



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Aplicaciones de la histeroscopia guiada por ecografía

Daniel Martínez Campo *, Raquel Cajal Lostao, Soraya Heron Iglesias y Álvaro Zapico Goñi

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 13 de abril de 2010; aceptado el 21 de julio de 2011

Accesible en línea el 28 de octubre de 2011

PALABRAS CLAVE
Aborto diferido;
Histeroscopia bajo control ecográfico;
Legrado evacuador;
Resectoscopio;
Útero septo

KEYWORDS
Curettage;
Miscarriage;
Resectoscopy;
Ultrasound-guided hysteroscopy;
Uterus septum

Resumen Presentamos el caso clínico de una paciente de 35 años, diagnosticada de un útero bicornio unicollis, que fue derivada a nuestro centro para legrado evacuador de un aborto diferido de 9 semanas. Durante el legrado, la cavidad que alberga la gestación se colapsa y se recurre a la histeroscopia guiada por ecografía 2D para evacuar la gestación. Gracias a dicha técnica, se alcanza el diagnóstico de útero septo completo bicornio y unicollis, se logra evacuar la gestación y se reseca el septo que separa ambos hemiúteros. Siete meses tras la intervención, la paciente logra de nuevo una gestación.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Role of ultrasound-guided hysteroscopy in resolving the complications of curettage in a malformed uterus

Abstract We report the case of a 35-year-old woman, diagnosed with a bicornuate unicollis uterus, who was admitted to our hospital for curettage following a missed miscarriage at 9 weeks. During curettage, the cavity containing the pregnancy collapsed and 2D ultrasound-guided hysteroscopy was used to evacuate the fetal remains. Based on this technique, a diagnosis of bicornuate and complete septum uterus was reached. Resectoscopy was used to perform the curettage and to remove the septum. Seven months later, the patient became pregnant again.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 35 años de edad, de raza caucásica que ingresó asintomática en nuestro centro tras una ecografía rutinaria de primer trimestre para legrado evacuador de una gestación de 9 + 3 semanas no evolutiva.

Como único antecedente médico-quirúrgico de interés, refería un aborto espontáneo que no precisó tratamiento quirúrgico.

A los 27 años de edad, la paciente había sido diagnosticada de útero bicornio unicollis que no se asociaba a alteraciones del tracto urinario.

En la exploración ginecológica se evidencian genitales externos normales. La vagina presenta un pequeño tabique incompleto en su tercio externo y se objetivan mínimos restos hemáticos en vagina, sin sangrado activo de cavidad, cérvix único de nulípara, cerrado, formado, posterior y un

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(D. Martínez Campo\).](mailto:danimcampo@hotmail.com)

útero en ante, regular, menor que amenorrea. Los anejos se palpan no tumorales.

En la exploración ecográfica transvaginal se visualiza una gestación única con un embrión de CRL = 8,3 mm con MCF negativo que asienta en el hemiútero derecho.

Dos horas antes de la intervención, se administran 400 mg de misoprostol y se procede a legrado evacuador llevando a cabo una dilatación cervical con tallos de Hegar no dificultosa. Se realiza una ecografía abdominal y se objetivan la canalización del hemiútero izquierdo vacío y el desplazamiento de la cavidad derecha, en cuyo interior se alojaba la gestación no pudiendo acceder a esta.

Se procede a la exploración uterina bajo visión histeroscópica guiada por ecografía abdominal, intentando alcanzar la cavidad derecha pero no se logra. Únicamente se consigue el acceso al hemiútero izquierdo desde el que se visualiza un septo que alcanza cérvix y que divide ambas cavidades, por lo que se diagnostica como útero septo completo además de bicornio.

Se fenestra parcialmente el tabique con el asa de electrocoagulación desde la cavidad izquierda y se accede a la cavidad derecha logrando evacuar la gestación.

Finalmente, se realiza una metroplastia histeroscópica con resección parcial del tabique.

El postoperatorio evoluciona sin complicaciones y 2 meses después de la cirugía se realizan una histerosalpingografía y una ecografía 4D que confirman la resección suficiente del tabique uterino.

Transcurridos 7 meses de la cirugía, la paciente logra una nueva gestación que asienta en el hemiútero izquierdo. Durante el 2.º trimestre de esta, se detecta diabetes gestacional, aunque se consigue controlar bien metabólicamente, con medidas higiénico-dietéticas. Finalmente, a las 38 + 4 semanas se procede a una maduración cervical con prostaglandinas, seguida de una inducción con oxitócicos ante el diagnóstico ecográfico de CIR. El parto es eutóxico, sin complicaciones, y nace un varón de 2.630 g de peso.

Discusión

Aunque la mayor parte de las pacientes con alguna anomalía estructural uterina son asintomáticas, una cuarta parte de ellas presentará problemas reproductivos y/o ginecológico-obstétricos^{1,2,8}. El útero septo en alguno de sus grados es la malformación congénita uterina estructural más frecuente. Si bien la presencia de un tabique uterino incrementa la tasa de abortos de repetición, solo en raras ocasiones dificulta la consecución de un legrado evacuador como en el caso que presentamos^{3,4,11}.

