

HISTEROSCOPIA DE OFICINA

Experiencia en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de San José

Hernando Ruiz Camero. MD*, Hernán Araméndiz. MD**, Alexandra Casasbuenas. MD***

Resumen

Introducción: la histeroscopia se considera un método diagnóstico y terapéutico que permite en forma simultánea la visualización de la cavidad endometrial y la obtención de biopsias, así como la realización de diferentes procedimientos quirúrgicos. Se ha practicado bajo anestesia general con dilatación del orificio cervical interno; sin embargo, en la última década los equipos modernos y en particular las especificaciones de forma y diámetros del instrumental, han permitido la ejecución del procedimiento sin requerir anestesia. Bajo estas condiciones la histeroscopia se denomina ofical o de consultorio (HDC).

Objetivos: describir el tiempo medio de realización de la HDC, los hallazgos en el procedimiento en relación con los descritos en la ecografía y la histerosonografía, la proporción de mujeres en las cuales se puede acceder a la cavidad endometrial para analizar la eficacia y la tolerancia al mismo sin anestesia en el Hospital de San José.

Materiales y métodos: entre mayo de 2004 y noviembre de 2005 se estudiaron 30 pacientes a quienes se les realizó HDC con fines diagnósticos y terapéuticos, practicados por el mismo cirujano. Se describió la tolerancia de la paciente al procedimiento y su relación con posibles antecedentes quirúrgicos u obstétricos. También se anotaron los hallazgos quirúrgicos más frecuentes y la concordancia con los métodos diagnósticos realizados previos al procedimiento.

Resultados: el estudio de las 30 pacientes reveló una edad media de 37 años. El diagnóstico ecográfico más frecuente fue de pólipos endocervicales en un 31% al igual que en la histerosonografía (27.6%). El tiempo medio fue de 5.14 minutos, el dolor reportado según la escala análoga fue 3.66 y la tolerancia del procedimiento 86%.

Conclusiones: la histeroscopia es un método diagnóstico y terapéutico sencillo y bien tolerado para procedimientos quirúrgicos menores en la cavidad endometrial. La tolerancia en esta serie de casos es similar a la reportada en series mayores, aunque el porcentaje de ingreso a la cavidad endometrial es menor.

Palabras clave: histeroscopia, ecografía, patología uterina, anatomía patológica, diagnóstico.

Abreviaturas: HDC, histeroscopia de consultorio; DE, desviación estándar; DIU, dispositivo intrauterino.

Introducción

Los procedimientos endoscópicos han invadido la mayor parte de las especialidades médicas, demostrando en un corto plazo sus grandes ventajas

clínicas y económicas. Después del uso de la histerosalpingografía, del legrado uterino a ciegas y de la histerometría, apareció la histeroscopia, que gracias al desarrollo de fibras ópticas con luz fría junto con el estudio y conocimiento de medios de distensión, permiten la visión clara de la cavidad endometrial y constituye un método indispensable en la práctica ginecológica moderna, con mínimo riesgo para la paciente.

Las técnicas endoscópicas tienen su origen a principios del siglo XIX, pero solo después de varias décadas algunas de ellas como la cistoscopia,

Fecha recibido: 13 de enero de 2006

Fecha aceptado: 15 de mayo de 2006

* Instructor Asociado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en ginecología y obstetricia, coordinador del área de laparoscopia e histeroscopia, Hospital de San José.

** Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital de San José.

*** Residente IV ginecología y obstetricia, Hospital de San José, FUCS

la laparoscopia, la artroscopia y otras, constituyeron exploraciones de rutina. La histeroscopia inició su aplicación con Bozzini (1805). Después Aubinai (1864), Desormeaux (1865) y Pantaleoni (1869) ampliaron la aplicabilidad y perfeccionaron los instrumentos agregando sistemas ópticos, fuentes de luz y métodos de distensión adecuados.

Tradicionalmente la histeroscopia bajo anestesia general con dilatación cervical para el estudio y manejo de la hemorragia uterina se ha utilizado como opción de primera línea. En la última década el mejoramiento de los equipos y sobre todo las especificaciones de forma y diámetro del histeroscopio, han permitido ejecutar el procedimiento sin requerir del especuloscopio, el tenáculo y la anestesia. Bajo estas condiciones la técnica recibe el nombre de histeroscopia ofical o de consultorio.

