

A. Oyarzabal
B. Rivero
J. Pineros
O. Munduate
A. Elvira

Anestesia intracervical en la histeroscopia

467

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia.
Donosti. Guipúzcoa. España.

Correspondencia:

Dr. A. Oyarzabal Urkiola.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia.
Paseo Dr. Beguiristain, s/n. 20014 Donosti-SanSebastián.
Guipúzcoa. España.
Correo electrónico: amaia.ou@wanadoo.es

Fecha de recepción: 4/2/05

Aceptado para su publicación: 10/5/05

Intracervical anesthesia in hysteroscopy

RESUMEN

Objetivo: Valorar los resultados obtenidos con la utilización de anestesia intracervical con jeringa y aguja de dentista en la histeroscopia.

Material y métodos: Desde el 1 de enero hasta el 30 de junio se han realizado 622 histeroscopias en nuestra consulta. A las mujeres a quienes no se puede practicar la histeroscopia porque sienten dolor, se les inyecta anestesia intracervical con jeringa y aguja de dentista.

Resultados: De las 622 histeroscopias realizadas en el primer semestre de 2004, han precisado anestesia local 90 mujeres (14,5%). El porcentaje de histeroscopias que no se han podido realizar en consulta ha sido del 1,7%, bastante menor que el observado en años anteriores: en el primer semestre de 2000 fue del 4,9%, en 2001 y 2002 del 8,3%, y en 2003 del 6,1%.

Conclusiones: Al revisar la bibliografía, todos los estudios han encontrado beneficioso el uso de anestesia intracervical en la histeroscopia, y hacen hincapié en la importancia de la selección de las pacientes. Nuestro estudio llega a las mismas conclusiones, y aporta la ventaja que supone la utilización de la jeringa y aguja de dentista, con lo

cual se consigue una correcta analgesia y una mejor tolerancia de la mujer, sin olvidarnos del ahorro económico que supone la anestesia local respecto a la general.

PALABRAS CLAVE

Histeroscopia. Analgesia. Anestesia intracervical. Jeringa de dentista.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results obtained with the use of intracervical anesthesia injected with a dental syringe in outpatient hysteroscopy.

Material and methods: From January 1st to June 30th 2004, we performed 622 outpatient hysteroscopies. Intracervical anesthesia was injected with a dental syringe in women who did not tolerate the pain during hysteroscopy.

Results: Of 622 outpatient hysteroscopies performed in the first semester of 2004, 90 women required local anesthesia (14.5%). The percentage of hysteroscopies that could not be performed in the office was 1.7%, less than that observed in

468 previous years (4.9% in the first semester of 2000, 8.3% in 2001 and 2002 and 6.1% in 2003).

Conclusions: A review of the literature reveals that all studies have found intracervical anesthesia to be beneficial in outpatient hysteroscopy, emphasizing the importance of patient selection. Our study supports these conclusions and additionally reports the advantage of the use of a dental syringe, which allows adequate analgesia and better patient tolerance, as well as economic savings in comparison with general anesthesia.

KEY WORDS

Hysteroscopy. Analgesia. Intracervical anesthesia. Dental syringe.

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia con biopsia de endometrio se ha convertido en una exploración de primera línea en la investigación de las hemorragias uterinas anormales y de otras afecciones endocavitarias uterinas, al haber superado en seguridad al legrado uterino según diversos autores¹⁻⁸. Unos lo consideran como el primer método diagnóstico en mujeres con metrorragia posmenopáusicas¹ y otros que se debe realizar cuando el grosor de la línea endometrial en la ecografía es superior a 3-5 mm²⁻⁴. La principal limitación de esta técnica es el dolor que produce en la mujer, que puede impedir la realización de la histeroscopia en la consulta. En estos casos ha de hacerse en el quirófano, bajo anestesia⁵⁻⁸, lo cual aumenta el coste del tratamiento, tanto para la paciente como para el hospital, y el riesgo por la utilización de anestesia.

El cérvix y la porción inferior del útero están inervados por nervios parasimpáticos S2-S4 y el fondo uterino por nervios simpáticos que provienen del plexo ovárico, cuyo estímulo es el causante del dolor⁹. Éste suele comenzar con la dilatación del canal cervical al introducir el histeroscopio y, posteriormente, con la distensión de la cavidad uterina. La biopsia endometrial por aspiración también es causa de dolor porque provoca contracciones uterinas.

