

Resultados iniciales con las 171 primeras histeroscopias quirúrgicas en un hospital comarcal

R. Martínez de la Ossa, R. Sotelo, H. Ruiz y J.L. Gallo

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Motril. Granada. España.

SUMMARY

We carried out a descriptive study, to evaluate our first results with surgical hysteroscopy in a District Hospital. It is based on a retrospective study of 171 patients treated using hysteroscopy from 1997-2000. Surgical indications for hysteroscopy were principally endometrial polyps (68.42%), submucous myomas (14.61%), and metrorrhagia (16.95%).

Surgical hysteroscopy was carried out using a gynaecological resectoscope, and we had only three major complications and six minor complications which were subperitoneal perforations. The three major complications were 2 uterine perforations, one a lineal perforation in a type II myoma, and the other in an endometrial adenocarcinoma. The other complication was associated with excessive absorption of the distending medium (glycine).

We think that surgical hysteroscopy is effective and safe, provided its indications and contra-indications are observed.

INTRODUCCIÓN

La cirugía histeroscópica es un procedimiento seguro y eficaz que permite tratar de forma ambulatoria o con hospitalización mínima gran parte de la patología endouterina existente: miomas submucosos, pólipos endometriales, resección de septos y/o tratamiento de metrorragias disfuncionales refractarias a tratamiento médico. Permite, además, una recuperación más rápida y completa de las pacientes frente a la cirugía convencional, lo que se traduce en satisfac-

ción para el paciente y un significativo ahorro económico hospitalario.

Las complicaciones de la técnica, si bien son escasas, pueden ser graves y potencialmente fatales: perforaciones uterinas, hemorragias, histerectomías, sobrecarga hídrica e incluso coma hipoosmolar y muerte; por ello es preciso establecer unas indicaciones adecuadas de este tipo de cirugía endoscópica con respeto de las contraindicaciones de la técnica.

El objetivo de este trabajo es analizar nuestros primeros resultados obtenidos con la histeroscopia quirúrgica en nuestro medio en un período de tiempo de 3 años: desde su introducción en 1997 hasta finales de 2000.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo para analizar nuestra experiencia con las 171 primeras histeroscopias quirúrgicas realizadas en nuestro medio, desde su introducción en 1997 hasta finales de 2000.

Las histeroscopias quirúrgicas fueron realizadas mediante el resectoscopio quirúrgico de doble vaina de K. Storz; como medio distensor hemos utilizado siempre la glicina al 1,5% y en todos los casos utilizamos un histeroirrigador para el control del flujo y la regulación de la presión intrauterina: el Histeroflator de K. Storz. Generalmente, utilizamos una presión intrauterina menor o igual a 100 mmHg, con un flujo entre 150 y 300 ml/min, un estricto control de entrada y salida de glicina, balances periódicos de la pérdida de glicina y deteniendo el procedimiento tras 60 min de intervención y/o pérdidas de glicina cercanas a 1 l.

Las histeroscopias quirúrgicas fueron precedidas en todos los casos por el estudio clínico y preanestésico correspondiente, así como el consentimiento informado verbal y por escrito. El estudio preoperatorio incluyó exploración general y ginecológica con visión mediante espéculo de genitales externos y cérvix uteri-

Aceptado para su publicación el 15 de septiembre de 2001.

