



ORIGINAL

Histeroscopia en consulta: análisis de 5.000 pacientes

J. Fernández-Parra^{a,b,*}, A.J. Rodríguez-Oliver^a y A. González-Paredes^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Granada, España

Recibido el 28 de junio de 2010; aceptado el 26 de julio de 2010

Disponible en Internet el 28 de diciembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Histeroscopia en consulta;
Complicaciones;
Tasa de fracasos;
Cirugía

KEYWORDS

Office hysteroscopy;
Complications;
Failure rate;
Surgery

Resumen

Objetivo: Conocer la fiabilidad, viabilidad y seguridad de la histeroscopia en consulta.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo. Entre junio de 2003 y abril de 2008, realizamos 5.000 histeroscopias en consulta. La histeroscopia se realizó mediante vaginoscopia con suero salino. Analizamos las indicaciones, éxitos, fracasos, tasas de complicaciones y tipo de cirugía.

Resultados: La histeroscopia pudo realizarse en cerca del 97% de los casos. Un 4% de mujeres refirieron dolor severo y un 1,4% tuvieron un síndrome vagal. La indicación más frecuente fue la hemorragia uterina anormal y el diagnóstico más frecuente el pólipo endometrial. En un 60% de las histeroscopias realizamos cirugía en la consulta. La polipectomía por histeroscopia fue la cirugía más frecuente (64%). Las tasas de perforación y de enfermedad inflamatoria pélvica fueron del 0 y del 0,08% respectivamente.

Conclusiones: La histeroscopia en consulta se tolera muy bien, siendo un procedimiento seguro y eficaz. La combinación de pequeños histeroscopios y la introducción de la energía bipolar nos permite tratar patología intrauterina en consulta sin ningún tipo de anestesia.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Outpatient hysteroscopy: analysis of 5,000 patients

Abstract

Objective: To assess the reliability, feasibility and safety of outpatient hysteroscopy.

Material and method: We performed a retrospective study of 5000 outpatient hysteroscopies performed between June 2003 and April 2008. All hysteroscopies were performed using a vaginoscopic approach and saline to distend the uterus. The indications, type of surgery, and success, failure and complication rates were analyzed.

Results: The hysteroscopies were successfully performed in nearly 97% of the patients. Severe pain and vasovagal syndrome occurred in 4% and 1.4% of the women, respectively. The most common indication was abnormal uterine bleeding and the most common diagnosis was

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgefdez@sego.es (J. Fernández-Parra).

endometrial polyps. Outpatient hysteroscopy was carried out in 60% of the patients. The most frequent type of surgery was hysteroscopic polypectomy (64%). Perforation and inflammatory disease rates were 0% and 0.08%, respectively.

Conclusions: Outpatient hysteroscopy is a well tolerated, effective and safe procedure. The combination of small-diameter hysteroscope and bipolar energy allows intrauterine disorders to be treated in the office setting without anesthesia.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La histeroscopia es una técnica considerada como el patrón oro para el diagnóstico de la cavidad uterina y del endometrio en mujeres con hemorragia uterina anormal, estériles, con abortos de repetición o con sospecha de lesiones intrauterinas^{1,2}. Ha demostrado ser más eficaz que el legrado y con menos complicaciones. Además la utilización de histeroscopios de menor calibre, junto con la técnica de la vaginoscopia han contribuido a su buena tolerancia.

Tradicionalmente la patología intracavitaria precisaba del empleo del resectoscopio con la necesidad de dilatación cervical y se realizaba en quirófano. El desarrollo de instrumentos de pequeño diámetro con vainas de flujo continuo con canales de trabajo permite la realización de actos quirúrgicos en la consulta. Esto ha sido posible por la utilización de energía bipolar, de láser o de tijeras y pinzas.

Actualmente la histeroscopia se realiza en consulta o en quirófano, aunque gran parte de los procedimientos los llevamos a cabo en consulta³.

