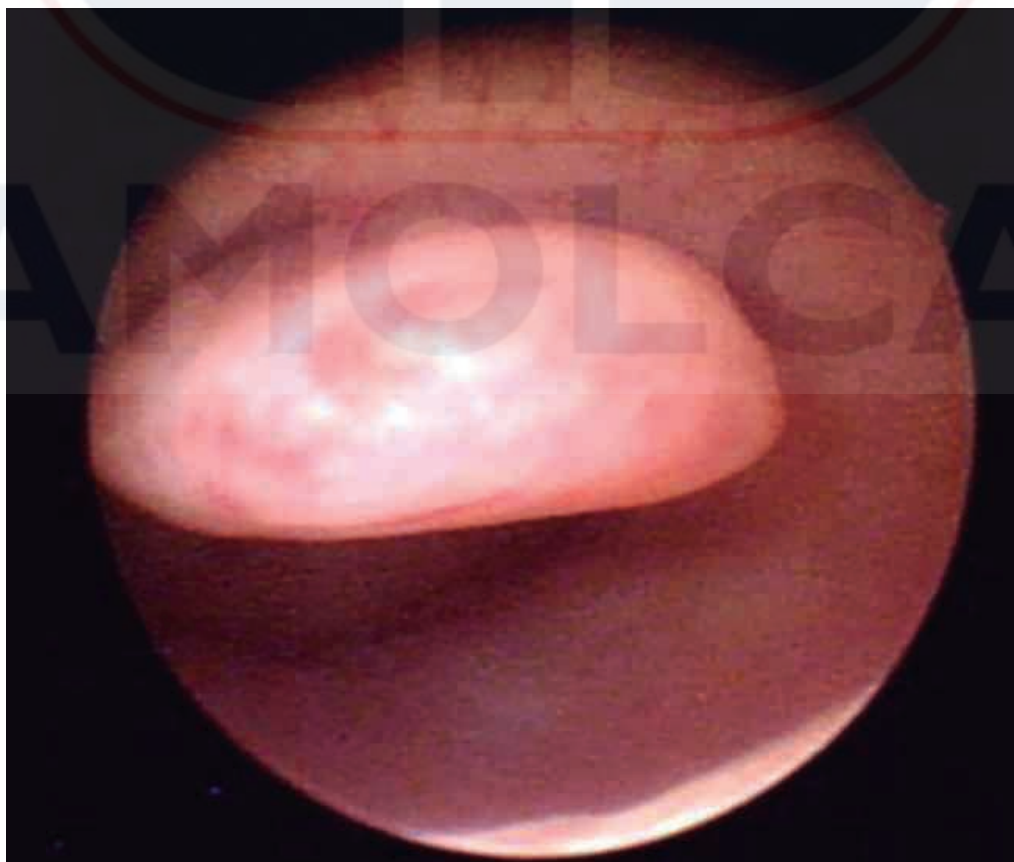


Figura 20.1. Pólipo de base ancha, con vascularización normal, insertado en la pared anterior de la cavidad uterina.

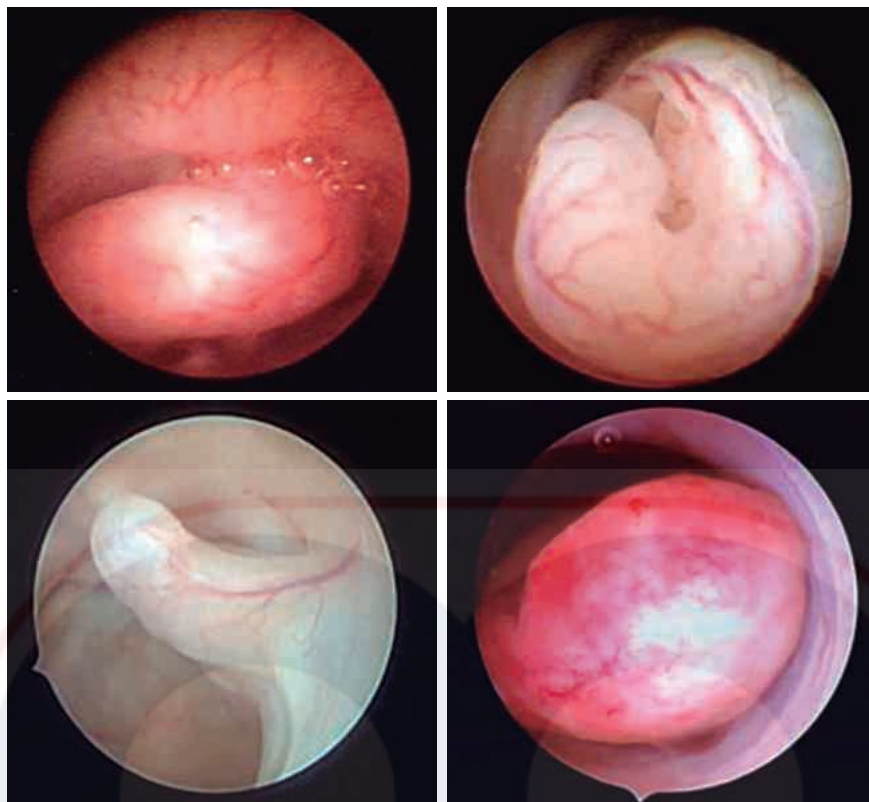


Figura 20.2. Imágenes histeroscópicas de pólipos uterinos.

CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS HISTEROSCÓPICAS

Los pólipos uterinos se clasifican según su localización en endometriales o endocervicales, pudiendo ser únicos o múltiples, sésiles o pediculados. La evaluación histeroscópica permite la identificación precisa de estas lesiones, lo que ayuda en la decisión terapéutica.⁸

Pólipos endometriales

Los pólipos endometriales se originan en el endometrio basal y pueden contener estroma fibroso, glándulas endometriales y vasos sanguíneos. Sus características histeroscópicas incluyen: morfología, presentándose como estructuras ovales o alargadas, generalmente lisas, bien delimitadas y de coloración similar al endometrio, pudiendo presentar áreas hemorrágicas o necróticas. En cuanto a la inserción, pueden ser pediculados, con un punto de fijación bien definido en la cavidad uterina, o sésiles, adheridos por una base amplia. En relación con la vascularización, suelen presentar un vaso nutricio central, visible bajo magnificación histeroscópica, mientras que los pólipos más grandes pueden presentar un patrón vascular irregular o atípico. Por último, su consistencia varía, pudiendo ser blandos y móviles al tacto de la óptica o de la pinza de biopsia, o, cuando están asociados a fibrosis, presentar un aspecto más endurecido. La clasificación puede basarse en la estructura predominante, la vascularización y los patrones morfológicos.

◦ Pólipo quístico

El pólipo quístico presenta una superficie irregular y áreas translúcidas, sugestivas de glándulas quísticas dilatadas. En algunos casos, puede contener secreción mucosa visible en su interior. Su vascularización es moderada, pudiendo presentar vasos finos dispersos.

En el aspecto histológico, destaca la presencia de glándulas dilatadas llenas de secreción, que pueden estar asociadas a hiperplasia endometrial (**Figuras 20.3 y 20.4**).

◦ Pólipo funcional o hiperplásico

El pólipo funcional o hiperplásico (**Figuras 20.5 y 20.6**) presenta hallazgos histeroscópicos distintos, caracterizándose por una superficie gruesa e irregular, similar al endometrio hiperplásico. Puede presentar hemorragias focales, lo que refleja su actividad hormonal. Su vascularización tiende a ser irregular, con áreas de congestión vascular. En el aspecto histológico, se observa proliferación glandular con arquitectura compleja, que puede estar asociada a hiperplasia endometrial.

◦ Pólipo adenomatoso

Se caracteriza por una superficie irregular, con áreas esponjosas y presencia de microquistes. Su vascularización es mayor, lo que puede recordar los patrones observados en la hiperplasia focal. En el aspecto histológico, destacan las glándulas irregulares entremezcladas con tejido muscular liso, lo que lo diferencia de otros tipos de pólipos endometriales (**Figura 20.7**).

◦ Pólipo atípico/neoplásico (adenocarcinoma en pólipo)

El pólipo neoplásico presenta hallazgos histeroscópicos sugestivos de malignidad, caracterizándose por una masa irregular, friable y con áreas necróticas. Su vascularización está aumentada, con vasos tortuosos y un patrón desorganizado (**Figura 20.8**). Además, puede presentar ulceraciones o incluso hemorragia espontánea. En el aspecto histológico, se observa la presencia de atipias celulares, pérdida de la arquitectura glandular y proliferación estromal maligna, características indicativas de transformación neoplásica.

° Pólipos endocervicales

Los pólipos endocervicales surgen del epitelio del canal cervical y, en la mayoría de los casos, son asintomáticos. Sin embargo, pueden estar asociados a síntomas como sangrado poscoital y leucorrea. Sus principales características histeroscópicas incluyen la localización, ya que surgen del canal endocervical y pueden extenderse tanto a la cavidad uterina como a la vagina, sobrepasando el

orificio externo o interno del cuello uterino (**Figura 20.9**). La superficie puede ser lisa o irregular, y puede presentar áreas de erosión superficial. En cuanto a la inserción, estos pólipos suelen ser pediculados, lo que facilita su extirpación ambulatoria (**Figuras 20.10 y 20.11**).

En la **Tabla 20.1** podemos observar la correlación entre la forma histopatológica de los pólipos con los hallazgos histeroscópicos y sus manifestaciones clínicas.