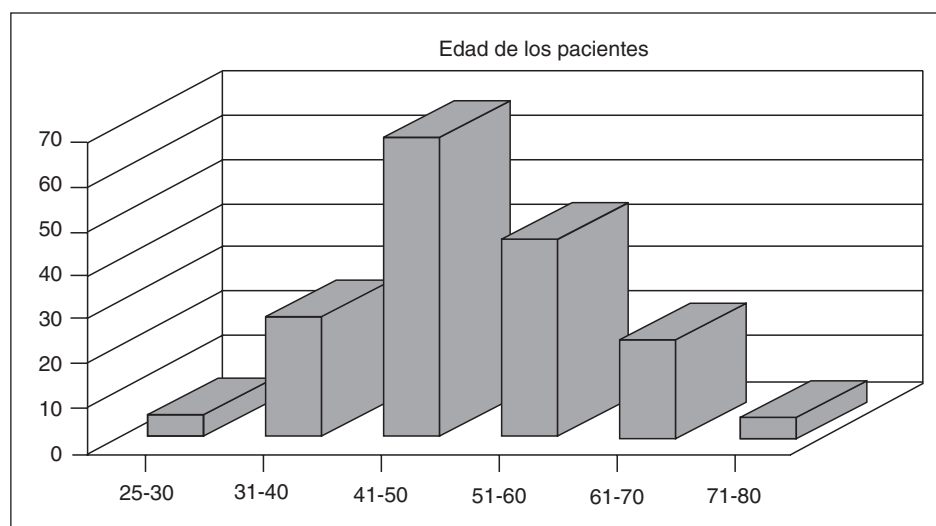


Fig. 1. Histeroscopias quirúrgicas. Edad de las pacientes.

no, tacto bimanual, citología vaginal (triple toma), ecografía transvaginal (sondas de 6,5 y 7,5 Mhz) e histeroscopia diagnóstica previa en la mayoría de los casos.

Todas las histeroscopias quirúrgicas fueron realizadas en quirófano, en su mayoría bajo anestesia locorregional (raquídea), y en algún caso con anestesia local (mepivacaína al 2%) y sedación, con ingreso de las pacientes en el mismo día de la intervención en nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) y dadas de alta en el mismo día o tras 24-48 h de la intervención.

RESULTADOS

La edad de las pacientes estuvo comprendida en un rango entre 25 y 80 años, con un predominio claro en la cuarta década de la vida, en la cual la metropatía hemorrágica es más frecuente. La distribución por décadas se detalla en la figura 1.

El 64,32% de las pacientes (110 de 169) se encontraban en edad fértil frente a un 33,33% de pacientes posmenopáusicas (57 de 169); asimismo, hubo 4 pacientes con antecedentes de cáncer de mama y patología endometrial subsidiaria al tratamiento con anties-trógenos.

La indicación de la histeroscopias quirúrgicas se incluye en la tabla I.

Hay que reseñar que en el 45,61% de los casos (78 de 171) se realizó preparación endometrial previa con análogos de la GnRH (triptorelina) durante 2 a 3 ciclos. Dicha preparación fue realizada siempre antes de la ablación endometrial y, asimismo, en caso de grandes miomas a fin de disminuir su tamaño y vascularización antes de su resección. En el caso de los

TABLA I. Indicaciones histeroscópicas quirúrgicas (Hospital de Motril)

	N.º	PORCENTAJE (%)
Pólipo endometrial	117	68,42
Mioma	25	14,61
Menometrorragias	29	16,95
Metrorragia + pólipo endometrial	54	31,36
Metrorragia + mioma	12	7,01
Septo uterino	3	1,77
Infertilidad + mioma	2	1,18

pólipos endometriales, la preparación previa se realizó en aquellas pacientes con metropatía hemorrágica en las que la polipectomía se acompañaba de resección parcial o total del endometrio.

Dentro de los hallazgos realizados durante la histeroscopia quirúrgica se confirmó la existencia de pólipo endometrial único o múltiple en 115 casos (67,25%); miomas tipo I o II (submucosos o submucoso-intramural) en 24 casos (14,03%); septo uterino en 3 casos (1,75%) y endometrio de aspecto hiperplásico en 8 casos (4,67%) o polipoideo en otros 8 casos (4,67%).

Las intervenciones quirúrgicas endoscópicas efectuadas se recogen en la tabla II.

Hay que destacar que en 11 casos (6,43%), 4 miomas y 7 pólipos endometriales de gran tamaño, la resección fue parcial debido al tamaño del mioma o pólipo y/o prolongación del tiempo operatorio o excesiva retención de glicina, por lo cual fue necesario completar la resección en una segunda sesión operatoria. Asimismo, hubo una histeroscopia impracticable.

TABLA II. Intervenciones histeroscópicas

	N.º	PORCENTAJE (%)
Polipectomía endometrial	118	69,00
Miomectomía	23	13,45
Ablación/resección endometrial (RE)	24	14,03
Polipectomía + RE	37	21,63
Miomectomía + RE	8	4,67
Resección del septo uterino	3	1,75

TABLA III. Técnicas de histeroscopia quirúrgica

	N.º DE CASOS	PORCENTAJE (%)
Asa de resección	112	65,49
Bola rodante	3	1,75
Asa + bola	50	29,23
Bisturí	3	1,75
Pinzas/legras	2	1,16

La anestesia empleada fue mayoritariamente de tipo raquídea (78,94%) (en 135 de 171 casos) con un 13,60% de anestesia general y un 7,01% (12 casos) de anestesia local (mepivacaína o lidocaína al 2%) con sedación (propofol).

