



Indicaciones y resultados de la histeroscopia diagnóstica ambulatoria en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Mónica Pato-Mosquera,¹ Marta Vázquez-Rodríguez,¹ Marta Pérez-Adán,¹ María Jesús García-García,² Susana Blanco-Pérez¹

RESUMEN

Antecedentes: la histeroscopia diagnóstica es una técnica endoscópica que permite la valoración ambulatoria del canal endocervical y de la cavidad uterina.

Objetivos: valorar las indicaciones, complicaciones y derivaciones a histeroscopia quirúrgica. Estudiar la correlación entre la descripción ecográfica, los hallazgos de la histeroscopia diagnóstica y el estudio anatomopatológico.

Material y métodos: estudio descriptivo y retrospectivo de 904 pacientes a quienes se realizó una histeroscopia diagnóstica entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2012.

Resultados: la indicación más frecuente fue la sospecha ecográfica de pólipos endometriales (75% en premenopáusicas y 71.2% en postmenopáusicas). La tasa de complicaciones asociadas con la prueba fue de 11.4%. Se disminuyeron las derivaciones a histeroscopia quirúrgica de 31.7% en 2008 a 12.2% entre enero y junio de 2012. Ante la sospecha ecográfica de pólipo o mioma se visualizaron por histeroscopia en 64.4 y 62.5%, respectivamente. La correlación entre los hallazgos histeroscópicos y el diagnóstico histológico fue de 77.7% en los endometrios normales, 77.9% en los pólipos, 17.6% en endometrios de aspecto hiperplásico y de 100% en los carcinomas.

Conclusiones: la histeroscopia diagnóstica es una técnica segura que permite realizar pequeñas intervenciones y evita las derivaciones al quirófano. Existe una buena correlación entre los hallazgos y el estudio anatomopatológico pero se recomienda la toma de biopsia, excepto en los endometrios normales.

Palabras clave: histeroscopia, diagnóstico, indicaciones, complicaciones, ecografía transvaginal.

ABSTRACT

Background: Diagnostic hysteroscopy is an endoscopic technique that allows the evaluation of the endocervical canal and uterine cavity.

Objective: To evaluate indications, complications and referral to operative hysteroscopy. To analyze the correlation between sonographic display, hysteroscopy findings and histological diagnosis.

Materials and methods: Retrospective and descriptive study of 904 patients who underwent diagnostic hysteroscopy between January 1, 2008 and June 30, 2012.

Results: The most frequent indication was sonographic detection of endometrial polyps (75% were premenopausal and 71.2% postmenopausal). The complication rate associated with the test was 11.4%. The reduction experimented in operative hysteroscopies was from 31.2% in 2008 to 12.2% between January and June 2012. When a polyp or a myoma was detected by sonography, diagnostic hysteroscopy showed them in 64.4% y 62.5% of the cases, respectively. The correlation between hysteroscopic findings and histopathologic diagnosis was 77.7% for normal endometrium, 77.9% for polyps, 17.8% for hyperplasic appearance and 100% for carcinoma suspicion.

Conclusions: Diagnostic hysteroscopy is a safe technique that allows small interventions avoiding operative hysteroscopies. There is a good relation between hysteroscopic visual inspection and anatomopathologic diagnosis, but biopsy should be taken except if normal endometrium is visualized.

Key words: Hysteroscopy, diagnosis, indications, complications, transvaginal sonography, hysteroscopic findings

RÉSUMÉ

Antécédents: Hystéroskopie diagnostique est une technique endoscopique qui permet une évaluation ambulatoire canal endocervical et de la cavité utérine.

Objectifs: Évaluer les indications, les complications et les renvois hystéroskopie opératoire. Pour étudier la corrélation entre la description échographie, résultats hystéroskopie et le diagnostic histologique.

Méthodes: Étude rétrospective descriptive de 904 patients qui ont subi une hystéroskopie diagnostique entre le 1er Janvier 2008 et le 30 Juin, 2012.

Résultats: L'indication la plus fréquente était la suspicion échographique des polypes de l'endomètre (75% à 71,2% en préménopause et ménopausées). Le taux de complication associée au test était de 11,4%. Elle conduit à une diminution de l'hystéroskopie opératoire 31,7% en 2008 à 12,2% entre Janvier et Juin 2012. Compte tenu du polype suspicion échographique ou fibrome a été visualisée par hystéroskopie

même 64,4 et 62,5%, respectivement. La corrélation entre les résultats hystéroscopiques et le diagnostic histologique était de 77,7% dans l'endomètre, de 77,9% dans les polypes, 17,6% dans l'endomètre de l'apparence hyperplasiques et 100% dans les carcinomes.