Analizamos los resultados y hallazgos de 5.000 histeroscopias consecutivas realizadas en consulta en un hospital universitario. Las histeroscopias las realizaron endoscopistas con experiencia y ginecólogos en formación. Nuestro propósito es analizar las indicaciones, dificultades en la realización de la histeroscopia, tasa de cirugía y complicaciones de esta técnica en una consulta de histeroscopia.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo de los procedimientos histeroscópicos practicados en consulta desde junio de 2003 hasta abril de 2009. Excluimos a mujeres en las que realizamos el bloqueo tubárico mediante el método Essure®. Empleamos tres modelos de histeroscopia: un histeroscopia rígido de flujo continuo, óptica tipo Hopkins de 2,8 mm. con visión anteroblicua de 30°, vaina de 5,5 mm y canal operatorio de 5 Fr. (modelo Bettocchi de Karl Storz), otro similar con vaina de 4,5 mm y otro semirrígido de 1,9 mm, fibra óptica y vaina de flujo continuo desechable con canal operatorio de hasta 7 Fr., calibre total con canal operatorio distendido de 3,8 mm (Versascope®). Se utiliza como medio de distensión suero fisiológico con presurizador.

Para la cirugía se emplean pinzas o tijeras y electrodos quirúrgicos tipo berbiquí específicos para el generador bipolar Versapoint®. Dentro de las opciones de este generador se empleó el corte intermedio (VC3) a una potencia de 50 W.

En general no indicamos premedicación para la realización de la histeroscopia. La técnica se realizó sin anestesia, sin espéculo vaginal ni pinzas de cuello siguiendo el modelo descrito por Bettocchi en 1997⁴. Se inicia el procedimiento con una vaginoscopia, localización de orificio cervical externo y paso por canal endocervical (en caso necesario

se amplia con pinza, tijera o electrodo bipolar) hasta llegar a cavidad uterina. Se estudia ésta en toda su extensión y si existe patología se valora la tolerancia de la paciente a la técnica y la posibilidad de realizar un tratamiento definitivo en el mismo acto (ver y tratar). Si el tamaño de la lesión no permite su paso por el canal cervical se procede a su fraccionamiento. Todas las histeroscopias fueron realizadas o supervisadas por tres ginecólogos.

La valoración del dolor se hizo mediante pregunta directa sobre el dolor sufrido durante la prueba, siguiendo una escala visual analógica (EVA) donde el 0 correspondería a ausencia de dolor y el 10 a un dolor insoportable. En una primera etapa la paciente estaba monitorizada con un pulsioxímetro. Posteriormente el pulsioxímetro se utilizaba cuando la mujer refería sensación de mareo, sudoración o náuseas, considerando el síndrome vagal con una frecuencia cardíaca menor de 60 lpm.

Todas las pacientes recibieron una explicación precisa sobre la prueba a realizar y firmaron el documento de consentimiento informado.

Comparamos la frecuencia del síndrome vagal y el dolor intenso en las histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas mediante el test de la chi-cuadrado.

Resultados

Durante ese tiempo realizamos 5.000 histeroscopias en consulta, aunque en 117 fue imposible finalizar el procedimiento por dolor, estenosis cervical o imposibilidad de visualizar el canal endocervical (2,34%). En el resto de pacientes pudimos completar el procedimiento aunque consideramos insatisfactorias a 94 de ellas por no visualizar correctamente la cavidad por sangrado, imposibilidad de distenderla o bien por no completar la histeroscopia ante la intolerancia de la paciente. En total realizamos 4.789 histeroscopias satisfactorias.

La edad media de las pacientes fue de 50,6 años (rango 17-95 años). Eran 855 nulíparas (17,1%) y 2.247 menopáusicas (44,9%). Sólo 496 de las pacientes tenían tratamiento hormonal: anticonceptivos, tratamiento hormonal sustitutivo, hormonoterapia para el cáncer de mama. . .

La indicación más frecuente para la realización de la histeroscopia es la hemorragia uterina anormal (70,5%), de las cuales 2012 eran premenopáusicas y 1514 menopáusicas. Las otras indicaciones quedan recogidas en la [tabla 1](#).