Hubo dificultades con la dilatación cervical previa en 22 casos, lo que representa el 12,86% de nuestra serie, con un 5,84% (10 casos) de desgarros cervicales que requirieron algún punto de sutura. Recientemente, y a fin de solventar este tipo de problemas, se ha ido generalizando la utilización de prostaglandinas cervicales (noche previa) con el consentimiento de la paciente.

La técnica electroquirúrgica empleada se detalla en la tabla III.

La retención de glicina osciló entre 100 y 1.200 ml; hay que reseñar que en 39 casos no se cuantificó su pérdida, si bien se señaló como no significativa.

En los 132 casos restantes, la pérdida cuantificada del medio distensor aparece recogida en la tabla IV.

Es importante destacar que el único caso con pérdida de glicina superior a 1 l (1.200 ml) aconteció en una paciente que sufrió una perforación subperitoneal (falsa vía) que facilitaba la pérdida de líquido de distensión. Esta paciente fue el único caso de postoperatorio tórpido, ya que presentó en el postoperatorio inmediato alteraciones electrolíticas sintomáticas que cedieron con tratamiento médico (reposo, electrolitos, diuréticos, etc.).

El examen histopatológico de las muestras de resección presentó los hallazgos recogidos en la tabla V.

El único caso de adenocarcinoma de endometrio fue detectado en una paciente que ingresó por urgencias con metrorragia posmenopáusica y ecografía su-

TABLA IV. Retención de líquido distensor: glicina

ml	N.º DE CASOS	PORCENTAJE (%)
< 100	49	37,12
100-300	43	32,57
300-500	28	21,21
500-700	6	4,54
700-900	7	5,30
1.000	4	3,03
1.200	1	0,75

TABLA V. Histeroscopias quirúrgicas. Examen histopatológico

	N.º DE CASOS
Pólipo endometrial	94
Leiomioma	19
Hiperplasia simple	16
Endometrio proliferativo	15
Endometrio secretor	8
Endometrio atrofico	1
Endometrio sin alteraciones significativas	12
Adenomiosis	4
Hiperplasia atípica	1
Adenocarcinoma	1

gestiva de adenocarcinoma de endometrio. La paciente fue sometida a una histeroscopia diagnóstica de urgencias pero con anestesia general y dilatación cervical previa. Al obtener las muestras para el examen histopatológico sobrevino una perforación uterina que conllevó la práctica de una histerectomía.

El postoperatorio fue normal en la mayoría de las pacientes, si bien hay que reseñar la presencia de dolor moderado en 6 casos, que cedió con tratamiento sintomático (analgésicos/antiprostaglandínicos) y dolor agudo en 8 casos, refractario a la medicación. Asimismo, hubo 2 casos de hematometras postresección endometrial.

El estudio ultrasonográfico vaginal posterior fue normal en 39 pacientes; se detectaron 2 hematometras y 9 endometrios patológicamente engrosados que requirieron biopsia endometrial. Se realizaron 9 histeroscopias diagnósticas de control, fundamentalmente tras la resección endometrial, al inicio de la técnica, que fueron normales en 2 pacientes con 4 cavidades llenas de adherencias y fibrina y 3 cavidades no permeables. Asimismo, practicamos 9 biopsias endometriales posthisteroscopias quirúrgicas que fueron normales en 5 casos, y en 4 ocasiones el material obtenido fue insuficiente para el diagnóstico; se detectó una hiperplasia simple y un adenocarcinoma.

Este adenocarcinoma fue detectado en una paciente a la que se practicó una resección histeroscópica de un pólipo endometrial, con resultado histopatológico

inicial de pólipo con hiperplasia atípica y que fue sometida consecuentemente a una histerectomía, mediante la que se confirmó la existencia de un adenocarcinoma de endometrio.

Hemos realizado 24 resecciones endometriales en pacientes con un rango de edad comprendido entre 33 y 54 años. La mayoría de las pacientes eran premenopáusicas, si bien una seguía tratamiento con antiestrógenos (tamoxifeno).