Conclusions: L'hystéroscopie diagnostique est une technique sûre qui permet aux petites interventions et des références empêche la salle d'opération. Il ya une bonne corrélation entre les résultats et la histologique mais recommandé biopsie, à l'exception de l'endomètre normal.

Mots-clés: hystéroscopie, le diagnostic, les indications, les complications, l'échographie transvaginale.

RESUMO

Antecedentes: Histeroscopia diagnóstica é uma técnica endoscópica que permite a avaliação ambulatorial canal endocervical e da cavidade uterina.

Objetivo: Avaliar as indicações, complicações e operativas referências histeroscopia. Para estudar a correlação entre o ultra-som descrição, resultados histeroscopia eo diagnóstico histológico.

Métodos: Estudo retrospectivo e descritivo de 904 pacientes que se submeteram à histeroscopia diagnóstica entre 1 de Janeiro de 2008 e 30 de junho de 2012.

Resultados: A indicação mais freqüente foi a suspeita ultra-sonográfico de pólipos endometriais (75% a 71,2% em pré-menopausa e pós-menopausa). A taxa de complicações associadas com o ensaio foi de 11,4%. Isso leva à diminuição da histeroscopia operatória 31,7% em 2008 para 12,2% entre janeiro e junho de 2012. Dada a suspeita de pólipos ou miomas ultra-sonográfico foi visualizado por histeroscopia mesmo 64,4 e 62,5%, respectivamente. A correlação entre os achados da histeroscopia e diagnóstico histológico foi de 77,7% no endométrio normal, 77,9% de pólipos, 17,6% no endométrio de aspecto hiperplásico e 100% em carcinomas.

Conclusões: A histeroscopia diagnóstica é uma técnica segura que permite que pequenas intervenções e encaminhamentos impede a sala de cirurgia. Há uma boa correlação entre os achados histológicos e mas recomendada biópsia, exceto no endométrio normal.

Palavras-chave: A histeroscopia, diagnóstico, indicações, complicações, ultra-som transvaginal.

La histeroscopia diagnóstica es una técnica endoscópica que permite la visualización del canal endocervical y la cavidad uterina. En la mayor parte de los centros se realiza siguiendo la técnica de acceso por vaginoscopia y según Bettocchi (sin espéculo ni pinzas de cuello), de manera ambulatoria y sin anestesia, con suero salino como medio de distensión.¹ La introducción de instrumentos de trabajo permite la toma de biopsias dirigidas, extraer dispositivos intrauterinos y realizar la exéresis de pólipos o miomas. El procedimiento suele ser rápido y bien

tolerado por las pacientes. En la actualidad, la principal indicación es: sospecha de patología intracavitaria detectada por ecografía, sangrado menstrual abundante o manchado intermenstrual y sangrado postmenopáusico. La histeroscopia ha suplantado intervenciones quirúrgicas, como el legrado, técnica a ciegas que precisa anestesia y tiene mayor riesgo de infradiagnosticar patología endometrial, sobre todo focal o intracavitaria. En nuestro centro aumentaron las histeroscopias diagnósticas y disminuyeron las derivaciones a quirúrgica, gracias a la exéresis de lesiones con pinzas y tijeras. A partir de octubre de 2011 se introdujo la fibra láser que permite extraer pólipos o miomas de mayor tamaño y en menos tiempo. Los objetivos de este trabajo son: analizar las indicaciones y complicaciones asociadas con la prueba, estudiar la correlación entre la descripción ecográfica, los hallazgos de la histeroscopia diagnóstica y el estudio anatomopatológico y valorar la evolución de las histeroscopias diagnósticas y el porcentaje de derivación a quirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo efectuado en 904 pacientes a quienes se realizó histeroscopia diagnóstica entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2012 en el Complejo

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología.

² Servicio de Medicina Preventiva.
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España.

