

ORIGINALES

Cambios asistenciales derivados de la implantación de una unidad de histeroscopia ambulatoria

A.J. Rodríguez-Oliver, J. Fernández-Parra, T. Aguilar, F. Parrilla, I. Pérez-Herrezuelo,
M.P. Carrillo y F. Montoya

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

ABSTRACT

Objective. To analyze the effects of establishing an outpatient hysteroscopy unit on the use of operating room hysteroscopy.

Material and method. We performed a descriptive study of office and operating room hysteroscopic techniques in the last few years. The complications associated with these procedures and outcomes were analyzed in relation to the introduction of new technologies and endoscopic experience.

Results. A total of 4,026 outpatient hysteroscopies and 1,103 operating room hysteroscopies were analyzed. The failure rate was similar in both groups (2.5 versus 2.6% respectively). Intra-operative complications differed between the two groups: pain and vasovagal syndrome predominated in outpatient hysteroscopy while perforations and cervical lesions were more frequent in the inpatient setting. As experience of hysteroscopy has increased, more surgical techniques, mainly polypectomies and directed biopsy, have been performed. The use of operating room procedures has significantly decreased, being mainly reserved for the performance of myomectomy.

Conclusions. Office hysteroscopy allows the diagnosis and management of most uterine intracavitary pathology in a single act, reserving the operating room setting for highly selected patients.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, para el tratamiento de la patología uterina intracavitaria, independientemente de su tamaño, se precisaba del empleo del resectoscopio, con la consiguiente necesidad de dilatación cervical,

hospitalización y el empleo de anestesia-analgésia. En la última década se han desarrollado instrumentos de pequeño diámetro con vainas que posibilitan el flujo continuo de fluidos, a los que se han asociado canales de trabajo, permitiendo así la posibilidad de realizar actos quirúrgicos de manera ambulatoria¹⁻⁵. A pesar de las excelencias de esta técnica su implantación no se ha generalizado.

Además del empleo de tijeras y pinzas para los procedimientos quirúrgicos, otro método muy útil es el sistema electroquirúrgico bipolar Versapoint® que consta de un generador de energía y distintos tipos de electrodos^{1,3,4}.

Con relación a la hysteroscopia ambulatoria, el desarrollo tecnológico actual es tal que la gran mayoría de actos quirúrgicos podrían realizarse en consulta, y quedarían relegados al empleo del resectoscopio la ablación-destrucción endometrial con técnicas de primera generación y la extirpación de grandes pólipos o miomas^{1,3}.

Nuestro propósito es analizar la evolución en el tiempo de las diversas técnicas usadas dando respuesta a los importantes cambios asistenciales producidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de los procedimientos hysteroscopicos practicados en consulta y en quirófano hasta el 31 de diciembre de 2006. Desde 1998 se empleó el resectoscopio monopolar para el tratamiento de cualquier alteración hallada en la hysteroscopia diagnóstica (ya fuera ambulatoria o en quirófano) o en la ecografía transvaginal. El 7 de mayo de 2002 se creó una consulta específica para la práctica de la hysteroscopia ambulatoria de la cual se tiene un registro específico. Igualmente, se contabilizaron todas las intervenciones practicadas en los quirófanos de ginecología.

Para la hysteroscopia ambulatoria se emplearon 3 modelos de hysteroscopio: un hysteroscopio diagnósti-

Aceptado para su publicación el 15 de diciembre de 2007.

TABLA I. Histeroscopia ambulatoria. Datos generales

	MAYO DE 2002 A ABRIL DE 2003 (%)	MAYO A DICIEMBRE DE 2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	TOTAL (%)
Número total	739	622	900	931	833	4.026
Fallidas	26 (3,5)	20 (3,2)	30 (3,3)	18 (1,9)	9 (1,1)	103 (2,5)
Operatoria	0	210 (33,7)	468 (52)	542 (58,1)	506 (60,7)	1.726 (52,5)

co rígido de 2,7 mm, un histeroscopio 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), y otro semirrígido de 1,9 mm, fibra óptica y vaina de flujo continuo desecharable 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 a caída libre y en caso necesario un presurizador. Durante todo el procedimiento se usa pulsioxímetro.

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.

