

Histeroscopia: Experiencia de siete años en el Centro Médico ABC. Análisis de 252 casos

Mario Carlos Morales-Velázquez,* Andrea Alicia Olguín Ortega,*
Gabriel Rojas-Poceros,* Héctor Hugo Bustos-López*

RESUMEN

Objetivos: Conocer la patología ginecológica más frecuente, observada mediante histeroscopia en el Centro Médico ABC. Analizar las indicaciones de histeroscopia, correlación de hallazgos histeroscópicos y patológicos, así como sus complicaciones. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Del archivo clínico, se revisaron los expedientes de casos con procedimientos de histeroscopia efectuados entre julio de 1997 y junio de 2004. Las variables analizadas fueron edad, diagnóstico preoperatorio, hallazgos histeroscópicos e histopatológicos. También se analizó el tiempo de estancia hospitalaria y las complicaciones transoperatorias y posoperatorias. **Resultados:** Durante el periodo analizado se realizaron 252 procedimientos. La edad de las mujeres osciló entre 16 y 72 años, la mayor frecuencia (32.9%) de procedimientos realizados correspondió a mujeres con 30 a 34 años de edad. El diagnóstico preoperatorio más común fue sangrado uterino anormal, secundario a poliposis endometrial (35.7%). Se observó un total de siete complicaciones (2.77%). **Conclusiones:** La histeroscopia es una herramienta indispensable para diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de patologías ginecológicas. Es un arma necesaria en la labor cotidiana del médico ginecoobstetra.

Palabras clave: Histeroscopia, miomectomía, histeroscopio, sangrado uterino anormal, poliposis endometrial.

ABSTRACT

Objectives: To know the most frequent gynecological pathology observed by hysteroscopy in the ABC Medical Center. To analyze the indications for hysteroscopy, its correlations, discoveries and pathological complications. **Material and methods:** The study is retrospective, traverse, descriptive, and observational. Files were revised from July 1997 to June 2004 in patients that had hysteroscopy, for a total of 252 procedures. Observed variables were the age of the patient, preoperative diagnosis, hysteroscopic discoveries, and cytopathology. Also analyzed were length of hospitalization and complications. **Results:** Of 252 procedures 32.9% corresponded to the age group from 30-34 years, with a range of from 16-72 years. Most common preoperative diagnosis was from secondary abnormal uterine bleeding due to endometrial polyposis (35.7%). A total of seven (2.77%) complications were observed. **Conclusions:** Hysteroscopy is an indispensable tool for diagnosis and treatment for a wide range of gynecological pathologies. It is a tool of necessity for daily work for the medical gynecological obstetrician.

Key words: Hysteroscopy, myomectomy, hysteroscope, abnormal uterine bleeding, polyposis endometrial.

INTRODUCCIÓN

En 1865, Desormeaux presenta un tubo recto provisto de una lente y un espejo inclinado a 45°. Un pequeño conducto asegura el tiraje de la vela que

ilumina el orificio del tubo. Este endoscopio debía servir para la exploración de la uretra, la vejiga y el útero.¹

La endoscopia uterina moderna se inició con Norment (1943), quien aplicó una vaina exterior para poder deslizar la óptica en su interior; posteriormente modificó el ángulo de visión del aparato (50°), el cual se colocaba frontalmente, situando el objetivo y la fuente de luz en posición distal.

La histeroscopia, como técnica diagnóstica exacta, no sólo permite la observación visual directa de la patología y su localización precisa, sino

* Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 04/10/06. Aceptado: 18/10/06.

Correspondencia: Dr. Mario Carlos Morales Velázquez
Privada Eucalipto 13, Col. Arboledas, 13129 México, D.F.
Tel: (01) 55-55-04-69-17. E-mail: mcmv75@yahoo.com.mx

posibilita la extracción de muestras de la zona con mayor probabilidad de dar resultados positivos. En el período de 1980 a 1990 la ginecología se ha inclinado notablemente hacia la endoscopia como especialidad.

