

Histeroscopia diagn3stica ambulatoria.

T3cnica e indicaciones

INTRODUCCI3N

Se puede definir la histeroscopia diagn3stica como la t3cnica exploratoria endosc3pica que estudia el interior de la cavidad uterina y del canal endocervical. En determinados casos, como pacientes sin relaciones sexuales o con estenosis vaginales y ni1as peque1as, puede utilizarse para la exploraci3n de la vagina. Gracias a los avances t3cnicos de los 3ltimos a1os, su introducci3n en la ginecolog3a se ha producido de forma espectacular y hoy d3a es una t3cnica b3sica en cualquier servicio de ginecolog3a.

El concepto de histeroscopia diagn3stica puede ser equivalente al de histeroscopia ambulatoria, porque es una t3cnica que se realiza sin necesidad de anestesia ni ingreso hospitalario. Puede tener una faceta diagn3stica y otra terap3utica, incluidos diversos procedimientos quir3rgicos menores, que la mayor3a de las pacientes toleran perfectamente, constituyendo un procedimiento sencillo, seguro y con una alta eficacia para reconocer, evaluar y tratar las alteraciones intrauterinas.

El examen histerosc3pico ideal requiere el perfecto conocimiento de la t3cnica, del material que vamos a utilizar, y de la paciente que tenemos que explorar. Todos los materiales con los que contamos, unidos a un entrenamiento y una t3cnica cuidadosa, convierten a la histeroscopia diagn3stica en un procedimiento seguro, que se puede realizar en su totalidad sin anestesia.

INDICACIONES DE LA HISTEROSCOPIA DIAGN3STICA

- Hemorragia uterina anormal (HUA) en premenop3usicas.
- HUA en posmenop3usicas.
- Sospecha de patolog3a endometrial por alguna t3cnica de imagen (ecograf3a, HSG...).

- Sospecha de patolog3a endocervical.
- Sospecha de malformaci3n uterina.
- Estudio de esterilidad/infertilidad.
- Extracci3n de cuerpos extra1os.
- Diagn3stico y extracci3n de restos trofobl3sticos postaborto.
- Diagn3stico y seguimiento de las hiperplasias de endometrio.
- Diagn3stico y clasificaci3n prequir3rgica del c3ncer de endometrio y endoc3rvix.
- Ayuda al radioterapeuta para la colocaci3n de c3nulas de alta tasa.

CONTRAINDICACIONES

No se han descrito contraindicaciones absolutas, pero no es recomendable llevarla a cabo en casos de:

- Infecci3n genital aguda o muy reciente.
- Perforaci3n uterina reciente.
- Embarazo.

INSTRUMENTAL NECESARIO

Una exploraci3n histerosc3pica requiere contar al menos con un instrumental b3sico:

1. Histeroscopio: compuesto por:

- 3ptica: telescopio de peque1o calibre (los m3s utilizados son de 2,7-2,9 mm). Compuesto por un conjunto de lentillas convenientemente colocadas para conseguir una visi3n adecuada. El extremo distal est3 angulado 30° (visi3n foroblicua), lo que facilitar3 la exploraci3n de los cuernos y cantos uterinos.
- Vainas: interna, que alberga el canal de entrada del medio de distensi3n uterina (MDU) y el canal de trabajo, y externa, que alberga los canales de drenaje del MDU. El calibre total del aparato es de entre 4,5 y 5,0 mm.

2. Sistema de iluminaci3n: es una fuente de luz fr3a; podemos utilizar luz fr3a convencional o de xen3n (es aconsejable esta 3ltima). Aunque se puede trabajar a partir de 150 vatios de potencia, lo ideal ser3a potencias de 250 vatios. Tambi3n necesitaremos un cable de conexi3n entre la fuente y el histeroscopio.

3. Medio de distensión uterina: actualmente el MDU más utilizado es el suero fisiológico. Aunque en los inicios de la histeroscopia se utilizaron medios de distensión gaseosos (CO₂), éstos, a pesar de presentar buenas propiedades ópticas, quedaban muy limitados, pues ante cualquier elemento que enturbiara el campo (sangre, moco) la exploración no podía llevarse a cabo, y sólo cabe mencionarlos aquí como recuerdo histórico. Con el suero fisiológico se puede realizar un lavado continuo de la cavidad, lo que permitirá una mejor visión así como la posibilidad de trabajar dentro de la cavidad uterina con más libertad.

