

Hallazgos histeroscópicos en 70 procedimientos realizados en un curso de histeroscopia de consultorio

Carlos Gerardo Salazar López Ortiz,* Alfredo Saad Ganem,** José Alanís Fuentes,***
Jorge Gálvez Muñoz**

RESUMEN

Objetivos: mostrar las bondades de la histeroscopia que se realiza en un consultorio médico, reportar la experiencia adquirida en el curso de histeroscopia que impartimos en el consultorio y revisar la bibliografía relacionada con los criterios que harán posible la adecuada preparación de los futuros cirujanos histeroscopistas.

Material y método: se incluyeron las histeroscopias que se realizaron en el consultorio durante el curso teórico-práctico de histeroscopia; en el curso, que se desarrolló en 14 sesiones sabatinas de ocho horas cada una, se practicaron 70 histeroscopias en pacientes previamente seleccionadas, quienes ingresaron al consultorio con ayuno de ocho horas; las histeroscopias se realizaron con un telescopio Storz® –con diámetro externo de 2.9 mm, con fuente de luz de xenón y con endocámara digital Storz® de tres chips–, con una camisa operatoria tipo Bettocchi® y con una solución fisiológica. En 45 casos la histeroscopia se llevó a cabo sin anestesia y en 25 la histeroscopia se hizo con anestesia endovenosa, con apoyo ventilatorio y con monitoreo de los signos vitales; en todos los casos las afecciones se aliviaron eficazmente.

Resultados: de las 70 histeroscopias que se realizaron, se resecaron 24 pólipos endometriales, se llevaron a cabo 14 histeroscopias diagnósticas, se colocaron siete dispositivos Essure®, se extirparon seis miomas, se retiraron cinco dispositivos intrauterinos, se hallaron cuatro malformaciones uterinas, se diagnosticaron y lisaron tres síndromes de Asherman y tres estenosis cervicales, se efectuaron dos ablaciones endometriales, se encontró un adenocarcinoma endometrial y hubo un caso especial.

Conclusiones: una de las bondades de este curso de histeroscopia de consultorio es impartirlo directamente con pacientes y, en todos los casos, las afecciones se aliviaron eficazmente.

Palabras clave: histeroscopia de consultorio, curso.

ABSTRACT

Objective: To show the advantages of office-hysteroscopy, to report the experience acquired in the office-hysteroscopy course and to review the bibliography related to criteria that will make possible the adequate training of the future hysteroscopist surgeons.

Material and method: Office-hysteroscopies during the theoretical-practical course of hysteroscopy were included; in the course, developed in 14 Saturday sessions of eight hours each, 70 hysteroscopies were done in previously selected patients, who entered to the office with an 8-hours-fasting; hysteroscopies were done with a Storz® telescope –with external diameter of 2.9 mm, with xenon light source and with digital endo-camera Storz® of three chips–, with an operator type Bettocchi® and a physiological solution. In 45 cases, hysteroscopy was done without anesthesia and in 25 hysteroscopy was done with endovenous anesthesia, with ventilatory support and with vital signs monitoring; in all cases, illnesses were relieved efficaciously.

Results: Out of the 70 hysteroscopies done, 24 endometrial polyps were resected, 14 diagnostic hysteroscopies were done, seven Essure® device were placed, six myomas were removed, five intrauterine devices were removed, four uterine malformations were found, three Asherman syndromes and three cervix stenosis were diagnosed, two endometrial ablations were done, an endometrial adenocarcinoma was found and there was a special case.

Conclusions: One of the advantages of this office-hysteroscopy course is to teach it directly with patients and, in all cases, illnesses were relieved efficaciously.

Key words: office-hysteroscopy, course.

* Médico adscrito al servicio de Ginecología.