Como norma general, la técnica se realizó sin anestesia, sin espéculo vaginal ni pinzas de cuello siguiendo el modelo descrito por Bettocchi y Selvaggi⁶ en 1977. Sólo se empleó anestesia paracervical a petición de la paciente. El procedimiento se inicia con una vaginoscopia, localización de orificio cervical externo y paso por canal endocervical (en caso necesario se amplía con pinza, tijera o electrodo bipolar) hasta llegar a cavidad uterina. Se estudia ésta en toda su extensión y si hay patología se valora la tolerancia de la paciente a la técnica y la posibilidad de realizar un tratamiento definitivo en el mismo acto (*to see and treat*). Si el tamaño de la lesión no permite su paso por el canal cervical se procede a su troceamiento. Siempre se emplea inicialmente el histeroscopio rígido con canal de trabajo, debido a la calidad visual y a su gran capacidad de maniobra; si la paciente no tolera bien el procedimiento se intenta completar la técnica con el histeroscopio semirrígido tipo Versascope o el histeroscopio rígido diagnóstico. Todas las histeroscopias ambulatorias se realizaron por 2 ginecólogos.

La valoración del dolor se hizo mediante pregunta directa sobre qué puntuación daría al 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.

Para la histeroscopia en quirófano se empleó resectoscopio de 26 Fr con bomba de irrigación y succión

continua, electrodos monopolares y como medio de distensión se usó glicina. Todas las histeroscopias con resectoscopio se realizaron por 3 ginecólogos. En casos de histeroscopias diagnósticas en quirófano se empleó histeroscopio rígido de 5 mm y suero fisiológico como medio de distensión.

Todas las pacientes recibieron una explicación precisa acerca de la prueba que se debía realizar y firmaron el documento de consentimiento informado.

Aunque se muestra el número de ablaciones-resecciones endometriales realizadas en el período de estudio, no se han incluido en el análisis por 2 causas: no es una técnica realizable en consulta (con los medios disponibles actualmente en nuestro centro) y además ha sufrido la influencia de la aparición del DIU liberador de progesterona.

RESULTADOS

En la tabla I se muestran los datos generales de la actividad realizada de forma ambulatoria: hasta el 14 de abril de 2003 sólo se dispuso en la consulta de histeroscopia ambulatoria del histeroscopio rígido sin canal de trabajo, por lo que hasta esta fecha todas las histeroscopias ambulatorias fueron diagnósticas. A partir de entonces ya se dispuso de todo el instrumental descrito previamente en «Material y método» y que es el que se emplea hasta la actualidad. La tasa de histeroscopias fallidas disminuye en el tiempo y el número de intervenciones quirúrgicas va aumentando, datos obviamente relacionados con la experiencia del histeroscopista. De los 1.726 procedimientos quirúrgicos ambulatorios, en 1.490 (86,3%) se empleó la tecnología Versapoint.

Sólo se empleó anestesia paracervical en 25 pacientes. Los efectos secundarios que aparecieron durante la técnica se muestran en la tabla II; los más significativos son el dolor (catalogado de importante si era mayor de 5 en la EVA) y el síndrome vagal, que alcanzan el 15,5% de los procedimientos. En los casos de síndrome vagal las mujeres se recuperaron sin consecuencia alguna tras un período de observación que en ningún caso fue superior a las 2 h.

TABLA II. Histeroscopia ambulatoria. Complicaciones

DOLOR (%)	SÍNDROME VAGAL (%)	DOLOR Y SÍNDROME VAGAL (%)	FALSA VÍA (%)	EIP (%)
378 (13,2)	40 (1,4)	26 (0,9)	4 (0,1)	2 (0,06)

EIP: enfermedad inflamatoria pélvica.

Sobre un total de 2.865 histeroscopias en que se registró el dato.

TABLA III. Procedimientos quirúrgicos en histeroscopia ambulatoria

	ABRIL A DICIEMBRE DE 2003	2004	2005	2006	TOTAL (%)
Polipectomías	148	316	362	351	1.177 (68,2)
Miomectomías	7	20	40	29	96 (5,6)
Biopsias dirigidas	53	120	123	110	406 (23,5)
Septoplastias	0	1	6	7	14 (0,8)
Otros*	2	11	11	9	33 (1,9)
Total	210	468	542	506	1.726

*Adhesiolisis y extracciones de cuerpos extraños.