Se han probado varios métodos de analgesia para reducir el dolor asociado con la histeroscopia con

resultados controvertidos: bloqueo paracervical (con mepivacaína al 1%^{10,11}, o lignocaína al 1%¹² o al 2%¹³), bloqueo sacrouterino con lignocaína al 2%¹², inyección intracervical (con lignocaína al 1% con 1:200.000 de adrenalina¹⁴), instilación intrauterina de anestesia local (con lignocaína¹⁵ o mepivacaína al 2%^{16,17}) y uso de anestésicos tópicos en forma de nebulizadores de lidocaína¹⁸ o lignocaína¹⁹, cremas^{20,21} o geles^{22,23}. Se ha probado también el uso de misoprostol vaginal²⁴⁻³² previo a la histeroscopia en mujeres posmenopáusicas, con la finalidad de disminuir la necesidad de dilatación cervical, que es más frecuente en este grupo de mujeres.

En nuestro hospital, inicialmente se optó por el uso de anestesia con inyección intracervical en las histeroscopias que resultaban dolorosas, y se utilizaba como anestésico el Scandicain® con jeringa de plástico habitual de 10 ml y aguja espinal de calibre 20. Pero los pinchazos eran dolorosos y, además, la solidez del tejido cervical impedía, en múltiples ocasiones, la administración del anestésico. Por todo ello, la tasa de fracasos de la anestesia local era alta, por lo que se tuvo que realizar la histeroscopia en el quirófano. Por estos motivos se abandonó dicha técnica.

Tras revisar la bibliografía^{9,18,19,33-35}, a finales del año 2003 comenzamos a inyectar la anestesia local con jeringa y aguja de dentista según la técnica descrita por Downes et al^{9,36}. Al estar la aguja enroscada en la jeringa, la inyección del anestésico es casi siempre factible, con una buena difusión, posiblemente por la fuerza con la que entra, con lo se consigue un efecto anestésico adecuado. Tras un período de prueba corto, nos dimos cuenta de que el método era efectivo y comenzamos a utilizarlo de forma habitual en la consulta.

El objetivo de este estudio es valorar los resultados obtenidos con la utilización de anestesia local con jeringa y aguja de dentista en la histeroscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2004 se han realizado en nuestra consulta 622 histeroscopias. Se utilizó un histeroscopio de flujo continuo, de Olympus, con vaina de 4,5 y 5,5 mm de diámetro. Todas las histeroscopias realizadas son diagnósticas; se completa la prueba, si es necesario, con la

toma de biopsias, resección de pequeños pólipos con tijera, etc., para lo cual se utiliza siempre la vaina de 5,5 mm. A todas las pacientes que no toleran la práctica de la histeroscopia, por el dolor ocasionado al introducir el histeroscopio a causa de la estenosis del canal cervical, se inyecta, si éstas lo aceptan, anestesia intracervical con jeringa y aguja de dentista (Uniject® K, jeringa para ampollas cilíndricas con dispositivo de aspiración), y se usa como anestesia articaína 40 mg con adrenalina 0,005 mg (Ultracain®).

RESULTADOS

De las 622 mujeres analizadas en nuestra consulta 90 (el 14,5%) han precisado anestesia. En la tabla 1 se muestra el número de histeroscopias en que se ha inyectado anestesia, distribuidas por edad. Como puede apreciarse, a partir de los 50 años de edad aumenta el número de histeroscopias realizadas con anestesia local, y es llamativo el incremento a partir de la menopausia. Parece probable que la rigidez y la atrofia cervical sean la causa de dicho aumento.

Las indicaciones para la realización de histeroscopia en estas mujeres que precisaron anestesia fueron la metrorragia en 34 casos (12 premenopáusicas y 22 posmenopáusicas), los hallazgos ecográficos en 38 y otras indicaciones en 18. Se obtuvo biopsia en 62 mujeres (68,8%): en 23 se hizo una polipectomía con tijera, en 9 una biopsia con tijera o pinza de flujo continuo, y en el resto una biopsia con cánula de Novak o por aspiración, con Cornier. Se envió a 13 mujeres al quirófano, en 12 casos para la resección de pólipos de gran tamaño, y el otro caso fue el único donde fracasó la anestesia local.