** Médico asociado al servicio de Ginecología.
Hospital Español, México, DF.

*** Médico adscrito al Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, DF.

Correspondencia: Dr. Carlos Gerardo Salazar López O. Ejército Nacional Mexicano 613-101, colonia Granada, CP 11520, México, DF. Correo electrónico: csalazar@hisparep.com

Recibido: octubre, 2010. Aceptado: noviembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Salazar-López-Ortiz CG, Saad-Ganem A, Alanís-Fuentes J, Gálvez-Muñoz J. Hallazgos histeroscópicos en 70 procedimientos realizados en un curso de histeroscopia de consultorio. Rev Mex Reprod 2010;3(2):73-77.

www.nietoeditores.com.mx

La histeroscopia es uno de los métodos más confiables para estudiar la cavidad uterina; por eso, es un progreso tecnológico vital para la práctica clínica diaria del ginecólogo moderno. Su popularidad ha aumentado por ser una técnica simple que puede realizarse en un consultorio, de ahí que en la evaluación de afecciones intrauterinas ya desplazó a la histerosalpingografía.¹

La histeroscopia favoreció la evaluación del conducto cervical y de la cavidad endometrial cuando desde los inicios de la década de 1980 superó las limitaciones técnicas de la dilatación cervical y del uso de anestésicos, que eran necesarios cuando los diámetros de los equipos medían el doble o más del doble que los diámetros utilizados en la actualidad.

Actualmente, es posible llevar a cabo una evaluación completa y amplia de la cavidad uterina en el consultorio sin que haya necesidad de aplicar algún tipo de anestesia o de inducir una dilatación cervical.

Los hallazgos histeroscópicos anormales, los cuales fueron hallazgos normales en la histerosalpingografía, varían de 1 a 62%, lo cual depende de los autores que se consulten. En promedio, las tasas de falsos positivos y falsos negativos que resultan de una histerosalpingografía le dan sensibilidad de 97% y especificidad de 23%; por tanto, esta prueba no es conveniente en los casos en que se sospecha una alteración exclusiva de la cavidad uterina.¹ Sin embargo, esta técnica se ha indicado en todos los casos en que teóricamente se requiere visualizar directamente la cavidad endometrial o el canal endocervical. En el campo de la medicina reproductiva son indudables los beneficios de la técnica histeroscópica para corregir los defectos de la cavidad endometrial, evaluar las condiciones de la cavidad uterina antes de la fecundación *in vitro*, en el manejo de las obstrucciones tubarias proximales y en los casos de fertiloscopia.²

No se espera que todos los ginecólogos realicen una cirugía endoscópica, pues esta operación sólo la podrán realizar los ginecólogos que estén calificados para llevarla a cabo. No obstante, es importante que en la capacitación ginecológica la cirugía endoscópica se establezca como una actividad rutinaria. Desafortunadamente, los cirujanos endoscopistas con capacidad para enseñar este tipo de procedimientos están disponibles en muy pocos hospitales. De la colaboración entre varios hospitales se

obtendrá un mayor beneficio si se promueven actividades de auditoría e investigación.³ De esto surgió la idea de formar un curso, cuyo propósito es preparar adecuadamente a especialistas en ginecología en la realización de la histeroscopia en el consultorio.

En un curso adecuado debe otorgarse una preparación teórica que incluya: 1) anatomía del abdomen y de la pelvis, 2) conocimiento de la afección pélvica, 3) conocimiento de la técnica quirúrgica, 4) conocimiento de los conceptos básicos relacionados con los procedimientos anestésicos, con los medios de distensión y con el uso de energía, así como conocimiento de las complicaciones y repercusiones metabólicas e hidroelectrolíticas, y 5) conocimiento de cómo realizar determinados procedimientos quirúrgicos.⁴

Una preparación práctica también debe incluir lecturas, apoyo audiovisual, programas generados por computadora, actividades de desarrollo de destrezas, *pelvic trainers* o practicar en animales, asistencia en el consultorio y supervisión durante el procedimiento.⁴

La Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE por sus siglas en inglés) determinó que para practicar una histeroscopia deben existir tres niveles de destreza: *nivel 1*: histeroscopia diagnóstica, *nivel 2*: polipectomía, remoción de un mioma pediculado, resección de un septo parcial, lisis de una adherencia leve o moderada, ablación o resección endometrial, canulación tubaria, y *nivel 3*: lisis de una adherencia severa, resección de un septo completo, resección de un mioma con extensión intramural.

