

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.812>

Pólipos endometriales: diagnóstico y tratamiento

Endometrial polyps: diagnosis and treatment

Shelsy Ramírez Perera

shel11rp@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-9368-3476>

Investigadora Independiente

San José – Costa Rica

Francine Gutiérrez Fernández

franciniegutierrez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2686-6614>

Investigadora Independiente

San José – Costa Rica

Alvin Navarrete Guerrero

alvinnavarrete08@icloud.com

<https://orcid.org/0009-0003-2451-1999>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 24 de junio de 2023. Aceptado para publicación: 10 de julio de 2023.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen


Los pólipos endometriales son un sobrecrecimiento anormal de estroma, tejido glandular y vascular que se proyectan hacia la cavidad uterina. Los pólipos pueden variar en tamaño y forma. Se pueden presentar en la etapa reproductiva o postmenopáusica, pero son más comunes entre los 40 y 49 años. Los principales factores de riesgo para su formación son la edad, el síndrome metabólico, el hiperestrogenismo y el uso de tamoxifeno. Los pólipos son asintomáticos pero su manifestación clínica más común es el sangrado uterino anormal. La mayoría de los pólipos son benignos, pero pueden presentar potencial oncogénico, en especial en poblaciones posmenopáusicas, en terapia de reemplazo hormonal sin progestágenos, con pólipos mayores a 1 cm, entre otras condiciones. El método diagnóstico de elección es la histeroscopia con biopsia guiada, sin embargo, usualmente la técnica inicial es la ultrasonografía. El manejo se define según las características de la paciente y el riesgo de malignidad del pólipo, pero actualmente hay variedad de tratamientos que se adecuan a cada paciente. En esta revisión se compila la información pertinente para la comprensión, diagnóstico y manejo de los pólipos endometriales.

Palabras clave: pólipos, endometrio, histeroscopia, hemorragia

Abstract

Endometrial polyps are an abnormal overgrowth containing stroma, glandular and vascular tissue that is projected towards the uterine cavity. Polyps can vary in size and shape. They can appear in reproductive or postmenopausal stages of life but are more common between 40 to 49 years old. The main risk factors for their development are age, metabolic syndrome, hyperestrogenism and tamoxifen. Polyps are asymptomatic but their most common manifestation is abnormal uterine bleeding. Most polyps are benign but can have oncogenic potential, especially in postmenopausal women, on hormone replacement therapy without progestogens, polyps greater than 1cm, among other conditions. The gold standard for the diagnosis is hysteroscopy with guided biopsy, but usually the initial diagnosis is made through ultrasonography. Management is defined according to patient's characteristics and malignancy risk factors, but currently there are a variety of treatments that can be adequate to each patient. In this revision, we compile pertinent information for comprehension, diagnosis and treatment of endometrial polyps.

Keywords: polyps, endometrium, hysteroscopy, hemorrhage

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Como citar: Ramírez Perera, S., Gutiérrez Fernández, F., & Navarrete Guerrero, A. (2023). Pólipos endometriales: diagnóstico y tratamiento. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(2), 3011–3018. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.812>

INTRODUCCIÓN

Los pólipos endometriales son un sobrecrecimiento anormal de estroma, tejido glandular y vascular que se proyectan hacia la cavidad uterina, siendo el fundus uterino su localización más común (González & Cobalea, 2022; Redondo et al., 2022). Los pólipos pueden ser únicos o múltiples, con diámetros que varían desde milímetros hasta centímetros y tienden a ser pediculados o sésiles (Salguero- Sánchez et al., 2022). Pueden encontrarse en la etapa reproductiva o postmenopáusica de la vida, pero son más comunes entre los 40 y 49 años (Nijkang et al., 2019).

Si bien se ha descrito que su origen es de causa multifactorial, se ha identificado que los principales factores de riesgo para el desarrollo de pólipos endometriales son la edad (entre los 40 y 49 años), el síndrome metabólico, el hiperestrogenismo y el uso de tamoxifeno (Redondo, 2023).

Se estima que la prevalencia de los pólipos endometriales es de 10 a 15% en pacientes asintomáticas, sin embargo, este es difícil de calcular en la población. En pacientes con sangrado uterino anormal puede llegar a ser de 20 a 30% (Sepulveda- Agudelo & Sepúlveda-Sanguino, 2021). Está implicado en el 35% de los casos de infertilidad, dependiendo de su ubicación, ya que puede afectar el paso de los espermatozoides hacia las trompas uterinas. (Nijkang et al., 2019; Salguero- Sánchez et al., 2022). La mayoría de los pólipos endometriales son benignos, incluso hasta un 30% de los pólipos endometriales puede presentar regresión espontánea (Raz et al., 2021). No obstante, los pólipos conllevan riesgo de transformación maligna, que se estima se encuentra entre el 0,8 y 8% dependiendo de la bibliografía (Salguero- Sánchez et al., 2022). Aunque el riesgo de malignidad es bajo, solo el estudio histológico permite determinarlo con seguridad (González & Cobalea, 2022).