El número de histeroscopias que han resultado imposibles de realizar en la consulta durante el primer semestre del año 2004 ha sido de 11 (1,7%), bastante menor que el observado en años anteriores (tabla 2), con diferencias estadísticamente significativas.

De las histeroscopias que no se han podido realizar en la consulta, tanto en este año como en años anteriores, no todas han sido debidas a una estenosis del canal y, por tanto, susceptible de anestesia local. En la tabla 3 se recogen los motivos por los que no se han podido hacer dichas histeroscopias.

Tabla 1 Número de histeroscopias en las que se ha inyectado anestesia, distribuidas por edad

Edad	Total histeroscopias		Con anestesia*	
	n	%	n	%
< 31	33	5,2	1	3
31-40	103	16,5	13	12,6
41-50	203	32,6	20	9,85
51-60	183	29,4	33	18,8
61-70	62	9,9	15	24,1
71-80	28	4,5	8	28,6
> 80	10	1,6	0	
Total	622		90	14,5

*Proporción de anestésicos realizadas en relación con el número de histeroscopias para cada grupo de edad.

Tabla 2 Número de histeroscopias imposibles de realizar en la consulta

Primer semestre	Total histeroscopias	Histeroscopias imposibles	
	n	n	%
2000	662	33	4,9
2001	623	52	8,3
2002	578	48	8,3
2003	557	34	6,1
2004	622	11	1,7

En concreto, no se han podido realizar 11 histeroscopias durante este último año por los siguientes motivos:

— En 4 mujeres no se pudo identificar el orificio cervical, a causa de una cirugía vaginal previa.

— En 2 pacientes, el motivo fue la hemorragia que, a pesar de tolerar la paciente la introducción del histeroscopio, impedía la visualización de la cavidad, por lo que se tuvo que repetir la prueba una vez cesó el sangrado.

— En 1 caso, el motivo fue un mioma parido.

— En 3 pacientes no se pudo hacer por estenosis del canal, y se practicó la histeroscopia en el quirófano bajo anestesia general.

— Una se negó a la realización de histeroscopia en la consulta, y exigió que se le hiciera bajo anestesia general, ya que tenía 2 quistes de Bartholino que precisaban intervención quirúrgica.

Tabla 3 Motivo de las histeroscopias imposibles de realizar en la consulta

Motivo de la imposibilidad	Primer semestre del año				
	2000	2001	2002	2003	2004
No consta	10	16	21	8	0
Estenosis	12	28	21	21	3
Metrorragia	2	2	0	0	2
No se deja	5	1	4	4	1
No se encuentra paso	4	2	0	1	4
Otros	0	3	2	0	1
Total	33	52	48	34	11
	4,9%	8,3%	8,3%	6,1%	1,7%

En la tabla 3 se puede observar cómo van cambiando los motivos de las histeroscopias no realizadas según los diferentes años; así, se puede valorar que la estenosis del canal, que es la causa más frecuente, disminuye mucho en el año 2004, cuando se inicia el empleo de la anestesia intracervical.

DISCUSIÓN

Al revisar la bibliografía^{9,18,19,33-35} no se ha encontrado evidencia concluyente para el uso de anestesia local de forma rutinaria en la histeroscopia ambulatoria. Pero todos los estudios han encontrado beneficioso su uso, y hacen hincapié en la importancia de la selección de las pacientes, es decir, las que tienen un riesgo mayor de sentir dolor con este procedimiento: las edades extremas, las estenosis o adherencias cervicales y las mujeres con alto nivel de ansiedad. Se sugiere que la histeroscopia sin anestesia es un procedimiento bien tolerado por las mujeres y que la aceptación puede mejorar si se ofrece una explicación detallada de la técnica y se

permite a la paciente ver las imágenes en el monitor de televisión, con lo que disminuye la ansiedad⁹.

Llama la atención, al revisar la bibliografía, que la anestesia local se utiliza con frecuencia en Estados Unidos^{5,6,8,37-39} y poco en Europa^{1,4,40-42}, especialmente en España, a tenor de los comentarios realizados en las reuniones y los congresos sobre histeroscopia.

En el estudio realizado por Downes et al³⁶ se evaluó la tolerancia de la histeroscopia ambulatoria, y se usó aguja de dentista para la inyección del anestésico. Los autores comentan que las inyecciones eran mejor toleradas que en el estudio realizado por Broadbent et al¹⁴, que usaban agujas normales del calibre 22. Nuestro estudio llega a las mismas conclusiones. Con esta forma de inyectar se consigue, además de una correcta difusión del anestésico, una mejor tolerancia de la paciente a la inyección.

Hay quien defiende la utilización del misoprostol para la dilatación del canal cervical con el fin de evitar el dolor²⁴⁻²⁸, pero en el trabajo de Fung et al²⁹ se indica que el misoprostol no es útil en pacientes posmenopáusicas, que es el grupo de mujeres donde es más frecuente el dolor con la histeroscopia, tal como se ha observado en varios estudios.

No podemos terminar sin recalcar el beneficio económico que esta técnica supone, teniendo en cuenta que el anestésico cuesta 0,39 euros, 0,15 euros la aguja y la jeringa prácticamente nada, es decir, menos de 1 euro por paciente. Si lo comparamos con el gasto de la histeroscopia en el quirófano, creemos que la ventaja de esta técnica es a todas luces evidente.

En conclusión, la evidencia de la bibliografía reciente apoya el uso de la inyección intracervical de anestesia para aliviar el dolor de la histeroscopia en mujeres seleccionadas. Nuestra experiencia personal lo corrobora y apoya la inyección intracervical con jeringa y aguja de dentista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loverro G, Bettocchi S, Cormio G, et al. Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal uterine bleeding. *Maturitas*. 1999;33:139-44.
2. Cacciatore B, Ram Say T, Lehtovirta P, et al. Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 1994;73:413-6.
3. Garuti G, Sambruni I, Cellani F, et al. Hysteroscopy and transvaginal ultrasonography in postmenopausal women with uterine bleeding. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999;65:25-33.
4. Sousa R, Silvestre M, Almeida e Sosal L, et al. Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding: a prospective study. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 2001;80:856-62.
5. Goldrath MH, Sherman AI. Office hysteroscopy and suction curettage: can we eliminate the hospital diagnostic dilatation and curettage? *Am J Obstet Gynaecol*. 1985;152:220-9.
6. Loffer FD. Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: the value of a negative hysteroscopic view. *Obstet Gynaecol*. 1989;73:16-20.
7. Garuti G, Cellani F, Grossi F, et al. Saline infusion sonography and office hysteroscopy to assess endometrial morbidity associated with tamoxifen intake. *Gynaecol Oncol*. 2002;86:323-9.
8. Motashaw ND, Dave S. Diagnostic and therapeutic hysteroscopy in the management of abnormal uterine bleeding. *J Reprod Med*. 1990;35:616-20.
9. Yang J, B Vollenhoven. Pain control in out patient hysteroscopy. *Obstet Gynecol Surv*. 2002;57:693-702.
10. Giorda G, Scarabelli C, Franceschi S, et al. Feasibility and pain control in outpatient hysteroscopy in postmenopausal women: a randomised trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:593-7.
11. Vercenelli P, Colombo A, Mauro F, Oldani S, Bramante T, Crognani P.G. Paracervical anesthesia for outpatient hysteroscopy. *Fertil Steril*. 1995;64:221-2.
12. Finikiotis G, Tsocanos S. Outpatient hysteroscopy: a comparison of 2 methods of local analgesia. *Aust N.Z.J Obstet Gynaecol*. 1992;32:373-4.
13. Lau WC, Lo WK, Tam WH, et al. Paracervical anaesthesia in outpatient hysteroscopy: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:356-9.
14. Broadbent JAM, Hill NC, Molnar BG, et al. Randomized placebo controlled trial to assess the role of intracervical lignocaine in outpatient hysteroscopy. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99:777-80.
15. Lau WC, Tam WH, Lo WK, et al. A randomised placebo controlled trial of transcervical intrauterine local anaesthesia in outpatient hysteroscopy. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000;107:610-3.
16. Cicinelli E, Didonna T, Ambrosi G, et al. Topical anaesthesia for diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in postmenopausal women: a randomized placebo-controlled double blind study. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104:316-9.
17. Cicinelli E, Didonna T, Fiore G, et al. Topical anaesthesia for hysteroscopy in postmenopausal women. *J Am Assoc Gynaecol Laparosc*. 1996;4:9-12.
18. Soriano D, Ajaj S, Chuong T, et al. Lidocaine spray and outpatient hysteroscopy: randomised placebo controlled trial. *Obstet Gynaecol*. 2000;96:661-4.
19. Davies A, Richardson R, O'Connor H, et al. Lignocaine aerosol spray in outpatient hysteroscopy: a randomised double-blind placebo controlled trial. *Fertil Steril*. 1997;67:1019-23.
20. Zullo F, Pellicano M, Stigliano CM, et al. Topical anesthesia for office hysteroscopy. *J Reprod Med*. 1999;44:865-9.
21. Stigliano CM, Mollo A, Zullo F, et al. Two modalities of topical anesthesia for office hysteroscopy. *Int J Gynaecol Obstet*. 1997;59:151-2.
22. Wong AY, Wong KS, Tang LC, et al. Stepwise pain score analysis for the effect of local lignocaine on outpatient hysteroscopy: a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Fertil Steril*. 2000;73:1234-7.
23. Clark S, Vonau B, et al. Topical anaesthesia in outpatient hysteroscopy. *Gynaecol Endosc*. 1996;5:141-4.
24. Darwish AM, Ahmad AM, Mohammad AM. Cervical priming prior to operative hysteroscopy: a randomised comparison of laminaria *versus* misoprostol. *Hum Reprod*. 2004;19:2391-4.
25. Ngai SW, Chan YM, Liu KL, et al. Oral misoprostol for cervical priming in non-pregnant women. *Hum Reprod*. 1997;12:2373-5.
26. Pretthipan S, Herabutya Y. A randomised controlled trial of vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy. *Obstet Gynaecol*. 1999;94:427-30.
27. Pretthipan S, Herabutya Y. Vaginal misoprostol for cervical priming before operative hysteroscopy: a randomised controlled trial. *Obstet Gynaecol*. 2000;96:890-4.
28. Thomas JA, Leyland N, Durand N, et al. The use of oral misoprostol as a cervical ripening agent in operative hysteroscopy: a double-blind, placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynaecol*. 2002;186:876-9.
29. Fung TM, Lam MH, Wong SF, et al. A randomised placebo controlled trial of vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy in postmenopausal women. *BJOG*. 2002;109:561-5.
30. Bisharah MH, Al Fozan, Tulandi T. A randomised trial of sublingual misoprostol for cervical priming before hysteroscopy. *J Am Assoc Gynaecol Laparosc*. 2003;10:390-1.
31. Fernández H, Alby JD, Tournoux C, et al. Vaginal misoprostol for cervical ripening before operative hysteroscopy in premenopausal women: a double blind, placebo controlled trial with three dose regimens. *Hum Reprod*. 2004;19:1618-21.