Correspondencia: Dra. Mónica Pato Mosquera. Secretaría del servicio de Obstetricia y Ginecología. Calle Ramón Puga 52-54, Ourense 32004, España. Correo electrónico: monica.pato@yahoo.es

Recibido: abril 2013

Aceptado: mayo 2013

Este artículo debe citarse como: Pato-Mosquera M, Vázquez-Rodríguez M, Pérez-Adán M, García-García MJ, Blanco-Pérez S. Indicaciones y resultados de la histeroscopia diagnóstica ambulatoria en el complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ginecol Obstet Mex 2013;81:382-388.

www.femecog.org.mx

Hospitalario Universitario de Ourense. Se excluyeron las mujeres a quienes se realizó esterilización tubárica mediante la colocación de dispositivos intratubáricos Essure®.

Las historias clínicas se asentaron en el libro de registro de la consulta de histeroscopia y luego de revisarlas se contemplaron las siguientes variables: fecha de nacimiento, fecha de realización de la prueba, pre o postmenopausia, nulípara o multípara, sintomática o asintomática, hallazgos ecográficos (pólipo, mioma, línea endometrial engrosada mayor de 5 mm en postmenopáusicas y mayor de 15 mm en premenopáusicas), indicación de la prueba (hallazgo ecográfico, esterilidad, malformación uterina, retiro de dispositivos intrauterinos, sangrado menstrual abundante), aspirado endometrial previo, necesidad de anestesia local, hallazgos por histeroscopia diagnóstica (normal, pólipo, mioma, aspecto hiperplásico, sospecha de adenocarcinoma, otros), complicaciones derivadas de la técnica (síndrome vasovagal, dolor intenso, enfermedad inflamatoria pélvica, metrorragia, perforación uterina o falsa vía), resultados de anatomía patológica (normalidad, pólipo, mioma, hiperplasia sin o con atipia, adenocarcinoma de endometrio, insuficiente o no muestra), derivación a histeroscopia quirúrgica, resultados de anatomía patológica de la histeroscopia quirúrgica (normalidad, pólipo, mioma, hiperplasia sin o con atipia, adenocarcinoma de endometrio, muestra insuficiente).

La histeroscopia diagnóstica se realizó con un histeroscopio de flujo continuo Karl Storz tipo Bettocchi de 5 mm. La exéresis de pólipos o miomas se efectuó con pinzas o tijeras. A partir de octubre de 2011 se introdujo el láser de diodo Biolitec 1470 con una potencia de 15 vatios en modo continuo y con un electrodo que es una fibra cónica de 1000 micras. Se utilizó en los casos de pólipos o miomas de mayor tamaño cuya exéresis no fue posible con pinzas o tijeras. Cuando no se consiguió extraer la formación intracavitaria se derivó a la paciente a histeroscopia quirúrgica.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables continuas se muestran como media y desviación estándar y las cualitativas como frecuencia y porcentaje. Se utilizó el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se realizó la prueba a 453 mujeres premenopáusicas y 451 postmenopáusicas con edad media de 53.8 ± 13.7 años,

de las que 69% fueron multíparas y 31% nulíparas. Se aplicó anestesia local cervical a 12.4% de las pacientes (16% postmenopáusicas y 8.8% premenopáusicas con una $p < 0.001$, 12.1% nulíparas y 12.5% multíparas con una $p = 0.98$). En 2.5% no se consiguió entrar a la cavidad debido al dolor o a la estenosis cervical (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características de las pacientes

<i>Características de las pacientes</i>	
Número de pacientes	904
Edad	53.8 ± 13.7 años
Nulíparas	279 (31%)
Multíparas	625 (69%)
Estatus menopáusico	
Premenopáusicas	453 (50.1%)
Postmenopáusicas	451 (49.9%)
Anestesia local cervical	112 (12.4%)
Premenopáusicas	40 (8.8%)
Postmenopáusicas	72 (16%)
Sin acceso a la cavidad uterina	23 (2.5%)

El motivo más frecuente de petición de la prueba fue la sospecha ecográfica de pólipo endometrial en ambos grupos (Cuadro 2 y 3). En los casos de sospecha ecográfica de pólipo o mioma submucoso se visualizó por histeroscopia en 64.4 y 62.5% de los casos, respectivamente. Los hallazgos de las situaciones en las que se indicó la prueba por línea endometrial engrosada mayor de 15 mm ($n=10$) en mujeres premenopáusicas y mayor de 5 mm en mujeres

