Trabajos Originales

RESECCIÓN HISTEROSCÓPICA DEL SEPTO UTERINO EN MUJERES INFÉRTILES

Alessandro Olivari M.¹, Carlos Henríquez B.^{1,2}, Juana Navarrete V.², Andrés Caballero E.¹, Daniela Olivari U.^a, Lorenzo Fluxá D.^{1,2}

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción

^aAlumna de Medicina, Universidad de Concepción.

RESUMEN

Análisis retrospectivo de 11 pacientes con útero septado sintomático que fueron tratadas con metroplastía histeroscópica en un período de 10 años. Estas pacientes presentaban un total de 16 embarazos, con 14 abortos de primer trimestre y 2 partos pretérmino inmaduros con neomortinatos, sin niños vivos. El propósito de este estudio fue mostrar la eficacia de la histeroscopia quirúrgica en resolver esta patología y mejorar el pronóstico reproductivo. Se intervinieron 7 pacientes con septo parcial y 4 con septo completo. En 8 casos hubo resección del tabique con resectoscopio y en 3 con tijera histeroscópica flexible. Se obtuvo embarazo de término en 6 pacientes (55%) con recién nacidos normales. De las 5 pacientes que no embarazaron, 3 tenían infertilidad por factor tuboperitoneal extenso, una sin relación de pareja y otra sin controles. Se demuestra la utilidad de la resección histeroscópica del útero septado en cuanto al menor tiempo de hospitalización, la baja morbilidad y los buenos resultados reproductivos.

PALABRAS CLAVES: *Malformaciones uterinas, útero septo, histeroscopia*

SUMMARY

A retrospective analysis of eleven patients, with symptomatic septate uteri, who underwent hysteroscopic metroplasty, over a ten-year period. This patients had a total of 16 pregnancies, 14 had first trimester abortions and 2 preterm deliveries, without living babies. The aim of this study was to establish the efficacy of the hysteroscopy to treat this pathology and improve the reproductive outcome. 7 patients with partial and 4 with complete uterine septa underwent hysteroscopic metroplasty. The septum was incised in 8 cases with resectoscope and in 3 with flexible scissors. 6 patients (55%) had term pregnancies with normal newborns. Five patients did not conceived, 3 with extensive tuboperitoneal factor as a cause of their infertility, one has no sexual activity and other is not in control. This study confirms the efficacy of hysteroscopic resection of uterine septa based in short hospitalization, low morbidity and the good reproductive outcome.

KEY WORDS: *Uterine malformations, septate uterus, hysteroscopy*

INTRODUCCIÓN

Las anomalías anatómicas del útero son responsables de provocar complicaciones obstétricas,

tales como aborto espontáneo recurrente, parto de pretérmino, distocias de presentación e infertilidad (1). Dentro de estas alteraciones del útero se encuentran miomas, sinequias, incompetencia cer-

vical y malformaciones congénitas. Estas últimas corresponden a un grupo heterogéneo de malformaciones debido a la alteración en el desarrollo o fusión de los conductos de Müller, por lo que pueden asociarse a malformaciones vaginales y/o renales.

La incidencia en la población general no es clara, ya que sólo cerca de un 25% de las malformaciones tienen problemas reproductivos (2). La incidencia calculada en la población general es de 0,1% a 1,5%, llegando a un 27% en los casos de aborto a repetición. Tampoco es clara cual es la malformación más frecuente y varía según distintos autores; esto debido a las distintas clasificaciones usadas y la población estudiada.

El útero septado corresponde a la clase V según la clasificación de ASRM (American Society of Reproductive Medicine) de 1988 (Figura 1) (3). El tabique uterino puede ser parcial o completo cuando tabica el cuello e incluso puede prolongarse a la vagina.

El útero septado está asociado a mayor incidencia de falla reproductiva y complicaciones obstétricas. El mecanismo por medio del cual esta anomalía provoca pérdida reproductiva no está

aclarado completamente. Se ha sugerido que el aborto espontáneo puede resultar por el escaso aporte sanguíneo del tabique, lo cual determina anomalías en la implantación. Además, el menor tamaño de la cavidad uterina y la incompetencia cervical pueden explicar también los malos resultados reproductivos. La posibilidad de tener un hijo vivo con esta patología fue de 28%, se describe además un 60 a 80% de abortos y un 12 a 33% de partos de pretérmino (4).