En la tabla III se muestran los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados: las polipectomías y las biopsias dirigidas constituyen la mayor parte de éstas, aunque también merece destacar la realización de septoplastias en los 2 últimos años.

En la tabla IV se observa la actividad histeroscópica en quirófano, tanto diagnóstica como quirúrgica, ambas disminuyen considerablemente con el inicio y desarrollo de la actividad ambulatoria.

En la tabla V se analizan las complicaciones de la histeroscopia en quirófano, diferentes y más graves

que las derivadas de la histeroscopia ambulatoria, destacando 24 perforaciones uterinas (4 de ellas eléctricas). No hubo ningún problema derivado del uso de la glicina.

En la tabla VI se muestran los procedimientos quirúrgicos con el resectoscopio y como disminuyen las polipectomías a partir del año 2004 por la implantación y desarrollo de la histeroscopia ambulatoria, de tal forma que en el año 2006 sólo se han practicado en quirófano 15 polipectomías.

TABLA IV. Histeroscopia en quirófano. Datos generales

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Histeroscopia diagnóstica	52	85	33	16	8	10	9	213
Histeroscopia quirúrgica (resectoscopio)	66	112	180	268	109	90	65	890
Total	118	197	213	284	117	100	74	1103
Ablación-resección endometrial	28	44	65	59	30	12	9	247

TABLA V. Histeroscopia en quirófano. Complicaciones

	FALLIDAS (%)	DESGARROS CERVICALES (%)	FALSA VÍA (%)	PERFORACIÓN	PERFORACIÓN ELÉCTRICA	HEMORRAGIA
Histeroscopia diagnóstica	8 (3,7)		2	9		
Histeroscopia quirúrgica (resectoscopio)	21 (2,3)	20	7	11	4	1
Total	29 (2,6)	20 (1,8)	9 (0,8)	20 (1,8)	4*	1

*Una lesión intestinal eléctrica que requirió cirugía.

TABLA VI. Procedimientos quirúrgicos en histeroscopia en quirófano

	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)	2003 (%)	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)	TOTAL
Polipectomías	45 (69,2)	78 (69,6)	122 (67,7)	173 (67,8)	63 (61,7)	40 (44,4)	15 (24,2)	536
Miomectomías	16 (24,6)	29 (26,1)	32 (17,9)	63 (24,8)	31 (30,4)	45 (50)	44 (70,9)	260
Biopsias dirigidas	2	4	23	19	7	4	3	62
Septoplastias	1	0	1	0	1	1	0	4
Otros*	1	1	2	1	1	1	0	7
Total	65	112	180	256	103	91	62	869

* Adhesiolisis y extracción de cuerpos extraños.

DISCUSIÓN

El desarrollo tecnológico ha permitido que numerosas técnicas quirúrgicas que antes precisaban quirófano y hospitalización, hoy día se practiquen en consulta con muy buenos resultados y tolerancia aceptable. Debido a esto, el término «histeroscopia diagnóstica» es obsoleto e inapropiado, puesto que el fin de una histeroscopia debe ser diagnosticar y tratar, si es posible, durante el mismo acto para optimizar al máximo el rendimiento de la prueba con la consiguiente mejora en la atención a la paciente⁷.

En nuestra práctica diaria ambulatoria se siguen los criterios de actuación de Bettocchi et al^{1,6} que creemos permiten una técnica adecuada con escasas molestias para la paciente; no se utiliza espéculo vaginal ni pinza de cuello y preferimos la tecnología Versapoint que facilita la cirugía en consulta, sobre todo en los casos que exigen una técnica más compleja³.

Las complicaciones de ambas técnicas son muy diferentes, en el caso de la histeroscopia en quirófano están relacionadas con la necesidad de dilatar el cérvix para la introducción del resectoscopio y en la histeroscopia ambulatoria se derivan de la tolerancia de la paciente a la intervención; ambas son las responsables fundamentales de la tasa de histeroscopias fallidas, cuyas cifras (2,5 y 2,6%) se encuentran dentro de lo referido en la bibliografía (2-4%)⁸, aunque es de destacar la buena cifra de histeroscopias fallidas ambulatorias (1,1%) en el año 2006.