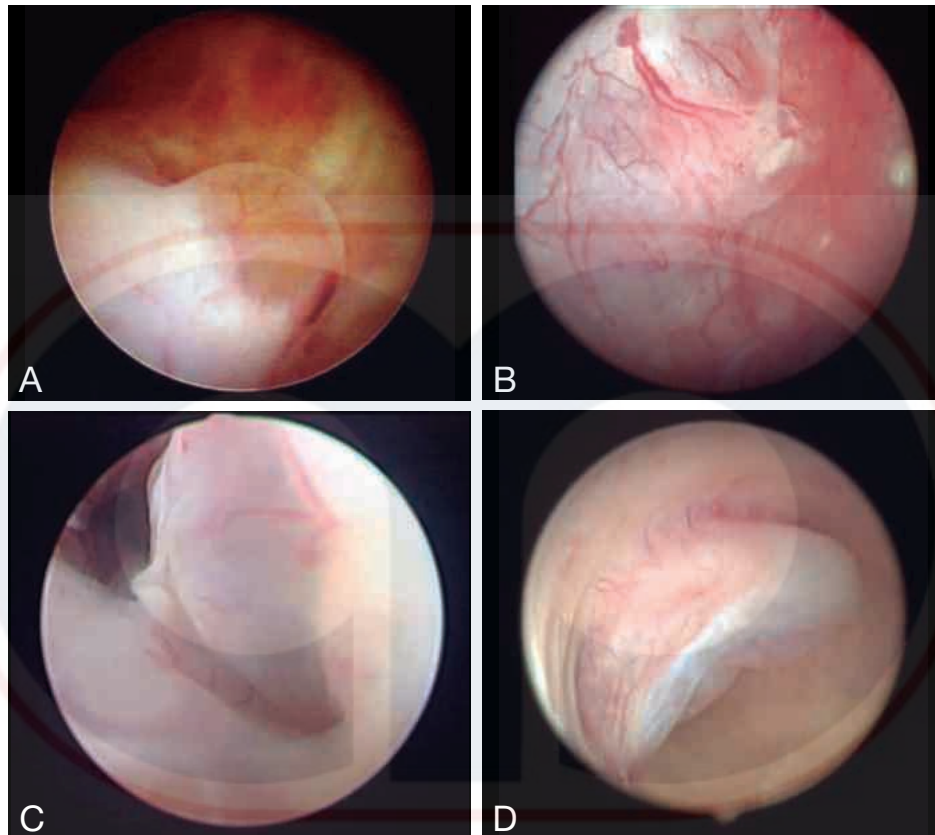


Figura 20.3. Imágenes de pólipos endometriales quísticos. **A)** Formación quística típica, de base ancha, hipovascularizada, con contenido quístico visible; **B)** pólipo de base ancha, con vascularización poco aumentada, de patrón arboriforme con vasos finos dispersos, insertado en la pared lateral izquierda de la cavidad uterina; **C)** pólipo alargado, con superficie lisa y translúcida, que parece tener contenido quístico, insertado en la pared lateral izquierda; **D)** lesión polipoide quística, de base ancha, insertada en la pared anterolateral derecha, en la región cornual, con vascularización discreta.

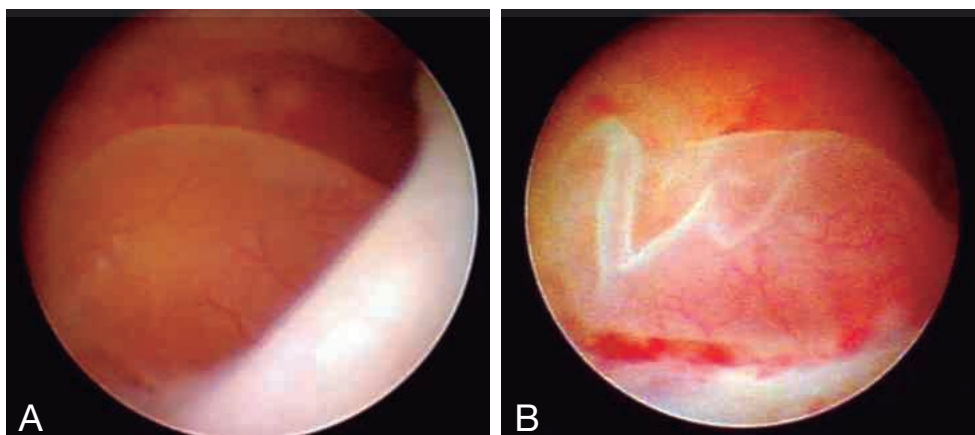


Figura 20.4. Pólipos endometriales quísticos vistos en aproximación. **A)** Pólipo endometrial de la pared lateral izquierda, con vascularización típica y base ancha; **B)** pólipo endometrial quístico de la pared posterior, con vasos finos dispersos.

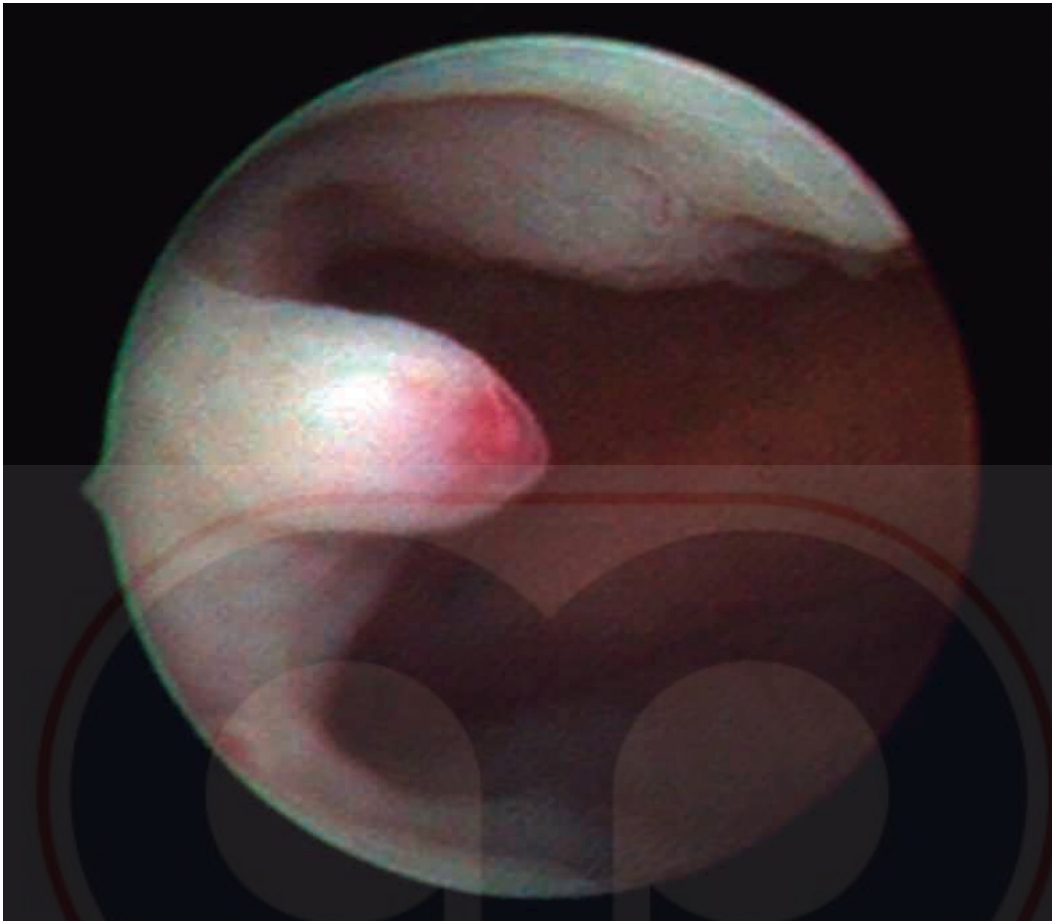


Figura 20.5. Pólipo endometrial funcional, pediculado, insertado en la pared lateral derecha, con hemorragia focal en su extremo.