Se realiza esta revisión bibliográfica con el objetivo de compilar la información pertinente para la comprensión, diagnóstico y manejo de los pólipos endometriales debido a la prevalencia y la morbimortalidad que estos representan para la salud femenina.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos con información actualizada, referente al tema y de fuentes confiables. Se emplearon buscadores como Pubmed, ClinicalKey, Elsevier, Google Académico, entre otros. Como parte de los criterios de inclusión, se consideraron únicamente las publicaciones realizadas desde el año 2019 a 2023, en idioma español e inglés. Se utilizaron palabras claves como pólipo, endometrio, histeroscopia y sangrado uterino anormal. Para la presente revisión se emplearon 15 artículos que cumplieran con los criterios expuestos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Etiología

La etiología y fisiopatología de los pólipos endometriales no está clara, pero se ha asociado a diferentes causas. Una de ellas es la genética, ya que se han relacionado a translocaciones en los cromosomas 6 y 12, específicamente en las bandas 12q14-14 y 6p21, que afectan la proliferación celular, que dan lugar al sobrecrecimiento del endometrio y por consiguiente a los pólipos (Bullerdiek et al., 2022; Redondo et al., 2022). Incluso se puede describir la susceptibilidad genética como factor de riesgo, ya que pacientes con síndrome de Lynch y de Cowden se asocian a mayor riesgo de pólipos endometriales y de cáncer endometrial (Vieira et al., 2022).

Entre las teorías también se encuentra la estimulación estrogénica, ya que se ha evidenciado el aumento de receptores estrogénicos en las células glandulares del pólipo en comparación con el endometrio sano. Así como la disminución de receptores de progesterona en las células

glandulares de los pólipos (Nijkang et al., 2019). Esta propuesta se sustenta también por la administración intrauterina de progesterona como tratamiento de hiperplasia endometrial y para evitar el desarrollo de pólipos en pacientes en tratamiento con tamoxifeno y limitar la recurrencia de pólipos endometriales en general (Kuzel et al., 2019).

El uso de tamoxifeno es un factor de riesgo independiente, este medicamento es un antagonista de los receptores de estrógenos con un efecto estrogénico selectivo a nivel endometrial. La prevalencia de pólipos endometriales en pacientes con cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno está entre 10 y 50%, con alto riesgo de recurrencia (Salguero- Sánchez et al., 2022).

Se sugiere un origen inflamatorio ya que existe evidencia de la presencia de metaloproteinasas de la matriz extracelular, que son proteínas involucradas con los procesos de proliferación y apoptosis celular en pacientes con pólipos endometriales, así como otras afecciones uterinas (Vieira et al., 2022).

Potencial oncogénico

Los pólipos endometriales se asocian con hiperplasia endometrial y carcinogénesis. En la mujer premenopáusica este riesgo es bajo, aunque varía entre los diferentes estudios, la prevalencia es de 1,1%. Empero, en mujeres postmenopáusicas asintomáticas el riesgo oncogénico se encuentra entre 3,4 y 4,9% y en pacientes postmenopáusicas con sangrado uterino anormal el riesgo sube de 4,15 hasta 5,14% (Vitale et al., 2021).

Según la evidencia, la edad mayor a 40 años, el estado menopáusico, el sangrado, la terapia de reemplazo hormonal sin progestágenos, el tamoxifeno, la obesidad, diabetes mellitus y la hipertensión arterial son factores que aumentan el riesgo de malignidad de los pólipos. Algunos estudios consideran que el tamaño del pólipo también se encuentra implicado, ya que encuentran evidencia que, entre mayor tamaño, mayor riesgo de premalignidad o malignidad, el punto de corte para el tamaño como factor de riesgo se encuentra entre 1,0 y 1,8 cm. (Salguero- Sánchez et al., 2022; Sanchez- Borrego et al., 2019)

Diagnóstico

El sangrado uterino anormal es la sintomatología más común de los pólipos, tanto en mujeres en edad reproductiva como en pacientes postmenopáusicas, esta puede manifestarse como sangrado intermenstrual, metrorragia postcoital, menorragia y sangrado postmenopáusico. No obstante, los pólipos pueden ser asintomáticos y ser un hallazgo incidental en pruebas de imagen (Redondo et al., 2022).

El ultrasonido transvaginal tiende a ser la primera prueba diagnóstica. Los pólipos se observan como lesiones hiperecogénicas con contornos regulares en el lumen uterino. Su sensibilidad para el diagnóstico es de 19-96% y su especificidad se encuentra entre 53-100%, aunado a él se puede emplear Doppler y tecnología 3D para mejorar su precisión. Se prefiere realizarlo durante la fase proliferativa del ciclo menstrual para diferenciar los pólipos del engrosamiento endometrial (Raz et al., 2021; The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020).

