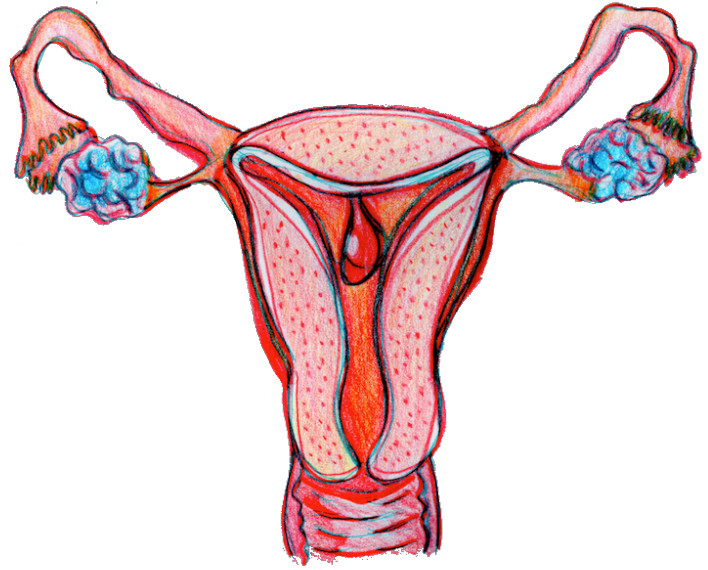




PÓLIPOS ENDOMETRIALES

Los pólipos endometriales constituyen una de las causas más comunes de consulta ginecológica, afectando a una de cada 10 mujeres a lo largo de su vida.

Estas formaciones intrauterinas surgen como resultado del crecimiento hiperplásico de las glándulas endometriales. En su mayoría, los pólipos son pediculados (aunque también pueden ser sésiles) y presentan un núcleo vascular.



PATOGENIA

A pesar de los avances en el conocimiento de los pólipos endometriales, su patogenia no está completamente esclarecida. Se han planteado diversas hipótesis, (hiperplasia endometrial monoclonal, sobreexpresión de la aromatasa endometrial...)

Además, se ha identificado que los pólipos expresan receptores de estrógenos y progesterona. La progesterona, en particular, parece tener un efecto antiproliferativo, observándose una relación específica en mujeres tratadas con tamoxifeno, donde esta hormona podría contrarrestar parcialmente la estimulación estrogénica.

EPIDEMIOLOGÍA

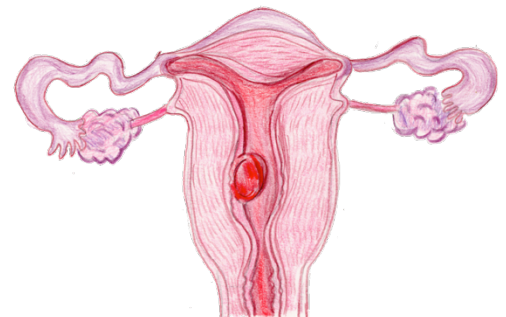
Es difícil conocer la incidencia real de los pólipos, ya que en la mayoría de los casos son asintomáticos, pero algunos estudios dicen que la prevalencia es de un 6% en las mujeres premenopáusicas y de un 12% en las mujeres después de la menopausia. Es decir, la incidencia aumenta con la edad.

Existen **FACTORES DE RIESGO** que aumentan la probabilidad de desarrollar pólipos:

- Tratamiento con Tamoxifeno, (parece ser mayor que el de otros SERM – Moduladores Selectivos de los Receptores Estrogénicos - como el Raloxifeno)
- Obesidad, diabetes y resistencia a la insulina, síndrome metabólico y dislipidemias
- Terapia hormonal sustitutiva, particularmente si se utiliza una dosis alta de estrógeno o un gestágeno con baja actividad antiestrogénica.
- Sº de Lynch, Sº de Cowden
- Haber tenido previamente otro pólipo endometrial

También existen algunos **FACTORES PROTECTORES**:

- Haber usado o usar anticonceptivos hormonales





- El DIU de LNG parece ejercer también un papel protector

Puede parecer conveniente el uso de estos tratamientos en pacientes de riesgo, como las usuarias de Tamoxifeno. Sin embargo, no está claro que los gestágenos disminuyan la transformación maligna de los pólipos. Además, también es incierta la seguridad del tratamiento gestagénico en pacientes con cáncer de mama que exprese receptores de progesterona.