Sugerencia histopatológica	Hallazgo histeroscópico	Características clínicas
Pólipo funcional/hiperplásico	Pólipo con superficie lisa, rojizo, vascularizado, textura blanda, similar al endometrio adyacente	• Presencia de glándulas proliferativas/secretoras • Frecuente en edad fértil • Sensible a estímulos hormonales
Pólipo quístico	Pólipo blanquecino, con una o más áreas quísticas	Puede coexistir con alteraciones metaplásicas
Pólipo adenomatoso	• Formación engrosada, de coloración pálida, con superficie lobulada o ligeramente irregular • Puede presentar una base más ancha • Se caracteriza por una superficie irregular, con áreas esponjosas y presencia de microquistes	Frecuente después de la menopausia Puede ir acompañado de hiperplasia glandular
Pólipo con atipia/malignidad	Lesión sésil o pediculada, friable, superficie irregular, hipervascularizada, de aspecto cerebroides o ulcerada, pudiendo presentar áreas de necrosis	• Alto índice de sospecha de neoplasia maligna • Requiere biopsia inmediata • Vasos irregulares evidentes con NBI/filtro verde

Tabla 20.1. Correlación de los hallazgos histeroscópicos con los histopatológicos.

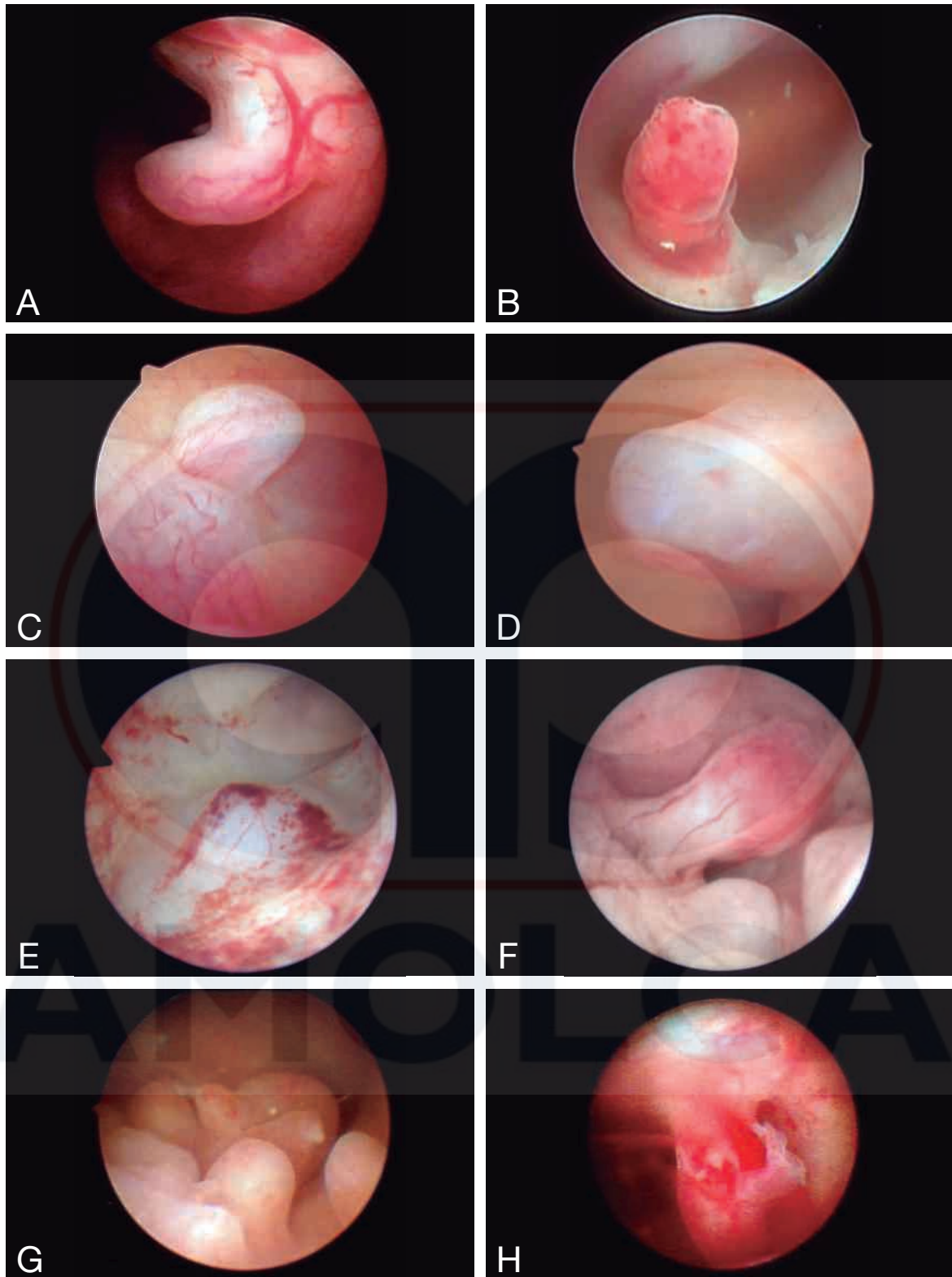


Figura 20.6. Imágenes de pólipos funcionales o hiperplásicos. **A)** Pólipo con superficie gruesa e irregular, con áreas de vascularización dispersa y congestionada, insertado en la pared anterolateral izquierda de la cavidad uterina; **B)** pólipo hiperplásico con base sésil, superficie irregular y área focal de hemorragia, localizado en la pared posterior; **C)** formación polipoide similar al endometrio hiperplásico, con vascularización típica, de la pared posterior; **D)** pólipo de aspecto similar al endometrio adyacente, con vascularización discreta y arquitectura glandular densa, insertado en la pared lateral izquierda; **E)** pólipo funcional, sésil, con áreas de hemorragia focal y superficie congestionada, en la pared posterior; **F)** formación polipoide de base estrecha, con vascularización heterogénea y superficie con hemorragia focal; **G)** pólipos múltiples, redondeados, con hemorragia focal en su extremo, localizados en la pared posterior y de aspecto funcional; **H)** lesión polipoide engrosada, de coloración rojiza, con hemorragia focal, similar al endometrio adyacente, en la pared uterina anterior.

