

HISTEROSCOPIA

Estudio directo de la patología endometrial. Nuestra experiencia.

VINCENT, EDUARDO*; VINCENT, ROBERTO EDUARDO **

Introducción

La indicación primaria de la histeroscopia es la evaluación de pacientes con metrorragia. Esto no ha cambiado desde que Pantaleoni realizó la primera histeroscopia en 1896.⁽¹⁾

La metrorragia es uno de los problemas clínicos más frecuentes que enfrenta el ginecólogo. Históricamente, se ha empleado el raspado uterino para diagnóstico y, en algunos casos, como tratamiento sintomático de la metrorragia. Se ha observado que algunas pacientes no se benefician con este tratamiento, entonces se recurre a la histerectomía como alternativa. En los Estados Unidos, se realizan más de 600.000 por año, de las cuales entre el 25 y el 50% son por metrorragia en pacientes ovuladoras, y en ausencia de otra enfermedad ginecológica.⁽⁴⁾

El raspado de la cavidad uterina a ciegas raramente ofrece beneficios terapéuticos a largo plazo. Algunos autores han resaltado que el raspado no es un método muy apto para evaluar la cavidad endometrial.

La histeroscopia nació como una técnica o

procedimiento de diagnóstico, posteriormente empleada para el tratamiento de metrorragias mediante la ablación o resección del endometrio, biopsias dirigidas, extirpación de pólipos o miomas submucosos. El primer objetivo de la ablación endometrial fue limitar el sangrado uterino y provocar amenorrea por sinequia uterina, repitiendo el síndrome de Asherman, descrito, por primera vez, por Fritch, en 1894, y así identificado, en 1948.

La introducción del histeroscopia láser para ablación del endometrio correspondió a De Cherney y Polan. A esta técnica siguieron las de Vancaille y Townsend, quienes describieron el uso del electrodo con forma de rodillo. En 1978, Neuwirth utilizó un resectoscopio urológico en miomas submucosos de mujeres con sangrado anormal.

Nuestros objetivos son presentar nuestra casuística, frecuencia de síntomas de consulta y tratamientos realizados, como así también las complicaciones de la técnica; proponer el uso de la histeroscopia ambulatoria, antes de realizar una operación a ciegas; plantear la ablación del endometrio como

* Especialista en Ginecología.

** Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Alsina 575.

(8000) Bahía Blanca.

una alternativa válida para pacientes con metrorragias resistentes al tratamiento médico y candidatas a la histerectomía, y en aquellas con diagnóstico de hiperplasia simple (típica y atípica de endometrio), cuya cirugía es contraindicada por la morbilidad y mortalidad que implica.

Material y métodos

Se incluyeron 44 pacientes, durante el período comprendido entre marzo de 1995 y febrero de 1997, a quienes se les practicó histeroscopia operatoria. Las edades variaron entre 17 y 73 años, con un promedio de 46 años. Se las clasificó según su motivo de consulta, si eran pre o postmenopáusicas, si presentaban o no antecedentes oncológicos y si tomaban tamoxifeno o realizaban terapia hormonal de reemplazo (THR). A todas se les realizó ecografía (mayoritariamente transvaginal). El resultado de la ecografía fue cotejado con el obtenido durante la histeroscopia.

La histeroscopia operatoria se realizó bajo anestesia general, se utilizó sonda vesical para evacuar la vejiga, bujías de Heggar para la dilatación del orificio cervical interno e histerorreceptoscopia Wolf. Para la distensión uterina, se empleó solución de glicina al 1,5 %, con un promedio de 2500 a 3000 cc. Cuando se practicó la resección de endometrio, se utilizaron asas y se realizó hemostasia con *roller*; en todos los casos, la resección del endometrio fue supraístmica. Las pacientes, luego del procedimiento, permanecieron internadas durante 24 horas.

El seguimiento, luego de la práctica empleada, fue de entre tres meses y dos años.