Por lo general, la histeroscopia es una técnica de bajo riesgo que utiliza el canal endocervical, la vía de paso natural del organismo, para penetrar en el ambiente intrauterino. Las técnicas no histeroscópicas para el tratamiento de tabiques y adherencias intrauterinas son obsoletas. La resección o ablación del endometrio se considera una alternativa aceptable a la hysterectomía para el manejo de hemorragias uterinas anormales. Los miomas submucosos ya no requieren histerotomía porque se pueden manejar de modo satisfactorio y más conservador mediante la histeroscopia quirúrgica. Finalmente, en la década de los noventa la histeroscopia ha hallado su propio nicho y todos los ginecólogos deben aprender las habilidades de la histeroscopia, al igual que todos los urólogos deben ser buenos cistoscopistas.²

Los objetivos del presente estudio fueron: 1) Conocer la patología ginecológica más frecuente observada mediante histeroscopia en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico ABC. 2) Determinar la correlación del diagnóstico preoperatorio e histeroscópico. 3) Analizar

la correlación de los hallazgos histeroscópicos e histopatológicos. 4) Detectar la frecuencia y el tipo de complicaciones que se presentaron durante las histeroscopias realizadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se revisaron los casos de histeroscopias realizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico ABC en el período comprendido de julio de 1997 a junio del 2004. Durante el cual se realizaron 252 histeroscopias, para lo cual se utilizaron histeroscopios rígidos, marca Storz y Betoque de 4 mm de 0° y 30°.

La información obtenida fue registrada en una hoja de captura, consignando los siguientes datos: Nombre de la paciente, edad, médico tratante, fecha de ingreso, diagnóstico preoperatorio, procedimiento realizado, hallazgos quirúrgicos, solución de distensión y cantidad instilada, reporte de histopatología, complicaciones y tiempo de estancia.

Las variables analizadas fueron la edad de las pacientes, el diagnóstico preoperatorio, los hallazgos histeroscópicos e histopatológicos, los procedimientos histeroscópicos realizados, el tiempo de estancia hospitalaria y las complicaciones transoperatorias y posoperatorias que se presentaron.

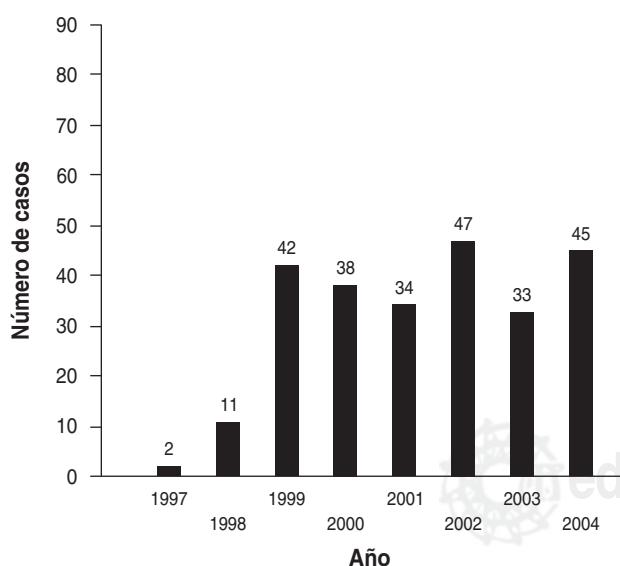


Figura 1. Distribución de casos por años. 1997-2004.

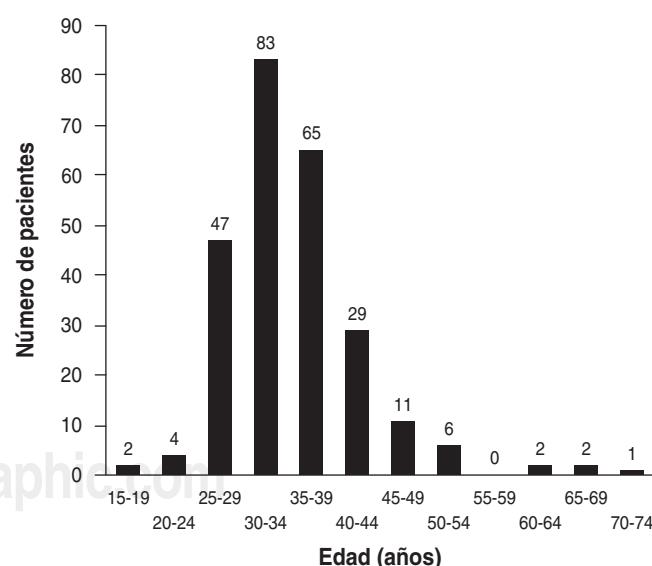


Figura 2. Distribución por grupos de edad. 1997-2004.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 252 procedimientos entre histeroscopias diagnósticas y operatorias en un período comprendido de julio de 1997 a junio del 2004.