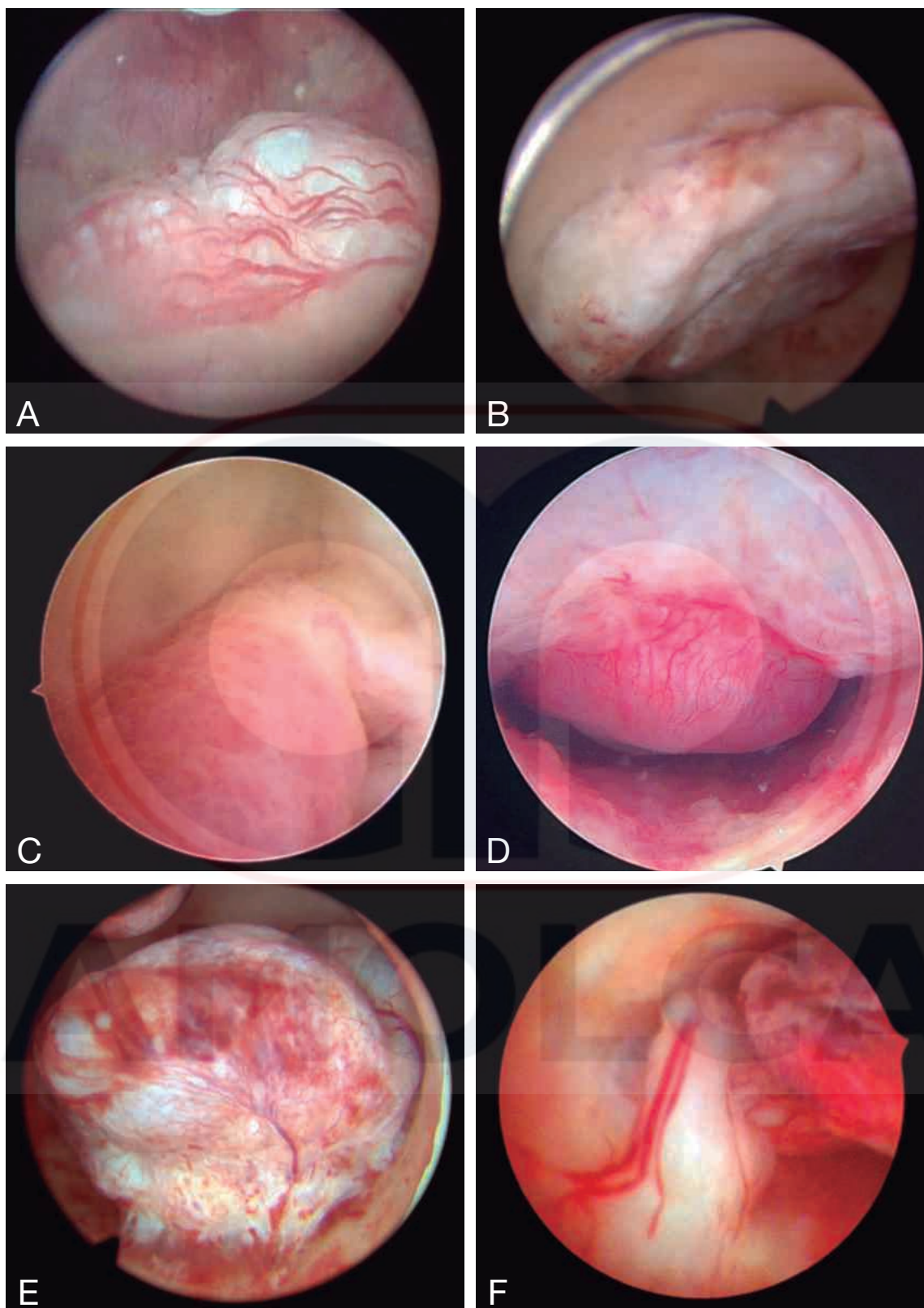


Figura 20.7. Imágenes de pólipos adenomatosos. **A)** Pólipo con engrosamiento irregular de la superficie y vascularización desorganizada, lo que sugiere una arquitectura glandular compleja, insertado en la pared posterior de la cavidad uterina; **B)** lesión de coloración pálida, con aspecto denso y fibroso, compatible con pólipo adenomatoso con degeneración estromal, insertado en la pared anterolateral derecha; **C)** formación redondeada, con superficie gruesa y coloración heterogénea, de base ancha, insertada en la pared posterolateral derecha; **D)** formación sésil, con contornos engrosados y ausencia de transparencia, lo que sugiere hiperplasia adenomatoide, localizada en la pared uterina anterior; **E)** lesión polipoide voluminosa, friable, esponjosa e irregular, con áreas de microquistes, insertada en la pared posterior; **F)** pólipo con vaso central grueso y superficie opaca, indicativo de alteración glandular compleja, localizado en la pared posterior.

