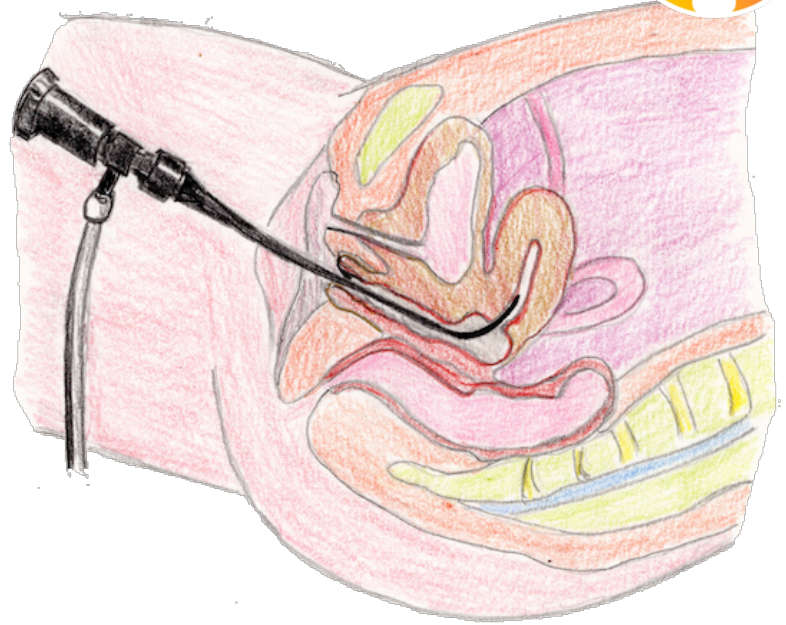




HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

La histeroscopia se considera en la actualidad el gold standard para la valoración de la cavidad uterina y el canal endocervical, en cualquier momento o etapa de la vida y su desarrollo ha proporcionado un abordaje mínimamente invasivo para el diagnóstico o resolución de problemas ginecológicos frecuentes

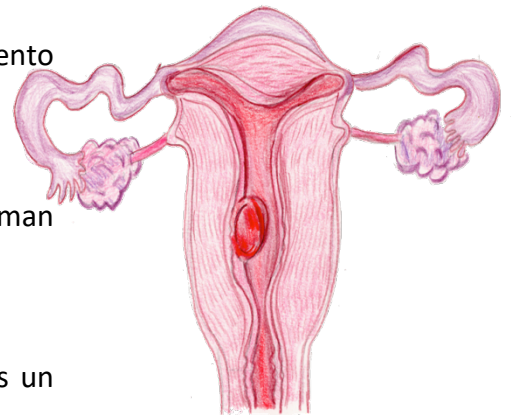
Es importante que, como ginecólogos, estemos familiarizado con las indicaciones, técnicas y consideraciones relevantes antes para realizar una histeroscopia de manera segura y efectiva.



INDICACIONES

Algunas de las indicaciones más comunes para realizar una histeroscopia son:

- Hemorragia uterina anormal en mujeres premenopáusicas
- Hemorragia uterina en mujeres posmenopáusicas
- Hallazgos ecográficos incidentales como engrosamiento endometrial o hidrometra
- Pólipos endometriales
- Miomectomía
- Valoración de patología iatrogénica como el síndrome de Asherman o el istmocele
- Diagnóstico y tratamiento de Anomalías müllerianas
- Estudio de esterilidad
- Extracción de restos trofoblásticos, ya sea tras un parto o tras un aborto
- Extracción de dispositivo intrauterino y otros cuerpos extraños



HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

Este término puede ser controvertido, ya que en este procedimiento puede realizarse tratamiento de algunas patologías, como veremos más adelante. Lo que verdaderamente caracteriza a esta histeroscopia es que se utilizarán histeroscopios con un diámetro no superior a 5'5 mm.

Se puede ver en algunos textos nombrada "histeroscopia en consulta" o como "histeroscopia ambulatoria". Aunque tampoco son términos exentos de controversia ya que esta histeroscopia podemos realizarla también en el quirófano, normalmente bajo sedación.

Hoy en día, es factible realizar en consulta un alto porcentaje de procedimientos histeroscópicos, siendo solo necesario quirófano un número pequeño de pacientes.