De acuerdo con múltiples estudios, alrededor de un 50% de las histerectomías por causa benigna pueden ser ejecutadas en forma satisfactoria por esta técnica, lo que constituye ventajas económicas para pacientes y centros hospitalarios al disminuir los días de hospitalización, las horas médicas y permitir el rápido regreso de la paciente a su trabajo.

La HDC es un examen ambulatorio que permite visualizar directamente la cavidad uterina, obteniendo imágenes certeras utilizadas en el ámbito de la infertilidad, ginecología general y oncología. Le evita a la paciente el riesgo anestésico y constituye un procedimiento de rápida ejecución y de menor costo que el realizado bajo anestesia. Además facilita la práctica de procedimientos simples como toma de biopsias, polipeptomías y extracción de cuerpos extraños entre otros.

El objetivo de este estudio es describir las características del procedimiento efectuado en la unidad de endoscopia del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de San José, utilizando los parámetros antes mencionados.

Materiales y métodos

Se hizo un estudio descriptivo prospectivo en una serie de 30 casos de pacientes con patología uterina que requirieron histeroscopia con ecografía pélvica transvaginal y/o histerosonografía como parte del estudio previo a la cirugía. Se les explicó el procedimiento y firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética médica del Hospital de San José.

Aquellas pacientes que no aceptaron las condiciones del procedimiento o presentaron infección aguda pélvica y del tracto genital inferior o sangrado vaginal activo, fueron excluidas del estudio. Durante el período de mayo de 2004 a noviembre de 2005 se practicaron 30 histeroscopias por un solo cirujano lo que permitió controlar el sesgo del operador.

Se utilizó una torre de histeroscopia con monitor de alta resolución, cámara de video y VHS, una fuente de luz fría de neón y un histeroscopio de Bettocchi rígido, ovalado, con camisa diagnóstica y quirúrgica con un diámetro máximo de 4,5 mm, dentro del óvalo su diámetro inferior fue igual o menor a 3,2 mm y un canal operatorio de 5 Fr, con camisa de flujo continuo y pinzas accesorias: tijeras de punta fina y roma, pinza de biopsia y pinza grasping. Como medio de distensión se utilizó lactato de ringer en flujo continuo por medio de un infusor Baxter con una presión de 60 a 80 mm Hg. El análisis anatomopatológico de las muestras obtenidas por histeroscopia se hizo bajo el proceso estándar en el servicio de patología del Hospital de San José. El estudio ecográfico, en todos los casos, fue transvaginal.

La intervención se realizó inicialmente sin anestesia, en posición ginecológica con hiperflexión de las extremidades. Se inició con vaginoscopia obstruyendo con los dedos el introito vaginal, para encontrar el cervix e ingresar a la cavidad endometrial a través del canal cervical. El material extraído en la intervención se envió al servicio de anatomía patológica del hospital.

Sobre la información obtenida, se creó una base de datos en EXCELL, en la que se registraron los antecedentes de las pacientes, parámetros de tolerancia como el dolor experimentado según la escala visual análoga, el diagnóstico ecográfico, histerosonográfico e histeroscópico. El análisis estadístico se realizó por medio del paquete SPSS 11.0.

Resultados

Descripción de la población: entre mayo 2004 y noviembre 2005 se realizó HDC a 30 pacientes, con edad media de 37 años y rango entre 19 y 56 (DE+/- 9.46), la mitad de los procedimientos se efectuaron en pacientes que se encontraban durante la fase proliferativa del ciclo (55%), el 17% en fase secretora y el 10% eran menopáusicas.

El 86.2 % no reportaron antecedentes de cirugías previas en el cérvix, entre aquellas que si lo hicieron se encontraron: legrados, conización, biopsia exocervical e histeroscopia. El 44.8% no había tenido partos previos, el resto entre uno y cinco. La descripción general de las variables estudiadas se puede apreciar en la **Tabla 1**.

El diagnóstico más frecuente con el que se llevó a las pacientes al procedimiento fue de pólipos endometriales (37%), seguido por DIU en cavidad endometrial, hiperplasia endometrial y malformaciones uterinas. El 13 % tenían otros diagnósticos como hemorragia uterina anormal no especificada y endometriosis (**Tabla 2**).