Resultados

De las 44 pacientes, 41 consultaron por metrorragias e hipermenorrea y 3, por esterilidad. (Tabla 1)

Síntomas	Número de pacientes	%
Metrorragia de premenopausia	10	23,0
Metrorragia de postmenopausia	22	52,0
Hipermenorrea	9	18,5
Esterilidad	3	6,5

Con el empleo de la ecografía, en 41 pacientes se hallaron alteraciones endometriales. En 9 casos, se determinó la presencia de pólipos endometriales, 12 miomas submucosos, 3 dispositivos intrauterinos (DIU) y, en 17, endometrio engrosado.

Las prácticas realizadas con el histeroscopia variaron según la edad, el deseo de descendencia y la alteración hallada. Se efectuaron extirpaciones de pólipos o de miomas submucosos, extracciones de DIU, biopsias de endometrio, liberación de sinequias, resecciones de tabique y de endometrio. (Tabla 2)

Histeroscopia	Número de pacientes	%
Resección de endometrio	15	34
Extirpación de pólipos o de miomas	18	41
Resección de adenomiosis	3	7
Biopsia de endometrio	2	5
Extirpación de restos ovulares	1	2
Extracción de DIU	3	7
Liberación de sinequias	1	2
Sección de tabique	1	2

De acuerdo con los informes anatomopatológicos, la muestra obtenida a través de la histeroscopia fue, en todos los casos, suficiente.

Las frecuencias patológicas halladas fueron las siguientes (Tabla 3):

Anatomía patológica	Número
Restos ovulares	1
Endometrio, fase secretora	4
Pólipo endometrial	4
Miomas submucosos	18
Adenocarcinoma	2
Hiperplasia simple, típica	4
Atrofia de endometrio	3
Adenomiosis	4

En el seguimiento realizado, se constató que, de aquellas pacientes a quienes se les practicó la resección del endometrio (18), 10 no menstraron más. Hubo 2 casos de hipomenorrea, 5 eumenorreicas y

una fallecida por metástasis de cáncer de mama en el cerebro. De aquellas pacientes en tratamiento con tamoxifeno por cáncer de mama, en 2 se halló hiperplasia típica simple de endometrio y en otra, endometrio atrófico. El resultado de la anatomía patológica de la paciente que se encontraba realizando terapia de reemplazo hormonal fue endometrio atrófico.

Las complicaciones fueron dos (4,5%): una perforación uterina en la cara anterior, menor de 1 cm, durante la extracción a una paciente, de DIU retenido. Detectada la complicación inmediatamente, se suspendió la técnica, y la cirugía se convirtió en laparotomía con sutura de la cara anterior uterina. La otra fue la detección de una hematómetra, en un caso, luego de tres meses del procedimiento.

Discusión

En el mismo estudio, correlacionamos el informe ecográfico con la anatomía patológica.

La ecografía, sobre todo la transvaginal es considerada útil para identificar afecciones endometriales. Tsuda y otros⁽¹²⁾ reportaron resultados de la ecografía, la que tuvo una sensibilidad del 95 %, pero una baja especificidad del 68,5 %. El valor predictivo positivo fue del 19,4 % y el negativo, del 99,4 %. Al igual que Tsuda, obtuvimos resultados de alta sensibilidad, pero baja especificidad.

Si bien el raspado biopsico fraccionado es útil para evaluar el endometrio, hallamos trabajos como el de Altarás y colaboradores⁽²⁾, en los cuales, en 39 pacientes postmenopáusicas, falló el raspado para la obtención de muestra endometrial adecuada, mientras que la histeroscopia ha sido útil, debido a que la toma de la biopsia fue dirigida. Su sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo fue de 93,7; 76 y 83,3 %, respectivamente. Es una falacia la noción de que un legrado cortante, realizado de manera ciega, asegura una muestra adecuada y representativa de la cavidad endometrial.⁽⁴⁾

Al revisar 1383 historias sobre raspado de endometrio por metrorragia, Smith y Schulman informaron que el 60 % de las muestras fueron inadecuadas para un diagnóstico histopatológico certero.⁽⁵⁾

Aún más, las lesiones localizadas en la cavidad uterina o de modo excéntrico en las eminencias cornuales pueden pasar inadvertidas con esta técnica. Word y colaboradores revisaron 512 casos con histerectomía inmediatamente precedida por raspado endometrial y encontraron que 47 lesiones endometriales habían pasado inadvertidas, incluso 38

pólipos endometriales, 2 pólipos placentarios, 4 fibromas submucosos y un embarazo, para una tasa de falsos negativos de casi el 10%. Cuando se compara el riesgo de falla de diagnóstico de lesiones intracavitarias y alteraciones patológicas endometriales con histeroscopia diagnóstica y biopsia dirigida, con el raspado biopsico fraccionado, se advierte que la primera es mejor tolerada y disminuye el tiempo, los gastos y la incapacidad postoperatoria.⁽⁴⁻⁸⁾

La morbilidad no debe ser mayor que la vinculada con una biopsia endometrial o histerectomía.

