Trabajos Originales

HISTEROSCOPIA QUIRURGICA. EN EL HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA DE SAN ANTONIO*

Drs. *Alfonso Fuentes L., Héctor Díaz S., Juan Pablo Riquelme P.*

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Claudio Vicuña" de San Antonio

RESUMEN

Se analizan la experiencia en nuestro centro con la histeroscopia quirúrgica sobre 102 pacientes entre marzo de 1999 y abril de 2001.

Pólipo endometrial (58,82%) y mioma submucoso (38,23%) han sido nuestros diagnósticos histeroscópicos más frecuentes y los procedimientos fueron la resección del pólipo endometrial (56,86%), del mioma submucoso (36,27%) y resección endometrial.

Destaca la brevedad del procedimiento, su seguridad, la buena concordancia con la histología, factores que validan la técnica y concuerdan con experiencia nacional e internacionales.

PALABRAS CLAVES: *Histeroscopia quirúrgica*

SUMMARY

102 cases of hysteroscopy resection are reported in our initial experience from march 1999 to abril 2001. Endometrial polyps and submucous myoma are the principal findings in hysteroscopic procedure and the surgery performed was endometrial polyps resection, submucous myomectomy and endometrial ablation.

We want to emphasize that surgery has been safe, fast and efective.

KEY WORDS: *Operative hysteroscopy, endometrial polyps, submucous myoma*

INTRODUCCION

El trabajo endoscópico ha invadido la mayor parte de las especialidades médicas, demostrando en un corto plazo sus grandes ventajas clínicas y económicas.

El origen de estas técnicas cabe situarlo a principios del siglo XIX, habiendo requerido varias décadas hasta que algunas de ellas como citoscopia, laparoscopia, artroscopia y otras constituyeron exploraciones de rutina en las respectivas especialidades. Sin embargo, la histeroscopia fue relegada

debido a los problemas que sucedieron a cada intento de exploración en la ginecología diaria.

La histeroscopia inició su aplicación con Bozzini (1805), Aubinais (1864), Desormeaux (1865), Pantaleoni (1869). Luego y otros perfeccionaron los instrumentos agregando sistemas ópticos, fuente de luz y métodos de distensión adecuados.¹

La histeroscopia diagnóstica 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.

*Trabajo de ingreso del Dr. ALFONSO FUENTES L., leído en la sesión del 3 de septiembre de 2002 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Numerosas publicaciones tanto nacionales (2, 3, 4, 5) como extranjeras (6, 7, 8, 9), avalan el estudio de la cavidad uterina a través de la histeroscopia tanto en el diagnóstico etiológico de sangrado uterino anormal, infertilidad, malformaciones congénitas de la cavidad uterina, seguimiento de tratamiento de pacientes con Tamoxifeno, etc. (10, 11).

La histeroscopia quirúrgica mediante el resectoscopio permite la resección de miomas submucosos, algunos intramurales, pólipos endometriales, sinequias uterinas y resección endometrial (12, 13, 14), logrando a través de esta intervención más racional, evitar el sobretratamiento que, en muchos casos es la histerectomía. De acuerdo a múltiples estudios alrededor de un 50% de las histerectomías por causa benigna pueden ser reemplazadas satisfactoriamente por esta técnica, lo que constituye ventajas económicas para pacientes y centros hospitalarios al disminuir días-cama hospitalización, horas médicas y reinsertando prontamente a la paciente a su trabajo (15, 16).

El objetivo del presente estudio, es mostrar nuestra experiencia en este campo en la Unidad de Endoscopia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Claudio Vicuña" de San Antonio.

MATERIAL Y METODO

Se analizan los registros, fichas clínicas e informes histológicos de 102 pacientes consecutivas sometidas a histeroscopia quirúrgica por los autores entre los meses de marzo de 1999 a abril de 2001 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio.

En policlínico de Ginecología se informa a la paciente de su diagnóstico y se propone Cirugía Histeroscópica, lo cual queda estipulado en hoja de consentimiento informado.

Las pacientes ingresaron al protocolo quirúrgico con diagnóstico de lesión endocavitaria obtenido por Ultrasonografía Transvaginal (USTV) y Sonohisterografía (SHG).

La USTV se realizó con ecotomógrafo marca Toshiba modelo Tosbee con transductor intravaginal de 7,5 Mhz y la SHG con instilación de aproximadamente 10 cc de solución fisiológica a través de catéter de alimentación enteral neonatal.

La intervención se realizó con anestesia regional del tipo espinal, posterior a lo cual se acomodó a la paciente en posición ginecológica con hiperflexión de sus extremidades. Luego se practica dilatación cervical con dilataadores Hegar hasta número 10, introduciendo luego el resectoscopio 26 French con óptica de 30° Karl-Storz acoplado

fuelle de luz y telecámara conectada a monitor de televisión. Como medio de distensión uterina se utilizó solución Sorbitol-manitol a un metro de altura sobre la paciente a caída libre. Utilizamos aspiración central y todo el material extraído en la intervención se envió al servicio de anatomía patológica de nuestro hospital. Se consignaron edad de la paciente, resultados de USTV, SHG, hallazgo histeroscópico, tiempo operatorio, balance hídrico y complicaciones.

La paciente es dada de alta a las 24 horas de su intervención y es citada a control a los 7 a 10 días y luego a los 30 con el objeto de revisar su biopsia y determinar conducta a seguir.

RESULTADOS

La Tabla I, muestra el motivo por el cual se solicitó resolución de la paciente en la unidad de endoscopia que se debió a sangrado uterino anormal (SUA) con sospecha de lesión endocavitaria en el 78,43% (80/102), SUA sin sospecha de lesión endocavitaria en un 2,94% (3/102) y hallazgos ultrasonográficos sin SUA en un 18,62% (19/102). De esta manera, un total de 102 pacientes ingresaron al protocolo quirúrgico con edad promedio de 51,4 años, rango de 28 a 78.

Una vez sospechada la lesión endocavitaria por USTV, se sometió a SHG con la técnica descrita en material y método a 68 pacientes (66,66%) obteniendo una concordancia con el hallazgo histeroscópico de 89,7% (61/68). Fueron excluidas de este examen aquellos casos en que hubo una clara identificación de la lesión intracavitaria durante la ultrasonografía.

No fue posible realizar estudio SHG en seis pacientes por sinequia de cuello uterino, conización previa o reflujo del medio líquido inyectado durante el examen.

Los hallazgos histeroscópicos y los procedimientos realizados se describen en la Tabla II.

Tabla I
MOTIVO DE INGRESO A UNIDAD DE ENDOSCOPIA QUIRURGICA

	<i>n</i>	%
SUA con sospecha de lesión endocavitaria	80	78,43
SUA sin sospecha de lesión endocavitaria	3	2,94
Hallazgo USTV sin SUA	19	18,62

SUA: Sangrado uterino anormal.

Tabla II
HALLAZGOS HISTEROSCOPICOS Y
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

<i>Procedimiento realizado</i>	<i>Hallazgo histeroscópico</i>				<i>Total de procedimiento</i>
	<i>Normal</i>	<i>Hiperplasia endometrial</i>	<i>Pólipo endometrial</i>	<i>Mioma uterino</i>	
RPE	—	—	58	—	58
RPE + RE	—	—	2	—	2
RM	—	—	—	37	37
RM + RE	—	—	—	2	2
REp	2	1	—	—	3
Total	2	1	60	39	102

RPE: Resección pólipo endometrial; RE: Resección endometrial; RM: Resección mioma uterino; REp: Resección endometrial pura.

En las tres pacientes en quienes se practicó resección endometrial (RE), su motivo de consulta en ginecología había sido sangrado uterino anormal (SUA) repetido en múltiples ocasiones, habiendo sido sometidas a legrado biopsico terapéutico sin resultados por lo cual se ofreció alternativa de tratamiento no radical.

Respecto de la resección de miomas uterinos, éstos fueron clasificados según la recomendación de la Sociedad Europea de Ginecología Endoscópica (ESGE) en mioma uterino grado 0 (G0), grado 1 (G1) y Grado 2 (G2), según el porcentaje de su componente endocavitario (17, 18).