Para el diagnóstico también se puede realizar sonohisterografía con contraste salino, este procedimiento consta de evaluar la cavidad uterina por medio de ultrasonografía mientras es distendida por solución salina (Vroom et al., 2019). Es capaz de detectar pólipos con una sensibilidad y especificidad de 91% y 84% respectivamente (Kallen & Carson, 2020).

La histeroscopia con biopsia guiada puede resultar más invasiva, pero continúa siendo el método diagnóstico de elección para detectar pólipos (Vroom et al., 2019). Cuenta con sensibilidad y especificidad de 90% y 93%, respectivamente. (Vieira et al., 2022). Se deben evitar métodos de

biopsia a ciegas como la dilatación y curetaje a ciegas, ya que no aseguran la resección completa ni una muestra adecuada para biopsias (Vitale et al., 2021).

El plan de abordaje debe realizarse en función de la historia clínica, factores de riesgo, sintomatología y riesgo de malignidad de la paciente. (Vieira et al., 2022).

En caso de pacientes premenopáusicas, se realiza biopsia endometrial si cuentan con factores de riesgo de malignidad o si los episodios de metrorragia son resistentes a tratamiento médico. En las pacientes postmenopáusicas, está indicada la histeroscopia para la realización de biopsia endometrial en todos los casos de sangrado postmenopáusico. Además, en estas pacientes suelen extirparse todos los pólipos por el riesgo aumentado de malignidad que presentan, sin embargo, esta técnica no cuenta con respaldo científico (Redondo, 2023).

Manejo

Las indicaciones para el tratamiento de pólipos endometriales incluyen sangrado uterino anormal, infertilidad o abortos recurrentes (ACOG, 2020). Además, se deben tratar cuando presentan riesgo de malignidad, esto incluye: exposición a estrógenos endógenos, riesgo familiar o genético, uso de tamoxifeno, obesidad, mayor a 50 años, diabetes mellitus, hipertensión arterial, menopausia tardía, síndrome de ovarios poliquístico, nuliparidad, menarquia temprana y antecedente de cáncer de mama (Raz et al., 2021).

Se puede ofrecer manejo conservador en pacientes premenopáusicas, asintomáticas, con pólipos menores a 1 cm y poco riesgo de carcinoma endometrial, ya que el riesgo de malignidad es bajo y en 25 a 30% de los casos de pólipos menores a 1 cm ocurre regresión espontánea (Raz et al., 2021; Vieira et al., 2022). No se recomienda el manejo expectante en pacientes sintomáticos postmenopáusicas (Vitale et al., 2021).

Entre las opciones terapéuticas también se encuentra la terapia hormonal. Hay evidencia de que el uso intermitente de anticonceptivos orales por 2 a 5 meses propicia la regresión de pólipos sésiles. Se recomienda el uso de anticonceptivos intrauterinos de levonorgestrel por su efecto progestágeno y antiestrogénico (Vieira et al., 2022).

Existen tratamientos quirúrgicos, como la polipectomía por medio de histeroscopia. Este es un método seguro, que ofrece mejoría de los síntomas y baja tasa de recurrencia (Vitale et al., 2021). Actualmente existen muchos métodos de resección, entre ellos se encuentran los instrumentos como fórceps o tijeras, el morcelador uterino, la resección electroquirúrgica y el láser diodo, estos dos últimos permiten cortes más precisos. La elección de la técnica se realiza en base a la localización del pólipo, disponibilidad de equipo y preferencia del médico según su experiencia y conocimiento. Este procedimiento se puede realizar en un cuarto de procedimientos del consultorio y en casos de pacientes con dudas se puede resecar en el quirófano. Esto se debe a que aún no se ha definido en qué condiciones elegir uno sobre el otro y se ha establecido que el éxito de ambos es similar. (ACOG, 2020; Raz et al., 2021; Vieira et al., 2022). La polipectomía por histeroscopia no afecta la fertilidad en pacientes con deseos de maternidad (Vitale et al., 2021). En el caso de polipectomía en el consultorio, se puede administrar misoprostol vaginal 400 microgramos mínimo 4 horas antes del procedimiento, porque al dilatar el canal cervical se disminuye el dolor asociado a la técnica (ACOG, 2020).

Otra opción de manejo es la histerectomía. Aunque esta es más radical, se asocia al 100% del éxito al tratar sangrados uterinos anormales y no tiene riesgo de recurrencia (Raz et al., 2021). No obstante, se asocia a mayor riesgo de complicaciones y morbilidad, por lo que no se emplea como tratamiento de primera línea (Vieira et al., 2022). Se puede considerar en pacientes postmenopáusicas o premenopáusicas sin deseos de maternidad cuando la biopsia reporta atípica o carcinoma (Vitale et al., 2021).