La histeroscopia diagnóstica ambulatoria es sumamente fructífera en pacientes con metrorragia que no responden al tratamiento médico (sobre todo en los casos en que la biopsia de endometrio previa es normal). Como resultado del mayor estudio publicado sobre un grupo constituido por 458 pacientes, se observa que la histeroscopia panorámica con biopsia dirigida pasó por alto el diagnóstico histológico en menos del 2% de las pacientes, en comparación con el raspado biopsico fraccionado con un 14%.⁽¹¹⁻¹²⁾

Es de esperar que, en la mayoría de los casos, se correlacionen los diagnósticos histeroscópicos visual e histológico final. Una imagen histeroscópica negativa puede confundirse con trastornos que afectan la cavidad de manera difusa, como la endometritis crónica o los cambios atróficos.⁽⁴⁾

Conclusión

- 1- La histeroscopia es una técnica que permite el estudio directo del endometrio, empleando anestesia local o general.
- 2- La ablación del endometrio resulta una alternativa de tratamiento en pacientes con metrorragias resistentes al tratamiento médico y que no desean un embarazo.
- 3- Es una técnica práctica tanto para el estudio del endometrio y toma de biopsias de pacientes jóvenes que consultan por esterilidad, como también de menopáusicas que presentan algún síntoma.
- 4- Las muestras obtenidas para el estudio anatómopatológico, en todos los casos, han sido adecuadas, y se ha podido realizar un diagnóstico correcto.

Bibliografía

- 1- Pantaleoni D. On endoscopic examination of the cavity of the womb. *Med Press Circ* 1869; 8:261.
- 2- Altaras MM et al. Microhysteroscopy and endo-

- metrial biopsy results following failed diagnostic dilatation and curettage in women with postmenopausal bleeding. *Int J Gynecol Obstet* 1993; 42:255.
- 3- Coeman D et al. Hysteroscopic findings in patients with a cervical polyp. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:1563.
 - 4- Brill A. Histeroscopia en el tratamiento de hemorragia uterina anormal. *Clin Obst y Ginecol* 1995; 2:309-31.
 - 5- Smith J J, Schulman H. Current dilatation and curettage practice a need for revision. *Obstet Gynecol* 1985; 65:516-8.
 - 6- Stock R J, Kanbour A. Prehysterectomy curettage. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 337-41.
 - 7- Word B, Gravee LC, Wideman G. The fallacy of simple uterine curettage. *Obstet Gynecol* 1958; 12:642-3.
 - 8- Gimpelson RJ. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35: 270-81.
 - 9- Valle RF. Hysteroscopic evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 153:521-6.
 - 10- Loffer FD. Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: The value of a negative hysteroscopic view. *Obstet Gynecol* 1989; 73:16-20.
 - 11- Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramics hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:489-92.
 - 12- Tsuda H, Kawabata M, Kawabata K et al. Improvement of diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound of identification of endometrial malignancies by using cutoff level of endometrial thickness based on length of time since menopause. *Gynecol Oncol* 1997; 64: 35-7.
 - 13- Vigliocco G, Pisani A. Ablación endometrial histeroscópica. *Rev. de la S.A.Ci.L.* 1996; 3:17-9.
 - 14- Rebón PF, Battista C, Tinelli C y col. Cirugía transhisteroscópica. *Rev. de la S.O.Gi.B.A.* 1996; 75: 179-82.
 - 15- Downes E, Al-Azzawi F. El valor predictivo de la histeroscopia ambulatoria en una clínica de menopausia: Un estudio prospectivo de 254 pacientes. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 1148-9.