



## Polipectomía histeroscópica en consultorio: análisis de ocho años

José Alanís Fuentes\*

Nivel de evidencia: II-3

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar los resultados de las polipectomías realizadas mediante histeroscopia de consultorio.

**Material y métodos:** análisis retrospectivo de una serie de 641 pacientes con pólipo endometrial, extirpado en el consultorio, obtenida de 5,103 histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas realizadas entre el 1 de noviembre de 1998 y el 15 de diciembre del 2005, en la clínica de histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Resultados:** los casos de sangrado uterino anormal fueron más frecuentes en pacientes premenopáusicas (57.8%) que en posmenopáusicas (6.7%). El total de pólipos detectados fue de 641, en premenopáusicas 490 (76.37%) y en posmenopáusicas 151 (23.35%); entre los que 468 (73%) fueron únicos, 374 (58.5%) con diámetro inferior a un centímetro, 133 (20.7%) entre uno y cuatro centímetros, y 134 (20.9%) mayores de cuatro centímetros. En 100% de los casos se realizó histeroscopia diagnóstica y terapéutica en el mismo procedimiento, sin complicaciones importantes; una paciente tuvo crisis convulsiva (epiléptica) durante la polipectomía y otra más perforación uterina que ameritó tratamiento médico sólo con uterotónicos. El número de casos con diagnóstico de cáncer de endometrio en el pólipo fue de 35 (5.4%), 12 (34.29%) en premenopáusicas y 23 (65.71%) en posmenopáusicas.

**Conclusiones:** la resección sistemática de la mayor parte de los pólipos de endometrio se puede realizar de forma eficaz en el consultorio, mediante el estudio histeroscópico. Esta técnica permitió detectar un gran porcentaje de pólipos endometriales en el grupo de pacientes estudiadas.

**Palabras clave:** endometrio, pólipo, histeroscopia.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate endometrial polypectomy procedure results through in-office hysteroscopy.

**Material and method:** Retrospective study based on a 641 patients sample with endometrial polyp, within 5,103 diagnostic hysteroscopies done at hysteroscopy clinic in the Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, from November 1998 to December 2005.

**Results:** Abnormal uterine bleeding cases had higher rate within premenopausal (2,951, 57.8%) than postmenopausal (347, 6.7%) patients. From 641 hysteroscopy identified endometrial polyps, 490 (76.37%) were in premenopausal and 151 (23.35%) in postmenopausal patients; 468 (73%) of them were unique, 374 (58.5%) < 1 cm in diameter, 133 (20.7%) with a diameter from 1 to 4 cm, and 134 (20.9%) > 4 cm in diameter. Diagnostic and therapeutic hysteroscopy, at the same time, was performed in all the cases (no major complications); one patient had epileptic crisis during polypectomy and another one uterine perforation, treated only with uterotonic agents. Endometrial cancer was detected in 35 cases (5.4%), 12 (34.29%) premenopausal and 23 (65.71%) postmenopausal.

**Conclusions:** Successful systemic resection can be performed in-office in most endometrial polyps' cases, through hysteroscopic study. This technique allows high rate endometrial polyps detection within studied patients.

**Key words:** endometrium, polyp, hysteroscopy.

### RÉSUMÉ

**Objectif:** évaluer les résultats des polypectomies réalisées au moyen d'hystérocopie de cabinet.

**Matériel et méthodes:** analyse rétrospective d'une série de 641 patientes avec polype de l'endomètre, extirpé au cabinet, obtenue de 5,103 hystérocopies diagnostiques et chirurgicales entre le premier novembre 1998 et le 15 décembre 2005, à la clinique d'hystérocopie de l'Hôpital Général Dr. Manuel Gea González.