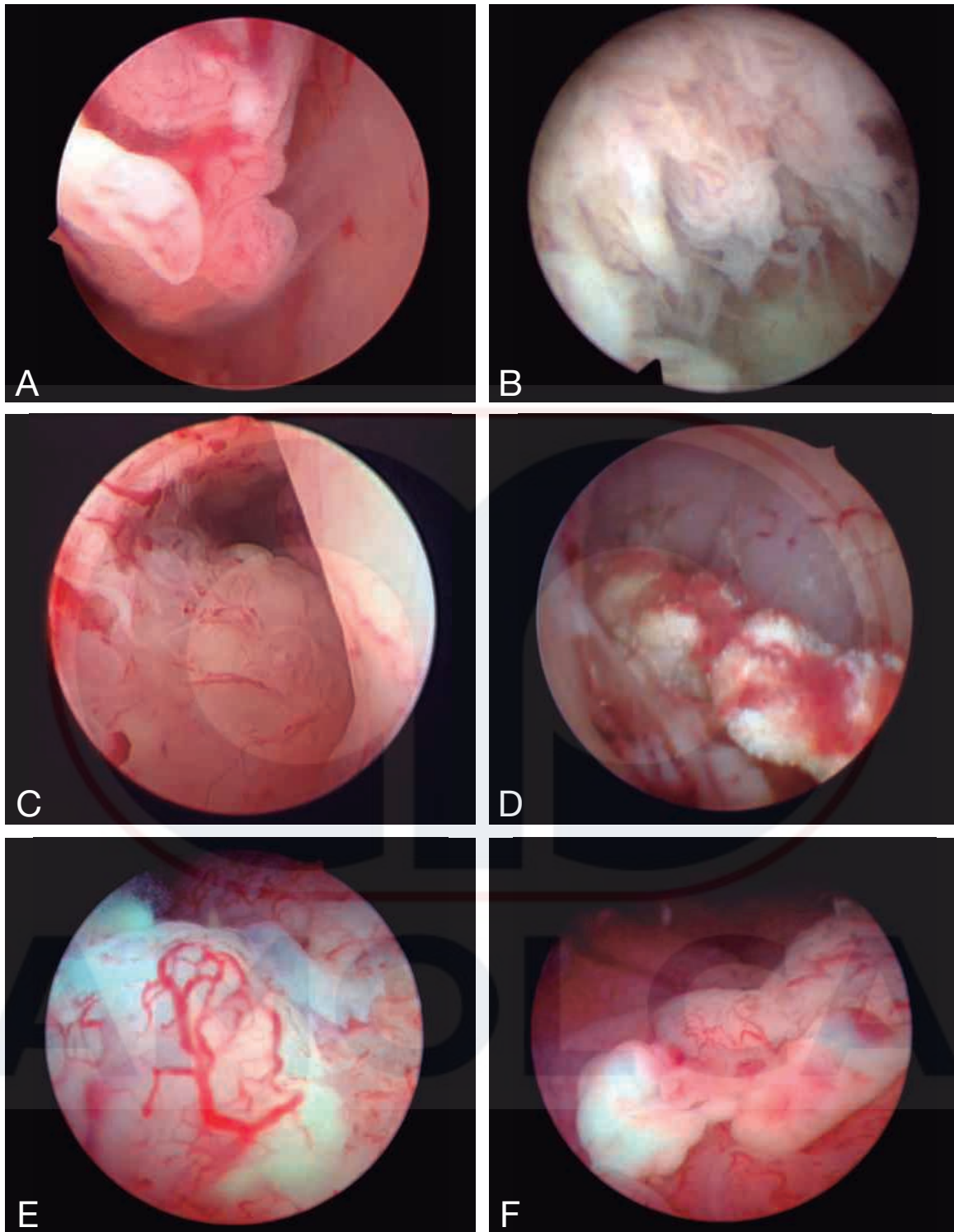


Figura 20.8. Imágenes de pólipos atípicos/neoplásicos. **A)** Pólipo con engrosamiento irregular, friable, superficie ulcerada y vascularización desorganizada, de patrón cerebroide, compatible con alteración glandular compleja y riesgo de transformación maligna, insertado en la pared lateral izquierda de la cavidad uterina; **B)** lesión blanquecina, de aspecto denso y opaco, sin vascularización central visible, compatible con pólipo con degeneración estromal y potencial atípico, localizado en la pared anterior; **C)** formación redondeada de coloración heterogénea, con base ancha e inserción en la pared lateral derecha, que presenta áreas blanquecinas y vascularización atípica aumentada focalmente; **D)** pólipo con patrón vascular aberrante, con calcificaciones, presentando vasos calibrosos y tortuosos, superficie gruesa e irregular, hallazgo típico de lesión con riesgo neoplásico, insertado en la pared posterior de la región cornual derecha; **E)** pólipo de pared posterior con patrón vascular aberrante, que presenta vasos gruesos, tortuosos y desorganizados, de aspecto arboriforme, compatible con neoangiogénesis tumoral. La superficie irregular y la coloración heterogénea son hallazgos sugestivos de malignidad; **F)** lesión de superficie engrosada e irregular, con vasos atípicos superficiales y base amplia, insertada en la pared posterior de la región cornual derecha. Hallazgos sugestivos de pólipo neoplásico.