El suero fisiológico es el medio de distensión más recomendado por su bajo peso molecular, por su contenido electrolítico, amplia disponibilidad, bajo coste y reabsorción fisiológica a través del peritoneo. Para perfundir el MDU se puede utilizar:

- Sistema de caída por gravedad.
- Sistema de manguito de presión.
- Bomba electrónica de perfusión.

Para realizar procedimientos más allá de la simple histeroscopia diagnóstica y biopsia dirigida, será aconsejable perfundir el MDU con bomba, para evitar en lo posible las dificultades producidas por una contracción uterina inoportuna.

4. Videocámara: a la hora de elegir la videocámara hay que tener presente:

- La resolución, expresada por número de líneas en píxeles.
- La sensibilidad, en unidades de lux.
- Alta calidad de salida/imágenes de vídeo.

Actualmente existen en el mercado cámaras de 3 chips CCD, que proveen una alta resolución y una reproducción casi real de los colores naturales.

5. Monitor: para ver las imágenes captadas por la videocámara. Existen diversos tipos en el mercado, desde los más sencillos y económicos a los más sofisticados y, por tanto, costosos. Para conseguir el mejor rendimiento de una buena cámara es preciso tener un buen monitor, y viceversa. Todo el equipo debe ir en consonancia de calidad. Acoplados a estas videocámaras pueden ir equipos de video VHS o sistemas DVD, donde grabar y archivar imágenes y procedimientos.

MATERIAL ACCESORIO

Pinzas, tijeras, terminales eléctricos, fibras láser... Todos ellos pueden utilizarse en la cavidad uterina introduciéndolos por el canal de trabajo de la vaina interna del histeroscopio: generadores de corriente eléctrica, mono o bipolar, y equipos láser.

Otro tipo de material como espéculos, pinzas de Pucci, pinzas de anilla, histerómetro, dilatadores de Hegar, cánulas de biopsia por aspiración, material para infiltración de anestésico local, pueden ser útiles en casos seleccionados, aunque en nuestra práctica habitual no los utilizamos.

TÉCNICA

Preparación de la paciente

Información

La mejor preparación que podemos hacer es una buena información a la paciente de la prueba que se le realizará. Esta información es preferible hacerla en los días previos a la realización de la histeroscopia, minimizando el miedo a ésta y facilitando la colaboración de la paciente.

Medicación

La mayor parte de los autores está de acuerdo en no realizar preparación medicamentosa previa de forma sistemática. Nosotros no la realizamos.

Debemos suspender la exploración cuando la paciente muestre sus reticencias a continuar. En este momento decidiremos si repetimos la histeroscopia, dependiendo del momento en que se encuentre la prueba, preparando a la paciente bien sea con la aplicación de anestésicos locales, la administración de un antiinflamatorio no esteroideo o un tranquilizante 2-3 h antes de la exploración, junto con la utilización de algún fármaco que favorezca la dilatación del cérvix, o bien la realizamos en quirófano bajo anestesia.

Elección del momento más adecuado

La histeroscopia se puede realizar en cualquier día del ciclo, aunque no se recomienda durante la

menstruación puesto que el sangrado dificulta la visualización. Es importante conocer las fases del ciclo menstrual para establecer un correcto diagnóstico:

- Primera mitad del ciclo: facilita el diagnóstico de patología intracavitaria aunque el endometrio está muy vascularizado y sangra fácilmente.
- Segunda mitad del ciclo: el endometrio está desarrollado y sangra poco, permitiendo la valoración de alteraciones funcionales, procesos inflamatorios, estudio de esterilidad.

Exploración

La paciente debe acudir a realizar la prueba tras una historia clínica detallada, haciendo hincapié en sus indicaciones, así como en los factores que pueden hacer más o menos dificultosa la exploración, tales como paridad, cirugía previas sobre el cérvix, años de menopausia, estado mental de la enferma).