CLÍNICA

El síntoma más frecuente asociado a los pólipos endometriales es el **sangrado uterino anormal**, cuya manifestación varía según la etapa de la mujer:

- En las mujeres premenopáusicas suele aparecer un sangrado intermenstrual, normalmente poco abundante.
- En las mujeres después de la menopausia suelen causar pequeños sangrados, siendo la causa más frecuente de sangrado postmenopáusico.

Sin embargo, la mayoría de los pólipos son asintomáticos y aparecen como un hallazgo casual. Esto puede ocurrir en el transcurso de otras pruebas como la ecografía, pero también al realizar una citología cervical o una biopsia endometrial.

* Aunque la citología cervical no es útil para el diagnóstico de un pólipo, la presencia de células endometriales benignas en la citología líquida se asocia con un pólipo endometrial en un 10-15% de los casos.

Los pólipos también pueden aparecer como pólipos prolapsados fuera de la cavidad uterina, pudiéndose ver en una especuloscopia normal.

En cuanto a la historia natural, los pólipos pueden crecer, mantenerse estables e incluso regresar, (aunque esto sólo ocurre entre el 6-7% de los pólipos).



DIAGNÓSTICO

El diagnóstico definitivo de los pólipos uterinos suele ser **ANATOMOPATOLÓGICO**. Sin embargo, podemos hacer una aproximación diagnóstica.

- Si en la **ESPECULOSCOPIA** podemos ver un pólipo, lo más frecuente es que se trate de un pólipo cervical. Sin embargo, también puede ser un pólipo endometrial prolapsado.
- La prueba de imagen de primera línea suele ser la **ECOGRAFÍA**, en la que veremos una imagen homogénea, bien diferenciada e isoecoica al endometrio, con preservación de la interfaz endometrio-miometrio. También puede identificarse el vaso nutricio central que es casi patognomónico. En algunos casos, sobre todo en los pólipos grandes o en mujeres tratadas con tamoxifeno, pueden verse imágenes vacuolares en el interior del pólipo.



* Por su parte, los miomas suelen aparecer como hipoeoicos, con sombra posterior y mostrar flujo periférico

- La ecografía se puede complementar con la **HISTEROSONOGRAFÍA**, (rellenar la cavidad con un poco de suero para visualizar mejor el contorno del pólipo y la cavidad endometrial. La histerosonografía parece tener un rendimiento diagnóstico similar a la histeroscopia, pero no permite reseca el pólipo ni tomar biopsias). En este caso la ECO 3D no parece aportar ningún beneficio.
- Algunas veces podemos hacer el diagnóstico mediante una **BIOPSIA ENDOMETRIAL** con una cánula de Cornier. Sin embargo, aunque en esta muestra el diagnóstico sea de pólipo benigno, la actitud deberá ser activa. Hasta en un 3% de las mujeres postmenopáusicas con engrosamiento endometrial y una biopsia endometrial compatible con un pólipo podemos estar en un caso de hiperplasia o incluso un carcinoma.
- La **HISTEROSCOPIA** será una técnica diagnóstica y terapéutica. Veremos una formación rojiza, de contornos lisos, suaves y friables. Por el contrario, los miomas serán blanquecinos, más duros y firmes y con vascularización periférica. Por su parte, la hiperplasia y los carcinomas suelen ser formaciones peor delimitadas y muchas veces múltiples.
- La **RM** no parece ser una prueba diagnóstica sensible para el diagnóstico de pólipos endometriales.

MALIGNIDAD:

El riesgo de malignidad de un pólipo endometrial es de un 3-4%. Aunque la gran mayoría de los pólipos endometriales no son malignos ni premalignos, existe un mayor riesgo en pacientes seleccionadas:

- Edad: a mayor edad, mayor riesgo de malignidad de los pólipos. Las mujeres postmenopáusicas tienen 3-4 veces más riesgo que las premenopáusicas de que el pólipo sea maligno o hiperplásico.
- El uso de Tamoxifeno se asocia con pólipos con mayor riesgo de malignidad o hiperplásicos.
- Presencia de sangrado: En una mujer premenopáusica asintomática el riesgo de malignidad es menor al 1%. Sin embargo, en mujeres con síntomas, (sangrado), el riesgo de malignidad es ya de un 4%, y de un 5% en las mujeres postmenopáusicas.
- Algunos estudios aseguran que el riesgo de malignidad es mayor en los pólipos grandes, (más de 15mm).

En caso de malignidad de un pólipo, el tratamiento es idéntico al del cáncer de endometrio, que se explica en un tema aparte.

