

Resultados de la resección histeroscópica de endometrio

**D. Andia, I. Villegas, M. Marqués, N. Ruiz,
M.J. Rui-Wamba, A. Gorostiaga y F. Mozo**

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate our results in hysteroscopic endometrial resection and the medium-long term level of satisfaction of the patients.

SUBJECTS AND METHODS: A prospective study was made, of 48 women who had hysteroscopic endometrial resection for abnormal uterine bleeding. These were all the interventions of this type carried out between April 96 and April 2000, of a total of 285 surgical hysteroscopies. All these cases had diagnostic hysteroscopy and biopsy as out-patients, and had unsuccessful medical treatment. Between 6 and 50 months following surgery, a telephone survey was carried out to evaluate their grade of satisfaction.

RESULTS: We had an 8.3% complications rate, which were all slight. In the pathological study, we highlight one case of endometrial adenocarcinoma from a polyp and another of atypical endometrial hyperplasia, both of which had hysterectomy. Our long term results showed that 2 more hysterectomies had to be carried out, 11.4% in total. The grade of satisfaction of our patients in the survey was high, 65.7%.

CONCLUSION: Our data reveal an 8.3 % complication rate immediately after hysteroscopic endometrial resection. Of these patients 11.4% had surgery later, hysterectomy. The women's health was very much better in 71.4% of the cases.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la hemorragia uterina anormal, y en concreto de las hiperpolimenorreas, ha sufrido una transformación durante los últimos años. Los ginecólogos hemos visto cómo se ocupaba el espacio existente entre el tratamiento médico (gestágenos) y la hysterectomía. Hace pocos años indicábamos con re-

signación hysterectomías en pacientes con menorrhagias anemizantes que no respondían al tratamiento médico. Hoy día, esta indicación de hysterectomía es menos frecuente, lo que, en parte, es debido al auge de técnicas sencillas de destrucción de endometrio.

La hemorragia uterina, se ha considerado responsable de más del 30% de las hysterectomías¹. Esta intervención no está exenta de riesgos, entre los que destaca una mortalidad de casi 1/1.000 y en mujeres menores de 50 años 1/2.000². La hysterectomía es un procedimiento quirúrgico mayor, y se han comunicado complicaciones hasta en el 43% de las hysterectomías abdominales y un 24% después de las vaginales³. Existen cuatro factores que incrementan de forma consistente la tasa de complicaciones después de una hysterectomía: edad, enfermedad médica subyacente, obesidad y proceso maligno⁴.

Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la fiebre postoperatoria, pero existen otras como la lesión de órganos vecinos, que puede ocurrir en el 0,5%⁵.

La ablación o resección endometrial es una opción terapéutica adecuada en mujeres con menorrhagia que no responden al tratamiento médico. Se realiza en la mayoría de los casos dentro de la cirugía histeroscópica, sobre todo mediante electrocirugía y existen 2 métodos: la coagulación del endometrio con bola rodante y la resección del mismo con asa electroquirúrgica. Suele ser habitual la combinación de ambos.

El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad de la resección histeroscópica, así como los resultados de ésta. También pretendemos observar la evolución a largo plazo de este tipo de pacientes, como también su grado de satisfacción con el tipo de cirugía realizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos a 48 mujeres de forma prospectiva, a las que se les realiza una resección endometrial por hysteroscopia entre abril de 1996 y abril de 2000 (4

Aceptado para su publicación el 16 de febrero de 2001.

años) por ginecólogos expertos en histeroscopia. En 22 casos se realizó resección sola; en 16, resección con extirpación de algún pólipos endometriales, y en 10, resección con extirpación de un pequeño mioma (si el mioma era mayor de 3 cm, se extirpaba sólo éste). Las causas fueron menorrhagias o metrorragias persistentes. Durante ese período, se realizó un total de 285 histeroscopias quirúrgicas por lo que las resecciones representaban el 16,8%. La tendencia es que su número disminuya, ya que practicamos este procedimiento en 21 ocasiones en 1997 frente a las nueve en 1999, con una mayor frecuencia de cirugía histeroscópica cada año. A todas las mujeres se les realizaba una histeroscopia diagnóstica con CO_2 y biopsia de endometrio con cánula de Novak en los meses previos a la intervención.