Lógicamente, la indicación de dicha resección endometrial fue la existencia de metrorragia o menometrorragia refractaria a tratamiento médico, si bien hubo 7 casos en los que se constató la existencia simultánea de un pólipo (3) o mioma endometrial (4). En 20 casos de un total de 23 (86,95%), se realizó una preparación endometrial previa con análogos de GnRH.

La técnica empleada fue mediante la combinación de asa y bola (fundus y cuernos uterinos) en la mayoría de los casos (11), el asa de resección aislada en 9 casos y la bola rodante en 3 casos. El estudio histopatológico de las muestras de resección señaló 4 casos de hiperplasia simple y 2 adenomiosis, correspondiendo el resto de casos a endometrio proliferativo persistente o secretor sin alteraciones significativas.

El seguimiento ulterior de estas pacientes detectó amenorrea en 4 casos (17,39%), hipomenorrea en otros 7 (30,43%), eumenorrea en 3 (13,04%) y persistencia de hipermenorrea en 4 mujeres de nuestra serie (17,39%). Por tanto, tendríamos un 82,61% de éxitos terapéuticos y un porcentaje de 17,39% de fracaso de la técnica. Asimismo, hubo 8 casos de dolor postoperatorio agudo refractario al tratamiento médico habitual, y 2 hematomas; requirieron una histerectomía posterior 3 pacientes de nuestra serie (13,04%).

Como complicaciones hay que destacar 6 de carácter menor, en forma de falsa vía o perforación subperitoneal, y 3 complicaciones mayores, 2 mecánicas (perforaciones uterinas) y una debida a extravasación excesiva de glicina.

Las complicaciones mayores fueron 2 perforaciones uterinas, una con el asa de resección en un adenocarcinoma de endometrio al resear con el asa un fragmento amplio para el estudio histopatológico, y un segundo caso de un mioma tipo II en el que sobrevino la perforación al retirar grandes fragmentos con la legra, tal vez en un miometrio excesivamente adelgazado. En ambas ocasiones se realizó una histerectomía, si bien en el caso del mioma la perforación era lineal, la hemorragia cedió con electrobisturí; se procedió a la histerectomía por deseo expreso de la paciente, al no poder completarse el procedimiento quirúrgico endoscópico y estar consciente durante la histeroscopia quirúrgica.

Asimismo, hubo una alteración electrolítica sintomática debida a la excesiva extravasación del líquido distensor (1.200 ml) en una de las falsas vías descritas anteriormente, lo cual facilitó sin duda la pérdida de glicina. La paciente presentó en el postoperatorio cefaleas y amaurosis acompañadas de oliguria e hiponatremia dilucional, que cedieron con reposo, reposición hidroelectrolítica y diuréticos (furosemda).

Por último, hubo 3 gestaciones en pacientes con esterilidad/infertilidad previa asociada a mioma submucoso en un caso, en el cual se practicó miomectomía, y 2 casos de pacientes con septos uterinos que fueron sometidas a resección del tabique uterino, una de ellas con un parto a término normal.

DISCUSIÓN

Los comienzos de las cirugías histeroscópicas son relativamente recientes. Pantaleoni¹, en 1869, describió la primera histeroscopia operatoria realizada por él mismo. Utilizó el uretroscopio de Desormeaux para visualizar y coagular con nitrato de plata un pólipo endometrial en una mujer posmenopáusica con metrorragias; sin embargo, no ha sido hasta hace muy poco tiempo cuando las mejoras del aparataje quirúrgico, la fibra óptica y los sistemas de videocirugía, han permitido intervenciones histeroscópicas más complejas obviando, en múltiples ocasiones, la necesidad de histerectomía. Neurwirth² publicó en 1976 la primera resección de un mioma submucoso utilizando un ressectoscopio urológico de Iglesias modificado, y 5 años más tarde Goldrath et al³ publicaron la primera resección endometrial con láser.

Labastida⁴, pionero de la histeroscopia en nuestro país señalaba, en un editorial relativamente reciente, cómo la histeroscopia quirúrgica supone modificar conceptos y actitudes firmemente arraigados en la ginecología clásica, ya que permite un control tan preciso de las lesiones uterinas que ha relegado a la histerectomía al fracaso o a su empleo en la patología oncológica.

