



Artículo original

Utilidad de la histeroscopia de consultorio

Alfredo Saad Ganem,* Carlos Gerardo Salazar López Ortiz,** Carlos Andrés Lejtik Alva,** Pedro Quintero Bernal,* Jorge Palma Dorantes***

RESUMEN

Objetivo: mostrar las bondades de la histeroscopia de consultorio en la resolución de los problemas de la cavidad uterina con invasión mínima.

Diseño: retrospectivo, descriptivo y observacional.

Pacientes y método: se incluyeron en este estudio las histeroscopias practicadas en un consultorio privado de febrero del 2000 a agosto del 2004 (n=84); el estudio fue retrospectivo, descriptivo y longitudinal. A 32 pacientes se les realizó el procedimiento sin anestesia (diagnósticas) y 52 recibieron sedación endovenosa (operatorias). Se utilizaron telescopios Karl Storz (diagnóstico) y Bettocchi (operatorio) con fuente de luz de xenón.

Resultados: el postoperatorio se realizó en el consultorio y fue de 90 minutos; las pacientes egresaron sin complicaciones. La edad promedio fue de 38 ± 10 años. Las principales indicaciones fueron: infertilidad y sangrado anormal; no tuvieron complicaciones. Los procedimientos diagnósticos se realizaron sin anestesia y se midió el grado de dolor con una escala subjetiva del uno al 10. Después del tratamiento, 20 pacientes lograron embarazarse y a dos se les detectó adenocarcinoma del endometrio por biopsia dirigida.

Conclusiones: a pesar de la posibilidad de complicaciones éstas son menores en manos experimentadas y para las pacientes con este procedimiento es significativa.

Palabras clave: histeroscopia, consultorio, anestesia.

Nivel de evidencia: II-3

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the efficacy and feasibility of the office hysteroscopy in the treatment of the endouterine pathologies.

Design: retrospective, descriptive and observational.

Patients and method: We included all the office hysteroscopies performed since February-2000 to August-2004 (n=84) in a private medical office. We performed 32 diagnostic procedures without anesthesia and 52 operative procedures with anesthesia (I.V. sedation). We used a Karl Storz diagnostic telescope and a Bettocchi operative telescope.

Results: Postoperative care was in the office since 90 minutes and all patients went home without complications. Mean age of the patients was 38 ± 10 years. The indications to perform the procedure were infertility and abnormal transvaginal bleeding. There were not complications. All of the diagnostic procedures were done without anesthesia and we verified patient satisfaction with a pain score since 1 to 10 points. Twenty patients could get pregnant after the procedure and in two patients we detected endometrial carcinoma.

Conclusion: With these results, we can assume that office hysteroscopy is a procedure with minimal complications when is performed by expert hands and with excellent patients' satisfaction and benefit.

Key words: hysteroscopy, office, anesthesia.

Level of evidence: II-3

RÉSUMÉ

Objectif : montrer les bontés de l'hystérocopie au cabinet dans la résolution des problèmes de la cavité utérine avec invasion minimale.

Dessin : rétrospectif, descriptif et observationnel.

Patients et méthode : cette étude a inclus les hystérocopies pratiquées dans un cabinet privé de février 2000 à août 2004 (n=84) ; l'étude a été rétrospective, descriptive et longitudinale. On a réalisé sur 32 patientes le procédé sans anesthésie (diagnostiques) et 52 ont été soumises à sédation endoveineuse (opératoires). On a employé des télescopes Karl Storz (diagnostique) et Bettocchi (opérateur) avec source de lumière xénon.

Résultats : le post-opérateur a été réalisé au cabinet et a eu une durée de 90 minutes ; les patientes sont sorties sans complications. La moyenne d'âge a été de 38 ± 10 ans. Les principales indications ont été d'infertilité et de saignement anormal ; elles n'ont pas eu de complications. Les procédés diagnostiques ont été réalisés sans anesthésie et le degré de douleur a été mesuré avec une échelle



subjective allant de 1 à 10. Après le traitement, 20 patientes ont réussi à devenir enceintes et l'on a détecté adénocarcinome de l'endomètre chez deux patientes par biopsie dirigée.

