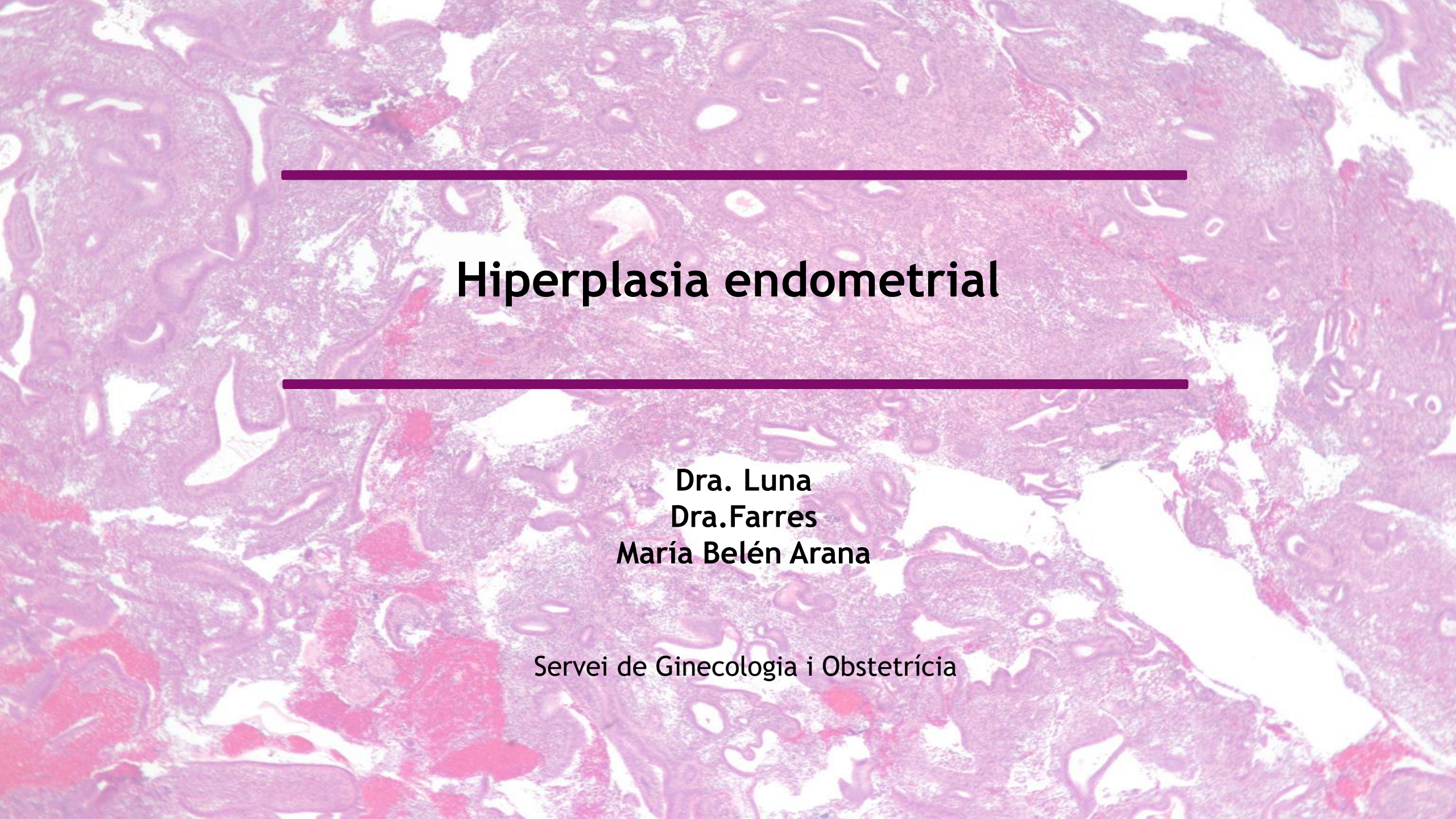




Hiperplasia endometrial

Dra. Luna
Dra. Farres
María Belén Arana

Servei de Ginecologia i Obstetrícia

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

FACTORS DE
RISC

DIAGNÒSTIC

TRACTAMENT

SEGUIMENT

CONCLUSIONS

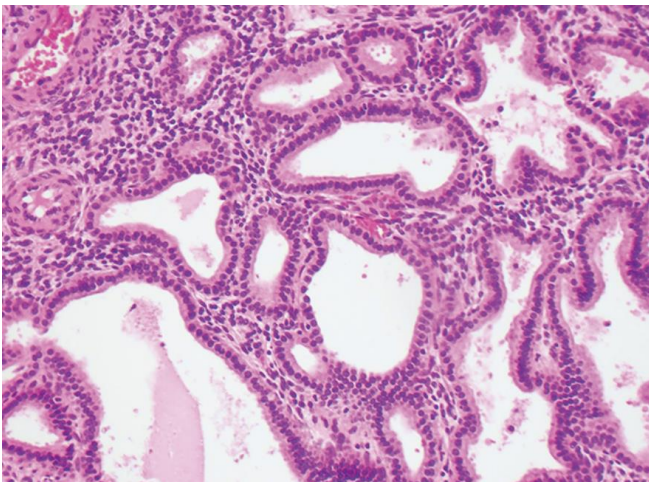
Hiperplasia endometrial (HE): Proliferació de les glàndules endometrials conseqüència d'un estímul estrogènic excessiu o un dèficit de progesterona que es contraposi.

Hiperplasia endometrial sense atípies:

Rati glàndula-estroma augmentat : $>2:1$

Glàndules dilatades, "amuntegades" i amb embolcall luminal.

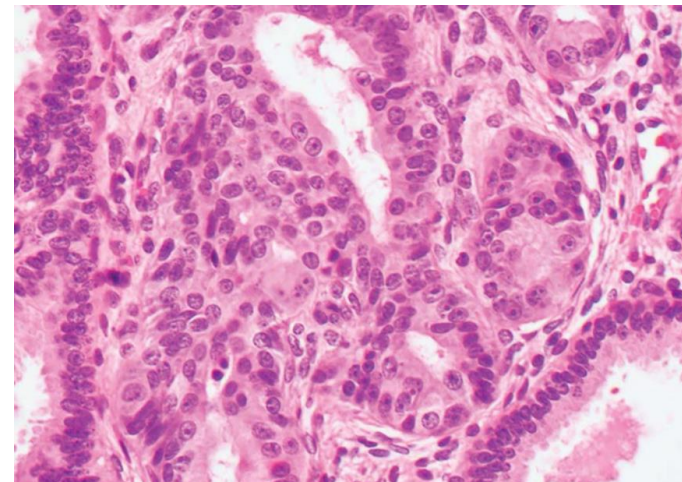
NO HI HAN CARACTERÍSTIQUES NUCLEARS ATÍPIQUES

