

388 **A.J. Rodríguez-Oliver**
J. Fernández-Parra
M.P. Carrillo
F. Parrilla
F. Montoya

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

Correspondencia:

Dr. A.J. Rodríguez Oliver.
Servicio de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Avda. de las Fuerzas Armadas, s/n.
18014 Granada. España.
Correo electrónico: rodriguez@sego.es

Fecha de recepción: 25/02/05

Aceptado para su publicación: 3/05/05

Cirugía histeroscópica en consulta con tecnología Versapoint®. Características clínicas y resultados

Operative office hysteroscopy using Versapoint® technology. Clinical characteristics and results

RESUMEN

Objetivo: Valorar la utilidad de la cirugía histeroscópica en consulta con el empleo de la tecnología bipolar tipo Versapoint®. Se analizan las peculiaridades, los resultados y la tolerancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 519 técnicas quirúrgicas realizadas mediante histeroscopia en consulta con tecnología Versapoint® (454 con histeroscopia rígida de 5,5 mm y 65 con histeroscopia semirígida tipo Versascope®).

Resultados: La duración media de la técnica fue de 7,7 min. El procedimiento más frecuente fue la polipectomía. Sólo refirieron dolor significativo y/o síndrome vagal algo menos del 2% de las pacientes.

Conclusiones: La tecnología Versapoint® facilita la cirugía histeroscópica en consulta, y deja para el resectoscopia casos muy seleccionados. La tolerancia por parte de la paciente es muy buena.

PALABRAS CLAVE

Histeroscopia en consulta. Tolerancia. Tecnología bipolar Versapoint®.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the utility of operative office hysteroscopy with the use of the Versapoint® bipolar electro-surgical system. We analyzed clinical characteristics, results and patient acceptability.

Material and methods: We performed a descriptive study of 519 operative hysteroscopies, using an office hysteroscopic procedure with Versapoint® technology; 454 with a 5.5 mm rigid hysteroscope and 65 with a semirigid microhysteroscope (Versascope®).

Results: The mean operating time was 7.7 min. The most common procedure was polypectomy. Severe pain and/or vagal reflex occurred in less than 2% of the patients.

Conclusions: The Versapoint® bipolar technology facilitates operative office hysteroscopy and allows resectoscopy to be reserved for the treatment of special cases. Patient acceptability is high.

KEY WORDS

Office hysteroscopy. Patient acceptability. Versapoint® bipolar technology.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la patología uterina intracavitaria, independientemente de su tamaño, precisaba para su tratamiento del empleo del resectoscopio, con la consiguiente necesidad de dilatación cervical, hospitalización y el empleo de anestesia-analgésica. En la última década se han desarrollado instrumentos de pequeño diámetro con vainas que posibilitan el flujo continuo de fluidos y a los que se han asociado canales de trabajo, lo que permite la posibilidad de realizar actos quirúrgicos de manera ambulatoria¹⁻⁶.

Con el desarrollo de la energía bipolar se ha permitido la práctica de una cirugía más precisa y el empleo de suero fisiológico como medio de distensión. Uno de los instrumentos que emplea este tipo de energía es el sistema electroquirúrgico bipolar Versapoint®, que consta de un generador de energía y distintos tipos de electrodos⁵⁻¹¹.

El desarrollo tecnológico actual, en relación con la histeroscopia ambulatoria, es tal que la gran mayoría de actos quirúrgicos podrían realizarse en consulta, y quedarían relegados al empleo del resectoscopio la ablación-destrucción endometrial y la extirpación de grandes pólipos o miomas¹.

Nuestro propósito es analizar las peculiaridades, los resultados y la tolerancia de la tecnología Versapoint® y valorar su utilidad en la práctica de la cirugía histeroscópica en consulta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo de 519 procedimientos quirúrgicos que se realizaron mediante histeroscopia en consulta con tecnología Versapoint®, que se llevaron a cabo entre el 25 de mayo de 2003 y el 31 de octubre de 2004. Se analizan las características clínicas más representativas, las técnicas quirúrgicas que se utilizaron, el tiempo operatorio que se empleó, los efectos secundarios y la tolerancia. Todas las pacientes recibieron una explicación precisa sobre la prueba a realizar y firmaron el documento de consentimiento informado.

