

Histeroscopias diagnósticas: experiencia clínica en el estudio inicial de la mujer infértil

Rafael A Sánchez Usabiaga,* Carlos G Galindo García,** Sergio Romero Tovar,* Ricardo Hurtado Amador,* José A Garzón Núñez,* Anaid Batista Espinoza*

RESUMEN

Antecedentes: la histeroscopia diagnóstica es el único procedimiento que permite observar directamente el canal endocervical y la cavidad uterina. Sin embargo, no hay un consenso para su inclusión en el protocolo inicial de la mujer infértil.

Objetivo: describir nuestra experiencia al incluir la histeroscopia como procedimiento diagnóstico de primera línea en pacientes con insuficiencia reproductiva.

Material y métodos: estudio retrospectivo efectuado en un grupo de 1,108 pacientes a quienes se les realizó histeroscopia diagnóstica como parte del protocolo inicial de la pareja infértil. Se utilizó un histeroscopio Acmi de 30° (GY275L-DS, 3.5 mm) y otro Betocchi Karl Storz de 30° (27020 BA, 4 mm). La distensión de la cavidad se realizó con solución salina a 100 mmHg mediante infusor Médex. Se analizaron la factibilidad, hallazgos y complicaciones.

Resultados: de 1,108 histeroscopias 694 (62.6%) se reportaron normales y 414 (37.3%) con alguna alteración. La enfermedad más frecuente fue el endometrio polipoide (42%), seguido de pólipo endometrial (21.9%), mioma submucoso (12.8%), septo uterino (9.9%), endometritis (4.5%) y síndrome de Asherman (4.1%).

Conclusiones: la prevalencia de enfermedad intracavitaria en la población infértil fue de 37.3%. Estas alteraciones pueden afectar el proceso reproductivo y el éxito del tratamiento. La histeroscopia diagnóstica, por su inocuidad, factibilidad y posibilidad de ser un procedimiento diagnóstico y terapéutico, es una herramienta útil que debe considerarse parte del estudio inicial de la mujer infértil.

Palabras claves: histeroscopia, cirugía reproductiva, infertilidad.

ABSTRACT

Background: Diagnostic hysteroscopy is the only procedure that allows direct visualization of the endocervical canal as well as the uterine cavity. However there is no consensus for its inclusion in initial protocols for infertile woman.

Objective: To describe our experience when we included the hysteroscopic diagnostic procedure as a first line in patients with infertility problems.

Patients and methods: A retrospective study was made in a group of 1,165 patients to whom we did a diagnostic hysteroscopy procedure as a part of the initial protocol in infertile couples. Two different hysteroscopes were used: 1) 30-degree 3.5 mm hysteroscope Acmi (GY275L-DS) and 2) 30-degree 4 mm hysteroscope Betocchi Karl Storz (27020). Distention medium was saline solution irrigated at 100 mmHg by a Medex infuser. We analyzed the factability, the intensity of pain, complications and pathologic findings.

Results: 1,108 hysteroscopies were carried out, there were reported as normal 694 (62.64%) and in 414 (37.36%) was found some alteration. The most frequent pathology was the polypoid endometrium (42.02%), endometrial polyps (21.98%), myomas (12.80%), uterine septum (9.90%), endometritis (4.58%) and Asherman's syndrome (4.10%).

Conclusions: In the infertile population the prevalence of intracavitary pathology was of 37.36%. These alterations can commit the reproductive process as well as the success of the treatment. The diagnostic hysteroscopy is sure, feasibility and could be a diagnostic and therapeutic procedure, is a useful tool that should be considered inside the initial infertile women protocol.

Key words: hysteroscopy, reproductive surgery, infertility.

* Instituto Médica Fértil, Santiago de Querétaro, Qro.

** Instituto Médica Fértil, Morelia, Mich.

Correspondencia: Rafael A. Sánchez Usabiaga. Prolongación Constituyentes 218, colonia El Jacal, CP 76180, Querétaro, Qro.

Recibido: junio, 2008. Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Sánchez URA, Galindo GCG, Romero TS, Hurtado AR y col. Histeroscopias diagnósticas: experiencia clínica en el estudio inicial de la mujer infértil. Rev Mex Reprod 2008;1(2):70-73.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El endometrio juega un papel determinante en el proceso reproductivo. Las alteraciones uterinas se han relacionado hasta en 10 a 15% como causa de infertilidad.¹ Éstas se han encontrado dentro de la cavidad uterina, aproximadamente, en 34 a 62% en la mujer infértil.^{2,3} Dada la alta prevalencia de las alteraciones uterinas, la evaluación de la cavidad uterina se incluye en el protocolo básico de estudio de la mujer con insuficiencia reproductiva.