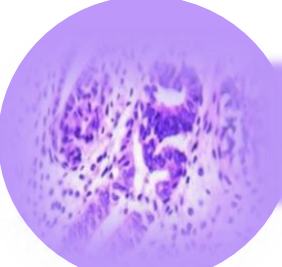


Hiperplasia endometrial AMB atípies:

Rati glàndula-estroma encara més augmentat.

Glàndules amb embolcall luminal, mitosi cel·lular i **atípies nuclears** (nuclis més prominents i nuclèols més basòfils).





FACTORS DE RISC

INTRODUCCIÓ

FACTORS DE
RISC

DIAGNÒSTIC

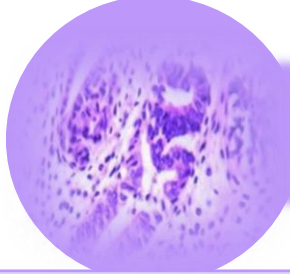
TRACTAMENT

SEGUIMENT

CONCLUSIONS

- **Exposició endometrial d'estrògens** sense progestàgens que es **contraposen**:
 - ENDOGEN: Obesitat, disfunció de l'ovulació (SOP), tumor secretor estrògens (granulosa), HTA / DM (Sd metabòlic).
 - EXÒGEN: Iatrogènia (E2, tamoxifè) , teràpies tòpiques, teràpies sense recepta.
- **Síndromes genètics**: Lynch, Cowden, Síndrome de Peutz-Jeghers.