Conclusions : d'après les résultats, nous observons que, malgré qu'elle puisse exister, la possibilité d'une complication dans des mains expérimentées sont minimales et que le bénéfice pour les patientes avec ce procédé est significatif.

Mots-clé : hystéroscopie, cabinet, anesthésie.

Niveau d' évidence : II-3

RESUMO

Objetivo: mostrar as vantagens da histeroscopia de consultorio na resolução dos problemas da cavidade uterina com invasão mínima. **Desenho:** retrospectivo, descritivo e observacional.

Pacientes y método: neste estudo foram incluídas as histeroscopias praticadas em um consultorio particular desde fevereiro do 2000 até agosto de 2004 (n=84); o estudo foi retrospectivo, descritivo e longitudinal. 32 pacientes tiveram o procedimento sem anestésia (diagnósticas) e 52 foram submetidas a sedação endovenosa (operatórias). Usaram-se telescópios Kart Store (diagnóstico) e Bettocchi (operatório) com fonte de luz de xênon.

Resultados: o pós-operatório foi feito no consultorio e foi de 90 minutos; as pacientes não tiveram complicações. A idade promedio foi de 38 ± 10 anos. As indicações principais foram de infertilidade e de sangramento normal não tiveram complicações. Os procedimentos diagnósticos foram realizados sem anestésia e se mediu o grau de dor com uma escala subjetiva do um até o 10. Após o tratamento, 20 pacientes conseguiram ficar grávidas a duas foi-lhes detectado adenocarcinoma do endométrio por biopsia dirigida.

Conclusões: segundo os resultados observamos que, ainda que podem se apresentar complicações, as possibilidades de que aconteça em mãos experientes são mínimas e o benefício para as pacientes com este procedimento é importante.

Palavras chave: histeroscopia, consultório, anestésia.

Nível de evidência: II-3

La histeroscopia fue uno de los primeros abordajes para estudiar directamente la cavidad uterina; sin embargo, resulta paradójico que haya tenido que esperar a que otras técnicas endoscópicas tuvieran un progreso tecnológico considerable para que se aplicara en la práctica clínica.

Desde principios de la década de 1980 la histeroscopia abrió un nuevo panorama diagnóstico para evaluar el conducto cervical y la cavidad endometrial; poco a poco se superaron las limitaciones, como: la dilatación cervical, el uso de anestésicos y las intervenciones quirúrgicas. Los resultados fueron comparativos y en ocasiones mejores que con la laparotomía, sin olvidar las innovaciones de los equi-

pos y los diámetros cada vez más pequeños de las camisas operatorias que hacen menos agresivos los procedimientos.

Actualmente es posible llevar a cabo una evaluación completa y amplia de la cavidad uterina en el consultorio, sin necesidad de aplicar ningún tipo de anestesia o de dilatación cervical. Desde luego que las indicaciones de este procedimiento han aumentado considerablemente. Los hallazgos histeroscópicos anormales con resultado normal en la histerosalpingografía van desde uno hasta 62%, dependiendo de los autores consultados. En promedio, la tasa de falsos positivos y negativos para la histerosalpingografía da alta sensibilidad (97%) y baja especificidad (23%), por lo que en algunos casos sobraría esta prueba como la primera indicada cuando se sospecha alguna alteración exclusiva de la cavidad uterina.¹ En todos los casos que teóricamente requieren la visualización directa de la cavidad endometrial o del conducto cervical se ha indicado esta técnica. También la operación ablativa desplazó en un porcentaje no despreciable a la histerectomía. La medicina reproductiva no sólo se beneficia de la histeroscopia cuando es posible diagnosticar o resolver alteraciones intracavitarias, sino

* Ginecoobstetra.

** Ginecoobstetra y biólogo de la reproducción.

*** Anestesiólogo adscrito.
Hospital Español de México.

Correspondencia: Dr. Alfredo Saad Ganem. Torre de consultorios del Hospital Español, avenida Ejército Nacional 617, sexto piso, despacho 603, colonia Granada, México, DF.
Recibido: agosto, 2005. Aceptado: octubre, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

también se utiliza en condiciones específicas para los procedimientos de reproducción asistida, como: evaluación del fallo en ciclos previos de fecundación *in vitro*, manejo de las obstrucciones tubarias proximales y la fertiloscopia.²

En todo procedimiento endoscópico es muy importante evaluar cuidadosamente la habilidad del cirujano para manejar los instrumentos y dispositivos, y el conocimiento profundo de los mismos.

Deben tomarse en consideración los medios de distensión. En la actualidad, a pesar de haber infinidad de posibilidades, se prefiere utilizar la solución fisiológica con distintas alternativas de sistemas para controlar la presión y el flujo, como: la caída por gravedad, el manguito de presión o las complejas máquinas, la endomat que controla la presión de ingreso, la salida de los líquidos de la cavidad uterina y, por supuesto, de las camisas.

OBJETIVO

Mostrar las bondades de la histeroscopia de consultorio en la resolución de los problemas de la cavidad endometrial, con la mínima invasión posible y con la máxima resolución del problema.

PACIENTES Y METODO

Se incluyeron las histeroscopias realizadas en consultorio del mes de febrero del 2000 a octubre del 2004; fue un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal. Algunas de ellas se practicaron sin anestesia por ser meramente diagnósticas; el resto con anestesia general endovenosa con asistencia ventilatoria para resolver los problemas que se detectaron, como: pólipos, miomas, malformaciones müllerianas, dispositivos traslocados y la extracción de cuerpos extraños, como los restos óseos o las metaplasias óseas endometriales.

A todas las pacientes se les interrogó y se les realizó una exploración física detallada antes del procedimiento; se les explicó en forma específica y dirigida la intervención para que conocieran sus limitaciones, riesgos y complicaciones; firmaron una autorización por escrito de consentimiento para la intervención quirúrgica.

Con la autorización, las pacientes ingresaron al consultorio con ayuno de ocho horas para iniciar el

procedimiento diagnóstico; se utilizó un telescopio Storz de 1.7 mm de diámetro externo, camisa diagnóstica de 2.1 mm y solución fisiológica para distender la cavidad endometrial; la fuente de luz fue de xenón y se transmitió con fibra óptica al telescopio.

Una endocámara Storz Dxcam se acopló a la lente para demostrar la evaluación de la cavidad; en caso de encontrar algún padecimiento se procedió a cambiar el telescopio por el de Bettocchi con camisa operatoria para resolver el problema en ese momento. Esto último en caso de que la paciente autorizara la intervención, previa anestesia endovenosa y después de recibir la explicación amplia del caso, con la conveniencia de resolverlo en ese mismo momento. Este reporte trata del inicio de un protocolo extenso de procedimientos histeroscópicos, por lo que se decidió realizar estos métodos operatorios con sedación como seguridad para las pacientes. Sin embargo, a raíz de la fecha de corte de este reporte, se comenzaron a realizar estas operaciones sin anestesia endovenosa y únicamente en algunos casos se utilizó bloqueo paracervical.

Una vez terminado el procedimiento, la paciente reposó unos minutos en la cama y, posteriormente, recuperada en forma total, egresó a los 90 minutos con indicaciones de acudir a urgencias en caso necesario.