Cuadro 2. Indicaciones en premenopáusicas ($n=453$)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Pólipos	340	75
Miomas	56	12,3
Línea endometrial > 15 mm	10	2,2
Esterilidad sin sospecha ecográfica	21	2,3
Sangrado menstrual abundante o irregular	10	2,2
Malformaciones uterinas	3	0,6
Extracción de DIU	9	2
Otros	4	0.9

Cuadro 3. Indicaciones en postmenopáusicas ($n = 451$)

<i>Indicaciones</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Pólipo	321	71,2
Línea endometrial >5 mm	109	24,2
Sangrado genital sin sospecha ecográfica	21	4,5

postmenopáusicas (n=109) se detallan en los Cuadros 4 y 5. El 24.3% de las mujeres con línea endometrial engrosada tenían un aspirado endometrial previo a la histeroscopia diagnóstica.

Ante el hallazgo de endometrio normal, pólipo, aspecto hiperplásico o sugerentes de malignidad la confirmación se efectuó mediante histología en 77.7%, 77.9%, 17.6% y 100%, respectivamente (Cuadro 4).

Las complicaciones más frecuentes fueron: dolor intenso 9.7% (5.1% en premenopáusicas y 14.4% en postmenopáusicas con $p<0.001$, 8.2% nulíparas y 10.4% multiparas con $p=0.31$), síndrome vasovagal 1% (1.1% en premenopáusicas y 0.9% en postmenopáusicas con $p=0.74$), perforación uterina 0.3%, sangrado posterior importante 0.1%, falsa vía 0.1% y 0% de enfermedad inflamatoria pélvica.

Se diagnosticaron 27 hiperplasias con atipia y carcinomas de endometrio en las muestras de histeroscopia diagnóstica y quirúrgica que representan 2 y 1.2%, respectivamente, de todos los hallazgos histológicos encontrados en estas pruebas. Las pacientes postmenopáusicas sumaron 25, de éstas 64% eran sintomáticas y 36% asintomáticas (Figura 1). El 22.2% tenían aspirado endometrial previo.

Se pasó de realizar 120 histeroscopias diagnósticas durante el año 2008, a 135 en 2009, 172 en 2010, 288 en 2011 y 189 entre enero y junio de 2012. En el periodo de estudio la derivación global a histeroscopia quirúrgica fue de 23.1% lo que representa una disminución de 31.7% en el año 2008 a 19.1% en el 2011 y 12.2% entre enero y junio de 2012. Las indicaciones más frecuentes de derivación fueron la exéresis de pólipos o miomas en 89.9% de los casos (29.7% de los pólipos y 49% de los miomas)

Cuadro 4. Hallazgo histeroscópico en mujeres premenopáusicas con línea endometrial engrosada (n = 10)

Línea endometrial engrosada	Hallazgo histeroscopia diagnóstica n (%)				
	Normal	Pólipo	Aspecto hiperplásico	Sospecha de carcinoma	No entrada en cavidad
Línea endometrial > 15 mm	1 (10%)	6 (60%)	1 (10%)	0 (0%)	2 (20%)