*Les pacients amb irregularitat menstrual causada per hipogonadisme hipotalàmic NO tenen augment de risc



DIAGNÒSTIC

INTRODUCCIÓ

FACTORS DE
RISC

DIAGNÒSTIC

TRACTAMENT

SEGUIMENT

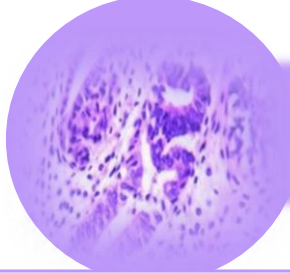
CONCLUSIONS

PRESENTACIÓ CLÍNICA

- Sagnat uterí anòmal
- Alteració citològica en *screening* de càncer de cèrvix (Cèl·lules glandulars atípiques)
- Troballa incidental en peça de polipectomia / histerectomia

DIAGNÒSTIC

- Biòpsia endometrial **Cournier** > legrat endometrial
 - LE >10mm en dones post-menopàusiques
 - Metrorràgia post-menopàusica
 - SMA + Factors de risc
- **Histeroscòpia** diagnòstica:
 - Clínica persistent tot i biòpsia negativa
 - No hi ha possibilitat de realitzar biòpsia amb cànula de Cournier:
 - Estenosi cervical
 - Biòpsia no diagnòstica (alta sospita)



DIAGNÒSTIC

INTRODUCCIÓ

FACTORS DE
RISC

DIAGNÒSTIC

TRACTAMENT

SEGUIMENT

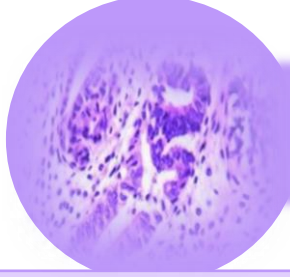
CONCLUSIONS

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

- NO CALDRÀ LA REALITZACIÓ D'ECOGRÀFIA D'ALTA COMPLEXITAT
- La valoració ecogràfica es durà a terme al dispensari de Ginecologia CEX

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- Càncer d'endometri: Presenta invasió en la histologia.
- Pòlips endometrials.



DIAGNÒSTIC

INTRODUCCIÓ

FACTORS DE
RISC

DIAGNOSTIC

TRACTAMENT

SEGUIMENT

CONCLUSIONS

HISTORIA NATURAL

La hiperplàsia endometrial pot PROGRESSAR O COEXISTIR amb un càncer d'endometri.

La coexistència d'un carcinoma endometrial en una pacient amb HE atípica pot superar el 40%. D'altra banda, és <1% en pacients amb HE sense atípies.

Factors de risc per un carcinoma endometrial concurrent en pacient amb HE:

- Edat avançada
 - Obesitat
 - DM
- HE atípica

TRACTAMENT

Pacient amb HE SENSE atípies

La pacient té baix risc de progressió?

Sagnat menstrual normal

No factors de risc mencionats

Resolució del factor que ha causat HE

Modificacions
estil de vida

Seguiment
Ginecologia-
General

SÍ

Maneig expectant **SI LA PACIENT
DESITJA**
Repetir Bx als 6 mesos

NO

ELECCIÓ: DIU LNG 52 mg mínim 6 mesos
Gestàgens VO en pauta CONTÍNUA

Repetir biòpsia cada 6 mesos

Normal

- Si PG via oral: valorar STOP
- Si DIU: mantenir 5 anys
- Si 2ª biòpsia als 12 m negativa:
Seguiment en ASSIR de zona

Persisteix HE

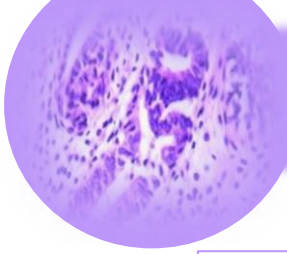
Valorar extendre
tractament a 1 any

HE amb atípies

Algoritme HE amb atípies

Carcinoma endometrial

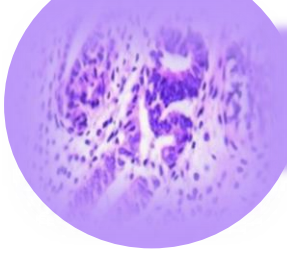
Referir a unitat específica



SEGUIMENT

Seguiment en pacient amb HE sense atípies

- Si presenten factors de risc: Tractament de manteniment → DIU LNG
→ SOP → ACOs
- Risc de recidiva o progressió a càncer d'endometri es <5%
- Major risc si IMC>35Kg/m² +/- altres factors de risc → Seguiment individualitzat
- Seguiment a ASSIR de zona durant 2 anys
- En pacients amb DIU → Seguiment l'any posterior a retirada de DIU a ASSIR de zona
- Si persisteix SMA: repetir biòpsia endometrial anual
repetir biòpsia endometrial cada 6 mesos si IMC>35Kg/m²



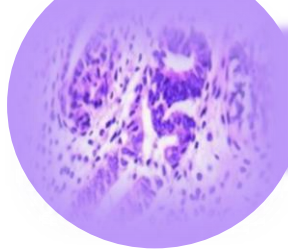
TRACTAMENT

Tractament quirúrgic en pacient amb HE sense atípies

- Progressió a hiperplàsia atípica o càncer d'endometri
- No regressió després de tractament adequat durant 12 mesos o recurrència
- SMA tot i el tractament
- Pacients sense possibilitat de realització de controls
- Preferència de la pacient



- Histerectomia total amb doble salpingectomia o annexectomia segons estatus menopàusic de la pacient.
- Abordatge mínimament invasiu.