Se emplearon 2 modelos de histeroscopia para la cirugía ambulatoria: un histeroscopia rígido de flujo continuo, óptica tipo Hopkins de 2,8 mm con visión anterooblicua de 30°, vaina de 5,5 mm y canal ope-

radorio de 5 Fr, y otro semirrígido de 1,9 mm, fibra óptica y vaina de flujo continuo desechable con canal operatorio de hasta 7 Fr, calibre total con canal operatorio distendido de 3,8 mm (Versascope®). Como medio de distensión se empleó suero fisiológico a caída libre y en caso necesario un presurizador. Durante todo el procedimiento se utilizó pulsioxímetro.

Para la cirugía se utilizaron 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, espéculo vaginal ni pinzas de cuello. Sólo se empleó anestesia paracervical a petición de la paciente. El procedimiento se inició con una vaginoscopia, localización del orificio cervical externo y paso por el canal endocervical hasta llegar a la cavidad uterina. Ésta se estudió en toda su extensión y en caso de patología se valoró 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 permitía su paso por el canal cervical se procedió a trocearla.

La valoración del dolor se hizo mediante pregunta directa acerca de qué puntuación daría al dolor durante la prueba, y para ello se siguió una escala visual analógica (EVA), donde 0 sería nada de dolor y 10 un dolor insoportable.

El análisis estadístico se realizó para las variables cualitativas mediante el test de la χ^2 .

RESULTADOS

Desde el 14 de abril de 2003, fecha en que dispusimos de material histeroscópico con canal de trabajo, y hasta el 31 de octubre de 2004, hemos realizado 1.341 histeroscopias en consulta. En 50 casos no fue posible realizarla, 14 se consideraron no satisfactorias y en 602 se practicó algún tipo de cirugía histeroscópica ambulatoria, de los cuales en 519 se empleó la tecnología Versapoint® (454 con el histeroscopia rígido y 65 con el Versascope®). La edad media de las pacientes fue de 53,6 años (rango: 27-85), el 57,2% eran menopáusicas y el 83,3% habían tenido partos vaginales. En las pacientes premenopáusicas la técnica se realizaba en la primera fase del ciclo.

390

Tabla 1 Procedimientos quirúrgicos practicados

	<i>Histeroscopia rígida</i>	<i>Versascope®</i>	<i>Total</i>
Biopsia	93	17	110
Polipectomía	334	46	380
Miomectomía	20	2	22
Adhesiolisis	1		1
Fulguración de pólipos	6		6
Total	454	65	519

Los procedimientos practicados se muestran en la tabla 1. El tamaño medio de los pólipos fue de 1,68 cm, y en 74 casos fue ≥ 3 cm. El tamaño medio de los miomas fue de 1,8 cm y sólo 4 de ellos eran > 2 cm.

La ampliación del canal cervical estenótico o sinquiado es otra técnica para la que es especialmente útil la tecnología Versapoint®, y se practicó con éxito en 61 ocasiones.

A petición de las mujeres y/o a sugerencia nuestra, hubo 42 pacientes a las que se realizó más de un acto quirúrgico para resolver su patología. En 38 de ellas se realizaron 2 procedimientos (23 pólipos, 12 poliposis y 3 miomas) y en 4 se practicaron 3 (3 poliposis y 1 mioma). Sólo en 4 pacientes de las que fueron sometidas a 2 intervenciones no se pudo solucionar de forma definitiva su patología, 4 casos que corresponden a 2 pólipos, 1 poliposis y 1 mioma.

La duración media del procedimiento fue de 7,7 min (rango: 1-45), y por orden de duración, de menos a más, se sitúan las biopsias dirigidas, las miomectomías y las polipectomías (tabla 2). Sólo se empleó anestesia paracervical en 11 (2,1%) pacientes y de las 46 reintervenciones sólo se solicitó su administración en 5 (10,8%). Los efectos secundarios que aparecieron durante la técnica se muestran en la tabla 3, y sólo cabe especificar que el dolor fue catalogado de importante (> 5 en la EVA) en 19 casos y que en los casos de síndrome vagal las mujeres se recuperaron sin problema tras un período de observación en ningún caso superior a las 2 h.