CONCLUSIÓN


Los pólipos endometriales son causa de sintomatología como el sangrado uterino anormal. Si bien tiende a ser de características benignas; la morbilidad que agrega a la vida de la paciente, su prevalencia, el riesgo de malignidad y el de recurrencia, obliga a los trabajadores en el área de salud a mantenerse actualizados sobre el tema. Los métodos diagnósticos son varios, sin embargo, la histeroscopia con biopsia guiada sigue siendo la técnica de elección debido a su efectividad. Resulta importante destacar que, al ser asintomáticos, en muchos casos es un hallazgo incidental descubierto por medio de ultrasonografía. Una vez identificado el pólipo, la conducta a seguir depende de las características clínicas y antecedentes de la paciente. Actualmente existen amplias opciones de tratamiento, incluyendo el manejo conservador en pacientes con buen pronóstico, la resección por medio de histeroscopia y la histerectomía. Esta última utilizándose como opción final debido a los riesgos que conlleva.

REFERENCIAS

- Bullerdiel, J., Helmke, B. M., & Laban, M. (2022). Endometrial polyps-neoplastic lesions or not? Is it time to close the files? *Modern Pathology: An Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc*, 35(12), 2029–2030. <https://doi.org/10.1038/s41379-022-01162-z>
- Gonzalez, E. L., & Cobalea, M. E. (2022). Pólipos endometriales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 48(1). <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/794/748>
- Kallen, A., & Carson, S. A. (2020). El diagnóstico de la pareja infértil. *Contemp OB/GYN*, 65(09), 1-10.
- Kuzel, D., Mara, M., Zizka, Z., Koliba, P., Dundr, P., & Fanta, M. (2019). Malignant endometrial polyp in woman with the levonorgestrel intrauterine system - a case report. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 35(2), 112–114. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1491028>
- Nijkang, N. P., Anderson, L., Markham, R., & Manconi, F. (2019). Endometrial polyps: Pathogenesis, sequelae and treatment. *SAGE Open Medicine*, 7, 2050312119848247. <https://doi.org/10.1177/2050312119848247>
- Redondo Villatoro, A. (2023). Pólipos endometriales y cervicales. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 30(2), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2022.07.003>
- Redondo Villatoro, A., Azcona Sutil, L., Vargas Gálvez, D., & Cabezas Palacios, M. N. (2022). Actualización en el manejo clínico basado en la evidencia de pólipos endometriales. *Clinica e investigación en ginecología y obstetricia*, 49(3), 100753. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2022.100753>
- Raz, N., Feinmesser, L., Moore, O., & Haimovich, S. (2021). Endometrial polyps: diagnosis and treatment options - a review of literature. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies: MITAT: Official Journal of the Society for Minimally Invasive Therapy*, 30(5), 278–287. <https://doi.org/10.1080/13645706.2021.1948867>
- Salguero-Sánchez, J., Universidad de Manizales, & González-García, L. (2022). Riesgo de malignización de pólipos endometriales. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 82(01), 98–102. <https://doi.org/10.51288/00820112>
- Sanchez-Borrego, Rafael & Sánchez-Prieto, Manuel & Llana, Placido & Lete, Iñaki & Rosell Vives, Elisabet & Picas, Jordi & Bermejo, Rafael & Ponce, Jordi. (2019). Oncogenesis of the endometrial polyp. Clinical management through biomolecular markers. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 62(6), 559-566. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00245>
- Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. (2021). Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(1):59-67. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3467>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). The use of hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine pathology: ACOG committee opinion, number 800. *Obstetrics and Gynecology*, 135(3), 138–148. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003712>
- Vieira, M. D. C., Vitagliano, A., Rossette, M. C., Neto, L. C. de A., Gallo, A., & Sardo, A. D. S. (2022). Endometrial polyps: Update overview on etiology, diagnosis, natural history and treatment. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 49(10), 232. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4910232>
- Vitale, S. G., Haimovich, S., Laganà, A. S., Alonso, L., Di Spiezio Sardo, A., Carugno, J., & From the Global Community of Hysteroscopy Guidelines Committee. (2021). Endometrial polyps. *An*

evidence-based diagnosis and management guide. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 260, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.017>

Vroom, A. J., Timmermans, A., Bongers, M. Y., van den Heuvel, E. R., Geomini, P. M. A. J., & van Hanegem, N. (2019). Diagnostic accuracy of saline contrast sonohysterography in detecting endometrial polyps in women with postmenopausal bleeding: systematic review and meta-analysis: Diagnostic accuracy of endometrial polyp detection. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 54(1), 28–34. <https://doi.org/10.1002/uog.20229>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .