



Experiencia de siete años en la práctica de la cirugía histeroscópica en el consultorio con tecnología bipolar

José Alanís Fuentes,* Óscar Alejandro Mancera Pantoja,** Jesús Gerardo Lara Figueroa***

RESUMEN

Antecedentes: en la última década se han desarrollado instrumentos de diámetros pequeños, con vainas de flujo continuo sumamente eficientes y con canales de trabajo que permiten realizar actos quirúrgicos ambulatorios.

Objetivo: valorar la utilidad de la cirugía histeroscópica en el consultorio con tecnología bipolar y analizar las peculiaridades, los resultados y la tolerancia.

Material y método: estudio descriptivo de siete años de actividades de la Clínica de Histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Se describe la técnica ejecutada con histeroscopio Bettocchi de 5.5 mm en 1,591 pacientes.

Resultados: la duración media de la técnica fue de ocho minutos. El procedimiento más frecuente fue la polipectomía. Sólo refirieron dolor significativo o síndrome vagal 0.75% de las pacientes.

Conclusiones: la tecnología bipolar facilita la cirugía histeroscópica en el consultorio, y deja para el resectoscopio casos más seleccionados, con muy buena tolerancia por parte de la paciente.

Palabras clave: histeroscopia en el consultorio, tolerancia, tecnología bipolar.

ABSTRACT

Background: In the last decade have developed small diameter instruments with pods streaming and highly efficient working channels that allow outpatient surgical procedures.

Objective: To evaluate the utility of operative office hysteroscopy with the use of the bipolar electrosurgical system. We analyzed clinical characteristics, results and patient acceptability.

Material and methods: We performed a descriptive study of 1591 operative hysteroscopies, using an office hysteroscopic procedure with Bipolar technology; with a 5.5 mm rigid hysteroscope Bettocchi type.

Results: The mean operating time was 8 min. The most common procedure was polypectomy. Severe pain and/or vagal reflex occurred in less than 0.7% of the patients.

Conclusions: The Bipolar technology facilitates operative office hysteroscopy and allows resectoscopy to be reserved for the treatment of special cases. Patient acceptability is high.

Key words: Office hysteroscopy, patient acceptability, bipolar technology.

RÉSUMÉ

Antécédents : Dans la dernière décennie, nous avons développé des outils de petit diamètre avec le streaming gousses et hautement efficaces canaux de travail qui permettent aux procédures de chirurgie ambulatoire.

Objectif: évaluer l'utilité de la chirurgie hystéroskopique dans le bureau avec la technologie bipolaire et d'analyser les caractéristiques, les performances et la tolérance.

Méthodes: Etude descriptive des sept années d'activités Hystéroskopie Clinique Hôpital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, secrétaire à la Santé de Mexico. Nous décrivons la technique réalisée avec hystéroscope 5.5 mm Bettocchi en 1.591 patients.

Résultats: La durée médiane de la technique était de huit minutes. Le plus fréquent était la polypectomie. Seuls ont signalé une douleur importante ou un syndrome vagal 0,75% des patients.

Conclusions: bipolar technologie facilite en exercice chirurgie hystéroskopique, et laisse les cas résectoscope sélectionnés, avec une bonne tolérance par le patient.

Mots-clés: en exercice hystéroskopie, la tolérance, la technologie bipolaire.

RESUMO

Antecedentes: Na última década, desenvolvemos instrumentos de pequeno diâmetro com casca streaming e altamente eficientes canais de trabalho que permitem que os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Objetivo: avaliar a utilidade da cirurgia histeroscópica no escritório com tecnologia bipolar e analisar as características, desempenho e tolerância.

Métodos: Estudo descritivo de sete anos de atividades Histeroscopia Clinic Hospital Geral Dr. Manuel Gea González, secretário de Saúde da Cidade do México. Descrevemos a técnica executada com 5,5 mm-histeroscópio Bettocchi em 1,591 doentes.

Resultados: A duração mediana de técnica foi de oito minutos. O mais frequente foi a polipectomia. Apenas relataram dor significativa ou síndrome vagal 0,75% dos pacientes.

Conclusões: Bipolar tecnologia facilita em exercício cirurgia histeroscópica, e permite que os casos ressectoscópio selecionados, com boa tolerância pelo paciente.

Palavras-chave: em exercício histeroscopia, a tolerância, a tecnologia bipolar.

Hasta hace algunos años, la patología uterina intracavitaria, independientemente de su tamaño, precisaba para su tratamiento del resectoscopio, con la consiguiente necesidad de dilatación cervical, hospitalización y la aplicación de anestesia-analgésia. En la última década se han desarrollado instrumentos de diámetros pequeños, con vainas de flujo continuo sumamente eficientes y con canales de trabajo que permiten realizar actos quirúrgicos ambulatorios.¹⁻⁶

Con el desarrollo de la energía bipolar se ha permitido la práctica quirúrgica y el empleo de la solución fisiológica como medio de distensión. Uno de los generadores más utilizados es el sistema electroquirúrgico bipolar Versapoint,[®] que consta de un generador de energía y tres tipos de electrodos diferentes.⁵⁻¹¹

Como consecuencia del desarrollo tecnológico, en la actualidad, particularmente en la histeroscopia ambulatoria, es posible realizar en el consultorio gran cantidad de procedimientos, quedando sólo unos cuantos para el empleo del resectoscopio, como la ablación-destrucción endometrial y la extirpación de grandes pólipos o miomas.¹

El objetivo de este estudio es analizar los aspectos de resultados y la tolerancia del procedimiento histeroscópico quirúrgico en el consultorio con energía bipolar.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de 1,591 procedimientos quirúrgicos realizados mediante histeroscopia en el consultorio con tecnología Versapoint,[®] que se efectuaron entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2009. Se analizan las características clínicas más representativas, la técnica

quirúrgica, el tiempo operatorio, los efectos secundarios y la tolerancia. Todas las pacientes recibieron una explicación precisa acerca de la prueba a realizar y firmaron el consentimiento informado.

Se utilizó un histeroscopio rígido, de flujo continuo, óptica tipo Hopkins de 2.8 mm con visión foro oblicua de 30°, vaina de 5.5 mm y canal operatorio de 5 Fr, de fibra óptica.

Como medio de distensión se utilizó solución fisiológica precalentada a 28°C, administrada con una bomba Hamou II (Karl Storz) a presión de 80 mmHg con volumen de 200 mL por minuto y presión de aspiración de 0.2 bar.

Para la cirugía se utilizaron electrodos quirúrgicos tipo Twizzle. Entre las opciones de este generador se utilizó el corte intermedio (VC2) a una potencia de 45 W.

En la Clínica de Histeroscopia todos los procedimientos se realizan sin anestésico y se recurre a la técnica de acceso por vaginoscopia.

El procedimiento se inicia con vaginoscopia, localización del orificio cervical externo pasando a través del canal endocervical hasta el orificio cervical interno donde se procede a girar el histeroscopio 45° para alinear la oblicuidad del orificio con lo oblicuo del histeroscopio para lograr un paso que sea lo menos traumático posible para ingresar a la cavidad uterina de la siguiente manera: la cara anterior, recesos cornuales, ostiums tubáricos y cara posterior uterina. Se valoró la tolerancia de la paciente y la posibilidad de tratamiento definitivo en el mismo momento de acuerdo con el principio de ver y tratar (*see and treat*) de acuerdo con las tendencias de la época, según Bettocchi y Nappi.²

La valoración del dolor se efectuó mediante la escala visual análoga (EVA), donde cero sería nada de dolor y 10 un dolor insopportable.

El análisis estadístico se realizó para las variables cualitativas mediante la prueba de la χ^2 .

RESULTADOS

Entre el mes de enero de 2003 y diciembre de 2009, en la consulta de la Clínica de Histeroscopia de nuestro hospital se realizaron 8,281 histeroscopias. En 131 casos no fue posible realizarla y se consideraron no satisfactorias 2,363, que fueron quirúrgicas y de éstas, en 1591 se utilizó energía bipolar. La edad media de las pacientes fue de 41.2 años (límites de 15 y 86 años), 307 (19.2%) pacien-

* Médico adscrito al servicio de Ginecología. Responsable de la Clínica de Histeroscopia.

** Médico ginecoobstetra, Clínica de Histeroscopia.

*** Médico adscrito al Servicio de Ginecología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González. México, DF.

Correspondencia: Dr. José Alanís Fuentes. Hospital Ángeles del Pedregal. Camino a Santa Teresa 1055- 502. México 10700 DF. Correo electrónico: josealanisfuentes@yahoo.com.mx
Recibido: noviembre 2012. Aceptado: noviembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Alanís-Fuentes J, Mancera-Pantoja OA, Lara-Figueroa JG. Experiencia de siete años en la práctica de la cirugía histeroscópica en el consultorio con tecnología bipolar. Ginecol Obstet Mex 2012;80(12):749-752.

tes estaban en la menopausia. No hubo predilección por alguna fase del ciclo para la realización del estudio. Los procedimientos practicados se muestran en la Cuadro 1. El tamaño promedio de los pólipos fue de 0.5 a 5 cm. El tamaño promedio de los miomas fue de 1 a 4 cm.

La ampliación del canal cervical por estenosis y con adherencias se resolvió con corte bipolar que se realizó en 116 ocasiones.

A sugerencia nuestra, hubo 176 pacientes a quienes se realizó más de un procedimiento quirúrgico para tratar su enfermedad.

En 97 pacientes se efectuaron dos procedimientos y en 76 de ellas se practicaron tres histeroscopias y no fue posible solucionar de forma definitiva su afección.

En relación con la tolerancia al dolor se catalogó importante (mayor de 5 en la escala visual análoga) en 9 casos se reportó mala tolerancia y de éstos, en tres pacientes hubo reflejo vasovagal que se recuperaron sin problema luego de un periodo de observación, en ningún caso superior a las 30 minutos. Cuadro 2

La duración promedio de los procedimientos fue de 8 minutos, con límite minino de 4 minutos y en ningún caso superó los 20 minutos, con desviación estándar de 5.5.

DISCUSIÓN

El desarrollo tecnológico ha permitido que numerosas técnicas quirúrgicas que antes precisaban del uso del

Cuadro 1. Procedimientos realizados

	Frecuencia	%	% acumulado
Adherenciolisis	116	7.3	7.3
Coagulación	2	.1	7.4
Miomectomía	570	35.8	43.2
PPPiium	111	7.0	50.2
Septo uterino	4	.3	50.5
Polipectomía	788	49.8	100.0
Total	1,591	100.0	

Cuadro 2. Tolerancia

	Número	%
Excelente	1190	74.79
Buena	353	22.18
Regular	39	3.2
Mala	9*	0.75
Total	1,591	

quirófano y el ingreso de la paciente a una cama de hospitalización, y que ahora se realicen en el consultorio con buenos resultados y con muy buena tolerancia, hace recapacitar en el nombre que se emplea, pues no es una cirugía ambulatoria debido a que ésta requiere quirófano y anestesia, más bien debiera considerarse cirugía de consultorio.

La optimización de los recursos y de los tiempos de atención a las pacientes durante una consulta permite ofrecer calidad de atención a las pacientes.

La duración del procedimiento depende, obviamente, de muchos factores; la variabilidad anatómica de las mismas pacientes, la experiencia del cirujano, y la complejidad de la afección a tratar. Se requiere adiestramiento adecuado para que el procedimiento sea bien aceptado. El porcentaje de pacientes que refirieron dolor significativo o síndrome vagal no superó 0.75% y, en ningún caso, requirieron tratamiento o cuidados especiales.

Un claro ejemplo de la buena tolerancia es el hecho de que algunas pacientes desean la segunda e incluso la tercera histeroscopia en consulta para resolver su padecimiento de forma definitiva y no tener que recurrir al ingreso hospitalario ni al quirófano. El padecimiento se trató satisfactoriamente en 1,015 pacientes (85.2%) durante el primer procedimiento.

REFERENCIAS

1. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, et al. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr bipolar electrode. *Hum Reprod* 2002;17:2435-2438.
2. 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;15:303-308.
3. Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:276-289.
4. Bettocchi S, Di Venere R, Pansini N, Pellegrino A, Santamato S, Ceci O. Endometrial biopsies using small diameter hysteroscopes and 5F instruments: how can we obtain enough material for a correct histologic diagnosis? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:290-292.
5. Guida M, Pellicano M, Zullo F, Acunzo G, Lavitola G, Palomba S, et al. Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: a prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious sedation. *Hum Reprod* 2003;18:840-843.
6. Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:65-69.

7. Vilos GA. Intrauterine surgery using a new coaxial bipolar electrode in normal saline solution (Versapoint): a pilot study. *Fertil Steril* 1999;72:740-743.
8. Clark TJ, Mahajan D, Sunder P, Gupta JK. Hysteroscopic treatment of symptomatic fibroids using bipolar intrauterine system: a feasibility study. *Eur J Gynecol Reprod Biol* 2002;100:237-242.
9. Golan A, Sagiv R, Berar M, Ginath S, Glezerman M. Bipolar electrical energy in physiologic solution. A revolution in operative hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8:252-258.
10. Kung RC, Vilos GA, Thomas B, Penkin B, Zaltz AP, Stabinsky SA. A new bipolar system for performing operative hysteroscopy in normal saline. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:331-336.
11. Marwah V, Bhandari SK. Diagnostic and interventional micro-hysteroscopy with use of the coaxial bipolar electrode system. *Fertil Steril* 2003;79:413-417.