Presentar alguna malformación estructural uterina no es siempre incompatible con una historia ginecológica y obstétrica reproductiva normal. En la mayor parte de los casos, estas anomalías pasan inadvertidas, estimándose que solo una cuarta parte de las mujeres que las presentan tendrá problemas reproductivos o sintomatología ginecológica. Este hecho, unido a la relativa dificultad diagnóstica para concretar de qué tipo de alteración se trata cuando la paciente se somete a una exploración ginecológica rutinaria y al escaso rendimiento que supone a la poste un diagnóstico de certeza en estas alteraciones, se traduce en la práctica clínica

habitual en una subestimación en el diagnóstico de estas entidades.

El útero septo, al igual que el resto de las malformaciones müllerianas, se relacionan con esterilidad e infertilidad, insuficiencia ístmico-cervical, acretismo placentario, CIR, parto pretérmino-prematuridad, metrorragias de repetición durante la gestación, mayor riesgo de rotura uterina durante el tercer trimestre de gestación o durante el trabajo de parto y anomalías de presentación fetal que justifican el incremento de la frecuencia del parto mediante cesárea. Ginecológicamente, se asocian a dolor abdominal y/o vaginal recurrente, *spotting*, hipomenorrea, leucorrea, hidro o hematocolpos, dismenorrea importante o disparesunia^{5,6}.

La clínica derivada de la presencia de un tabique uterino se justifica por la alteración en la vascularización del tabique (relación anómala entre los vasos endometriales y miometriales), que ejerce un efecto negativo en la placentación, a lo que se suman la reducción del tamaño de la cavidad uterina debido al septo y la inadecuada contractibilidad del miometrio⁷.

Aunque la exéresis del útero septo se reserva para los casos en los que la paciente es sintomática, la metroplastia histeroscópica mediante microtijeras, electrocirugía en su vertiente monopolar (asa de Collins) o bipolar (Versapoint®), o bien mediante el láser en cualquiera de sus variantes (láser de Nd-YAG, KTP/532, de Argón, etc.), se revela como la técnica de elección, mostrando una tasa de gestación posquirúrgica del 80% y una disminución de la tasa de aborto del 15%^{3,9,10,12}.

El uso de la histeroscopia guiada por ecografía permite visualizar por una parte el interior de la cavidad uterina y, por otra, el contorno uterino peritoneal, permitiendo en la mayoría de las ocasiones un correcto y preciso diagnóstico de las malformaciones uterinas. Dicha técnica ofrece algunas ventajas sobre la realización de una laparoscopia simultánea a la histeroscopia, que actualmente se considera todavía como la prueba de oro, tales como precisar menor invasividad, ser más eficiente y disminuir tanto el tiempo diagnóstico como posquirúrgico¹².

Cuando durante el legrado evacuador del útero septo se presentan dificultades técnicas no solventables bajo visión ecográfica, la histeroscopia quirúrgica guiada por ultrasonido se revela como una buena opción de tratamiento por permitir en el mismo acto quirúrgico la evacuación de la cavidad uterina y la realización de una metroplastia histeroscópica.

La mayor parte de los autores afirman que dejar una mínima porción de tabique residual (menor de 1 cm), no solo reporta los mismos resultados reproductivos que no hacerlo, sino que además previene posibles perforaciones, lesiones térmicas y reduce el riesgo de rotura uterina en gestaciones posteriores^{3,13}.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Zlopasa G, Skrablin S, Kalafatic D, Banovic V, Lesin J. Uterine anomalies and pregnancy outcome following resectoscope metroplasty. Int J Gynecol Obstet. 2007;98:129–33.

2. Nahum GG. Uterine anomalies: how common are they, and what is their distribution among subtypes? *J Reprod Med.* 1998;43:877–87.
3. Colacurci N, De Franciscis P, Mollo A, Litta P, Perino A, Cobellis L, et al. Small-diameter hysteroscopy with Versapoint versus resection with a unipolar knife for the treatment of septate uterus: A prospective randomized study. *J Minim Invas Gynecol.* 2007;14:622–7.
4. Simon C, Martinez L, Pardo F, Tortajada M, Pellicer A. Mullerian defects in women with normal reproductive outcome. *Fertil Steril.* 1991;56:1192–3.
5. Grimbizis G, Camus M, Clasen K. Hysteroscopic septum resection in patients with recurrent abortions and infertility. *Hum Reprod.* 1998;13:1188–93.
6. Acien P. Reproductive performance of women with uterine malformations. *Hum Reprod.* 1993;8:122–6.
7. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Updat.* 2001;7:161–74.
8. The American Society for Reproductive Medicine. The American Society for Reproductive Medicine classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, mullerian abnormalities, and intrauterine adhesions. *Fertil Steril.* 1988;49:1944–55.
9. Colacurci N, De Placido G, Mollo A, Carravetta C, De Franciscis P. Reproductive outcome after hysteroscopic metroplasty. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1996;66:147–50.
10. Hiscock LR. Hysteroscopic treatment of the uterine Septem: a clinician's experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1414–7.
11. Jurkovic D, Alfirevic Z. Septate uterus and recurrent miscarriage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;29:362.
12. Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fert Steril.* 2000;73:1–13.
13. Fedele L, Bianchi S, Marchini M, Mezzopane R, Di Nola G, Tozzi L. Residual uterine sedum of less than 1 cm after hysteroscopic metroplasty does not impair reproductive outcome. *Hum Reprod.* 1996;11:727–9.