TRACTAMENT I SEGUIMENT

Pacient amb HE **AMB** atípies

Desig genèsic complert

Seguiment
Ginecologia-
Oncològica

SÍ

Histerectomia

Derivar a Unitat específica:
ginecologia-Oncològica

NO

• **Ressecció histerosòpica de la lesió +:**

- DIU LNG 52mg
- Gestàgens vo

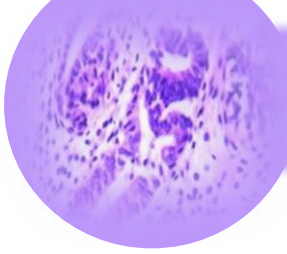
Repetir ecoTV i biòpsia **per HSC** cada 3-6 mesos

Objectiu: resposta completa (2 biòpsies consecutives negatives en un interval de 3 mesos) en <15 mesos.

Si no hi ha resposta als 6 m del tractament: Comitè experts.

Cerca de gestació: Després de resposta completa; 6-9 mesos / TRA per minimitzar el temps fins concepció.

Seguiment: Bx cada 3-6 mesos fins cirurgia definitiva /gestació



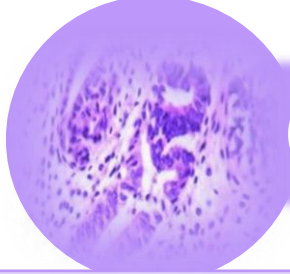
TRACTAMENT

Tractament quirúrgic en pacient amb HE **amb** atípies

- Desig genètic complert
- No resposta a tractament conservador
- Recurrència malaltia
- Progressió malaltia
- No gestació



- Histerectomia total amb doble salpingectomia o annexectomia segons estatus menopàusic de la pacient/ alt risc genètic familiar.
- Abordatge mínimament invasiu.



CONCLUSIONS

INTRODUCCIÓ

FACTORS DE
RISC

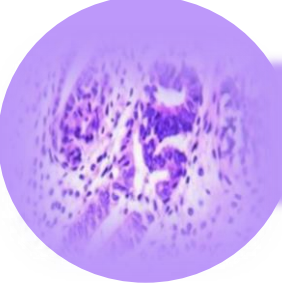
DIAGNÒSTIC

TRACTAMENT

SEGUIMENT

CONCLUSIONS

- Factors de risc per desenvolupar HE: Exposició endometrial a estrògens (obesitat) / Sd genètics
- Quan realitzar Bx endometrial? Metrorragia post-menopàusica / LE >10 mm post-menopausa / SMA i factors de risc.
- No és necessària una ecografia AC.
- Coexistència de carcinoma endometrial i HE amb atípies: **> 40%**
- Tractament d'elecció en dones amb HE sense atípies DIU LNG 52mg
- Importància de les modificacions en estil de vida
- Tractament en dones amb HE amb atípies i desig genèsic complet: Histerectomia
- Tractament en dones amb HE amb atípies i desig genèsic NO complet: Resecció histeroscòpica + DIU LGN/ Progestàgens via oral.



BIBLIOGRAFIA

- Reed, S., & Urban, R. Endometrial hyperplasia and endometrial intraepithelial neoplasia: Clinical features, diagnosis, and differential diagnosis. *UpToDate* 2024
- Reed, S., & Urban, R. Endometrial hyperplasia management and diagnosis. *UpToDate*. 2024
- Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al/ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma *International Journal of Gynecologic Cancer* 2021;**31**:12-39
- Herrera Cappelletti E, Humann J, Torrejón R, et al. Chances of pregnancy and live birth among women undergoing conservative management of early-stage endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2022;28:282–95
- Rodolakis A, et al. *Int J Gynecol Cancer* 2023;33:208–223. doi:10.1136/ijgc-2022-004047
- Raffone A, Travaglino A, Saccone G, et al. Endometrial hyperplasia and progression to cancer: which classification system stratifies the risk better? A systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2019; 299:1233.
- Emons G, Beckmann MW, Schmidt D, et al. New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2015; 75:135