Se evaluaron los resultados según el padecimiento; el éxito de la operación en algunos casos fue de forma inmediata y en otros de forma mediata, con embarazo en los casos de infertilidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 84 pacientes con edad promedio de 33 ± 10 años (25–80 años); diez eran solteras y 74 casadas, con un promedio de parejas de 1.4 ± 0.7 ; la mayoría tenía en su historial un solo embarazo o ninguno, con promedio de 1.5 ± 1.4 (0.6 ± 1.7 partos y 0.6 ± 1.0 abortos). Las indicaciones principales por las que se realizó el procedimiento fueron: infertilidad, 44 pacientes; sangrado anormal, 34 pacientes, y otras causas, seis pacientes (sospecha de alteraciones intracavitarias, hiperplasia endometrial, etc.) (figura 1). Se realizaron 32 histeroscopias diagnósticas y 52 operatorias; los procedimientos operatorios se efectuaron con sedación y apoyo ventilatorio, mientras que los diagnósticos se hicieron sin ningún tipo de anestesia. Los diagnósti-

cos preoperatorios fueron: 18 por hemorragia anormal, 26 por infertilidad (16 primaria y 10 secundaria), 13 con sospecha ultrasonográfica de pólipo endometrial y 27 con otros diagnósticos, como: sospecha de malformaciones müllerianas, cuerpos extraños intracavitarios, etc. (figura 2).

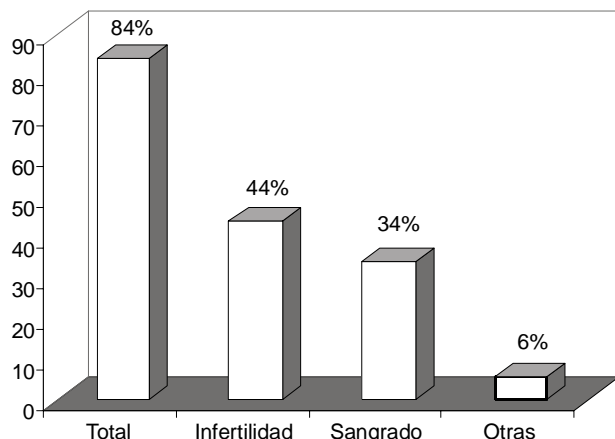


Figura 1. Indicaciones.

En el postoperatorio se encontraron: 31 pacientes con pólipos endometriales, 29 con cavidad uterina normal, seis con tabiques uterinos, cinco con hiperplasia endometrial, cuatro con pólipos endocervicales, dos con restos óseos, dos con sinequias uterinas, dos

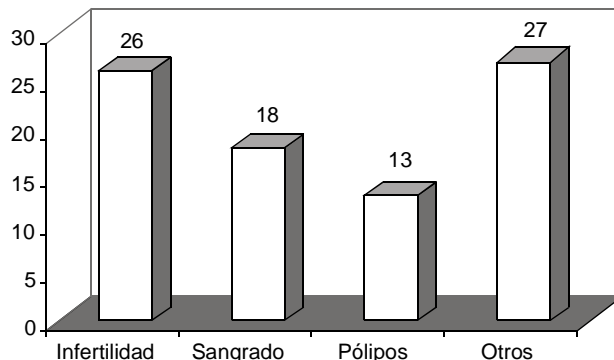


Figura 2. Diagnóstico preoperatorio.

con miomas submucosos, dos con adenocarcinomas de endometrio y un DIU traslocado (figura 3).

Posterior al procedimiento se lograron 20 embarazos, de los cuales tres terminaron en aborto y dos en pérdidas a las 22 y 27 semanas, la primera por rotura de membranas y la segunda por preeclampsia. Fueron cuatro embarazos gemelares y el resto con feto único: en total 19 niños sanos.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

En estudios publicados anteriormente³ se menciona que en sus inicios la histeroscopia de consultorio pagó

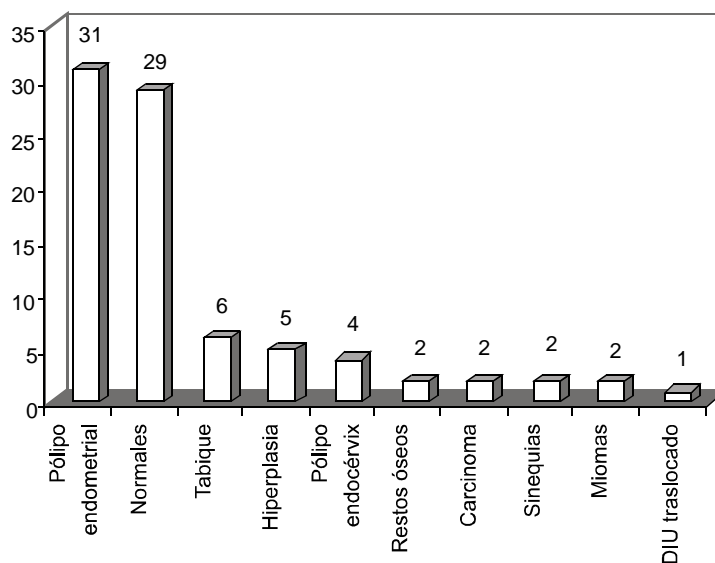


Figura 3. Diagnóstico postoperatorio.

el precio de ser tomada únicamente como estudio de investigación visual, lo anterior debido a la falta de desarrollo tecnológico, instrumental y de personal capacitado para que se realizara adecuadamente. En nuestros días, y gracias a los avances del instrumental, los histeroscopios diagnósticos y operatorios tienen prácticamente el mismo diámetro externo. La aparición de una nueva generación de médicos capacitados en el uso adecuado de estos instrumentos permitió el desarrollo esperado de la histeroscopia y ahora se considera un instrumento diagnóstico y terapéutico fundamental en el estudio de la cavidad uterina.⁴

La histeroscopia de consultorio demostró ser un procedimiento inmejorable, pues permitió corroborar enfermedades que se habían sospechado en la histerosonografía y en la ultrasonografía. En algunos casos de normalidad, con los estudios previamente mencionados, encontramos padecimientos no sospechados, y en dos ocasiones se demostró adenocarcinoma de endometrio.

Es muy importante tener conocimiento profundo del uso de los instrumentos y de la preparación de la paciente para establecer un protocolo del procedimiento en los casos en donde se requiera realizar esta práctica; sobre todo reconocer los límites de acción del mismo procedimiento para continuar o detener una operación para la mejor preparación de la paciente y ofrecer mejor pronóstico.

Se publicaron diversos estudios que comparan a la histeroscopia de consultorio con la ultrasonografía o la histerosonografía para la detección de enfermedades intracavitarias y endometriales; en ellos se demuestra que la histeroscopia de consultorio es superior a los otros estudios.⁵

En trabajos publicados se mencionan menos molestias para la paciente cuando se realiza la introducción del histeroscopio por medio de vaginoscopía (distendiendo la vagina con una solución e identificando el orificio cervical externo para colocar el telescopio al inicio del mismo e introducirlo de acuerdo con la anatomía de la paciente; se obtiene así la posibilidad de visualizar toda la cavidad uterina con el mínimo de molestia usando una lente de 30°). Tiene más molestias la técnica tradicional donde se utiliza el espejo vaginal y el pinzamiento del labio anterior del cuello uterino (con o sin bloqueo paracervical de cuatro puntos).⁶

En 40% de los casos las causas de la hemorragia uterina anormal no puede detectarse con los estudios convencionales hasta que se realiza la histeroscopia diagnóstica y se identifican las alteraciones, como la atrofia endometrial, miomas, pólipos, hiperplasia endometrial o la neoplasia del endometrio; se pueden corroborar los tabiques uterinos y sinequias o cuerpos extraños en donde se ven restos óseos, metaplasia ósea o dispositivos que afectan en forma importante el ambiente del útero. Al compararla con la histerosonografía, la histeroscopia tiene menor índice de error en el diagnóstico de las alteraciones intracavitarias; sin embargo, tiene el inconveniente de ser menos tolerado por las pacientes debido a que causa más dolor que la histerosonografía.⁷

Existen otros estudios que comparan el uso de la anestesia local (bloqueo paracervical) con el de la sedación intravenosa con midazolam para las pacientes a las que se les practica histeroscopia operatoria de consultorio, en los cuales se menciona que no existe diferencia significativa en cuanto al control del dolor en las pacientes.⁸ En nuestro caso, los 52 procedimientos operatorios se realizaron sólo con sedación con propofol y apoyo ventilatorio, mientras que los 32 diagnósticos no requirieron ningún tipo de anestesia o analgesia.

En el campo de la infertilidad la histeroscopia es uno de los estudios actualmente indispensables para el buen tratamiento de la mujer infértil; debería estar incluido en cualquier protocolo de estudio, ya que se realiza con las mínimas molestias y con un porcentaje bajo de complicaciones, como se pudo demostrar en este trabajo.

En algunas ocasiones, por las características de la enfermedad, puede realizarse más de un procedimiento, hasta recuperar la anatomía de la cavidad uterina, como pasa con los miomas o las sinequias; también se pueden detectar alteraciones importantes que ameriten tratamiento dentro de un quirófano por lo extenso del padecimiento y la duración del procedimiento.

En la actualidad los procedimientos operatorios se realizan sin ninguna anestesia; en casos técnicamente difíciles se decide colocar bloqueo paracervical de cuatro puntos.

Las complicaciones pueden existir aunque son mínimas y es posible que haya infección, intoxicación

con los medios de distensión, perforación uterina y quemaduras con el uso del resectoscopio, por lo que deberá tenerse especial atención con este tipo de situaciones, aunque en este trabajo afortunadamente no existieron complicaciones.

REFERENCIAS

- 1 Ferro J, Troncoso C, Valencia I, Remohi J, Pellicer A. Histeroscopia y medicina reproductiva. Cuad Med Reprod 2002;1:239-56.
- 2 Gola A, Ron-El R, Herman A, Soffer Y. Diagnostic hysteroscopy: its value in an *in vitro* fertilization/embryo transfer unit. Hum Reprod 1992;7:1433-4.
- 3 Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does "diagnostic hysteroscopy" mean today? The role of the new techniques. Curr Opin Obstet Gynecol 2003;15:303-8.
- 4 Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Di Venere R, Masciopinto V. Operative office hysteroscopy without anesthesia: Analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004;11:59-61.
- 5 Clark J, Bakour S, Gupta J, Khan K. Evaluation of outpatient hysteroscopy and ultrasonography in the diagnosis of endometrial disease. Obstet Gynecol 2002;99:1001-7.
- 6 Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce pain in office hysteroscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1997;4:37-41.
- 7 Rogerson L, Bates J, Weston M, Duffy S. A comparison of outpatient hysteroscopy with saline infusion hysterosonography. Br J Obstet Gynaecol 2002;109:800-4.
- 8 Guida M, Pellicano M, Zullo F, Acunzo G, et al. Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: a prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious sedation. Hum Reprod 2003;18:840-3.

SÍNTOMAS DEL EMBARAZO DURANTE EL PRIMER PERIODO

I. Interrogatorio

2. Síntomas simpáticos. Los principales son los digestivos, consistiendo en **vómitos**, que aparecen por la mañana al despertarse, cuando la mujer se incorpora o cambia de posición: son biliosos o mucosos, glerosos. Pueden reproducirse durante el día y convertirse en alimenticios. Aunque faltan en el 50 por 100 de los casos, éste es un signo de cierto valor al principio del embarazo; aparecen los vómitos algunos días después de la primera falta y cesan en el curso del tercer mes. Pueden presentarse otros trastornos simpáticos, extravagancias del sentido del gusto y del olfato, etc. Estos trastornos a los que las mujeres conceden tanta importancia, no son nunca suficientes por sí solos para establecer el diagnóstico del embarazo; además, faltan a menudo, y por consiguiente, tienen un valor muy secundario.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:48.