El objetivo de esta clasificación es proveer un esquema de programa de capacitación progresiva. Se cree que este esquema es especialmente importante para adiestrar a los residentes; en cambio, cuando la enseñanza es para cirujanos expertos, la capacitación debe centrarse en el desarrollo de habilidades histeroscópicas,⁴ razón por la cual creemos que podemos iniciar nuestro curso con el desarrollo de las habilidades de los ginecólogos, porque éstos ya han tenido una preparación académica adecuada y porque al ingresar al curso ya tienen los conocimientos suficientes como para obviar la parte teórica.

OBJETIVO

Mostrar las bondades de la histeroscopia, realizada en un consultorio, en el alivio de las afecciones de la cavidad

endometrial, con mínima invasión y el máximo alivio del problema. La histeroscopia será ejecutada por médicos especialistas en adiestramiento de habilidades histeroscópicas bajo la tutela de profesores expertos en el área.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron las histeroscopias realizadas durante el curso teórico práctico de histeroscopia de consultorio; el curso, que fue debidamente credencializado y avalado, se desarrolló en 14 sesiones sabatinas de ocho horas cada una, en las que se practicaron 70 histeroscopias en pacientes previamente seleccionadas, a las cuales se les interrogó y se les realizó una exploración física detallada antes de la histeroscopia; las pacientes firmaron un consentimiento informado para la intervención quirúrgica después de que se les explicaron –en forma específica y dirigida– las limitaciones, los riesgos y las complicaciones.

Las pacientes ingresaron al consultorio con ayuno de ocho horas; para realizar la histeroscopia se utilizó un telescopio Storz® –con diámetro externo de 2.9 mm, con fuente de luz de xenón (que se trasmitía con fibra óptica) y con endocámara digital Storz® de tres chips (para documentar los hallazgos de la cavidad endometrial)–, una camisa operatoria tipo Bettocchi® y una solución fisiológica (para distender la cavidad endometrial) [Figuras 1, 2 y 3]. En 45 casos la histeroscopia se llevó a cabo sin anestesia y en 25 la histeroscopia se hizo con anestesia endovenosa, con apoyo ventilatorio y monitoreo de los signos vitales; en todos los casos las afecciones se resolvieron eficazmente. Una vez terminada la histeroscopia, las pacientes reposaban unos minutos y, ya recuperadas totalmente, egresaban a los 90 minutos de realizada la histeroscopia, con indicaciones precisas de acudir a Urgencias en caso necesario.

Los resultados se evaluaron según el padecimiento; en algunos casos el éxito de la operación fue de inmediato y en otros el éxito fue de forma mediata, con logro de embarazo en los casos de infertilidad.

RESULTADOS

Resultados de las 70 histeroscopias: se resecaron 24 pólipos endometriales, se realizaron 14 histeroscopias diagnósticas, se colocaron siete microinsertos Essure®,



Figura 1. Torre de instrumentos.

se extirparon seis miomas, se retiraron cinco dispositivos intrauterinos, se encontraron cuatro malformaciones uterinas, se diagnosticaron y lisaron tres síndromes de Asherman y tres estenosis cervicales, se practicaron dos ablaciones endometriales, se encontró un adenocarcinoma endometrial y hubo un caso especial (Cuadro 1).

DISCUSIÓN

La histeroscopia se auxilia de un endoscopio y de una fuente de luz para visualizar directamente la cavidad endometrial. La primera histeroscopia que se realizó fue con un tubo hueco y una lámpara de alcohol, cuya luz se reflejaba en un espejo. En 1869 Pantaleoni reportó la remoción exitosa de un pólipo endometrial a través de un tubo.¹

Las aplicaciones de este procedimiento han aumentado considerablemente, por lo que en muchos de los casos

Cuadro 1. Histeroscopias realizadas durante el curso

<i>Diagnóstico</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Número de pacientes</i>
Pólipos endometriales	24	Ablación endometrial	2
Malformaciones uterinas	4	Estenosis cervical	3
Retiro de dispositivo intrauterino	5	Síndrome de Asherman	3
Diagnósticas	14	Colocación de dispositivo Essure®	7
Miomas	6	Adenocarcinoma endometrial	1
Psicológicas	1*		

* La paciente reportada en el apartado de psicológicas es una paciente con retraso mental y autismo, que se comportaba agresivamente y tenía conductas autolesivas debido a la ansiedad que le provocaba la salida de sangrado menstrual, por lo que se decidió –junto con los familiares– realizarle una ablación endometrial (Figura 4) y colocarle un dispositivo intrauterino con progesterona (Mirena®) y un dispositivo Essure® para evitar la aparición de sangrado menstrual y, a su vez, para evitar un embarazo en caso de abuso sexual.