Durante el estudio prequirúrgico de las pacientes se realizó ecografía al 96,6% cuyo hallazgo más frecuente fueron pólipos endometriales (31%), seguidos por miomatosis uterina (17.2%). El 13.8 % revelaron ecografías normales con un porcentaje igual de DIU; se presentaron otros diagnósticos que corresponden al porcentaje restante. la histerosonografía se practicó solo al 37.9% (por indicación médica según la patología de cada caso). En esta el diagnóstico de pólipo endocervical fue también el más frecuente (27.6%), seguido por hiperplasia endometrial.

Tabla 1. Distribución de la población por edad, fase del ciclo, antecedentes quirúrgicos y partos previos

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-------------------------|------------|------|
| EDAD | | |
| 10 – 20 años | 1 | 3.4 |
| 21 – 30 años | 4 | 13.8 |
| 31 – 40 años | 16 | 55.2 |
| 41 – 50 años | 4 | 13.8 |
| Más de 50 años | 4 | 13.8 |
| FASE DEL CICLO | | |
| Secretora | 6 | 20.7 |
| Proliferativa | 16 | 55.2 |
| Post menopausia | 2 | 6.9 |
| Sin dato | 5 | 17.2 |
| CIRUGÍAS PREVIAS | | |
| SI | 4 | 13.8 |
| NO | 25 | 86.2 |
| PARTOS | | |
| 0 | 13 | 44.8 |
| 1 | 5 | 17.2 |
| 2 | 6 | 20.7 |
| 3 | 3 | 10.3 |
| 4 | 1 | 3.4 |
| 5 | 1 | 3.4 |

Tabla 2. Distribución poblacional según diagnóstico prequirúrgico

| DIAGNÓSTICO | FRECUENCIA | % |
|---------------------------|------------|------|
| Pólipo endocervical | 11 | 37.9 |
| Hiperplasia endometrial | 3 | 10.3 |
| Adherencias intrauterinas | 2 | 6.9 |
| Malformaciones uterinas | 3 | 10.3 |
| DIU intracavitario | 5 | 17.2 |
| Miomas | 1 | 3.4 |
| Otros | 4 | 13.8 |

Análisis univariado: Tiempos medios: los procedimientos se realizaron en un tiempo quirúrgico medio de 5.14 minutos, con rango entre 3 y 7 minutos y una DE de 0.99.

Tabla 3. Hallazgos quirúrgicos

| HALLAZGO QUIRÚRGICO | FRECUENCIA | % |
|---------------------------|------------|------|
| Pólipo endocervical | 7 | 24.1 |
| Hiperplasia endometrial | 1 | 3.4 |
| Adherencias intrauterinas | 3 | 10.3 |
| Malformaciones uterinas | 3 | 10.3 |
| DIU intracavitario | 4 | 13.8 |
| Miomas | 2 | 6.9 |
| Otros | 3 | 10.3 |
| Cavidad normal | 6 | 20.7 |

Hallazgos quirúrgicos: al ingresar a la cavidad endometrial el 24,1% correspondió a pólipos endometriales, el 20,7% de las histeroscopias presentaron hallazgos compatibles con úteros normales, las siguientes patologías más frecuentes fueron sinequias uterinas, DIU intracavitario y malformaciones uterinas.

Tolerancia al procedimiento: 86% de las pacientes toleraron el procedimiento, lo cual significa que se pudo acceder a la cavidad endometrial sin que solicitara que se suspendiera el mismo por dolor. El resto no lo toleraron principalmente por estenosis del orificio cervical interno, miomatosis intramural que impedía el paso del histeroscopio a través del orificio cervical interno y tabique vaginal transversal que no permitía el acceso al orificio cervical externo. En estas pacientes no fue posible solucionar el problema por medio de la HDC.