**Résultats:** les cas de saignement utérin anormal ont été plus fréquents chez des patientes préménopausiques (2,951, 57.8%) que chez des postménopausiques (347, 6.7%). Le total de polypes détectés a été de 641, chez des préménopausiques 490 (76.37%) et chez des postménopausiques 151 (23.35%); parmi lesquels 467 (72.9%) ont été uniques, 375 (58.5%) avec diamètre inférieur à un centimètre, 33 (14%) entre un et quatre centimètres, et 54 (8.4%) supérieurs à quatre centimètres. En 100% des cas on a réalisé hystérocopie diagnostique et thérapeutique dans le même procédé, sans complications importantes; une patiente a présenté crise convulsive (épileptique) pendant la polypectomie et une autre perforation utérine qui a mérité traitement médical seulement avec utérotoniques. Le nombre de cas avec diagnostic du cancer de l'endomètre dans le polype a été de 35 (5.4%), 12 (34.29%) chez des préménopausiques et 23 (65.71%) chez des postménopausiques.

**Conclusions:** la résection systématique de la plupart des polypes de l'endomètre peut se réaliser de manière efficace au cabinet, au moyen de l'étude hystérocopique. Cette technique a permis de détecter un grand pourcentage de polypes de l'endomètre dans le groupe de patientes étudiées.

**Mots-clés:** endomètre, polype, hystérocopie.

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar os resultados das polipectomias realizadas mediante histeroscopia de consultório.

**Material e métodos:** análise retrospectivo duma série de 641 pacientes com pólipos endometriais extirpados em consultório, obtida de 5,103 histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas entre o primeiro de novembro de 1998 e o 15 de dezembro de 2005, na clínica de histeroscopia do Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Resultados:** os casos de sangramento anormal foram mais frequentes entre pacientes pré-menopáusicas (2,951, 57,8%) do que em pós-menopáusicas (347, 6,7%). O total de pólipos detectados foi de 641, em pré-menopáusicas 490 (76,37%) e em pós-menopáusicas 151 (23,35%); entre os que 467 (72,9 %) foram únicos, 375 (58,5%) com diâmetro menor a um centímetro, 33 (14%) entre um e quatro centímetros, e 54 (8,4%) maiores que quatro centímetros. No 100% dos casos se realizou histeroscopia diagnóstica e terapêutica no mesmo procedimento, sem complicações importantes; uma paciente teve crise convulsiva (epiléptica) durante a polipectomia e uma outra apresentou perforação uterina que precisou de tratamento médico com uterotônicos só. O número de casos com diagnóstico de câncer de endométrio no pólipo foi de 35 (5,4%), 12 (34,29%) em pré-menopáusicas e 23 (65,71%) em pós-menopáusicas.

**Conclusões:** a resecção sistemática da maior parte dos pólipos de endométrio pode se realizar de forma eficaz no consultório, mediante o estudo histeroscópico. Esta técnica permitiu detectar uma grande porcentagem de pólipos endometriais no grupo de pacientes estudadas.

**Palavras chave:** endométrio, pólipo, histerectomia.

Los pólipos endometriales son la alteración uterina orgánica responsable de la mayor parte de los casos de sangrado uterino anormal. Son neoformaciones endocavitarias debidas a la proliferación focal de la capa basal del endometrio, que adelgaza la capa funcional que lo rodea e individualiza.<sup>1,2</sup> Suelen ser asintomáticos, por lo que su prevalencia real se ignora aunque puede estimarse en 25% de las mujeres.<sup>3</sup> Casi siempre son benignos y pequeños y pueden aparecer a cualquier edad, aunque son más frecuentes entre los 40 y 50 años. Originan 25% de todos los sangrados uterinos anormales, y 6 al 8% de ellos afectan a pacientes entre 20 y 40 años.<sup>1-5</sup>

El riesgo de que sean neoplasias malignas oscila entre 0.5 y 1.5%, y es más frecuente la propagación de un adenocarcinoma endometrial adyacente, casi siempre en mujeres posmenopáusicas (10 al 34%).<sup>6-9</sup> La incidencia de los carcinomas confinados al pólipo varía de 0 al 4.8% en función de la selección de pacientes y el método diagnóstico, y también se han relacionado con cambios precancerosos del carcinoma de endometrio

sin que sea clara su función en la génesis de la enfermedad.<sup>3</sup> La clasificación de los pólipos en función de su número, forma y aspecto permite diferenciarlos en únicos, múltiples, pediculados, sésiles, funcionales con edema de estroma y maduración irregular, hiperplásicos (35%) y atróficos o no funcionales (45%).<sup>10,11</sup>