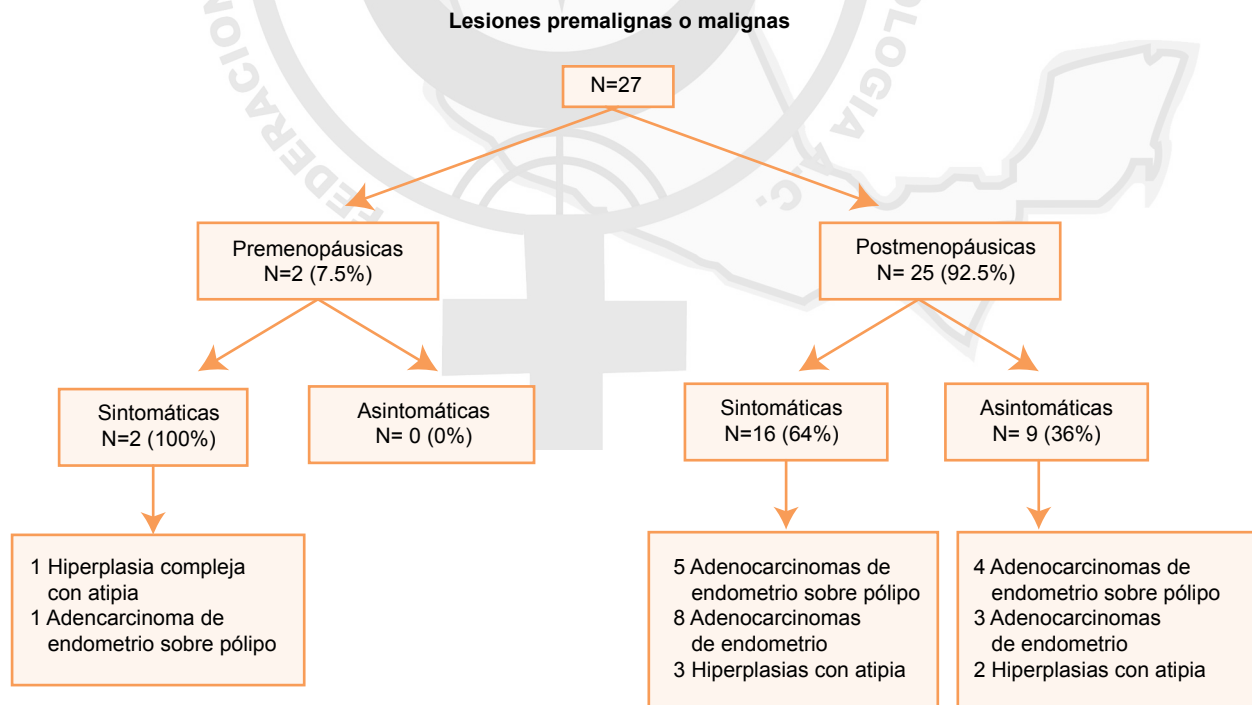


Figura 1. Lesiones premalignas o malignas

Cuadro 5. Hallazgo histeroscópico en mujeres postmenopáusicas con línea endometrial engrosada (n = 109)

<i>Línea endometrial engrosada</i>	<i>Hallazgo de la histeroscopia diagnóstica n (%)</i>				
	<i>Normal</i>	<i>Pólipo</i>	<i>Aspecto hiperplásico</i>	<i>Sospecha de carcinoma</i>	<i>Sin acceso a la cavidad</i>
Línea endometrial 5-8 mm	12 (11%)	5 (4.5%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (7.3%)
Línea endometrial > 8 mm	14 (12.8%)	56 (51.3%)	4 (3.6%)	4 (3.6%)	6 (5.5%)

Cuadro 6. Correlación entre el hallazgo histeroscópico y el resultado de anatomía patológica

<i>Anatomía patológica</i>	<i>Hallazgo de la histeroscopia diagnóstica</i>			
	<i>Normal</i>	<i>Pólipo</i>	<i>Aspecto hiperplásico</i>	<i>Sospecha de carcinoma</i>
Normal o atrófico	98 (77.7%)	51 (11.2%)	16 (47%)	0 (0%)
Pólipo	16 (12.6%)	353 (77.9%)	11 (32.4%)	0 (0%)
Hiperplasia sin atipia	0 (0%)	2 (0.4%)	3 (8.8%)	0 (0%)
Hiperplasia con atipia	1 (0.7%)	1 (0.2%)	3 (8.8%)	0 (0%)
Carcinoma	0 (0%)	6 (1.3%)	1 (2.9%)	7 (100%)
Muestra insuficiente o no toma de muestra	11 (8.7%)	40 (8.8%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL	126 (20.3%)	453 (73%)	34 (5.4%)	7 (1.1%)

y 10.9% por imposibilidad de canalizar el cuello o por mala tolerancia a la prueba.

DISCUSIÓN

La histeroscopia diagnóstica permite la visualización directa de la cavidad uterina. La introducción de instrumentos de trabajo como: tijeras, pinzas o fibra láser hicieron posible que la prueba, aparte de diagnóstica con la toma de biopsias, sea terapéutica porque permite la exéresis de pólipos, miomas, extraer dispositivos intrauterinos y liberar adherencias.

En nuestro estudio, el principal motivo de petición de la histeroscopia es la sospecha ecográfica de pólipos endometriales. En otros trabajos, la indicación más frecuente es el sangrado uterino anormal o postmenopáusico.^{2,3,4,5} Esto difiere de nuestros resultados debido a que tuvimos en cuenta la sospecha ecográfica para indicar la prueba, independientemente de que la paciente tuviera clínica o no y, por lo tanto, cambia el motivo de indicación con respecto a otros estudios.