Es razonable pensar que el tratamiento de elección, por tanto, es la restauración de la cavidad uterina normal. Numerosos trabajos demuestran una mejoría en el pronóstico de los embarazos después de la incisión del tabique, con una reducción significativa de la incidencia de aborto y parto de pretérmino.

El tratamiento quirúrgico clásico fue la metroplastía por laparotomía (5, 6), existiendo dos técnicas: la de Jones descrita en 1953, que consiste en una histerotomía corporal extirpando una cuña de miometrio desde el fondo uterino hasta resecar todo el tabique y la de Tompkins descrita en 1962, que es una histerotomía media longitudinal con sección, no exéresis del tabique a ambos lados de la histerotomía (Figuras 2 y 3).

Actualmente la histeroscopia es el método de elección para la resección del septo uterino, debido a una serie de ventajas, como ausencia de formación de adherencias pélvicas al no realizar

Figura 1. Histerosalpingografía que muestra el septo uterino, correspondiente a una de las pacientes del estudio.

Figura 2. Unificación del útero septal (procedimiento de Jones).

Figura 3. Unificación del útero septal (procedimiento de Tomkins).

laparotomía, hospitalización acortada, disminución de los costos y la posibilidad de permitir un parto vaginal en un futuro embarazo (7-13).

El objetivo de esta comunicación es analizar los resultados de la resección histeroscópica del septo uterino en pacientes infértiles en su pronóstico reproductivo.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva en base a las historias clínicas de las pacientes controladas en la Unidad de Infertilidad del Hospital Clínico Regional Guillermo Grant B., que fueron sometidas a histeroscopia quirúrgica con diagnóstico de útero septado durante el período de enero de 1995 a diciembre de 2004.

Durante el período de estudio se realizaron un total de 430 histeroscopias, 141 diagnósticas y 289 quirúrgicas. De las últimas, 90 histeroscopias correspondieron a pacientes con infertilidad, cuyos diagnósticos se detallan en la Tabla I.

El diagnóstico de septo uterino se efectuó mediante histerosalpingografía (HSG) y laparoscopia. 7 pacientes presentaron septo parcial y 4 completo. A las pacientes con útero tabicado se les realizó resección histeroscópica con asa electroquirúrgica en 8 casos y tijera histeroscópica en 3. Todas tuvieron un día de hospitalización.

El último procedimiento se realizó en septiembre de 2003, por lo que el seguimiento mínimo posterior a la intervención es de más de 18 meses.

Se analizó edad, tipo de infertilidad, factores asociados de infertilidad, complicaciones intraoperatorias, evaluación posterior con HSG y fertilidad posterior al procedimiento.

RESULTADOS

Los resultados del tratamiento histeroscópico se presentan en la Tabla II.

La edad promedio de las pacientes fue de 30 años. 9 tenían infertilidad secundaria con historia de pérdidas reproductivas. De un total de 16 embarazos, 14 terminaron en aborto espontáneo del primer trimestre y 2 partos de pretérminos inmaduros con neomortinatos y sin niños vivos.

Durante y después de la intervención quirúrgica no se observaron complicaciones.

La histerosalpingografía de control se realizó en 6 pacientes, observándose una cavidad uterina normal en todas ellas. En una paciente no se alcanzó a realizar la HSG, ya que embarazó 1

Tabla I
HISTEROSCOPIAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES INFÉRTILES

Patología	n	%
Sinequia uterina	32	35,6
Pólipos	32	35,6
Endometriales	27	
Endocervicales	5	
Septo uterino	11	12,2
Mioma submucoso	10	11,1
Estenosis cervical	3	3,3
Metaplasia ósea endometrio	1	1,1
Obstrucción cornual	1	1,1
Total	90	100

Tabla II
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES SOMETIDAS A RESECCIÓN DE SEPTO UTERINO POR HISTEROSCOPIA

Nº	Edad	Infertilidad	Paridad	Factor asociado a infertilidad	HSG control	Fertilidad futura
1	35	1ª	G0	FTP	Normal	no
2	20	2ª	G1P1V0	—	No	ET
3	30	2ª	G1P0A1	—	normal	ET
4	34	2ª	G1P0A1	FTP	No	no
5	28	2ª	G1P0A1	FTP	No	no
6	37	2ª	G4P0A4	—	No	ET
7	30	2ª	G1P1V0	—	Normal	ET
8	30	1ª	G0	—	Normal	no
9	25	2ª	G2P0A2	—	Normal	no*
10	29	2ª	G1P0A1	—	Normal	ET
11	28	2ª	G4P0A4	—	No	ET