Tras colocar a la paciente en posición ginecológica, se realizará un chequeo para comprobar el buen funcionamiento de todo el equipo y a continuación se iniciará la exploración:

- Vaginoscopia: permite la exploración vaginal y termina con la identificación del ectocérnix, visualizándolo en todo su contorno.
- Endocérnix: tanto al inicio como a la finalización del procedimiento, se valorarán las características del endocérnix, determinando las posibles patologías a ese nivel, así como las posibilidades de resolverlas en el mismo acto. Una vez llegados al orificio cervical interno (OCI) se procurará atravesarlo lo más delicadamente posible, dado que es el momento más doloroso de la exploración, y siempre avisando a la paciente para que esté preparada para superarlo. Al progresar a través de canal endocervical tendremos siempre presente que la forma biselada de la punta del histeroscopio, obligará a colocar el punto guía coincidiendo con la punta del histeroscopio (6 horarias en la posición de partida).
- Cavity uterina: una vez en cavity, conviene esperar unos instantes, para que ésta se distienda y se limpie de materiales que pudieran dificultar la visión. A continuación se realizará la exploración, que siempre se debe hacer de forma reglada, para que

no se quede ningún rincón de la misma sin explorar.

Gracias a la biselación de 30° que generalmente presenta el histeroscopio en su parte distal, permite explorar el fondo y cara anterior nada más acceder a la cavity uterina. Tras realizar una visión del aspecto general de la cavity, posteriormente se visualizarán ambas regiones cornuales y orificios tubáricos rotando la óptica sobre su eje. A continuación se valorará el aspecto del endometrio en todas sus caras anterior, laterales y posterior sucesivamente. Por último, haremos la medición del espesor endometrial apoyando la óptica para dejar una muesca. Antes de finalizar se revisará de nuevo el istmo y el aspecto general de la cavity girando el histeroscopio 360° para explorar el istmo en su totalidad y el canal cervical al retirar lentamente el histeroscopio.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La histeroscopia es un procedimiento diagnóstico terapéutico que puede considerarse casi inocua si la indicación y técnica, asepsia y manipulación se han realizado adecuadamente. Aun así, existen riesgos particulares derivados de la propia técnica y otros asociados a la condición de cada paciente.

- Paso a través del OCI: en ocasiones, el paso a través del OCI puede desencadenar reflejos vagales intensos provocando bradicardia, hipotensión y mareo. Es más frecuente que ocurra en pacientes nulíparas y menopáusicas con cuello muy atrófico, o mujeres con conizaciones, electrocoagulaciones cervicales que han originado estenosis cicatriciales.

La mayoría de estos casos se resuelven de forma espontánea; es preciso únicamente mantener a la paciente en la camilla en ligero Trendelenburg. No obstante, a veces es necesario utilizar fármacos del tipo de la atropina para ayudar a recuperar a la paciente.

- Esterilidad de maniobras e instrumental: la presencia de infección tras una histeroscopia es extremadamente rara; es más frecuente en aquellas mujeres con infección pélvica latente (endometritis, salpingitis). También la inadecuada esterilización del material puede ocasionar esta complicación.

218

– Traumatismos: la realización de falsas vías y/o perforaciones ocurre en mujeres con cérvix fibrosos, OCI cicatriciales, úteros en retro o ante flexión forzados, úteros muy atróficos. cérvix radiados. En estos

casos se recomienda un manejo conservador, manteniendo a la paciente en observación, con cobertura antibiótica y analgésicos.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Bettochi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004;31:641-54.

Labastida R. Tratado y Atlas de Histeroscopia. Barcelona: Salvat Editores; 1990.

Labastida R, Úbeda A, Cararach M, Penella J. 5.059 histeroscopias diagnósticas: método, indicaciones y resultados. *Prog Obst Gin.* 1994;37:348-54.

Nagele F, O'Connor H, Davies A, Badewy A, Mohamed H, Magos A. 2,500 outpatients diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol.* 1996;88:87-92.

Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42:276-89.

Valle RF. Hysteroscopy for gynecologic diagnosis. *Clin Obstet Gyn.* 1983;26:253-76.

Victor Lewis B. Diagnostic Hysteroscopy. En: Alan G. Gordon B, editors. *Atlas of Gynecologic Endoscopy.* 2.^a ed. Mosby-Wolfe; 1995.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.