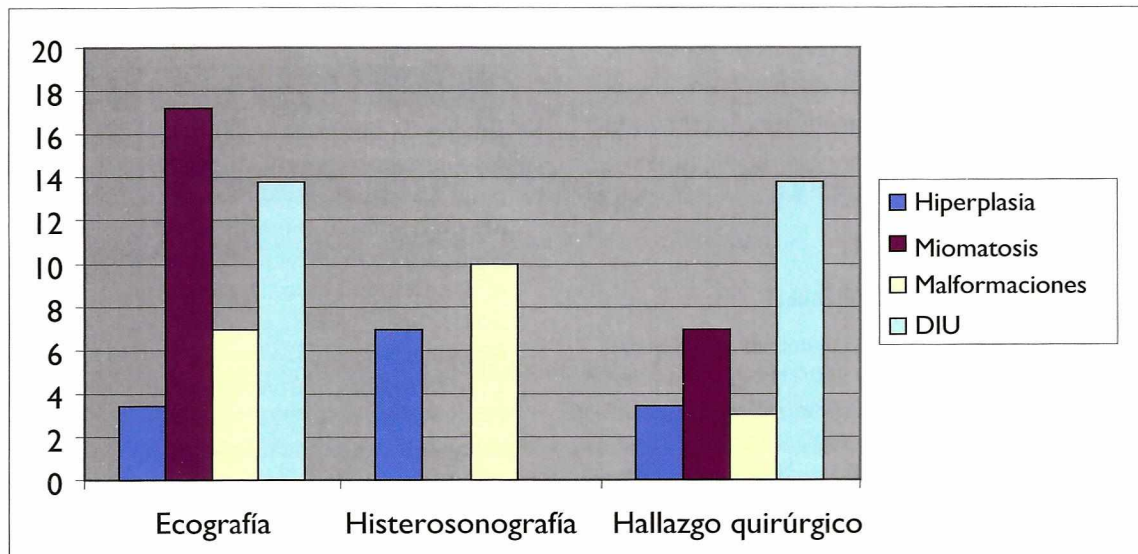
El dolor referido durante la HDC fue de 3,66 según la escala visual análoga con una DE 1,69, un mínimo de 1 y máximo de 7, y de 2,38 una hora después con una DE con un mínimo de 1 y máximo 5. El 34,4% requirieron anestesia complementaria para el manejo quirúrgico de miomas submucosos, pólipos de gran tamaño y dispositivos intrauterinos muy adheridos a la cavidad endometrial, cuya extracción fue muy dolorosa.

Discusión

La HDC ha sido descrita por algunos autores como un método ideal para el estudio de la paciente con patología uterina; se ha considerado sencillo, rápido y bien tolerado. Además proporciona la posibilidad de no utilizar anestesia y de obtener muestras histopatológicas o en algunos casos realizar un enfoque de “ver y tratar”. Es desafortunado que en Colombia no se realiza histeroscopia diagnóstica de rutina en todas las instituciones. En otros países se ha intentado suplir esta deficiencia con el aporte fundamental de la ecografía transvaginal y de la sonohisterografía, para seleccionar las pacientes que serán sometidas a este procedimiento y con consentimiento informado y lograr resultados satisfactorios con técnicas menos invasivas y de menor costo. Sin embargo, encontramos literatura que soporta la superioridad de la histeroscopia comparada con estos métodos en el diagnóstico y manejo de patología endometrial.

En nuestra serie se practicó HDC como procedimiento inicial a 30 pacientes, se logró entrar a la cavidad endometrial en el 86% de los casos; en series similares reportan la posibilidad de ingresar en un 97%. Esta diferencia puede explicarse si tenemos en cuenta la mayor experiencia en otras instituciones, quienes anotan que a medida que se avanza en la curva de aprendizaje, el porcentaje se eleva.

Como estudio previo se hizo ecografía pélvica transvaginal y/o histerosalpingografía, ambas con hallazgos quirúrgicos diferentes al reportado por estos métodos diagnósticos, en un 25% la primera y 45% la segunda, así que al usarlas como única guía para indicar que una patología intrauterina debe resolverse en el quirófano, se pueden cometer errores evitables con la visualización directa de la cavidad endometrial. Sin embargo, no toda la literatura está de acuerdo con la superioridad en la exactitud diagnóstica de la HDC. En el presente estudio la relación entre estos procedimientos diagnósticos y los hallazgos de la histeroscopia se encuentran en la **Gráfica 1**.



Gráfica 1. Relación entre procedimientos diagnósticos y hallazgos de la histeroscopia.