La resección completa del mioma uterino se llevó a cabo en 14 pacientes con mioma uterino tipo G0 y en 5 pacientes con mioma uterino tipo G1. En los restantes casos se practicó resección parcial del mioma uterino.

El tiempo operatorio fluctuó ente 10 y 50 minutos con un promedio de 20. Se presentó solo una complicación consistente en una solución de continuidad uterina y no se observaron accidentes hemorrágicos, infecciosos ni derivados del medio de distensión.

El informe histopatológico de los fragmentos obtenidos en acto quirúrgico concordó en todos los casos de mioma uterino. En relación a pólipo endometrial se encontraron además tres pacientes con hiperplasia endometrial simple sin atipia y tres con hiperplasia endometrial compleja sin atipia y un caso de pólipo endometrial más adenocarcinoma.

DISCUSION

En nuestro hospital no contamos con histeroscopia diagnóstica de rutina, pero hemos intentado

suplir esta deficiencia con el fundamental aporte de la ultrasonografía transvaginal y la sonohisterografía, pudiendo así seleccionar pacientes que serán sometidas a histeroscopia quirúrgica y de esta manera, bajo consentimiento informado, poder lograr resultados satisfactorios con técnicas menos invasivas y de menor costo.

La intervención quirúrgica consistió en resección electroquirúrgica de pólipos endometriales (58 casos), mioma uterino (37 casos), resección endometrial pura en tres casos y asociada a pólipo endometrial y mioma uterino en dos casos cada uno.

El procedimiento se llevó a cabo en pabellón central con anestesia regional, registrando minuciosamente el balance del medio de distensión con un tiempo operatorio promedio de 20 minutos.

Cabe señalar que la única complicación obtenida en este grupo, consistió en una solución de continuidad uterina en una paciente portadora de un mioma submucoso. Este accidente se produjo una vez realizada la resección electroquirúrgica del mioma uterino y fue provocada por pinza Foerster, debido a lo cual se decidió practicar laparotomía exploradora. Tal complicación es la más frecuentemente observada en todas las series nacionales e internacionales (19, 20).

El análisis histopatológico de los fragmentos obtenidos es fundamental, así es como en nuestra casuística hemos obtenido tres casos de hiperplasia endometrial compleja sin atipia y un caso de adenocarcinoma de endometrio en la base de un pólipo endometrial, lo que refuerza el concepto de la necesidad de remoción de toda lesión endocavitaria.

En nuestra serie, uno de 60 pólipos (1,66%)

presentó malignización en el examen histopatológico cifra mayor que la reportada en trabajos internacionales (0,48%) factor probablemente sujeto al tamaño de la muestra (20, 21, 22).

CONCLUSION

La histeroscopia quirúrgica constituye una valiosa herramienta en el tratamiento de lesiones endocavitarias de pacientes bien seleccionadas con grandes ventajas sobre la cirugía convencional tanto para la paciencia como para los servicios de salud.

Destacan como hallazgo histeroscópico los pólipos endometriales y miomas submucosos y como intervención practicada la resección de pólipos endometriales y resecciones de miomas submucosos.