Entre 6 y 50 meses después de la cirugía se telefonó a las mujeres para que contestasen a un cuestionario con objeto de ver su evolución, características menstruales y grado de satisfacción.

Constituían un grupo de edad entre 22 y 72 años y en todas las pacientes se había intentado previamente tratamiento médico sin éxito. Todas salvo tres eran premenopáusicas. Las características poblacionales se reflejan en la tabla I.

En cuanto a los datos quirúrgicos (tabla II), el 81,3% se trató previamente con análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). La duración de la intervención desde la entrada a la salida de la paciente fue de 34,5 min, y en todos los casos ésta ocupó una cama de UCSI (unidad de cirugía sin ingreso), salvo que surgiese una complicación o así lo indicase el anestesista.

El resectoscopio y las ópticas (12-30°) eran de Olympus (Tokyo, Japón) o Karl Storz (Tutlingen, Alemania).

La bomba de infusión se trata del modelo Uteromat de Olympus (Tokyo, Japón).

El generador eléctrico era el modelo Force 40 de Valley Lab (5920 Longbow Drive, Boulder, Co. 80301), utilizado en modo Blend 1.

Como medio de distensión empleamos solución estéril de glicina al 1,5% que era controlada mediante la bomba de infusión y el aspirador, con objeto de medir la pérdida de líquido.

La técnica quirúrgica se iniciaba con la resección del pólipos o mioma, si procedía; luego, con la de la cara anterior, caras laterales y cara posterior, respetando la porción inferior de endometrio para evitar estenosis. Se completaba con ablación con *rollerball* de los cuernos uterinos.

Previamente a la cirugía, las pacientes firmaban una hoja de consentimiento informado donde consta-

TABLA I. Características poblacionales (n = 48)

Premenopáusicas	45	(93,8%)
Edad (media)	44,532	(22-72)
Paridad (media)	1,958	(0-5)
Motivo de consulta: menorrhagia	39	(81,3%)

TABLA II. Datos quirúrgicos. Resección endometrial (n = 48)

Resección endometrial	22	(45,83%)
Resección + polipectomía	13	(33,33%)
Resección + miomectomía	10	(20,83%)
Preparación con análogos	39	(81,3%)
Duración de la intervención (minutos)	34,5	(15-80)
Ingreso en UCSI	41	(85,4%)
Glicina empleada (ml)	3.276	(500-9.000)
Pérdida de glicina (ml)	400	(0-1.500)

TABLA III. Complicaciones quirúrgicas de la resección endometrial (n = 48)

No complicaciones, n (%)	44	(91,7)
Hemorragia, n (%)	1	(2,1)
Desgarro cérvix, n (%)	1	(2,1)
Perforación uterina, n (%)	2	(4,2)

ba la indicación, las complicaciones y otras opciones terapéuticas.

Los datos obtenidos se han almacenado en el programa Epi-Info para su estudio y análisis de datos.

RESULTADOS

La resección endometrial se realizó sin problemas en 44 mujeres (91,7%). En 2 casos ocurrió una pequeña perforación al finalizar el procedimiento. Un caso con *rollerball* y otro con el asa electroquirúrgica. Hubo una mujer con sangrado uterino abundante a la que se le colocó una sonda de Foley intrauterina durante unas horas, regresando a su domicilio el mismo día de la intervención.

Se registró un desgarro cervical al dilatar mediante pinza de Pozzi y tallos de Hegar que requirió sutura (tabla III).

Hubo 7 pacientes que ingresaron durante 24 h; se trataba de un caso de perforación uterina que residía fuera de la provincia y 6 casos por indicación médica, ya que padecían trastornos de la coagulación y/o hepatopatías.