El ultrasonido transvaginal con técnica Doppler a color permitió un gran progreso en el diagnóstico de la enfermedad uterina, y lo establece en más del 90% de los casos en que se piensa hay un pólipo endometrial.<sup>12,13</sup> Su sensibilidad y especificidad son de 97.8 y 96.8%, respectivamente, por lo que el diagnóstico de pólipo endometrial se incrementó en más del 20% en mujeres premenopáusicas y hasta 30% en posmenopáusicas.<sup>14</sup> La histeroscopia es la prueba ideal en esta enfermedad, pues permite evaluar su localización, número y naturaleza; facilita la valoración de toda la cavidad endometrial; detecta posibles enfermedades concomitantes, y permite el abordaje terapéutico del pólipo, generalmente en el mismo procedimiento.<sup>15-17</sup>

El propósito de este estudio es evaluar las polipectomías histeroscópicas realizadas en el Hospital General Dr. Manuel Gea González para determinar las características demográficas y clínicas de las pacientes, los hallazgos anatomopatológicos y sus posibles complicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de la serie de pólipos endometriales detectados en la clínica de histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea

\* Coordinador de la clínica de histeroscopia, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, DF.

Correspondencia: Dr. José Alanís Fuentes. Hospital Ángeles del Pedregal consultorio S-23. Camino a Santa Teresa 1055, colonia Héroes de Padierna, CP 10700, México, DF. Tel.: 5568-6904, fax: 5652-2027. E-mail: josealanisfuentes@yahoo.com.mx  
Recibido: junio, 2006. Aceptado: marzo, 2007.

Este artículo debe citarse como: Alanís FJ. Polipectomía histeroscópica en consultorio: análisis de ocho años. Ginecol Obstet Mex 2007;75:341-6.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

González, del 1 de noviembre de 1998 al 15 de diciembre del 2005. En ese mismo tiempo se practicaron 5,103 histeroscopias diagnósticas, entre las que 641 (12.56%) se diagnosticaron con pólipo. Todas las pacientes se remitieron desde la preconsulta y consulta externa de ginecología de dicho hospital, con exploración genital y citología cervicovaginal, citometría hemática, tiempos de coagulación, cultivo de exudado vaginal y ultrasonido pélvico previos en todos los casos como primeros estudios diagnósticos.<sup>18</sup>

En todos los casos se realizó estudio histeroscópico diagnóstico con solución salina al 0.9% como medio de distensión (precalentada a 28° C en un sistema de asa ciega a la mínima presión necesaria) e histeroscopia de flujo continuo ovalado de 5 X 3 mm de diámetro (tipo Bettocchi o Karl-Storz), con la técnica de acceso mediante vaginoscopia descrita por Bettocchi<sup>19-21</sup> y sin espejo vaginal ni pinza de Pozzi (tenáculo) para fijar el cuello uterino. No se administraron agentes anestésicos y el procedimiento fue ambulatorio. La fuente de iluminación fue de xenón de 300 W, con generador de energía bipolar Versapoint® (Gynecare Inc.) y electrodo de tornillo de 5 Fr, en modo VC2 con potencia de corte de 45 W y 50 W para coagulación.