De las 4.883 histeroscopias realizadas, en 2.937 realizamos cirugía histeroscópica (60,1%). En algunas pacientes practicamos varios procedimientos quirúrgicos por lo que el total ascendió a 3.053. La cirugía más frecuente es la polipectomía ([tabla 2](#)). La energía bipolar (electrodo berbiquí de Versapoint) lo utilizamos en la mayoría de los procedi-

Tabla 1 Indicaciones de las histeroscopias en consulta

	Nº casos	%
Hemorragia uterina anormal en premenopáusica	2012	40,2
Metrorragia menopáusica	1514	30,3
Esterilidad	197	3,9
Infertilidad	59	1,2
Sospecha lesiones intrauterinas	853	17
Control patología endometrial	28	0,6
Control cirugía	72	1,4
Completar cirugía	155	3,1
Extracción DIU	92	1,9
Otros	18	0,4

Tabla 2 Cirugía realizada en consulta de histeroscopia

	Nº casos	%
Polipectomía endometrial	1970	64,5
Biopsia endometrio	675	22,1
Miomectomía	174	5,7
Extracción DIU	86	2,8
Polipectomía endocervical	62	2
Septoplastia	38	1,2
Fulguración pólipos	17	0,5
Adhesiolisis	14	0,4
Biopsia pólipo o mioma	17	0,5
Total	3053	

Tabla 3 Diagnóstico histeroscópico (considerando el estudio histológico)

	Nº casos	%
Pólipo endometrio	2187	43,7
Pólipo endocervical	70	1,4
Miomas	469	9,4
Pólipo y miomas	81	1,6
Carcinoma ^a	176	3,5
Hiperplasia endometrial	70	1,4
Normal	1754	35,1
Malformación	51	1
Otras	25	0,5
Imposibles	117	2,3

^a 171 carcinomas de endometrio, 2 sarcomas y 3 cánceres de cérvix uterino.

mientos (2.471), seguido de las tijeras y/o pinzas (365) y recientemente el láser (10), sin incluir las extracciones de DIU que hicimos con pinzas.

El diagnóstico final de la histeroscopia, considerando el estudio histológico como el patrón oro cuando fue realizado, queda reflejado en la tabla 3. El diagnóstico más frecuente fue el de pólipo de endometrio.

Un pequeño porcentaje (1,4%) de mujeres tuvieron un síndrome vaginal. Sólo un 4% refirieron dolor intenso (valorado por la escala visual analógica como 8,9 o 10). El síndrome vaginal fue más frecuente en las histeroscopias quirúrgicas que en las diagnósticas (2,4 frente al 1%) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El dolor intenso ocurrió

en el 4,9% de las diagnósticas y en el 2,9% de las quirúrgicas ($p < 0,05$). Cuatro mujeres fueron diagnosticadas posteriormente de enfermedad pélvica inflamatoria que precisaron ingreso, con una tasa de 0,08%. Sólo una paciente tuvo un sangrado posterior profuso que precisó ingreso hospitalario derivado de su patología endometrial más que de la técnica histeroscópica. No tenemos constancia de ninguna perforación.

Discusión

Los motivos por los que la histeroscopia en consulta es una técnica cada vez más extendida son varios: nos permite realizar un diagnóstico exacto de la patología endometrial, se tolera bien por la paciente, tiene un fácil aprendizaje y en el mismo procedimiento podemos diagnosticar y tratar quirúrgicamente (ver y tratar).

Actualmente no pensamos que en consulta diagnóstica y en quirófano operamos. Esto ha sido posible por el desarrollo de histeroscopios de menor calibre y la utilización de electrodos con energía bipolar⁵.

La histeroscopia es una prueba segura y bien tolerada por las pacientes. En nuestra experiencia no hemos tenido ninguna perforación uterina y un 0,08% de enfermedad pélvica inflamatoria. Un estudio de seguimiento para el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria tras una histeroscopia refiere un 0,79%⁶. La perforación es rara cuando se realiza en consulta ya que la mujer refiere un dolor tan intenso que impide esta complicación. Es más frecuente la perforación en histeroscopias, incluso diagnósticas, cuando se realizan en quirófano con anestesia general³.

El síndrome vaginal ocurre en el 1,44% de nuestras pacientes. Algunos autores tienen cifras parecidas (1-2,83%)^{7,8}. Agostini et al⁷, relacionan el síndrome vaginal con los histeroscopios rígidos, con la indicación, con la paridad y con el estado menopáusico. En nuestra experiencia no hay diferencias entre histeroscopios rígidos y semirígidos⁹. Observamos menos síndromes vagales en las histeroscopias diagnósticas frente a las quirúrgicas, lo que podría explicarse por el mayor estímulo cervical en las quirúrgicas durante la extracción de las piezas (varias entradas del histeroscopio, fragmentos de tejido mayores que el canal endocervical...).