EQUIPAMIENTO

Para poder valorar la cavidad uterina y el canal endocervical se necesitan dos cosas imprescindibles: visión y distensión intracavitaria, y todo el equipamiento irá dirigido a conseguir estas dos cosas.

SISTEMA VIDEOPTICO: formado por el monitor, la cámara, y sistemas de grabación.

FUENTE DE LUZ: La fuente de luz fría fue inicialmente halógena, pero los equipos modernos incorporan luz de xenón o LED, obteniendo mejores resultados con una luz blanca y una calidad superior de imagen.

CABLE DE LUZ: Es un cable de fibra óptica que conecta la óptica con la fuente de luz. Debe ser manipulado con cuidado para evitar su desgaste y prolongar su tiempo de uso.

MEDIO DE DISTENSIÓN: La cavidad uterina requiere distensión para una adecuada visualización. Se han utilizado la glicina y el CO₂, aunque actualmente el **medio de distensión** más utilizado es el suero fisiológico. La presión de distensión utilizada se sitúa entre 70 y 100 mmHg.

MECANISMO DE DISTENSIÓN: Para perfundir el medio de distensión uterino se podrían utilizar varios sistemas, pero es necesario evitar la sobredistensión.

- **Caída por gravedad:** la altura recomendada para conseguir 70-100 mmHg es aproximadamente de 1m por encima de la paciente.
- **Manguito de presión.**
- **Bomba electrónica de perfusión.** Es recomendable el uso de bombas de perfusión para conseguir una mejor distensión y, al mismo tiempo, realizar el procedimiento con mayor seguridad

HISTEROSCOPIOS: están formados por varias piezas: óptica, lentes y sistema de enfoque, vaina exterior. Son de perfil ovalado para facilitar su introducción en el canal cervical. La óptica del histeroscopio es una de las partes más críticas de este instrumento, ya que permite al médico visualizar el interior del útero durante el procedimiento. Es la parte más delicada del equipamiento, por lo que debemos tratarla con extremo cuidado. Los histeroscopios difieren entre sí en algunas características:

- **Rígidos o flexibles:** los rígidos y semirrígidos son los más utilizados en España y Europa, mientras que los flexibles son más utilizados en Estados Unidos. Los histeroscopios rígidos proporcionan una mejor visualización, mientras que los flexibles son algo mejor tolerados.
- **Diámetro:** están disponibles en 6,5 mm, 5 mm, 4 mm y 2,9 mm.
- **Ángulo:** los histeroscopios rígidos están disponibles con diferentes ángulos de visión: 0°, 12° y 30°

Constan de una vaina interna, para permitir el uso de microinstrumentos semirrígidos de trabajo (microtijeras, micropinzas, electrodos y fibras láser), y una vaina externa o de flujo continuo para facilitar el retorno de flujo.

INSTRUMENTOS DE TRABAJO: la histeroscopia diagnóstica pronto incluyó la posibilidad de realizar pequeños procedimientos mediante *graspers* o tijeras que podían introducirse a través de un pequeño puerto de trabajo. Sin embargo, gracias al desarrollo de nuevos instrumentos de trabajo las posibilidades de resolver patología cada vez más compleja en consulta se han multiplicado.

- **Minirresectoscopio:** es la miniaturización del resectoscopio tradicional hasta los 5,3 mm, lo que hace que no se requiera dilatación cervical o se requiera sólo una leve, reduciendo el daño innecesario cervical y facilitando su uso en histeroscopia ambulatoria. Está diseñado para el uso exclusivo de energía bipolar, aportando así más seguridad para la paciente. Consta igualmente de diferentes terminales de uso para adaptarse a la patología que se va a tratar.
- **Morcelador histeroscópico:** histeroscopio de diferentes diámetros según la casa comercial (Truclear Sistem o Myosure); consta de dos vainas y un canal de trabajo por donde se introduce el morcelador, instrumento que actúa cortando tejido de forma mecánica y aspirando el contenido seccionado a través de una bomba de aspiración.



PREPARACIÓN

Es fundamental una correcta selección y preparación previa a la realización de una HSC en consulta. Hay que individualizar algunos aspectos de la preparación en función de las características de las pacientes (aquellas que se prevean mayor dificultad por estenosis cervical, ansiedad importante, comorbilidades ...).