- 472**
32. Goldberg AB, Carusi DA, Meckstroth KR. Misoprostol in gynecology. *Curr.Womens Health Rep.* 2003;3:475-83.
 33. Nagele FG, Lockwood G, Magos AL. Randomised placebo controlled trial of mefenamic acid for premedication at outpatient hysteroscopy: a pilot study *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104:842-4.
 34. Wieser F, Kurz C, Wenzer R, et al. Atraumatic cervical passage at outpatient hysteroscopy *Fertil Steril.* 1998;69:549-51.
 35. Jong P, Doel F, Falconer A. Outpatient diagnostic hysteroscopy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97:299-303.
 36. Downes E, Al-Azzawi F. Randomized placebo controlled trial to assess the role of intracervical lignocaine in outpatient hysteroscopy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993;100:501-2.
 37. Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. A review of 276 cases. *Am J Obstet Gynaecol.* 1988;158:489-92.
 38. Nagele F, O'Connor H, Davies A, et al. 2500 outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynaecol.* 1996;88:87-92.
 39. Garuti G, Sambruni I, Colonelli M, et al. Accuracy of hysteroscopy in predicting histopathology of endometrium in 1500 women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001;8:207-13.
 40. Ceci O, Bettocchi S, Pellegrino A, et al. Comparison of hysteroscopy and hysterectomy findings for assessing the diagnostic accuracy of office hysteroscopy. *Fertil Steril.* 2002;78:628-31.
 41. Gabrielli S, Marabini A, Bevini M, et al. Transvaginal sonography vs hysteroscopy in the preoperative staging of endometrial carcinoma. *Ultrasound Obstet Gynaecol.* 1996;7:443-6.
 42. Iossa A, Cianferoni L, Ciatto S, et al. Hysteroscopy and endometrial cancer diagnosis: a review of 2007 consecutive examinations in self-referred patients. *Tumori.* 1991;77:479-83.