A pesar de su baja sensibilidad y especificidad, la histerosalpingografía es el estudio aceptado universalmente en el protocolo inicial de la mujer infértil.⁴ Ante la sospecha de una histerosalpingografía alterada, el procedimiento para confirmarla habitualmente es mediante una histeroscopia diagnóstica, aunque el diagnóstico suele no coincidir hasta en 30% de los casos.^{5,6} Otras desventajas de la HSG incluyen dolor importante, que el procedimiento sea realizado por personal ajeno al médico tratante así como el uso de los rayos X. Ante estos inconvenientes surge la pregunta de si la histerosalpingografía se justifica en el estudio inicial de la mujer con insuficiencia reproductiva.

La histerosalpingosonografía, procedimiento realizado mediante un ultrasonido endovaginal, la describió Bonilla Musoles como un método útil para evaluar la cavidad uterina en pacientes con sangrado uterino anormal.⁷ Posteriormente, numerosos estudios han demostrado su alta sensibilidad y especificidad en la detección de enfermedades de la cavidad uterina. Además, este estudio cuenta con la ventaja de ser un método inocuo, realizado por el médico tratante, y con buena tolerancia. Utiliza solución salina como medio para distender la cavidad uterina y permite identificar alteraciones endometriales.⁸ Sin embargo, su desventaja radica en que no permite observar directamente el canal endocervical ni la cavidad uterina.

Los grandes avances clínico-tecnológicos de los últimos 10 años han permitido a la histeroscopia diagnóstica ser un procedimiento inocuo, tolerable y accesible para estudiar la cavidad uterina. Su gran ventaja es la observación directa para detectar alteraciones menores involucradas en el deterioro del proceso reproductivo. Además, ante el hallazgo de una alteración, este procedimiento puede convertirse en quirúrgico sin tener que recurrir a un método alternativo para confirmar el diag-

nóstico, como sería el caso de la histerosalpingografía o la histerosalpingosonografía.

Dadas las características de nuestra población infértil, que había sido previamente diagnosticada y tratada en forma convencional sin lograr un embarazo, y ya que un gran porcentaje eran susceptibles a las técnicas de reproducción asistida, nos motivó hace cuatro años y medio a incluir la histeroscopia diagnóstica en el protocolo inicial de la mujer infértil. A continuación presentamos un estudio retrospectivo con el propósito de analizar y compartir nuestra experiencia clínica, considerando que esta información puede influir en el clínico que aún no esté familiarizado ni convencido de incorporar esta herramienta diagnóstica en el protocolo inicial de la mujer con insuficiencia reproductiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

De enero de 2004 a julio de 2008 se realizó una revisión retrospectiva de 1,108 histeroscopias diagnósticas. Se incluyeron todas las pacientes infértiles que acudieron al Instituto Médica Fértil para su estudio y tratamiento; se excluyeron las mujeres con sangrado activo, enfermedad pélvica inflamatoria, cervicovaginitis aguda o sospecha de embarazo. Se prescribió a la pareja doxiciclina (100 mg c/12 horas por siete días) o azitromicina (1 g dosis única), y el procedimiento se programó en la fase proliferativa temprana, luego de transcurrir al menos cinco días de la administración del antibiótico, y sin exceder seis meses de haber iniciado el tratamiento. Veinte minutos antes de realizar el estudio diagnóstico, para prevenir el efecto vaginal, se aplicó una ampola intramuscular de butilhioscina,⁹ así como 30 mg de ketorolaco sublingual. Se colocó a la paciente en posición de litotomía, se realizó asepsia de la región vulvovaginal y se conectaron los monitores para vigilar los signos vitales y la saturación de oxígeno. Antes de introducir el histeroscopio, a todas las pacientes se les realizó exploración ecográfica endovaginal para valorar el hueco pélvico y verificar la presencia previa de líquido en el fondo de saco. Los primeros 498 procedimientos se realizaron con histeroscopio Acmi de 30° (GY275L-DS, 3.5 mm); dadas sus ventajas de tener un canal operatorio, posteriormente se empleó un histeroscopio Betocchi Karl Storz de 30° (27020 BA, 4 mm). Como medio de distensión se utilizó solución fisiológica a 100 mmHg mediante

infusor Médex. Cuando se requirió se realizó una biopsia endometrial con cánula de Pipelle y se envió para su análisis histopatológico. En las pacientes con diagnóstico de enfermedad intracavitaria se realizó el procedimiento quirúrgico, previa información a la pareja y firma de autorización del consentimiento informado.