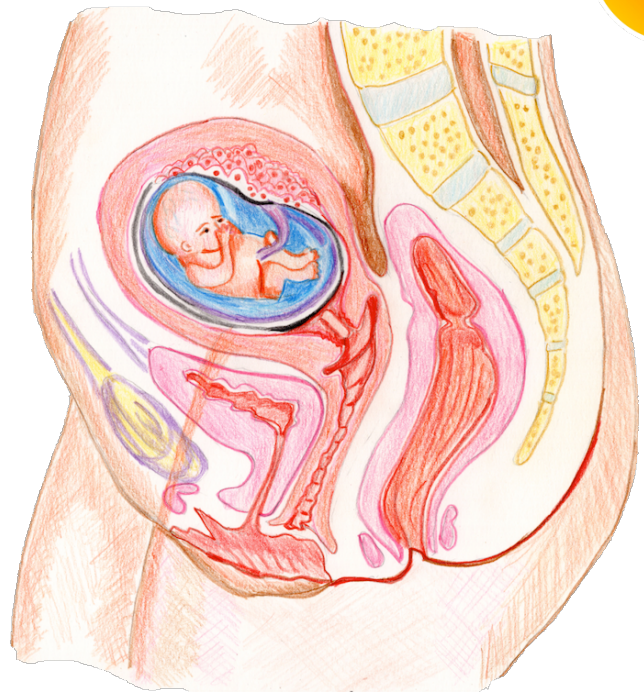
*Hiperplasia: el 7% de las pacientes premenopáusicas y el 18% de las postmenopáusicas pueden tener una hiperplasia coexistente, sobre todo en los casos de pólipos más grandes.



FERTILIDAD

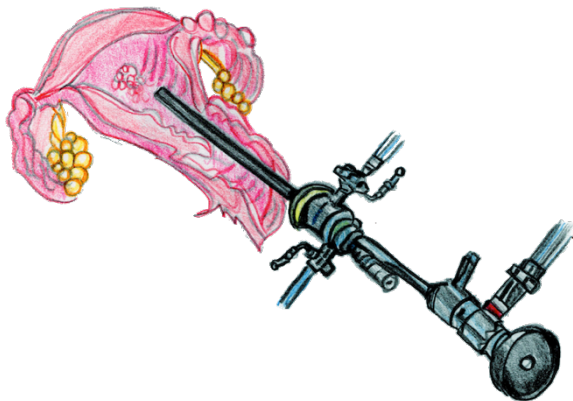
No hay ningún estudio que asegure que los pólipos endometriales disminuyan la fertilidad, aunque en la práctica de los tratamientos de fertilidad, cuando encontramos un pólipo uterino solemos quitarlo. Tampoco está claro que los pólipos aumenten el riesgo de aborto espontáneo.

Sin embargo, la polipectomía sí parece mejorar los resultados de la inseminación artificial (IAM), no así de la fecundación in-vitro (FIV).



TRATAMIENTO

El tratamiento de los pólipos endometriales suele ser la polipectomía histeroscópica, que se explicará en un vídeo aparte.



En las mujeres que no tengan ningún factor de riesgo: menor de 15 mm, asintomáticas (no sangrado), pólipos únicos, sin historia de alteración de la fertilidad.... Podríamos mantener una actitud expectante. En estos casos ni siquiera sería necesario hacer un seguimiento, aunque explicaremos a la paciente la necesidad de consultar si apareciesen síntomas, sobre todo sangrado.

Si la mujer tuviera cualquiera de los factores de riesgo mencionados, sí que sería necesario hacer tratamiento, que suele consistir en una polipectomía histeroscópica. Sin embargo, la realidad en la práctica clínica es que, incluso en casos sin estos factores de riesgo, solemos quitar el pólipo, dada la sencillez del procedimiento.

El legrado a ciegas que se hacía anteriormente es también eficaz, pero nos puede hacer pasar por alto pólipos más pequeños en caso de pólipos múltiples.

En caso de pólipos recurrentes se ha probado el tratamiento con gestágenos, incluso intrauterinos. También podría hacerse, en caso de que la mujer tenga el deseo genésico cumplido, una ablación endometrial. Sin embargo, la ablación no proporciona anticoncepción y pueden formarse pólipos si no se consigue una ablación completa.



BIBLIOGRAFÍA

- Stewart EA, Barbieri RL, Chakrabarti A. Pólipos endometriales [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. [actualizado el 31 de octubre de 2024].
- Sánchez-Borrego R, Sánchez-Prieto M, Llana Coto P, Lete Lasa I, Rosell J, Picas J, Bermejo Rodríguez R, Ponce Sebastià J. Oncogénesis del pólipo endometrial. Manejo clínico a través de marcadores biomoleculares. Prog Obstet Ginecol. 2019;62(6):559-566.



AulaGinecología.com