DISCUSIÓN

El desarrollo tecnológico ha permitido que numerosas técnicas quirúrgicas que antes precisaban

Tabla 2 Duración de la cirugía histeroscópica (minutos)

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Rango</i>
Biopsia	4,9	2,7	1,5-15
Polipectomía	8,5	7	1-45
Miomectomía	7,9	4,6	3-20

25 intervenciones superaron los 10 min.

Tabla 3 Efectos secundarios^a

	<i>Histeroscopia rígida</i>	<i>Versascope®</i>
Dolor	51 (15,2%)	10 (15,6%)
Síndrome vagal	7 (2,1%)	1 (1,5%)
Ambos	5 (1,5%)	1 (1,5%)

p: no significativa.

^aSobre 398 procedimientos (334 con histeroscopia rígida y 64 con Versascope®) en que consta el dato.

quirófano y encamación, hoy día se practiquen en consulta con muy buenos resultados y aceptable tolerancia. Debido a esto, el término *histeroscopia diagnóstica* es obsoleto e inapropiado, pues 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 paciente².

Al analizar la bibliografía se comprobó que el uso del generador bipolar Versapoint® comenzó en 1999, aunque se ha empleado en formas y procedimientos muy variados, fundamentalmente, porque en gran parte de ellos se utilizó analgesia-anestesia y porque los histeroscopios han sido de muy diversos modelos⁵⁻¹¹.

En nuestra práctica diaria seguimos los criterios de actuación de Bettocchi y et al¹, que creemos permiten una técnica adecuada con escasas molestias para la paciente; no empleamos espéculo vaginal ni pinza de cuello y el generador Versapoint® se calibra en VC3 y 50 W, con lo que la paciente no presenta las molestias que aparecen con potencias más grandes.

La duración de la técnica depende, obviamente, de muchos factores; a mayor complejidad mayor duración. Para Bettocchi et al¹ la práctica de miomectomía es la técnica que requiere más tiempo; nosotros no

confirmamos este hecho, ya que en nuestro estudio las miomectomías practicadas se realizaron en miomas pequeños y en condiciones muy favorables.

El empleo del histeroscopio tipo Versascope® precisa de un mayor adiestramiento, dado que ofrece un campo de visión más limitado que el histeroscopio rígido¹¹. La tolerancia es similar a la del histeroscopio rígido y, por ello, lo empleamos fundamentalmente en casos de cérvix estenótico no ampliable.

En relación con la tolerancia, el análisis de nuestros resultados se asemeja a los de la mayoría de au-

tores^{1-3,5,10}; la técnica se aceptó muy bien, el porcentaje de pacientes que refirieron dolor significativo y/o síndrome vagal no llegó al 2%, y en ningún caso precisaron de tratamiento o cuidados especiales. Un claro ejemplo de la buena tolerancia es el hecho de que muchas pacientes desearan una segunda y hasta una tercera histeroscopia en consulta para resolver su patología y no se tuviera que recurrir al resectoscopio en quirófano; de este grupo de mujeres, solamente un 10% solicitó analgesia paracervical y en un 90% de ellas se solucionó el problema.

391

BIBLIOGRAFÍA

1. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marelllo 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. 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.
3. Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42:276-89.
4. Bettocchi S, Di Venere R, Pansini N, Pellegrino A, Santamato S, Ceci O. Endometrial biopsies using small diameter hysteroscopes and 5F instruments: how can we obtain enough material for a correct histologic diagnosis? *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:290-2.
5. Guida M, Pellicano M, Zullo F, Acunzo G, Lavitola G, Palomba S, et al. Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: a prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious sedation. *Hum Reprod.* 2003;18:840-3.
6. Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:65-9.
7. Vilos GA. Intrauterine surgery using a new coaxial bipolar electrode in normal saline solution (Versapoint): a pilot study. *Fertil Steril.* 1999;72:740-3.
8. Clark TJ, Mahajan D, Sunder P, Gupta JK. Hysteroscopic treatment of symptomatic fibroids using bipolar intrauterine system: a feasibility study. *Eur J Gynecol Reprod Biol.* 2002;100:237-42.
9. 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.
10. Kung RC, Vilos GA, Thomas B, Penkin B, Zaltz AP, Stabinsky SA. A new bipolar system for performing operative hysteroscopy in normal saline. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999;6:331-6.
11. Marwah V, Bhandari SK. Diagnostic and interventional microhysteroscopy with use of the coaxial bipolar electrode system. *Fertil Steril.* 2003;79:413-7.