Aunque este no es un estudio para determinar la validez diagnóstica de la histeroscopia comparada con la ecografía y la histerosonografía, aporta datos interesantes al sugerir una relación favorable entre los tres procedimientos con respecto al diagnóstico de pólipos endometriales y DIU; en el caso de miomas y de hiperplasia endometrial esta correlación no se ve. Es importante anotar que con la HDC hallamos otras patologías uterinas no descubiertas antes por los otros dos medios no invasivos, como las sinequias en la cavidad endometrial. Sin embargo, estos resultados carecen de significancia estadística por el pequeño número de pacientes y el diseño del estudio.

La duración promedio del procedimiento en nuestra institución fue de cinco minutos, tiempo menor al reportado por otros autores que en promedio es de seis (con mínimo de 2 y máximo de 18 minutos). La diferencia en el tiempo quirúrgico puede explicarse por que ellos reportan algunos procedimientos mayores.

En la serie del Hospital de San José la tolerancia fue tan buena como la informada en otras series de mayor tamaño, al igual que el dolor de las pacientes durante el procedimiento y posterior al mismo. Sin embargo, se requiere de un estudio clínico con una muestra y un seguimiento mayores

que nos permita comparar la HDC y la histeroscopia bajo anestesia.

Se encontró una relación directa de la tolerancia con el número de partos de las pacientes posiblemente porque el canal cervical se encuentra más dilatado, no así con los antecedentes de cirugías cervicales previas.

Conclusión

Son conocidas las ventajas que ofrece la histeroscopia diagnóstica que depende de la visualización directa de la cavidad uterina, lo que permite la identificación de lesiones pequeñas que no pueden ser advertidas en el estudio ultrasonográfico. La gran ventaja es la realización de la toma de muestras y biopsias dirigidas, que otorgan una mayor exactitud diagnóstica. Estos datos se confirman en nuestro estudio. Además, el tiempo de recuperación es menor así como la duración del procedimiento. Al no utilizar anestesia se disminuyen los riesgos y se puede suponer que los costos también son inferiores.

La tolerancia al procedimiento y el tiempo quirúrgico fue similar al reportado en otras series con más casos lo cual muestra que la curva de aprendizaje del Hospital de San José es muy similar, aunque

existe una diferencia en el porcentaje de pacientes en quienes se puede entrar a la cavidad endometrial. Se requieren estudios con mayor muestra y un seguimiento más prolongado que permita recolectar toda la información acerca de la experiencia en nuestro hospital.

Lecturas recomendadas

- ACOG Technology Assesment in Obstetrics and Gynecology, Hysteroscopy. *Obst Gynecol* 2005;106(2):439-442.
- Fuentes A, Diaz H, Histeroscopia quirurgica en el Hospital Claudio. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(4):275-279.
- Histeroscopia 5 generación, tomado de <http://www.histeroscopia.com.ve>, visitada 8 Dic 2005.
- Escobar D, Alvarado CL: Histeroscopia diagnóstica. Experiencia en Hospital Clínico San Borja Arriarán. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(2): 65-68.
- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. *Temas Actuales. Interamericana Mc Graw-Hill* 1995; (3) 113 – 120.
- Twbin NA, Gviazda IM, March CM: Office hysteroscopy versus transvaginal ultrasonography in the evaluation of patients with excessive uterine bleeding. *Am J Obstet Gynaecol* 1996; 174: 1678-82.
- Bradley L, Pasqualotto E, Price L, Margossian H: Hysteroscopic management of endometrial polyps. *Obstetrics and Gynecology* 2000; Issue r (Suppl 1) 95: 523.
- Misra R, Sinha M, Mittal S: Vaginoscopy, a patient-friendly technique for outpatient hysteroscopy: experience of the first 100 cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2005;15(3):290-293.
- Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Pontrelli G, Pinto L, Selvaggi L: Hysteroscopy and menopause: past and future. *Curr Opin Obstet Gynecol*.2005;17(4):366-375.
- Kelekci S, Kaya E, Alan M, Alan Y, Bilge U, Mollamahmutoglu L: Comparison of transvaginal sonography, saline infusion sonography, and office hysteroscopy in reproductive-aged women with or without abnormal uterine bleeding.
- *Fertil Steril*. 2005;84(3):682-686.