En todos los casos el material extraído se envió para estudio anatomo-patológico y los resultados se

TABLA IV. Anatomía patológica. Resección endometrial (n = 48)

Pólipo, n (%)	12	(25)
Mioma, n (%)	9	(18,7)
Normal, n (%)	23	(47,9)
Hiperplasia glandular simple, n (%)	2	(4,2)
Hiperplasia atípica, n (%)	1	(2,1)
Carcinoma de endometrio, n (%)	1	(2,1)

TABLA V. Resultados a largo plazo de la resección endometrial (n = 35)

Meses de evolución	29	(6-50)
Sangrado menstrual	24	(72,7%)
Abundante	2	(6,1%)
Medio	4	(12,1%)
Escaso	18	(54,5%)
Amenorrea	9	(27,3%)
Duración de la hemorragia	3,7	(1-7)
Mejoría dismenorrea	13	(39,4%)
Empeoramiento dismenorrea	8	(24,2%)
Histerectomías	4	(11,4%)

TABLA VI. Resección endometrial. Grado de satisfacción (n = 35)

Supone un gran avance	31	(88,6%)
Ha mejorado su salud		
Mucho	25	(71,4%)
Regular	8	(22,9%)
Nada	2	(5,7%)
Hubiese preferido una histerectomía	8	(22,9%)
Incorporación a las tareas habituales (días)	7	(1-20)
Grado de satisfacción		
Mucho	23	(65,7%)
Regular	9	(25,7%)
Nada	3	(8,6%)

describen en la tabla IV. Destacamos que, a pesar de que se realizaba una biopsia previa con la histeroscopia diagnóstica en consulta, uno de los pólipos tenía transformación hiperplásica con atípicas, y en otro caso, una mujer posmenopáusica en tratamiento con tamoxifeno por cáncer de mama y clínica de metrorragias con múltiples pólipos, el diagnóstico fue de adenocarcinoma de endometrio. De las 16 mujeres con sospecha de pólipos endometriales, este resultado se confirmó en 12 de los casos, y en dos se trataba de una hiperplasia glandular simple. De los 10 casos de miomas, el diagnóstico anatopatológico se confirmó en nueve. El resto de los resultados de la biopsia se consideró compatible con la normalidad.

La evolución a largo plazo y el grado de satisfacción de este grupo de mujeres se obtuvo mediante una

encuesta telefónica. Se localizaron 35 (77,8%) de las 48 y todas contestaron al cuestionario. El tiempo medio transcurrido desde la intervención era de 29 meses (6-50); 9 pacientes (27,3%) entraron en amenorrea en los 6 meses posteriores a la resección; 24 (72,7%) seguían teniendo períodos menstruales, aunque más escasos. Hubo 2 pacientes a las que se realizó una histerectomía pocas semanas tras la resección, por carcinoma de endometrio e hiperplasia atípica, respectivamente. Además, se realizaron otras 2 histerectomías; una a los 8 meses de la resección, por dolor pélvico de origen incierto, ya que la histeroscopia diagnóstica ponía de manifiesto sinequias leves como único dato, y otra a los 3 años por prolapsito uterino.

Hubo más pacientes que mejoraron del dolor menstrual (39,4%) que mujeres que empeoraron (24,2%). En todos los casos el dolor fue leve salvo el ya referido, que requirió cirugía posterior. Todos estos datos se exponen en la tabla V.

En general, nuestras pacientes se sentían satisfechas de la opción quirúrgica elegida y la mayoría refería una mejoría de su salud. Hubo 8 pacientes (22,9%) que hubiesen preferido que se les realizase una histerectomía de entrada; cuatro corresponden a las que posteriormente se les realizó una cirugía mayor y las otras no supieron explicar la causa. La reincorporación de las tareas habituales, domésticas o profesionales, fue rápida aunque observamos grandes diferencias: 7 días (1-20) (tabla IV).