Los efectos secundarios derivados de la técnica ambulatoria son escasos en número y gravedad, el dolor significativo ocurre en el 14,1% de las pacientes y el síndrome vagal en el 2,3%, cifras similares a las descritas por otros autores⁹ y que en ningún caso precisaron de tratamiento o cuidados especiales. Sin embargo, las complicaciones de la histeroscopia en quirófano, aunque igualmente poco frecuentes, pueden ser de mayor gravedad (perforaciones y lesiones tisulares).

Nuestros datos muestran que la principal actividad quirúrgica en histeroscopia son las polipectomías y las biopsias dirigidas, la gran mayoría realizable de

forma ambulatoria como ya describen otros autores^{1,3,5,8}. No se debe descartar la posibilidad de practicar miomectomías de forma ambulatoria, aunque en este caso el éxito dependerá del tipo y tamaño del mioma, y es la técnica más exigente con el ginecólogo^{1,3}. En nuestro caso, y siempre que la tolerancia de la paciente sea buena, se intenta la exéresis de forma ambulatoria en miomas menores de 3 cm.

Marsh et al¹⁰ han demostrado que la histeroscopia ambulatoria permite una recuperación y vuelta a la actividad diaria más rápida y con un coste económico menor.

La histeroscopia ambulatoria es una técnica segura, generalmente bien tolerada, que es capaz de diagnosticar y tratar gran parte de la patología uterina intracavitaria en un solo acto, seleccionando la patología y las pacientes que precisan un tratamiento en quirófano.

RESUMEN

Objetivo. Mostrar las repercusiones que la implantación de una unidad de histeroscopia en consulta ha tenido en el uso del quirófano para histeroscopia.

Material y método. Estudio descriptivo de las técnicas histeroscópicas realizadas en consulta y en quirófano en los últimos años, sus complicaciones y su evolución en el tiempo en función de la implementación de nuevas tecnologías y de la experiencia del endoscopista.

Resultados. Se analizan 4.026 histeroscopias ambulatorias y 1.103 en quirófano. La tasa de histeroscopias fallidas en ambos grupos es similar (el 2,5 frente al 2,6%, respectivamente); las complicaciones son muy diferentes, mientras en histeroscopia ambulatoria predominan el dolor y el síndrome vagal, en la histeroscopia en quirófano destacan las lesiones del cérvix y las perforaciones. Conforme aumenta la experiencia en histeroscopia ambulatoria se realizan más técnicas quirúrgicas, fundamentalmente polipectomías y biopsia dirigidas, disminuyendo de forma significativa la actividad en quirófano.

fano, que pasa a estar constituida principalmente por miomectomías.

Conclusiones. La histeroscopia en consulta o ambulatoria es una técnica que permite diagnosticar y tratar gran parte de la patología uterina intracavitaria en un solo acto, dejando para el quirófano casos muy seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marello F, et al. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr bipolar electrode. *Hum Reprod.* 2002;17:2435-8.
2. Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:65-9.
3. Rodríguez Oliver A, Fernández-Parra J, Carrillo MP, Parilla F, Montoya F. Cirugía histeroscópica en consulta con tecnología Versapoint. Características clínicas y resultados. *Prog Obstet Gynecol.* 2005;48:388-91.
4. Golan A, Sagiv R, Berar M, Ginath S, Glezerman M. Bipolar electrical energy in physiologic solution. A revolution in operative hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001; 8:252-8.
5. Garuti G, Cellani F, Colonnelli M, Grossi F, Luerti M. Outpatient hysteroscopic polypectomy in 237 patients: feasibility of one-stop «see and treat» procedure. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:500-4.
6. Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997;4:255-8.
7. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does 'diagnostic hysteroscopy' mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15:303-8.
8. Bakour S, Jones S, O'Donovan P. Ambulatory hysteroscopy: evidence-based guide to diagnosis and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20:953-75.
9. Vilos G, Abu-Rafea B. New developments in ambulatory hysteroscopic surgery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19:727-42.
10. Marsh F, Kremer C, Duffy S. Delivering an effective outpatient service in gynaecology. A randomised controlled trial analysing the cost of outpatient *versus* daycase hysteroscopy. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:243-8.