La histeroscopia quirúrgica, de hecho, es hoy en día una alternativa racional frente a la histerectomía en hemorragias uterinas disfuncionales, pólipos endometriales y miomas submucosos y/o parcialmente intramurales⁵. La histerectomía es la segunda intervención más frecuentemente realizada en los EE.UU. (650.000 mujeres al año son sometidas a tal intervención), calculándose que entre un 15 y un 25% de las intervenciones se realizan por hemorragia uterina disfuncional⁶. En el Reino Unido, en una revisión realizada sobre las indicaciones de histerectomía en 6 meses en el distrito de Leeds, se detectó que la única

indicación fue la hemorragia uterina anormal, con ausencia significativa de hallazgos histopatológicos relevantes en el 45,7% de los casos⁷.

La ablación-resección endometrial permite, asimismo, la destrucción selectiva del endometrio, además de obtener una muestra para el examen histopatológico. La ablación-resección endometrial es una práctica cada vez más común⁸. En el Reino Unido, en 1993, la ablación endometrial se practicaba en el 80% de los centros públicos⁹ y en los EE.UU. el número de ablaciones endometriales se quintuplicó entre 1988 y 1993¹⁰.

Sus ventajas sobre la histerectomía señaladas por Comino et al⁸ son: es más rápida, más barata, puede hacerse con anestesia local o locorregional, tiene una menor morbilidad postoperatoria, una recuperación más rápida y elimina el trauma psicológico, y a veces sexual, que supone la histerectomía.

En nuestra serie predominan claramente las indicaciones de cirugía histeroscópica, por la existencia de un pólipos endometrial (117 casos) (68,42%); por otra parte ha sido la intervención más fácil e inocua de nuestra serie, sin registrarse ninguna complicación importante, lo que coincide con lo publicado en la mayoría de los centros. Úbeda¹¹ publicó en 1999 la casuística del Instituto Dexeus, con 647 polipectomías histeroscópicas, si bien en 289 casos estuvieron asociadas a otros procedimientos: miomectomías, metrotplastias, adhesiolisis y ablaciones endometriales; este autor señala sólo 2 complicaciones: una perforación uterina con la legra al extraer la pieza reseada y otra dilatación cervicostmica. Torrejón y Comino¹², sobre un total de 189 polipectomías histeroscópicas, no tuvieron ninguna complicación, destacando que en 126 casos el procedimiento fue ambulatorio sin anestesia o tan sólo con anestesia local.

Realizamos miomectomía histeroscópica en 25 casos (el 14,61% de nuestra serie). Hubo una complicación mayor en una paciente con metrorragias y un útero fibromatoso con un mioma tipo II en el que sobrevino la perforación al retirar grandes fragmentos con la legra, tal vez en un miometrio excesivamente adelgazado; si bien la perforación fue lineal, se procedió a la histerectomía por deseo expreso de la paciente. Los mismos autores⁸, sobre un total de 81 miomectomías histeroscópicas, señalan una complicación: una estenosis cervical que se resolvió en una histeroscopia posterior, y un caso que requirió una segunda intervención para completar el procedimiento. No obstante, la necesidad de una segunda intervención para solventar el problema hemorrágico se cifra entre el 5 y el 7,4%^{13,14} y el de histerectomía entre el 3,2 y el 5,8%¹⁵.

Hemos realizado resecciones endometriales en 24 pacientes (14,03%) con un 82,61% de éxitos terapéuticos (amenorrea, hipomenorrea e incluso eumenorrea) y un porcentaje del 17,39% de fracaso de la técnica. Asimismo, hubo 8 casos de dolor postoperatorio agudo refractario a tratamiento médico habitual y 2 hematomas, 3 pacientes de nuestra serie (13,04%) requirieron una histerectomía posterior. Gilabert et al¹⁶, en el seguimiento a corto, medio y largo plazo de un grupo de 315, 252 y pacientes, respectivamente, observaron cómo el porcentaje de amenorrea fue descendiendo desde el 42 al 37%, y el de hipomenorrea-eumenorrea del 53 al 46%, con un 17% de persistencia de menorragias que requirieron histerectomía. Torrejón y Comino¹² realizan una revisión de la bibliografía en 1995, comprobando los índices de amenorrea-hipomenorrea se aproximan al 90% (láser/resectoscopia) al estudiar 1.291 frente a 1.773 casos. En su casuística señalan, sobre 84 pacientes y un seguimiento medio de 32,1 meses (6 meses-6 años), amenorrea-hipomenorrea en el 76%, con un 20,2% de fallos y un 5% de histerectomías.