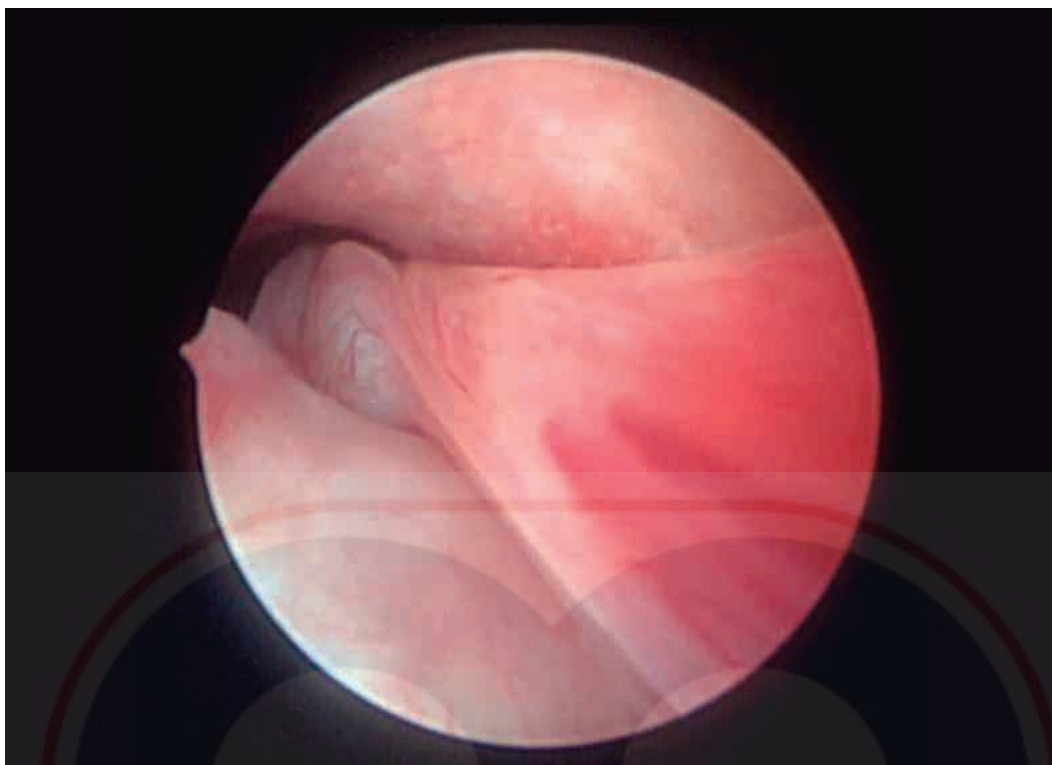


Figura 20.9. Pólipo endocervical pediculado, con vascularización típica, que se exterioriza desde el cuello uterino.

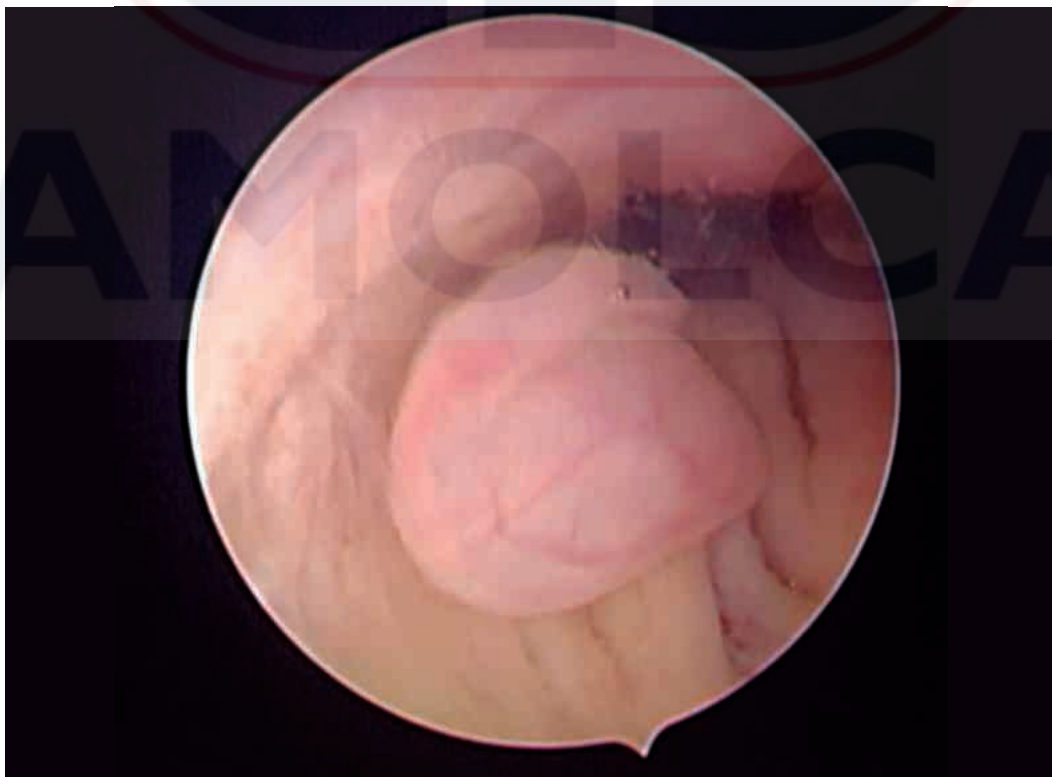


Figura 20.10. Pólipo endocervical pediculado, con vascularización típica, localizado en la pared lateral derecha del canal endocervical.