En condiciones normales es una prueba bien tolerada; sin embargo, en caso de dolor puede aplicarse anestesia local. Nuestras pacientes requirieron menos anestesia, en comparación con otras grandes series, de 13.8 y 25.2% en pre y postmenopáusicas, respectivamente.⁴ La histerosco-

pia es una prueba segura y bien tolerada por la mayoría de las pacientes. Nuestra cantidad de complicaciones es muy similar a la publicada en la bibliografía que describe síndrome vasovagal en 1 a 1.7% de los casos, de perforación uterina en 0.13 a 0.76%, dolor intenso en 7.8% y enfermedad inflamatoria pélvica en 0.08%.⁶ Las pacientes postmenopáusicas tienen más clínica de dolor que las premenopáusicas lo que justifica que este grupo de mujeres sea el que más anestesia demanda.

La sensibilidad de la ecografía transvaginal para la detección de lesiones intracavitarias varía según los trabajos entre 67 y 92% y la especificidad entre 21 y 97%; la histeroscopia diagnóstica es la prueba de referencia.⁷ En nuestro estudio tenemos una tasa de verdaderos positivos de 64.4% para los pólipos y de 62.5% para el mioma. No podemos calcular la sensibilidad ni la especificidad de la ecografía transvaginal puesto que las histeroscopias se realizan a una población en la que existe una sospecha ecográfica y carecemos de los valores de los verdaderos y falsos negativos. Existen pocos estudios disponibles en la bibliografía acerca de la línea endometrial engrosada en mujeres premenopáusicas en los que se utilizan diferentes puntos de corte (8, 10 o 12 mm).⁷ Nosotros utilizamos el valor de 15 mm para la sospecha de hiperplasia endometrial, según la opinión de consenso del Grupo Internacional de Análisis del Tumor Endometrio (IETA).⁸ Nuestra ca-

suística cuenta con 10 pacientes con estas características con lo que no podemos llegar a conclusiones. Según la bibliografía revisada por ecografía transvaginal es difícil determinar si se trata de un pólipo, una hiperplasia, un cáncer de endometrio o un endometrio engrosado normal en pacientes premenopáusicas con la línea endometrial engrosada. En mujeres postmenopáusicas se tomó el punto de corte de 5 mm como en la mayor parte de los estudios existentes en la bibliografía y según la opinión de consenso del Grupo Internacional de Análisis del Tumor Endometrial (IETA).^{8,9,10} En nuestro trabajo, conforme aumentó el grosor de la línea endometrial, se encontró más patología intracavitaria, como: pólipos (55.8%) y hallazgos sugerentes de hiperplasia o de adenocarcinoma. Esto concuerda con los hallazgos en la bibliografía que describen la relación entre el grosor endometrial y la detección de patología endometrial premaligna y maligna. La tasa de pólipos ante líneas endometriales engrosadas en mujeres con clínica de sangrado, según algunos estudios, es de 40%.¹¹ Nuestra tasa es superior porque se incluyeron pacientes sintomáticas y asintomáticas. Es poco probable encontrar cáncer de endometrio por debajo de ese punto de corte; en algunos estudios no se encuentran casos.

Los hallazgos histeroscópicos tienen alta concordancia con el diagnóstico anatomopatológico de cavidades uterinas de aspecto normal, los pólipos e imágenes sugerentes de carcinoma. Sin embargo, no se encuentra esta relación ante endometrios de aspecto hiperplásico.¹²

La tasa de adenocarcinoma de pólipo coincide con la descrita en la bibliografía, que varía entre 0.5 y 1.5%¹³ así como la patología premaligna y maligna va de 0.5 a 4%.^{2,3,4}

No siempre es posible la entrada a la cavidad uterina con el histeroscopia diagnóstico debido al dolor o por estenosis del canal cervical. Conforme se incrementa la experiencia del profesional esta tasa disminuye. En un estudio de Di Spiezo y colaboradores¹⁴ no se consiguió entrar a la cavidad en 5.2% de las pacientes mientras que en otro de Fernández Parra y su grupo¹⁵ sólo fue en 2.34%.