Las principales causas del fracaso de la técnica de la HSC en consulta incluyen: dolor, estenosis cervical y una mala visualización durante la exploración. La tasa de fracaso de la técnica puede minimizarse con una correcta preparación del procedimiento.

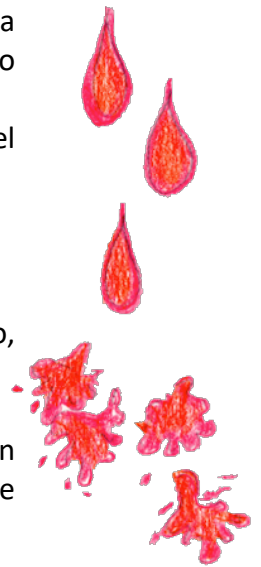
INFORMACIÓN PREVIA A LA PACIENTE: Informar adecuadamente a la paciente del procedimiento al que se va a someter reduce significativamente la ansiedad con respecto al mismo y la tasa de fracaso.

MOMENTO DEL CICLO: En mujeres premenopáusicas con ciclos regulares, de forma general, el momento óptimo es en fase proliferativa después de la menstruación. Esto proporciona ciertas ventajas:

- Un mejor paso por el canal cervical gracias a que el moco está más limpio y el istmo hipotónico.
- Una menor probabilidad de embarazo.
- Una mejor visualización por menor crecimiento endometrial.

Si los ciclos son impredecibles, se puede hacer en cualquier momento, recomendándose la realización previa de un test de embarazo.

Cuando se prevé la necesidad de realizar una polipectomía o miomectomía en consulta, la toma de preparados hormonales combinados o solo gestágenos parece que podría disminuir el daño endometrial, y el sangrado.



ANALGESIA ORAL: Normalmente no es necesaria y no está recomendada su utilización de manera sistemática. Sin embargo, la utilización de analgesia oral previa al procedimiento va a depender del tipo de paciente, la experiencia del histeroscopista, la ansiedad de la paciente, el protocolo de la unidad, etc. Si se prescribe, lo más frecuente es la utilización de un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), opioides o ansiolíticos 1 hora antes del procedimiento.

Hay centros que utilizan óxido nitroso como sedación. Así mismo, también hay centros que realizan este procedimiento bajo sedación, incluso en quirófano. Sin embargo, en una amplia mayoría de las pacientes este es un procedimiento bien tolerado y probablemente la utilización del quirófano para el mismo suponga un uso ineficiente de los recursos. Además, para la paciente puede suponer una situación más impactante que realizar el procedimiento en la consulta.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: La frecuencia de infección tras una HSC en consulta es muy baja (<1%), lo que hace que no sea necesaria la profilaxis antibiótica rutinaria. Se debe valorar esta profilaxis de endocarditis, cuando la exploración se vaya a realizar en el contexto de una infección o en pacientes con cardiopatías de alto riesgo, (pacientes con válvulas protésicas o episodio previo de endocarditis).

PREPARACIÓN CERVICAL: Normalmente no es necesaria. Sin embargo, no se debe olvidar que un gran porcentaje de complicaciones durante la histeroscopia se asocia a dificultad del paso del histeroscopio por el canal cervical, que puede ser más difícil en pacientes posmenopáusicas, con antecedentes de cirugía cervical o estenosis, o en casos de uso de un histeroscopio ≥ 5 mm. Aunque no ha demostrado su eficacia, suele realizarse con misoprostol vaginal, a dosis de 200-400 μ g, de 8 a 12 horas antes del procedimiento. Hay que tener en cuenta que, en algunas pacientes, el misoprostol produce dolor y, aunque menos frecuentemente, hipertermia o diarrea.



TOMA DE ANTICOAGULANTES-ANTIAGREGANTES: La HSC en consulta se considera una técnica que se asocia con un riesgo bajo de sangrado en tomadoras de fármacos antitrombóticos, por lo que no se recomienda suspender el tratamiento.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar tendremos que montar el equipo. Tenemos que tener especial cuidado con la parte más delicada del mismo: la óptica, que cualquier golpe o fuerza excesiva la puede quebrar.

A pesar de existir distintas escuelas, nosotros abogamos por la entrada mediante vaginoscopia, evitando la colocación de espéculo y/o pinza de Pozzi, que hacen que el procedimiento se tolere peor.