La intravasación lenta y progresiva de glicina con absorciones superiores a 1 l origina una sobrecarga hídrica con hemodilución e hiponatremia¹⁷ críticas por debajo de 120 mmol/l, con posible aparición de sintomatología neurológica (náuseas, cefaleas y visión borrosa), como ocurrió en una paciente de nuestra serie, en la que la intravasación de glicina alcanzó 1 l; no obstante, el tratamiento de soporte y la utilización de diuréticos consiguió la normalización del cuadro clínico.

RESUMEN

Realizamos un estudio descriptivo para evaluar la histeroscopia quirúrgica en un hospital comarcal. Se basa en un estudio retrospectivo de 171 pacientes tratadas mediante métodos histeroscópicos realizado entre 1997 y 2000. Las indicaciones principales para la histeroscopia quirúrgica fueron la existencia de pólipos, miomas submucosos y metrorragias.

La histeroscopia quirúrgica fue realizada utilizando el resectoscopia ginecológico, y sólo tuvimos 3 complicaciones mayores y seis menores en forma de perforación subperitoneal o falsa vía. Las 3 complicaciones mayores fueron 2 perforaciones uterinas: una perforación lineal en un mioma tipo II y otra en un adenocarcinoma de endometrio; la otra complicación estuvo asociada a la excesiva intravasación de medio de distensión (glicina).

La histeroscopia quirúrgica es un método seguro y efectivo si se respetan sus indicaciones y contraindicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pantaleoni D. On endoscopic examination of the cavity of the womb. *Med Press Cir* 1869; 8: 26-27.
2. Neuwirth RS, Amin HK. Excision of submucous fibroids with hysteroscopic control. *Am J Obstet Gynecol* 126: 195-199.
3. Goldrath MH, Fuller TA, Segal S. Laser photovaporization of endometrium for the treatment of menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 144-149.
4. Labastida R. La histeroscopia: ¿un tecnicismo o una técnica? *Ciencia Ginekol* 1998; 2: 237-239.
5. Comino R, Balagueró L, Del Pozo J. Ablación endometrial en cirugía endoscópica en ginecología. *J Dirs Prous Science* 1998; 339-3705.
6. Bachmann GA. Hysterectomy a critical review. *J Reprod Med* 190; 35: 839-854.
7. Rutheford AJ. Patient selection for hysteroscopic endometrial resection. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 228-230.
8. Torrejón R, Comino R. Histeroscopia diagnóstica. Revisión de 1.251 casos. *Toko-Gin Pract* 1997; 56: 492-496.
9. Overton C, Maresh MA. Audit of currently available endometrial ablative techniques. *Bailliere's Clin Obstet Gynecol* 1995; 9: 357-372.
10. Hulka JF, Petterson HB, Phillips JK, Surrey NW. Operative hysteroscopy. *American Association of Gynecologic Laparoscopist* 1991 membership survey. *J Reprod Med* 1993; 38: 572-573.
11. Úbeda A. Pólipos: significación clínica, diagnóstico y tratamiento. *Avances en endoscopia ginecológica. Ponencias del II Congreso Nacional de la Sociedad de Endoscopia Ginecológica Española. Oviedo, 6-8 de octubre de 1999.*
12. Torrejón R, Comino R. Tratamiento quirúrgico histeroscópico: ablación. *Avances en endoscopia ginecológica. Ponencias del II Congreso Nacional de la Sociedad de Endoscopia Ginecológica Española. Oviedo, 6-8 de octubre de 1999.*
13. Parent B, Barbot J, Guedi H, Nodarian P. *Hysteroscopic chirurgicale. París: Masson, 1994; 48-60.*
14. Hamou JE, Salat-Baroux J. *Hysteroscopic et microhysteroscopic. Mise a jour en gynecologie obstetrique. Collage national des gynecologies obstetriciens. París: Vigor, 1988; 11-97.*
15. Wanstecker K, Enmanuel MH, Kruif JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: result regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 736-740.
16. Gilabert J, Micó JM, Tormos E, Gilebert J, Izquierdo M. *Ciencia Ginekol* 1998; 12: 248-256.
17. Sutton JG, McDonalds R, Magos AL, Broadent JA. Endometrial resection. En: Lewis BV, Magos LA, editores. *Endometrial ablation. Londres: Churchill Livingstone* 1993; 91-131.