La histeroscopia se inició con vaginoscopia directa y localización del cuello uterino, canal endocervical y orificio cervical interno, siempre bajo visión directa para poder localizar panorámicamente el pólipo endometrial y su base de implantación, y determinar su número y forma exactos. También se visualizó toda la cavidad endometrial para corroborar o descartar enfermedad agregada. En todos los casos se realizó polipectomía total en una o dos sesiones (el tamaño del pólipo se describe en los hallazgos) con energía bipolar o mecánica (tijeras de 5 Fr). Cuando el tamaño del pólipo lo permitió se extrajo en la misma sesión con pinzas de tracción de 5 Fr, los de mayor tamaño se dejaron en la cavidad para esperar su expulsión espontánea y evaluar su comportamiento (se proporcionó a las pacientes un frasco con formol para que depositaran el material expulsado y lo llevaran cuanto antes a la clínica), en todos los casos se realizó biopsia de endometrio para estudio histopatológico.

## RESULTADOS

El total de histeroscopias diagnósticas fue de 5,103. Las pacientes con pólipo endometrial comprobado fueron 641, de las cuales 490 (76.37%) eran premenopáusicas y 151 (23.35%) posmenopáusicas. El rango de edad de la muestra fue de 15 a 85 años, con edad media de 42. Se indicó histeroscopia a 278 (56.7%) premenopáusicas con hemorragia uterina anormal y a 212 (43.3%) con diagnóstico ultrasonográfico de pólipo endometrial; y a 63 (41.2%) posmenopáusicas con dicha hemorragia y 51 (34.3%) con el mismo diagnóstico ultrasonográfico, 37 (24.6%) con endometrio mayor de 5 mm (cuadro 1). De la muestra total, 47 (7.3%) pacientes cursaron con enfermedad agregada (miomas, etc.). De los 641 pólipos detectados, 468 (73%) fueron únicos, 77 (12%) dobles y 96 (15%) se catalogaron como poliposis endometrial múltiple (cuadro 2). Menores de 1 cm fueron 374 (58.5%), 133 (20.7%) entre 1 y 4 centímetros, y 134 (20.9%) mayores de 4 cm (cuadro 3).

**Cuadro 1.** Indicación de histeroscopia

Indicación	Premenopáusica núm. (%)	Posmenopáusica núm. (%)
Sangrado uterino anormal	278 (56.7)	63 (41.2)
Pólipo	212 (43.3)	51 (34.3)
Endometrio > 5 mm	0	37 (24.6)
Total	490 (76.37)	151 (23.35)

**Cuadro 2.** Tipo de pólipos (n = 641)

	Núm. (%)
Únicos	468 (73)
Dobles	77 (12)
Poliposis	96 (15)

**Cuadro 3.** Tamaño de los pólipos (n = 641)

Tamaño	Núm. (%)
< 1 cm	374 (58.5)
1-4 cm	133 (20.7)
> 4 cm	134 (20.9)

El hallazgo de pólipo endocervical se relacionó con pólipo endometrial en 19 casos (2.9%): 11 (1.7%)

premenopáusicas y 8 (1.24%) posmenopáusicas, y el de carcinoma de endometrio en 46 casos: 12 (1.87%) premenopáusicas y 34 (5.3%) posmenopáusicas. En todos los casos se realizó histeroscopia quirúrgica y se extirpó el 100% de los pólipos mediante electrodo bipolar Versapoint® (557, 86.9%) o corte frío (84, 13.1%) (cuadro 4). No se refirieron pacientes para histerectomía con diagnóstico de pólipo endometrial. No se administró medicación previa a la histeroscopia, cuyas complicaciones operatorias fueron convulsiones en una paciente (epilepsia), perforación uterina en otra y sangrado en otras ocho (cuadro 5).

**Cuadro 4.** Técnica (n = 641)

Técnica	Núm. (%)
Versapoint®	557 (86.9)
Tijera	84 (13.1)

**Cuadro 5.** Complicaciones

Complicación	Núm. (%)
Convulsiones	1 (0.15)
Perforación	1 (0.15)
Sangrado	8 (1.2)

Cuando la histeroscopia confirmó enfermedad pélvica inflamatoria (tapete endometrial hemorrágico, glándulas endometriales abiertas y vascularidad aumentada a pesar del cultivo cervicovaginal negativo) se prescribió tratamiento antibiótico. No hubo casos de peritonitis secundaria al procedimiento y para descartar lesiones precancerosas o cancerosas se practicó biopsia del endometrio concomitante con polipectomía en todas las pacientes. La tolerancia al dolor se evaluó mediante la escala visual análoga, que fue excelente para 435 (68%) pacientes, buena para 141 (22%), regular para 51 (8%) y mala para 19 (3%) (cuadro 6), con muy buena aceptación del tiempo de realización de los procedimientos (ocho minutos en promedio).