DISCUSIÓN

En la actualidad, la destrucción endometrial se encuentra en su cuarta y definitiva fase dentro de la evolución de las técnicas⁶, es decir, sus indicaciones se han definido, el equipamiento se ha modificado y las razones de las complicaciones se han entendido. Esta fase ha sido precedida de una primera visionaria, una segunda de entusiasmo y la tercera de desilusión. Es lógico, por tanto, que hayamos realizado una evaluación de la técnica en nuestro hospital, cuando parece que estamos en un momento de asentamiento de la destrucción endometrial y cuando aparecen nuevos métodos para conseguirlo⁷.

Hemos empleado una técnica mixta de resección de endometrio hasta segmento y ablación con *rollerball* de cuernos uterinos y endometrio restante semejante a la descrita por O'Connor y Magos en el estudio europeo más amplio sobre resultados de la resección endometrial⁸.

Se ha tratado previamente con análogos de GnRH, lo que parece ofrecer ventajas frente a la ablación endometrial sin tratamiento previo⁹.

Nuestra tasa de complicaciones inmediatas (8,3%) puede considerarse adecuada en relación con las series estudiadas, y se pueden etiquetar de leves (un desgarro de cérvix que requirió sutura, una hemorragia que cedió en pocas horas mediante la colocación de una sonda de Foley intrauterina y dos perforaciones al final de la cirugía, una con asa y otra con *rollerball*, que fueron de pequeño tamaño e inmediatamente detectadas, sin consecuencias posteriores en la evolución posquirúrgica de las pacientes). En el estudio MISTLETOE, sobre 10.686 destrucciones endometriales, 4.291 corresponden a una técnica mixta, similar a la empleada por nosotros, un 2,6% de hemorragia, un 1,3% de perforaciones, un 1,6% de pérdida mayor de 2 l, hasta un total de un 6,5%¹⁰.

Otros autores refieren tasas aproximadas, así O'Connor y Magos⁸ observan un 6% de complicaciones con un 2% de perforaciones; Pinion et al¹¹ refieren un 10% de complicaciones con un 6% de hemorragias, y en el estudio Escocés¹² se objetiva un 3% de hemorragias.

No hemos observado complicaciones debidas al medio de distensión empleado por nosotros, la glicina al 1,5%. En la serie publicada por Baggish et al¹³, sobre 568 ablaciones endometriales, detalla 4 casos (0,7%) de edema de pulmón por el medio de distensión empleado (Hyskon). Autores que emplean glicina, como O'Connor y Magos⁸, refieren un 4% de pérdida mayor de 2 l, el grupo Escocés¹² objetiva un 1% de pérdida mayor de 2 l. En nuestra serie se utilizaron cantidades elevadas de glicina (media de 3.276 ml) con 9 l en 2 pacientes; pero la pérdida fue de 400 ml por término medio, con 1.500 ml en 3 pacientes. Los casos más difíciles, sin una adecuada preparación endometrial y con cavidades uterinas grandes, fueron los que consumieron más volumen de glicina. Por otra parte, el uso del aspirador a presiones bajas en lugar de la salida pasiva de líquido por gravedad permite que haya menores presiones en la cavidad uterina y que la pérdida sea menor. Este detalle ha sido descrito por Baskett et al¹⁴. No ha sucedido ningún caso de infección (un 2% en el estudio de Pinion et al¹¹), pero hemos empleado profilaxis antibiótica siguiendo las normas descritas por Ledger¹⁵, ya que estimamos que la amplia comunicación que se establece entre la vagina (medio séptico) y la cavidad uterina, así como el empleo constante de líquidos, hace que la intervención tenga una importante cantidad de contaminación bacteriana sobre una herida quirúrgica amplia, por lo que creemos que los beneficios de su uso son superiores a los riesgos. Se necesitan estudios prospectivos para definir este tema.