**Figura 2.** Contenedor para esterilizar el equipo.**Figura 4.** Equipo de Thermablate.**Figura 3.** Colocación de la paciente.

las fronteras entre el quirófano y el consultorio se han perdido; sin embargo, debemos ser cautos cuando realicemos este procedimiento en un consultorio, porque hay afecciones –como los miomas submucosos con componente intramural– que deben realizarse definitivamente en un quirófano, con estricto control de las constantes vitales y del equilibrio de líquidos de la paciente.

Las contraindicaciones absolutas de la histeroscopia son la enfermedad pélvica inflamatoria aguda y el embarazo de evolución normal y una contraindicación relativa es el sangrado uterino. Las complicaciones son poco frecuentes y se manifiestan en menos de 2% de las histeroscopias. Hansen y col. utilizaron una base de datos de casi 136,000 histeroscopias y reportaron una tasa de complicaciones significativas de 0.28%; las complicacio-

nes fueron perforación uterina, infección, sangrado y daño a órganos vecinos, como resultado del uso de energía y de la sobrecarga de volumen ocasionada por la absorción del medio de distensión. Otras complicaciones incluyen anafilaxia por el medio de distensión, hiponatremia y embolia gaseosa, cuando se utiliza bióxido de carbono.¹

En todo procedimiento endoscópico es muy importante que el cirujano maneje los instrumentos y equipos con habilidad y amplio conocimiento de los mismos. A pesar de que los procedimientos en el consultorio tienen una duración breve y de que se utilizan pequeñas cantidades de medios de distensión, en la actualidad se utiliza solución fisiológica como medio de distensión en casi todos los casos con auxilio de la bomba automática de inyección de líquido Endomat® (Figura 5), que permite controlar el ingreso y el egreso de los líquidos a una presión constante y a un flujo variable, lo cual es mejor tolerado por la paciente.



Figura 5. Bomba Endomat®.

Es importante recordar que el desempeño en la cirugía mejora con la práctica. Van Blaricom y col. observaron que mejoró el desempeño de los residentes que durante un año se adiestraron en un programa de histeroscopia y que, además, tenían sesiones de práctica en el simulador; el desempeño de los residentes fue evaluado con una valoración estructurada del desarrollo de destrezas quirúrgicas.^{2,3}

Desafortunadamente, también es cierto que la destreza puede perderse a través del tiempo, por lo que deberá



Figura 6. Histeroscopia operatoria.

practicarse repetidamente durante intervalos regulares de tiempo.²

Una de las cualidades de este curso es que otorga un adiestramiento directo con pacientes, porque la capacitación con simuladores requiere tiempo y otro tipo de habilidades para resolver problemas reales (Figura 6).² Respecto a esto, creemos en el enfoque de Grantchow y col., quienes compararon el desempeño en un simulador virtual de dos grupos de cirujanos: uno de cirujanos experimentados y otro de cirujanos con poca o nula experiencia quirúrgica, y demostraron que para el grupo de cirujanos experimentados era más difícil aprender habilidades nuevas en el simulador.²

REFERENCIAS

1. Katz V, Lentz G, Lobo R, Gershenson D. Comprehensive gynecology. 5th ed. Philadelphia: Mosby-Elsevier, 2007.
2. Burchard ER, Lockrow EG, Zahn CM, Dunlow SG, Satin AJ. Simulation training improves resident performance in operative hysteroscopic resection techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:542.e1-542.e4.
3. VanBlaricom AL, Goff BA, Chinn M, Icasiano MM, et al. A new curriculum for hysteroscopy training as demonstrated by an objective structured assessment of technical skills (OSATS). *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1856-1865.
4. Chapron C, Devroey P, Dubuisson JB, Pouly JL, Vercellini P. ESHRE guidelines for training, accreditation and monitoring in gynaecological endoscopy. European Society for Human Reproduction and Embryology. Committee of Special Interest Group on Reproductive Surgery. *Human Reprod* 1997;12(4):867-868.