Se observó un promedio de 33.5 procedimientos por año (*Figura 1*). Cabe destacar que durante los primeros seis meses del 2004 se habían ya registrado 45 procedimientos, lo que significa que la histeroscopia está ganando auge en el Centro Médico ABC.

El rango de edad de las mujeres a quienes se realizó histeroscopia fue 16 a 72 años. El grupo de edad en quienes se realizó el mayor número de procedimientos fue el de 30 a 34 años (83 casos, 32.9%), seguido por el de 35 a 39 años (25.7%). La *figura 2* muestra la distribución.

Dentro de los diagnósticos preoperatorios observados con mayor frecuencia, el pólipos endometrial fue el más común con 90 casos (35.7%), seguido de sangrado uterino anormal (SUA) en 51 pacientes (20.2%) y sangrado uterino anormal por miomatosis en 44 (17.4%) (*Cuadro I*).

Cuadro I. Diagnósticos preoperatorios.

Diagnósticos	n
SUA + pólipos endometriales	90
Sangrado uterino anormal	51
SUA + miomatosis uterina	44
Dolor pélvico	42
Hiperplasia endometrial	9
Histeroscopia diagnóstica	9
Colocación OVION	9
Sinequias	7
Malformaciones uterinas	6
Estados premalignos	5
Infertilidad	3
Cuerpo extraño/DIU T	3
Obstrucción tubaria	1
Otros	13

Abreviaturas: SUA = Sangrado uterino anormal.

DIU = Dispositivo intrauterino.

OVION = Sistema de anticoncepción permanente intratubario.

Cuadro II. Hallazgos histeroscópicos.

Hallazgo	n
Pólipo endometrial	129
Miomatosis	48
Cavidad normal	39
End. hiperplásico	28
Sinequias intrauterinas	20
Malformaciones uterinas	10
Otros	11

Cuadro III. Procedimientos realizados.

Procedimiento	n
Histeros + laringoscopia	129
Polipectomía	97
Histeroscopias diagnósticas o de control	47
Miomectomía	30
Ablación endometrial	26
Histeroscopia + LUI	24
Histeroscopia + otro	20
Adhesiolisis	12
Colocación OVION	9
LUI biopsia endometrial	9
Resección de tabique	6
Retiro de cuerpo extraño	5

Abreviaturas: LUI = Legrado uterino instrumentado.

OVION = Sistema de anticoncepción permanente intratubario.

Los hallazgos histeroscópicos (*Cuadro II*) reportados con mayor frecuencia fueron: pólipos endometriales en 129 (51.1%) y miomatosis uterina (de tipo submucoso) en 48 pacientes (19%). No se cuenta con estudio de patología de todas las histeroscopias, ya que algunos procedimientos fueron simplemente diagnósticos y otros resultaron normales. Los procedimientos realizados de acuerdo con los hallazgos histeroscópicos se presentan en el *cuadro III*.

El tiempo de estancia fue menor de 24 horas en 34% de los casos. La mayoría de las pacientes (52%) tuvo estancia de 24 a 48 horas, debido sobre todo a la exigencia de los seguros médicos, los

cuales solicitan que la estancia sea mayor a 24 horas. El 14% tuvo estancia mayor a 48 horas.

Las complicaciones observadas durante el periodo de julio de 1997 a junio del 2004 fueron dos perforaciones uterinas, secundarias al proceso de dilatación cervical; dos coagulopatías: una dilucional y de consumo y la otra puramente dilucional. Se observaron dos sangrados uterinos secundarios al procedimiento, uno de éstos posterior a miomectomía. Se registró un caso de edema agudo pulmonar, secundario a los medios de distensión de tipo glicina al 1.5% y al hyskon. La tasa de complicaciones secundarias a histeroscopia fue de 2.9%.