Se analiza rapidez, efectividad y seguridad en la intervención registrando una complicación en el estudio lo que concuerda con estudios nacionales e internacionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Labastida NR: Tratado y altas de histeroscopia. Barcelona: Salvat SA, 1990.
2. Busquets C M: Microhisteroscopia en la práctica ginecológica. REV CHIL OBSTET GINECOL 1986; 60(6): 534-52.
3. Vargas R, Donoso P: Rol de la histeroscopia en la evaluación de la pareja infértil. REV CHIL OBSTET GINECOL 2000; 65(4): 297-9.
4. Escobar D, Alvarado CL: Histeroscopia diagnóstica. Experiencia en Hospital Clínico San Borja Arriarán. REV CHIL OBSTET GINECOL 1998; 63(2): 65-68.
5. Alvarado CL, Escobar D: Histeroscopia diagnóstica en SUA. Rev Chil Obstet Ginecol 1998; 63(2): 69-72.
6. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Temas Actuales. Interamericana Mc Graw-Hill 1995; vol 3.
7. Twbin NA, Gvazda 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.
8. Taylor S, Jones S: Dixon AM, O'Donovan P: Evaluation of ultrasound in an outpatient hysteroscopy clinic: does it alter management in premenopausal women? Gynaecol Endoscopy 2001; 10: 173-78.
9. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Interamericana Mc Graw-Hill 1996; vol 3.
10. Shagaf B, Khalid K, Newton JR: Evaluation of the endometrial in abnormal uterine bleeding associated with long-term tamoxifen use. Gynaecol Endoscopy 2000; 9: 19-22.
11. Mostashaw ND, Dave S, Paghidiwala K: Hysteroscopy management of submucous uterine myomata. Gynaecol Endoscopy 1995; 4: 207-12.

12. Bradley L, Pasqualotto E, Price L, Margossian H: Hysteroscopyc management of endometrial polyps. Obstetric and Gynecology 2000; Issue 1 (Suppl 1) 95: 523.
13. Parkin D: Gynaecological Oncology Unit Aberdeen Royal Infirmary. Gynaecol Endoscopy 2000; 9: 1-7.
14. Bachman GA: Hysterectomy. A critical review. J Reprod Med 1990; 35: 839-54.
15. Grant J, Hussein IY: An audit of abdominal hysterectomy over a decade in a district hospital. Br J Obstet Gynaecol 1984; 91: 73-77.
16. Dueholm M, Forma A, Ingerslev J: Regression of residual trissue after incomplete resection of submucous myomas. Gynaecol Endoscopy 1998; 7: 309-14.
17. Mencaglia L, Hamou J: Manual of Gynecological Hysteroscopy (pág 60).
18. Motashaw ND, Dave S: Complication of hysteroscopy. Gynaecol Endoscopy 2001; 10: 203-10.
19. Escobar D, Alvarado CL: Resección de pólipos endometriales y miomas submucosos vía histeroscópica. REV CHIL OBSTET GINECOL 1999; 64(1): 15-20.
20. Cohen I, Bernheime J, Azaria R *et al*: Malignant endometrial polyps in postmenopausal breast cancer tamoxifen-treated patients. Gynecol Oncol 1999; 1: 117-20.
21. Shagaf B, Khalid K, Janesh G: The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 317-20.

DISCUSION

Dr. O. Peralta: Pregunta sobre la forma de resolución de la complicación reportada y agrega que, para aquellas pacientes que toman Tamoxifeno en forma permanente, la histeroscopia es un método fundamental para el diagnóstico de hiperplasia endometrial e incluso, se está proponiendo la resección histeroscópica preventiva para ese mismo grupo de pacientes.

Dr. E. Guzmán: Felicita a los autores y comenta que en el flujograma de estudio de las metrorragias, en el que destaca la USTV, e incluso las imágenes 3D, la histeroscopia es el "Gold Standard".

Dra. P. Aliaga: Se refiere al uso de Misoprostol previo al procedimiento para facilitar la dilatación cervical y de este modo, permitir una buena entrada del histeroscopio.

Dr. E. Rojas: Cuál es la razón para no contar con el histeroscopia diagnóstico en circunstancia que lo emplean en histeroscopia quirúrgica.

Dra. M. Ruiz: Pregunta por un estudio de endometrio complementario al procedimiento principal,

la opinión del autor sobre la necesidad de contar con la histeroscopia diagnóstica o quedarse sólo con la ultrasonografía para estos casos.

Dr. A. Fuentes: Ha sido un trabajo difícil por las condiciones poco adecuadas, actualmente se cuenta con el equipo, gracias a una alianza con urología.

La solución de continuidad se solucionó, suturando el útero a través de una laparotomía, con una buena recuperación de la paciente.

Misoprostol no es usado y no efectúan biopsia de endometrio complementaria.

Rescata el valor de la ultrasonografía como método fundamental en el diagnóstico de las lesiones endocavitarias.