Más adelante se realiza un análisis descriptivo de los resultados expresados en porcentajes, por edad y tipo de enfermedad encontrada.

RESULTADOS

En 55 meses se efectuaron 1,108 histeroscopias en pacientes infértiles, 85.7% con diagnóstico de infertilidad primaria y 14.2% con infertilidad secundaria. Se reportaron como normales 694 (62.6%) y en 445 (37.3%) se encontró alguna enfermedad. En la figura 1 se señala cada tipo de anomalía detectada, y el cuadro 1 se refiere al análisis descriptivo encontrado durante el estudio.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados, al igual que los de otros grupos, demuestran que la histeroscopia diagnóstica es inocua, accesible y única para evaluar en forma directa la cavidad uterina.¹⁰

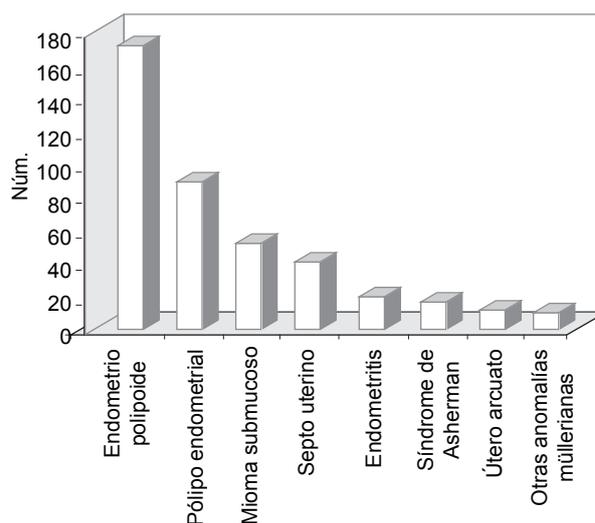


Figura 1. Enfermedades encontradas durante histeroscopia diagnóstica. Histeroscopias anormales n = 414.

Se estima que las alteraciones uterinas, como causa de infertilidad, se encuentran hasta en 10 a 15% de las parejas que acuden en busca de tratamiento, y que la enfermedad intracavitaria afecta de 34 a 62% en la mujer infértil,¹⁻³ estas anomalías se clasifican en adquiridas o congénitas. Las anomalías uterinas adquiridas incluyen: endometrio polipoide, pólipos endocervicales e intra-

Cuadro 1. Análisis descriptivo de los resultados y complicaciones

Hallazgos	Infertilidad primaria (%)	Infertilidad secundaria (%)	Total (%)	Edad promedio	Complicaciones
Endometrio polipoide	153 (87.9)	21 (12)	174 (42)	32 (19-45)	0
Pólipo endometrial	74 (81.3)	17 (18.6)	91 (21.9)	33.7 (19-51)	0
Mioma submucoso	48 (90.5)	5 (9.4)	53 (12.8)	33.5 (18-47)	0
Tabique uterino	34 (82.9)	7 (17)	41 (9.9)	33 (23-53)	0
Endometritis	16 (84.2)	3 (15.7)	19 (4.5)	30.7 (22-45)	0
Síndrome de Asherman	14 (82.3)	3 (17.6)	17 (4.1)	33.5 (28-43)	0
Útero arcuato	8 (72.7)	3 (27.7)	11 (2.6)	33.4 (22-41)	0
Otras anomalías müllerianas	8 (100)	0	8 (1.9)	30.6 (27-39)	0
Total	355 (85.7)	59 (14.2)	414 (100)	Promedio general 32.5 (19-53)	

terinos, miomatosis uterina y adherencias uterinas. Las alteraciones congénitas encontradas con mayor frecuencia en la mujer con insuficiencia reproductiva son septo uterino, bicorne, didelfo y útero unicornio.