En nuestro servicio aumentaron progresivamente las indicaciones de esta prueba y disminuyeron las intervenciones, como la histeroscopia quirúrgica. Se creó una unidad integrada por profesionales que han mejorado sus habilidades intentando que la prueba, aparte de diagnóstica con la toma de biopsias, sea terapéutica en el mismo acto, utilizando instrumentos de trabajo como las pinzas y las tijeras. Las polipectomías y miomectomías ambulatorias

se reflejaron en disminución de derivación a histeroscopia quirúrgica a lo largo del periodo de estudio, intervención que implica mayor morbilidad y costos hospitalarios. En octubre de 2011 se introdujo la fibra láser que facilitó la exéresis de pólipos y miomas de mayor tamaño y en menos tiempo. Esto motivó el descenso de las derivaciones entre enero y junio de 2012.

La histeroscopia diagnóstica es una técnica segura, poco invasiva, bien tolerada por la mayoría de las pacientes y que permite realizar intervenciones menores en el consultorio. Antes de indicar una histeroscopia deben valorarse otras pruebas mayores de la ecografía, como la histerosonografía ante la sospecha de patología intracavitaria o el aspirado endometrial en las líneas endometriales engrosadas para disminuir el número de histeroscopias con hallazgos normales en las que el riesgo de encontrar patología maligna es mínimo o prácticamente nulo. La valoración macroscópica de la cavidad uterina encuentra una buena correlación con los resultados histológicos pero se recomienda la toma de biopsias en todos los casos, excepto en los endometrios de aspecto normal.

REFERENCIAS

1. Bettocchi S, Nappi L, Oronzo C, Selvaggi L. What does diagnostic hysteroscopy mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:303-308.
2. Sánchez C, Brito M. Histeroscopia diagnóstica y terapéutica. Experiencia de 10 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2006;66:251-258.
3. Coloma F, Payá V, Diago V, Costa S, Valero V y López J. Dos mil histeroscopias diagnósticas ambulatorias: experiencia de ocho años. *Prog Obstet Ginecol* 1998;41:347-352.
4. Nagele F, O'Connor H, Davies A, Badawy A, Mohamed H, Magos A. 2500 Outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol* 1996;88:87-92.
5. Fernández-Parra J, Rodríguez-Oliver AJ, González-Paredes A. Histeroscopia en consulta: análisis de 5000 pacientes. *Clin Invest Gin Obst* 2012;39:10-13.
6. Vilos GA, Abu-Rafea B. New developments in ambulatory hysteroscopic surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19:727-742.
7. De Vries L, Dijkhuizen P, Mol B, Brölmann H, Moret E, Heintz P. Comparison of transvaginal sonography, saline infusion sonography and hysteroscopy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding. *J Clin Ultrasound* 2000;28:217-223.
8. Leone FPG, Timmerman D, Bourne T, Valentin L, Epstein E, Goldstein S.R. Terms, definitions and mea-

- surements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion of the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35:103–112.
9. Epstein E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Transvaginal sonography, saline contrast sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of women with postmenopausal bleeding and endometrium > 5 mm. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:157-167.
 10. Timmermans A, Gerritse M, Opmeer BC, Jansen WF, Mol BWJ, Veersema S. Diagnostic accuracy of endometrial thickness to exclude polyps in women with postmenopausal bleeding. *J Clin Ultrasound* 2008;36:286-290.
 11. Timmermans A, Veersema S. Office hysteroscopy in women with postmenopausal bleeding: see and treat of endometrial polyps using a Duckbill polyp snare. *Gynecol Surg* 2004;1:189.
 12. Haller H, Matejcic N, Rukavina B, Krasevic M, Rupeic S, Mozetic D. Transvaginal sonography and hysteroscopy in women with postmenopausal bleeding. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;54:155-159.
 13. Pérez-Medina T, Bajo J, Huertas MA, Rubio A. Predicting atypia inside endometrial polyps. *J Ultrasound Med* 2002;21:125-128.
 14. Di Spiezo A, Taylor A, Tsirkas P, Mastrogamvrakis G, Sharma M, Magos A. Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5000 outpatient hysteroscopies. *Fertil Steril* 2008;89:438-443.
 15. Fernández-Parra J, Rodríguez Oliver AJ, López Gallego MF, Parrilla Fernández F, Montoya Ventoso F. Dolor durante la histeroscopia en consulta. *Prog Obstet Ginecol* 2005;48 suppl 2:397-452.