Se observan además dos eventos inherentes a la histeroscopia: un hidrotórax secundario a la laparoscopia y una lesión de intestino delgado por la parotomía.

Se hizo una correlación de acuerdo a los hallazgos histeroscópicos más frecuentes y sus reportes histopatológicos. Se analizaron las dos patologías más comúnmente encontradas. De 72 muestras de tejidos enviados con diagnóstico histeroscópico de pólipos endometriales, 33 casos (45.8%) fueron reportados como endometrio, 27 (37.5%) como pólipos endometriales, cinco (7%) como hiperplasia endometrial, cuatro (5.5%) como miomas y dos (2.7%) como pólipos endocervicales.

De 38 muestras catalogadas como mioma, 23 (60.5%) correspondieron a mioma, siete (18.4%) a endometrio y cuatro (10.5%) a pólipos endometriales.

De 105 médicos activos del Cuerpo Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia, 23.8% ($n = 25$) realizan histeroscopia en el Centro Médico ABC; lo que ubica a este centro sobre las estadísticas norteamericanas de 10 a 15%.

DISCUSIÓN

La principal ventaja de la histeroscopia es que permite observar directamente la patología que afecta a la cavidad y, en gran parte, tratarla. Existen ciertas contraindicaciones importantes: embarazo, infección uterina o cervical, sangrado uterino profuso, neoplasia cervical conocida y, relativamente, adenocarcinoma endometrial, así como estenosis cervical.

Los hallazgos histeroscópicos más comunes fueron pólipos endometriales detectados en 129 casos (51.1%) y miomatosis uterina registrada en 48 (19%). Estos porcentajes difieren de lo registrado por Rojas-Poceros y colaboradores⁹ en un estudio realizado en el Hospital ABC en un periodo de 10 años de endoscopia ginecológica: de 88 casos, 21 (23.8%) correspondieron a pólipos endometriales y ocho (9%) a miomas.¹⁰

Se detectó una tasa baja de complicaciones. En los siete años analizados, se observaron siete complicaciones, dos de ellas de tipo mecánico (perforación uterina), dos hemorragias uterinas (secundarias al método de dilatación) y tres relacionadas con el medio de distensión (dos coagulopatías y un evento de edema agudo pulmonar causado por el medio de distensión "hyskon"). El tipo de complicaciones observadas pertenece a los procedimientos operatorios en 2.77%, lo cual se encuentra dentro del rango para las histeroscopias operatorias según Stotz (5%).¹³ El porcentaje de casos con perforación uterina encontrado en el presente estudio (0.79%) es muy similar al reportado por Stotz (0.76%).¹³

Las complicaciones de histeroscopia se pueden dividir en tempranas y tardías; así como en complicaciones relacionadas con la introducción del histeroscopio, la técnica realizada y los medios de distensión. La frecuencia de complicaciones es de 0.28% en los procedimientos histeroscópicos y de 0.13% en las histeroscopias diagnósticas. Propst y colaboradores¹⁴ reportaron una tasa de complicaciones del 2.7% en las histeroscopias operatorias; la polipectomía y la ablación endometrial tuvieron las tasas más bajas de complicaciones (OR 0.1, 95% CI 0.0, 0.7 y OR 0.4, 95% CI 0.1, 3.3, respectivamente), mientras que la miomectomía y la resección de septum se encontraron entre las más altas (10.2% y 9.5%, respectivamente). También mencionan que las mujeres tratadas previamente con agonistas de la GnRH tienen siete veces más riesgo de complicaciones que las mujeres no tratadas.

La complicación temprana más común es la perforación de la cavidad uterina (0.76%). Aproximadamente la mitad de los casos se relacionan con el método de introducción.¹⁵

Entre las medidas para evitar complicaciones, Cooper y colaboradores⁴ recomiendan los siguientes puntos:

1. Evitar colocar a la paciente en posición de Trendelenburg o utilizarla lo menos posible.
2. Minimizar el trauma cervical; considerar el uso preoperatorio de laminaria.
3. Mantener el orificio cervical ocluido.
4. Cuando se sospecha de embolismo y no se resuelve inmediatamente, la paciente debe ser colocada en decúbito lateral izquierdo; así, el corazón derecho se eleva y el aire no puede pasar al sistema pulmonar.
5. La utilización de agonistas de GnRH debe ser considerada especialmente en pacientes con menorragia y anemia.