El hallazgo anatomopatológico de los pólipos extirpados (cuadro 7) mostró gran variedad de alteraciones endometriales, en 35 casos (5.4%) se diagnosticó carcinoma del endometrio y en 12 (1.9%) hiperplasia del endometrio con atipia.

**Cuadro 6.** Tolerancia al dolor

	Núm. (%)
Excelente	435 (68)
Buena	136 (21)
Regular	51 (8)
Mala	19 (3)

**Cuadro 7.** Hallazgo histopatológico (n = 641)

Hallazgo	Núm. (%)
Pólipo endometrial	402 (62.8)
Endometrio proliferativo	62 (9.7)
Endometrio secretor	45 (7.1)
Hiperplasia simple	29 (4.5)
Hiperplasia con atipia	12 (1.9)
Mioma	12 (1.9)
Mixto	44 (6.9)
Cáncer	35 (5.4)

## DISCUSIÓN

Hay informes de que entre 35 y 55% de los pólipos endometriales son sintomáticos<sup>22</sup> y se diagnostican durante estudios ultrasonográficos rutinarios;<sup>23</sup> otros reportes indican que los síntomas hemorrágicos no predicen de forma significativa su potencial precanceroso o canceroso.<sup>3,4</sup>

La ultrasonografía y sonohisterografía transvaginales pueden utilizarse como métodos para diagnosticar enfermedad en la cavidad uterina, ya que tienen sensibilidad y especificidad del 85 y 96%, respectivamente,<sup>3,12</sup> índices que dependen de la técnica y experiencia del examinador. Los estudios Doppler en color de la vascularización del pólipo se consideran útiles incluso como método de detección temprana del potencial canceroso,<sup>3,5</sup> aunque los resultados no son concluyentes y no pueden aplicarse de forma habitual en la clínica.<sup>23</sup> A pesar del progreso de estas técnicas de imágenes, hasta la fecha no se recomiendan como método de detección de enfermedad endometrial,<sup>8</sup> ya que no son confiables ni mejoran la capacidad diagnóstica en los casos de carcinoma del endometrio.<sup>24</sup> Algunos autores las recomiendan en los grupos de riesgo, en las pacientes con terapia de reemplazo hormonal o en tratamiento con tamoxifeno y en menopáusicas con diabetes u obesidad, o con factores hereditarios para

determinados procesos oncológicos, como los carcinomas de mama, ovario, colon, etc. En la actualidad la histeroscopia se considera el método de referencia para detectar pólipos endometriales, porque permite la visualización directa de la cavidad endometrial y de los pólipos, y además su extirpación desde la base, que a su vez permite el análisis anatomopatológico.<sup>16,24</sup>

El propósito fundamental de esta prueba es extirpar los pólipos para eliminar los síntomas que producen y detectar su posible transformación cancerosa. Los resultados de este estudio son similares a los de la bibliografía respecto del sangrado uterino anormal (56.7% de las pacientes premenopáusicas y 41.2% de las posmenopáusicas),<sup>3,4</sup> si sólo se trataran los pólipos endometriales de las pacientes con sangrado, se trataría la mayor parte de los cancerosos, como se muestra en esta serie; sin embargo, podrían dejarse sin tratamiento algunos pólipos cancerosos que cursan sin sangrado y que son de evolución impredecible, especialmente los casos de mujeres premenopáusicas, como señalan algunos autores que se inclinan por la extirpación de todos los pólipos endometriales, sintomáticos o no.<sup>4,8,10</sup> Es requisito indispensable conocer la evolución natural del pólipo que, como se ha comprobado en algunos casos, son de regresión espontánea.<sup>23</sup> También las cifras de las lesiones precancerosas (atípicas, 2.3%) y cancerosas de este estudio coinciden con las de la bibliografía (0.5 a 3.5%),<sup>4,10</sup> aunque algunas series refieren índices cancerosos de hasta 6%.<sup>2,3,22</sup> Las diferentes clasificaciones de los pólipos también pueden ser factor de confusión.