Cuando la histeroscopia es diagnóstica refieren las pacientes más dolor que en la quirúrgica, aunque es razonable pensar que realizamos la cirugía en aquellas mujeres que mejor toleran la prueba. Previamente hemos comunicado que el dolor está relacionado con la facilidad de canalizar el canal endocervical y con la duración de la histeroscopia¹⁰.

No todas las histeroscopias pueden realizarse, bien por estenosis del canal endocervical, por no visualizarlo o por dolor. En un 2,3% de las histeroscopias fue imposible su realización. Di Spiezo y cols. también en 5000 histeroscopias tienen un porcentaje del 5,2%¹¹, la mayoría de las veces por dolor. A medida que el histeroscopista tiene más experiencia la tasa disminuye.

Más del 70% de las pacientes remitidas a nuestra unidad, lo fueron por hemorragia uterina anormal (40% premenopáusicas y 30% en menopáusicas), dato que coincide con varios autores^{8,11,12}. Le sigue la sospecha de lesiones intrauterinas y la esterilidad^{8,12}.

El pólipos de endometrio es el diagnóstico más frecuente, seguido de la normalidad y los miomas en nuestra serie. Creemos que un 35% de histeroscopias normales es excesivo teniendo en cuenta las posibilidades diagnósticas actuales: ecografía vaginal, histerosonografía, biopsia de endometrio mediante cánula...

Estamos convencidos que la histeroscopia actual consiste en diagnosticar y tratar en el mismo acto. Por ello tenemos un alto porcentaje de cirugía en consulta: un 60%. En otras series las tasas son del 11%¹¹ o del 16%¹². La introducción de la energía bipolar en la consulta de histeroscopia, que ha sido posterior a estas publicaciones, supone una herramienta fundamental en esta técnica si queremos tratar lo que diagnosticamos.

La cirugía que realizamos con más asiduidad es la polipectomía histeroscópica seguida de la biopsia de endometrio dirigida por histeroscopia, que aumenta la capacidad diagnóstica de esta técnica. También hemos realizado miomectomías, septoplastias, adhesiolisis... con buena tolerancia de la paciente.

Como conclusión podemos decir que la histeroscopia es una prueba diagnóstica y terapéutica que se realiza en consulta con escasas complicaciones y buena aceptación por la paciente. La introducción de nuevas tecnologías nos permite ver y tratar en un mismo procedimiento, ampliando cada vez más las posibilidades de esta técnica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Serden SP. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000;27:277-86.
2. Nagele F, O'Connor H, Davies A, Badawy A, Mohamed H, Magos A. 2500 outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol.* 1996;88:87-92.
3. Rodríguez-Oliver AJ, Fernández Parra J, Aguilar T, Parrilla F, Pérez-Herrezuelo I, Carrillo MP, et al. Cambios asintomáticos derivados de la implantación de una unidad de histeroscopia ambulatoria. *Clin Invest Gin Obst.* 2008;35:78-82.
4. Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997;4:255-8.
5. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2004;31:641-54.
6. Bracco PL, Vassallo AM, Armentano G. Infectious complications of diagnostic hysteroscopy. *Minerva Ginecol.* 1996;48:293-8.
7. Agostini A, Bretelle F, Ronda I, Roger V, Cravello L, Blanc B. Risk of vasovagal syndrome during outpatient hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:245-7.
8. Cicinelli E, Parisi C, Galantito P, Pinto V, Barba B, Schonauer S. Realitability, feasibility, and safety of mini-hysteroscopy with a vaginoscopic approach: experience with 6000 cases. *Fertil Steril.* 2003;80:199-202.
9. Rodríguez Oliver AJ, Fernández Parra J, Carrillo MP, Parrilla F, Montoya F. Cirugía histeroscópica en consulta con tecnología Versapoint. Características y resultados. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48:388-91.
10. 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.
11. 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;89:438-43.
12. Pérez Medina T, Bajo JM, Martínez Cortes L, Castellanos P, Pérez de Avila I. Six thousand office diagnostic-operative hysteroscopies. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;71:33-8.