Analizando los resultados del estudio histológico, en nuestra serie, tuvimos un caso de hiperplasia atípica que asentaba en un pólipos endometrial y un carcinoma de endometrio en una paciente con cáncer de mama y tratamiento con tamoxifeno, que presentaba metrorragias y un endometrio con múltiples pólipos. Todas nuestras pacientes tenían una histeroscopia diagnóstica y biopsia de endometrio previas que no presentaban alteraciones. Incidimos, por tanto, en la importancia del estudio anatomo-patológico del material obtenido de la resección endometrial y la ventaja que este hecho supone. La ausencia de diagnóstico de carcinoma endometrial en la histeroscopia y biopsia previas a la resección endometrial se ha descrito en el estudio Italiano¹⁶. En el artículo de Valle y Baggish sobre el carcinoma endometrial después de la ablación de endometrio¹⁷ se describe otro caso diagnosticado en el momento de la resección en una paciente a la que previamente se le había practicado un legrado uterino. Estos autores recomiendan no realizar destrucciones de endometrio en casos de hiperplasia.

Nuestra tasa de histerectomías (11,4%) difiere poco de series más amplias con más de 2 años de seguimiento; así, Martyn y Allan publican un 11,6% de histerectomías con una media de 28 meses de evolución¹⁸. O'Connor y Magos observan un 9% de histerectomías con 31 meses de seguimiento medio⁸. Realizar histerectomías ante hallazgos oncológicos no esperados tras la resección endometrial es algo que se repite en las series estudiadas^{8,18,19}. Quizás un estudio preoperatorio más meticuloso podría evitar la resección de endometrio en este grupo de mujeres. El dolor pélvico, como causa de histerectomía tras la resección es algo que inquieta a los profesionales que realizan este tipo de cirugía. Según nuestros resultados, un 39,4% de las mujeres mejoró de sus dolores tras la resección y un 24,2% empeoró; en un caso, hasta obligó a realizar una histerectomía, lo que también se describe en otras series^{8,19}. Para evitar las adherencias intrauterinas y la hematometra, que pueden ser causa de dolor pélvico tras la resección endometrial, se ha descrito una técnica de ablación parcial: sólo caras anterior y posterior de la cavidad uterina, usando *rollerball*²⁰.

Analizando el grado de satisfacción de nuestras pacientes, había mejorado el 94,3% tras la intervención y el 88,6% estimaba que este tipo de cirugía suponía un gran avance. El grado de satisfacción era elevado; sin embargo, hubo 8 pacientes que hubiesen preferido una histerectomía inicialmente; cuatro corresponden a las que posteriormente se tuvo que realizar esta intervención y otras cuatro habían respondido aparentemente a la resección endometrial.

Se ha descrito que la histerectomía presenta grados de satisfacción superiores a la ablación endometrial, en un estudio prospectivo, aleatorizado, de cohortes²¹.

Para tratar de elevar el índice de satisfacción de las pacientes sometidas a resección endometrial, sería interesante determinar qué factores pueden influir en el éxito de este tipo de intervenciones. La presencia de una cavidad uterina normal aumenta la eficacia de esta clase de cirugía²². Otro factor que influye es la edad, ya que cuando es mayor, el pronóstico es más favorable. El tercer factor que se debe considerar es que la pérdida menstrual previa sea grande, lo que provoca mayores tasas de éxito que si ésta es moderada²³.

En cualquier caso, una detallada explicación del tipo de cirugía que vamos a realizar, y de las complicaciones que se han descrito como leves, del objetivo que pretendemos y la evolución a largo plazo que ya se conoce por amplios estudios, puede hacer que el grado de satisfacción de nuestras pacientes sea elevado.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar nuestros resultados de la resección endometrial histeroscópica y el grado de satisfacción a medio-largo plazo de estas pacientes.

SUJETOS Y MÉTODOS: Se estudió de forma prospectiva a 48 mujeres a las que se realiza una resección endometrial histeroscópica por hemorragia uterina anormal. Se estudiaron todas las intervenciones de este tipo que se practicaron entre abril de 1996 y abril de 2000, un total de 285 histeroscopias quirúrgicas. En todos los casos se había realizado una histeroscopia diagnóstica y biopsia en consulta y se había intentado tratamiento médico sin éxito. Entre 6 y 50 meses después de la cirugía, se realiza una encuesta telefónica para evaluar el grado de satisfacción.