En los casos cancerosos de este artículo el estudio histopatológico del pólipo mostró grado leve a moderado de diferenciación, aunque algunos trabajos reportan alto grado de indiferenciación en el cáncer endometrial del seno del pólipo.<sup>3</sup> La edad, raza, posmenopausia y terapia de reemplazo hormonal, o la administración de tamoxifeno, se consideran típicos factores de riesgo de cáncer de endometrio.

La terapia de reemplazo hormonal se ha relacionado con la aparición de pólipos endometriales,<sup>24</sup> aunque la relación no es clara en pacientes con sangrado uterino anormal,<sup>23</sup> ya que los estudios confirman la no relación del pólipo con signos histológicos de cáncer en estas pacientes.<sup>3,4</sup> El efecto agonista hormonal del tamoxifeno se ha relacionado con la aparición de pó-

lipos endometriales, con gran índice de recurrencia<sup>23,24</sup> y detección de hasta 2.6% de cáncer en estas pacientes, asintomáticas o con sangrado anormal.<sup>4</sup> Algunos estudios informan gran malignidad del cáncer de endometrio en pacientes con antecedente de tratamiento con tamoxifeno, y aunque son pocos los casos deberá considerarse la detección temprana y la extirpación de todos los pólipos en estas pacientes.<sup>17,18,22</sup>

La edad avanzada, la menopausia y el tamaño del pólipo se describen como factores de riesgo de malignidad del pólipo endometrial, con valor predictivo muy bajo;<sup>2,3</sup> el tamaño superior a 1.5 cm se relaciona con malignidad, mientras que el menor tiende a regresión y los de más de 1 cm tienden a persistir.<sup>23</sup>

La relación entre los pólipos endometrial y cervical en la bibliografía es de 0.8%. Dada la mínima frecuencia de complicaciones y la relativa sencillez del procedimiento, permite realizar el diagnóstico correcto y seguir la recomendación de extirpar los pólipos endometriales hallados, sean sintomáticos o no,<sup>24</sup> ya sea con corte frío o energía bipolar (Versapoint®).

## CONCLUSIONES

La histeroscopia de consultorio diagnóstica, terapéutica o ambas, es muy importante para evaluar, en forma temprana, las lesiones benignas y precancerosas o cancerosas relacionadas con los pólipos endometriales, para lo que es imprescindible el estudio histopatológico del material obtenido. Su rapidez y facilidad, así como la buena tolerancia, en relación con su gran beneficio, obligan a incluir esta técnica como herramienta diagnóstica y terapéutica en pacientes con pólipo endometrial.

## REFERENCIAS

1. Peterson WF, Novack ER. Endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 1956;8(1):40-49.
2. Savelli L, De Laco P, Santini D, Rosati F, et al. Histopatologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2003;183(4):927-31.
3. Ben-Arie A, Goldchmit G, Laviv Y, Levy R, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;115(2):206-10.
4. Martínez MA, Jou P, Nonell R, Cardona M, et al. Pólipos endometriales: riesgo de malignización y correlación clínico-anatómica. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(11):506-10.