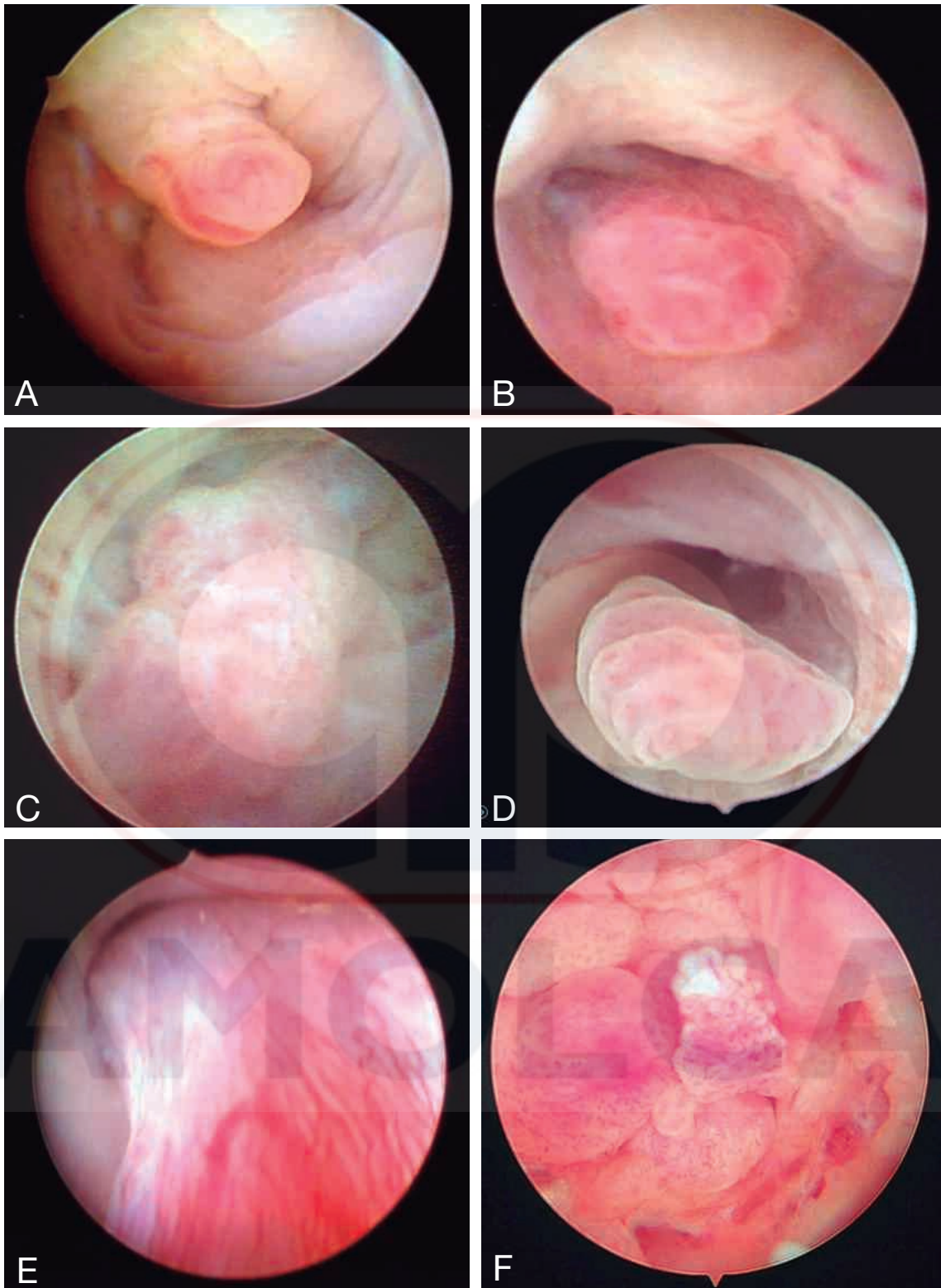


Figura 20.11. Imágenes de pólipos endocervicales. **A)** Pólipo endocervical con superficie lobulada, coloración amarillenta e inserción en la pared lateral del canal endocervical, presentando una base única bien delimitada; **B)** formación polipoides de coloración rosada homogénea, de contornos regulares y sin vascularización exuberante, insertada cerca del orificio interno del cuello uterino; **C)** pólipo redondeado, con inserción central en la pared posterior del canal endocervical, de coloración rosa pálida y superficie regular, típico de un pólipo glandular benigno; **D)** lesión con superficie discretamente multilobulada, coloración blanquecina y transición suave con el epitelio adyacente, insertada en la pared posterior del canal; **E)** formación única de coloración rosada intensa, con discreta congestión superficial, insertada en el canal endocervical; **F)** pólipo lobulado, de contorno irregular y coloración rosada-violácea, con vascularización difusa y distribuida de forma difusa. Se observan múltiples formaciones pediculadas originadas en una base única, de aspecto arboriforme.

CONDUCTA Y TRATAMIENTO

La resección histeroscópica es el tratamiento de elección para los pólipos uterinos y puede realizarse con tijeras y pinzas histeroscópicas, asa de resectoscopio o mediante tecnologías como el sistema de fragmentación o el láser.^{9,10} La elección del abordaje terapéutico depende del tamaño, el número y los síntomas asociados al pólipo. Los pólipos pequeños asintomáticos pueden simplemente ser controlados, sobre todo en pacientes premenopáusicas sin síntomas. No obstante, en pacientes con factores de riesgo de neoplasia endometrial, como edad avanzada, obesidad, síndrome de Lynch o sangrado posmenopáusico, se recomienda la resección, con posterior análisis anatomopatológico detallado.

Tanto la histeroscopia ambulatoria como la histeroscopia quirúrgica presentan una alta tasa de éxito en la extirpación de pólipos, con bajo riesgo de complicaciones y rápida recuperación, lo que las convierte en métodos eficaces y seguros para el tratamiento de estas lesiones.

CONCLUSIÓN

Los pólipos uterinos son hallazgos frecuentes en la histeroscopia y deben evaluarse cuidadosamente en cuanto a sus características morfológicas y vasculares. La diferenciación con otras le-

siones intrauterinas es fundamental para el manejo adecuado. La extirpación histeroscópica es el tratamiento de elección para los pólipos sintomáticos o sospechosos, ya que proporciona alivio de los síntomas y mejora la fertilidad en pacientes con dificultades reproductivas.

CONSIDERACIONES FINALES

- La histeroscopia es el método más preciso para el diagnóstico y la resección de pólipos endometriales.
- Los pólipos pueden tener diferentes patrones histeroscópicos e histológicos, por lo que es esencial diferenciarlos de otras lesiones intrauterinas.
- Los pólipos pequeños asintomáticos pueden simplemente ser controlados, pero la resección está indicada en casos sintomáticos o de alto riesgo de neoplasia.
- La histeroscopia ambulatoria y quirúrgica son seguras, eficaces y presentan una rápida recuperación.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

La bibliografía de este capítulo está disponible en su Biblioteca Digital. Acceda con su usuario a través de www.amolca.com.