FTP: Factor tuboperitoneal. ET: Embarazo de término. *Sin pareja actual.

mes después de la intervención. De las 5 pacientes que no han embarazado, 3 tienen asociado un factor tuboperitoneal por proceso adherencial pelviano; una paciente sin pareja sexual en la actualidad y la quinta no sigue controles.

Con respecto a la fertilidad posterior al procedimiento, se logró embarazo en 6 pacientes, todas con embarazo de término; resolviéndose 5 casos por cesárea por causas obstétricas y 1 caso por parto vaginal eutócico. Todos los recién nacidos fueron normales.

DISCUSIÓN

Con el advenimiento de la endoscopia, la cirugía por laparotomía para el tratamiento del septo uterino ha quedado en desuso. La histeroscopia ha logrado iguales o mejores tasas de embarazo, como también reducir el riesgo quirúrgico futuro al evitar la laparotomía (adherencias pélvicas) y la histerotomía (dehiscencia de la histerotomía) con un postoperatorio mejor y breve.

Son diversas las tasas publicadas de resultados terapéuticos con esta metodología quirúrgica. Los resultados oscilan alrededor de un 80% de recién nacidos vivos tras la intervención. En nuestra serie destaca que de las 5 pacientes que no lograron embarazo, 3 tenían un factor tuboperitoneal asociado y 2 correspondían a infertilidad primaria, que fueron intervenidas porque no se encontró otro factor de infertilidad. Las 6 pacientes (55%) que resultaron embarazadas, finalizaron en un embarazo de término con niño sano.

En base a lo reportado en la literatura y en

nuestra experiencia inicial, la resección histeroscópica del septo uterino es un procedimiento seguro y efectivo, asociado a una baja morbilidad, y que puede mejorar los índices de nacimientos de término en pacientes afectadas con un mal resultado reproductivo previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Cherney AH. Hysteroscopic management of Müllerian fusion defects. *Hysteroscopy. Principles and Practice*. Siegler and Lindemann JB, Lippincott Company, 1982; 204.
2. Valle RF, Sciarra JJ. Hysteroscopic treatment of the septate uterus. *Obstet Gynecol* 1986; 67(2): 253-257.
3. American Fertility Society. Classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusions, tubal occlusions secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions *Fertil Steril* 1988; 49(6): 944-55.
4. Valli E, Vaquero E, Lazzarin N, Caserta D, Marconi D, Zupi E. Hysteroscopic metroplasty improves gestational outcome in women with recurrent spontaneous abortion. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11(2): 240-244.
5. Kistner R, Patton G. *Atlas de Cirugía de la Infertilidad*. Salvat Editores, S.A. 1979; 51-71.
6. Olivari A, Fluxá L, Hernández M, Vergara F, Correa L. Tratamiento quirúrgico de las malformaciones uterinas. *REV CHIL OBST GINECOL* 1991; 56(1): 3-8.
7. Siegler AM, Valle RF. Therapeutic hysteroscopic procedures. *Fertil Steril* 1988; 50(5): 685-701.
8. Fayez Jamil A. Comparison between abdominal and hysteroscopic metroplasty. *Obstet Gynecol* 1986; 68(3): 399-402.

-
9. March CM, Robert I. Hysteroscopic management of recurrent abortion caused by septate uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 834-842.
 10. Daly DC, Maier D, Soto-Albors C. Hysteroscopic metroplasty. Six years experience. *Obstet Gynecol* 1989; 73(2): 201-205.
 11. Savey L, Le Tohic A. Malformaciones uterinas. *Enciclopedia Médico Quirúrgica Ginecológica Obstétrica*, Editions Scientifiques et Medicales Elsevier, E-123-A-10, 2003; 1-18.
 12. Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* 2000; 73(1): 1-14.
 13. Lin PC, Bhatnagar KP, Nettleton GS, Nakagima ST. Female genital anomalies affecting reproduction. *Fertil Steril* 2002; 78(5): 899-915.
-