El tiempo de estancia hospitalaria es menor, comparado con otro tipo de intervenciones.

La histeroscopia es una herramienta fundamental en la práctica del ginecoobstetra, ya que es un método diagnóstico terapéutico efectivo. Se clasifica como una cirugía de mínima invasión y con resultado estético excelente.

La realización simultánea de una laparoscopia es frecuente en nuestro medio (51.1%), principalmente en procedimientos mayores como resección de tabiques, miomectomías y verificación de la permeabilidad tubaria.

Ofrece una amplia gama de procedimientos como cirugías diagnósticas de consultorio, para la detección de adenocarcinoma de endometrio, histeroscopias operatorias de tipo polipectomía, miomectomía, resección de tabiques intrauterinos, extracción de dispositivos intrauterinos (DIU), adherenciólisis, ablación endometrial y esterilización histeroscópica.

La mayoría de las pacientes cursan con un posoperatorio favorable, los costos disminuyen al compararla con procedimientos mayores y la tasa de morbilidad es mínima. No existe mortalidad debida a este procedimiento en nuestra institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rock JA, Thompson JD. Ginecología quirúrgica de Te Linde. 8a ed. México: Editorial Médica Panamericana, 1996.
2. Magos A, Chapman L. Hysteroscopic tubal sterilization. Clin Obst Gynecol 2004; 31: 3.
3. A. Laffont, F. Durieux. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris (Francia): Elsevier, 2000.
4. Cooper JM, Brady RM. Contemporary management of abnormal uterine bleeding. Intraoperative and early postoperative complications of operative hysteroscopy. Clin Obstet Gynecol 2000; 27: 2.
5. Isaacson KB. Gynecologic operative endoscopy. Complications of hysteroscopy. Clin Obstet Gynecol 1999; 26: 39-51.
6. Valle RF. Office hysteroscopy. Clin Obstet Gynecol 1999; 42: 276-289.
7. Donnez J, Nisolle M, Clerckx F. Hysteroscopic myomectomy. An Atlas of Laser Laparoscopy and Hysteroscopy. New York: Parthenon Publishing, 2001; 483-493.
8. Marwah V, Bhandari SK. Diagnostic and interventional microhysteroscopy with use of the coaxial bipolar electrode system. Fertil Steril 2003; 79: 413-417.
9. Molina P. Ablación endometrial con balón térmico uterino Thermachoice. Experiencia en 30 pacientes de 1998 a 2003. Hospital ABC. Tesis para obtener el título de posgrado en ginecología y obstetricia, 2004. México, D.F. Febrero, 2004.
10. Rojas-Poceros G, Bustos-López HH, Oviedo-Ortega JG, González-Cofrades J, Morales-Velázquez M, Avendaño-Barroeta A, Ibarrola-Buen Abad E. Perspectivas y alcances de la Endoscopia Ginecológica en el Hospital ABC: Revisión de 10 años. Perinatol Reprod Hum 2001; 15: 229-227.
11. Quiñones R, Alvarado A, Ley E. Hysteroscopic Sterilization. Int J Gynaecol Obstet 1976; 14: 27-24.
12. Cooper JM, Carignan ChS, Cher D, Kerin JF. Microinsert nonincisional hysteroscopic sterilization. Obstet Gynecol 2003; 102: 59-67.
13. Stotz M, Lampart A, Kochli OR, Schneider M. Intraabdominal bleeding masked by hemodilution after hysteroscopy. Anesthesiology 2000; 93: 2.
14. Propst AM, Liberman RF, Harlow BL, Ginsburg ES. Complications of hysteroscopic surgery: Predicting Patients at Risk. Obstet Gynecol 2000; 96: 517-520.
15. Jansen FW, Vredevoogd CB, Ulzen KV, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TCM. Complications of hysteroscopy: A prospective, multicenter study. Obstet Gynecol 2000; 96: 266-270.