Debemos tener paciencia a la hora de encontrar el orificio cervical, ya que no siempre es fácil. Primeramente aconsejamos llegar al fondo de saco posterior por ser la referencia más fácil de ubicar y, posteriormente buscaremos el cérvix. “Seguir” al moco cervical suele ayudar.

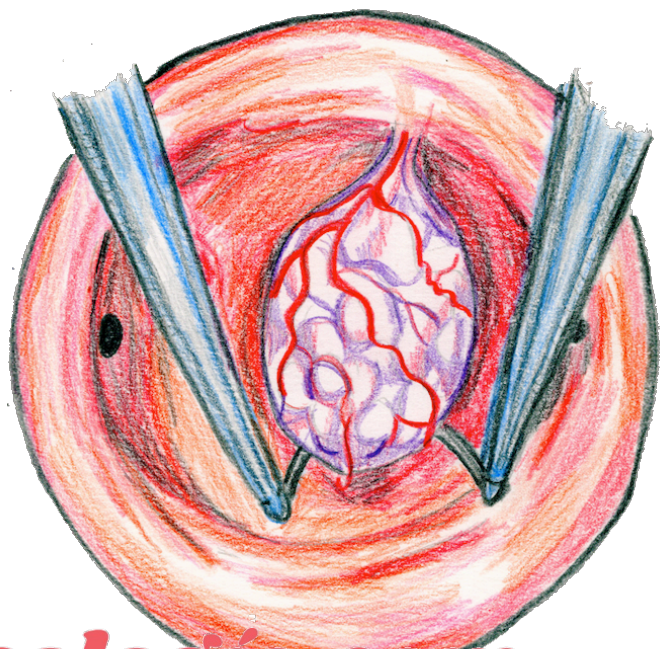
En caso de que utilicemos un histeroscopio con ángulo de 30º, debemos ubicar el OCE a las 6 horarias, ya que de lo contrario estaremos ubicados en la parte inferior del OCE y podemos lacerarlo y causar dolor. Una vez nos encontremos en el canal cervical, debemos tener en cuenta el ángulo del útero con respecto al cérvix. Para ello la ecografía que hayamos hecho previamente debe especificar si el cérvix está en anteversión, retroversión o en posición intermedia. En caso de útero anteverso, la mano debe ir bajando progresivamente, de forma que la punta del histeroscopio vaya subiendo, como si de un tobogán se tratara. En úteros claramente retroversos la mano que sujeta el histeroscopio irá hacia arriba, para que la punta del histeroscopio vaya hacia abajo.

El momento de atravesar el OCI suele ser el más molesto. Debemos informar a la paciente de ello, ya que, una vez superado este “paso”, el procedimiento suele ser ya mucho mejor tolerado.

En caso cérvix estenóticos, que no muestren de forma clara el camino a seguir, debemos ser muy pacientes. El medio de distensión suele ayudarnos a apreciar el camino correcto. El moco cervical también nos puede servir de guía. Además, suele ser una maniobra eficaz presionar suavemente con el histerocopio para aumentar la presión en el canal, y retirarlo uno o dos milímetros posteriormente para cerciorarnos de que estemos siguiendo “el camino correcto”. Este movimiento de avance y retroceso puede realizarse tantas veces como sea preciso, ya que la paciencia suele tener recompensa en estos casos.

Una vez accedamos a la cavidad procederemos a inspeccionarla en su totalidad. Debemos describir el tipo de endometrio, los hallazgos que encontremos en la cavidad. Para cerciorarnos de haber recorrido toda la cavidad, debemos haber sido capaces de visualizar ambos ostium tubáricos.

Por último, realizaremos el procedimiento que sea oportuno: polipsectomías, miomectomías, adhesiolisis, toma de biopsias.... Todos estos procedimientos se describirán en vídeos por separado.





COMPLICACIONES

La histeroscopia en consulta es una técnica segura y eficaz. Sin embargo, aunque son poco frecuentes y casi siempre de carácter leve, las complicaciones existen. Algunas de estas complicaciones pueden ser:

- Síncope vasovagal
- Laceración cervical
- Hemorragia
- Infección

Se explican con más detalle en el tema “Complicaciones de la histeroscopia”.



Escanea el QR para ver el vídeo!!



AulaGinecología.com