RESULTADOS: Hallamos un 8,3% de complicaciones, que en todos los casos fueron leves. En el estudio anatomo-patológico destaca un caso de adenocarcinoma endometrial sobre un pólipos y otro de hiperplasia atípica de endometrio, a los que se realizó una histerectomía. Nuestros resultados a largo plazo pusieron de manifiesto que hubo que realizar otras 2 histerectomías (total, 11,4%). El grado de satisfacción en la encuesta realizada a nuestras pacientes fue alto (65,7%).

CONCLUSIÓN: Nuestros datos revelan un 8,3% de complicaciones inmediatas por la resección endometrial histeroscópica. Un 11,4% de estas pacientes tuvo que someterse a cirugía posterior (histerectomía). La salud de estas mujeres mejoró mucho en el 71,4% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shwayder J.M. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26: 169-187.
2. Carlson K.J. Resultados de la histerectomía. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 4: 885-891.
3. Brill A.D. Histeroscopia en el tratamiento de la hemorragia uterina anormal. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 2: 309-331.
4. Harris W.J. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 795-805.
5. Greenberg M.D., Kazamel T.I. Impacto médico y socioeconómico de la miomatosis uterina. *Ginecol Obstet Temas Actuales* 1995; 4: 577-587.
6. Garry R. Endometrial ablation and resection: validation of a new surgical concert. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1329-1331.
7. Tulandi T. Endometrial cavity after microwave endometrial ablation. *Fertil Steril* 2000; 73: 598.
8. O'Connor H, Magos A. Endometrial resection for the treatment of menorrhagia. *N Engl J Med* 1996; 335: 151-156.
9. Donnez J, Vilos G, Gannon M, Stampe-Sorensen S, Klinte I, Miller R. Goserelin acetate plus endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: a large randomized double-blind study. *Fertil Steril* 1997; 68: 29-36.
10. Overton C, Hargreaves J, Manesh M. A national survey of the complications of endometrial destruction for menstrual disorders: the MISTLETOE study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1351-1359.
11. Pinion SB, Parkin DE, Abramovich DR, Naji A, Alexander DA, Russell IT et al. Randomized trial of hysterectomy, endometrial laser ablation and transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *Br Med J* 1994; 309: 979-983.
12. Scottish Hysteroscopy Audit Group. A Scottish audit of hysteroscopic surgery for menorrhagia: complications and follow up. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 249-254.
13. Baggish MS, Sze E. Endometrial Ablation: a series of 568 patients treated over an 11 year period. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 908-913.
14. Baskett TF, Farrell SA, Zilbert AW. Uterine fluid irrigation and absorption in hysteroscopic endometrial ablation. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 976-978.
15. Ledger W.J. Antibioterapia profiláctica. *Ginecol Obstet Temas Actuales* 1983; 1: 23-36.
16. Colafranceschi M, Bettocchi S, Mencalha L, Van Herendael BJ. Missed hysteroscopic detection of uterine carcinoma before endometrial resection: report of three cases. *Gynecol Oncol* 1996; 62: 298-300.
17. Valle R, Baggish MS. Endometrial carcinoma after endometrial ablation: High-risk factors predicting its occurrence. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 569-572.
18. Martyn P, Allan B. Long-term follow up of endometrial ablation. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 1998; 5: 115-118.
19. Vilos GA, Vilos EC, King JH. Experience with 800 hysteroscopic endometrial ablations. *J Am Ass Gynecol Laparosc* 1996; 4: 33-38.
20. McCausland A, McCausland V. Partial rollerball endometrial ablation: A modification of total ablation to treat menorrhagia without causing complications from intrauterine adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 18: 1512-1521.
21. Aberdeen Endometrial Ablation Trials Group. A randomized trial of endometrial ablation versus hysterectomy for the treatment of dysfunctional uterine bleeding: outcome at four years. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 360-366.
22. Shamoni M, Ziegler W, Badger G, Sites C. Prediction of endometrial ablation success according to perioperative findings. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1005-1007.
23. Parkin D. Prognostic factors for success of endometrial ablation and resection. *Lancet* 1998; 351: 1147-1148.