5. Perez-Medina T, Martinez O, Folgueira G, Bajo J. Which endometrial polyps should be resected? J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999;6(1):71-74.
6. Wolfe SA, Macules A. Malignant lesions arising from benign endometrial polyps. Obstet Gynecol 1962;20:542-51.
7. Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, Galazios GC, et al. Endometrial polyps: prevalence, detections, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. Eur J Gynaecol Oncol 2000;21(2):180-3.
8. Bakour SH, Khan KS, Gupta JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81(2):182-3.
9. Salm R. The incidence and significance of early carcinomas in endometrial polyps. J Pathol 1972;1085(1):47-53.
10. Vázquez F, González-Tejero C, Bernardo R, Mayor JM. Estudio histeroscópico de los pólipos endometriales y la necesidad de la resección quirúrgica para su confirmación anatomopatológica. Toko-Gin Pract 2004;63(4):320-3.
11. Clark TJ, Khan KS, Gupta JK. Current practice for the treatment of benign intrauterine polyps: a national questionnaire survey of consultant gynaecologists in UK. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;103(1):65-67.
12. Syrop CH, Sahakian V. Transvaginal sonographic detection of endometrial polyps with fluid contrast augmentation. Obstet Gynecol 1992;79(6):1041-3.
13. Kurjak A, Kupesic S. Transvaginal color Doppler and pelvic tumor vascularity: lessons learned and future challenges. Ultrasound Obstet Gynecol 1995;6(2):145-59.
14. Mazur MT, Kurman RJ. Polyps. In: Mazur MT, Kurman RJ, editors. Diagnosis of endometrial biopsies and curettings. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Science+Business Media, Inc, 1995;pp:163-177.
15. Saidi MH, Sadler RK, Theis VD, Akirgh BD, Farhat SA, et al. Comparison of sonography, sonohysterography and hysteroscopy for evaluation of abnormal uterine bleeding. J Ultrasound Med 1997;16(9):587-91.
16. Escribano JJ, Bértolo JF, Álvarez E, Alguacil M, et al. Utilidad de la histeroscopia en consulta en el diagnóstico y tratamiento del pólipo cervical. Toko Gin Pract 2004;63(5):414-9.
17. Bergman L, Beelen ML, Gallee MP, Hollema H, et al. Risk and prognosis of endometrial cancer after tamoxifen for breast cancer. Comprehensive Cancer Centres' ALERT Group. Assessment of liver and endometrial cancer risk following tamoxifen. Lancet 2000;356(9233):881-7.
18. Fuentes JA, Zacarías CR, Aragón HJP. Sangrado uterino anormal (y el endocrinólogo). Rev Endocrinol Nutr 2005;13(1):39-46.
19. Bettocchi S, Selvaggi L, Porreca M, Lovero G. The vaginoscopic technique: a new approach to hysteroscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995;(2 Suppl):76.
20. Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of the office hysteroscopy. J Assoc Gynecol Laparosc 1997;4:255-8.
21. Bettocchi S. Techniques for approaching the uterus: classical and vaginoscopic. In: Van Herendael BJ, Valle R, Bettocchi S, editors. Ambulatory hysteroscopy: diagnosis and treatment. 1<sup>st</sup> ed. Oxfordshire: Bladon Medical Publishing, 2004;pp:40-41.
22. Mencaglia L, Perino A, Hamou J. Hysteroscopy in perimenopausal and postmenopausal women with abnormal uterine bleeding. J Reprod Med 1987;32(8):577-82.
23. DeWaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE, Davis WA, et al. Natural history of uterine polyps and leiomyomata. Obstet Gynecol 2002;100(1):3-7.
24. Loffer, FD. Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: the value of negative hysteroscopic view. Obstet Gynecol 1989;73(1):16-20.

## PRESENTACIÓN

*Con este nombre se designa la región del feto que está en contacto con el estrecho superior.*

La presentación se llama *longitudinal* cuando el eje mayor del ovoide fetal coincide con el eje mayor del útero.

Se apellida *transversal* cuando éstos dos ejes se cruzan.

Las *presentaciones longitudinales* son dos: la de nalgas y la de cabeza; *son las únicas compatibles con el parto espontáneo.*

Las *presentaciones transversales* son siempre anormales, ya que el feto no puede franquear el estrecho superior en esta posición.

**Reproducido de:** Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:98.