La histerosalpingografía es un método útil pero indirecto para valorar la cavidad uterina y continúa siendo de primera línea en la evaluación de la mujer infértil, porque también puede valorar la permeabilidad tubaria. Existen estudios que han demostrado que la histerosalpingografía tiene una alta sensibilidad pero baja especificidad (< 23%), da lugar a resultados falsos negativos (2-50%) y falsos positivos (15-32%).⁴ Los resultados confirmados mediante histeroscopia quirúrgica ponen en tela de juicio su uso, pues la histerosalpingografía no tiene la capacidad de detectar lesiones menores que deterioren el proceso reproductivo y que ponen en riesgo el éxito del tratamiento.^{6,10,11}

El ultrasonido tiene la ventaja de valorar el fondo de saco de Douglas previa y posteriormente al estudio. Un dato indirecto de permeabilidad tubaria es el hecho de observar líquido libre posterior al estudio histeroscópico.¹² Queda la duda de no poder valorar el trayecto de la salpinge y, en caso de una obstrucción, decidir la conducta quirúrgica. Con la posibilidad de la reproducción asistida, ante una oclusión tubaria se tiene la alternativa de realizar fecundación *in vitro* (FIV) sin recurrir al procedimiento quirúrgico.^{12,13} Es decir, que lo importante es conocer si existe permeabilidad tubaria mediante un procedimiento indirecto como la HSSG, o identificar líquido libre en el fondo de saco, luego de terminar el estudio de histeroscopia diagnóstica.¹⁴

Motivados, en un inicio, por las ventajas que ofrece el histeroscopia Bettocchi por su canal operatorio,¹¹ iniciamos los procedimientos diagnósticos programados sin sedación; sin embargo, entre los diferentes operadores coincidimos que el procedimiento se tenía que suspender por causa de dolor, a diferencia del histeroscopia de menor calibre. Una de las grandes ventajas de la histeroscopia diagnóstica sobre otros métodos alternativos de valoración de la cavidad como la HSG y la HSSG, es confirmar, bajo visión directa, las sospechas diagnósticas encontradas en los procedimientos mencionados y, ante la confirmación de una alteración, tiene la gran ventaja de ser terapéutica.¹⁰

CONCLUSIONES

A la población infértil que se le realizó histeroscopia diagnóstica en el protocolo inicial de estudio, la prevalencia de enfermedad intracavitaria fue de 37.3%. Estas alteraciones pueden poner en riesgo el proceso reproductivo y el éxito del tratamiento. La histeroscopia diagnóstica, por su inocuidad, factibilidad y posibilidad de ser un procedimiento diagnóstico y terapéutico, es una herramienta útil que debe considerarse en el estudio inicial de la mujer infértil.

REFERENCIAS

1. Wallach E. The uterine factor in infertility. *Fertil Steril* 1972;23:138-58.
2. Lindeman H, Mohr J. CO₂ hysteroscopy, diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1976;124:129-33.
3. Gallinat A. *Hysteroscopy principles and practice*. Philadelphia: JB Lippincott, 1984.
4. Barmke T. Hysterosalpingography. *Fertil Steril* 2005;83:1595-606.
5. Siegler A. Hystero-graphy and hysteroscopy in the infertile patient. *Am J Repr Med* 1977;18:143-8.
6. Valle R. Hysteroscopy in the evaluation of female infertility. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:425-31.
7. Bonilla-Musoles F, Simon C, Serra V, Sampaio M, et al. An assesment of hysterosalpingosonography (HSSG) as a diagnostic tool for uterine cavity defects and tubal patency. *J Clin Ultrasound* 1992;20:275-81.
8. Alatas C, Aksoy E, Akarsu C, Yakin K, et al. Evaluation of intrauterine abnormalities in infertile patients by sonohystero-graphy. *Hum Reprod* 1997;12(3):487-90.
9. Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editors. *Goodman & Gilman's. The pharmacological basis of therapeutics*. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2006.
10. Campo R, Van Belle Y, Rombauts L, Brosens I, et al. Office mini-hysteroscopy. *Hum Reprod Up* 1999;5(1):73-81.
11. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does "diagnostic hysteroscopy" mean today? the role of the new techniques. *Curr Op Obst and Gynecol* 2003;15:303-8.
12. Kelecky S, Kaya E, Alan M, Alan Y, et al. 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):682-6.
13. Schwärzler P, Concin H, Berlinger A, Wohlgenannt K, et al. An evaluation of sonohystero-graphy and diagnostic hystero-graphy for the assesment of intrauterine pathology. *Ultr Obstet Gynecol* 1998;11:337-42.
14. Pérez MT, Bajo AJ, Salazar F, Redondo T, et al. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients underoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. *Hum Reprod* 2005;20(6):1632-5.