

HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS POSTERIOR A LEGRADO UTERINO EN PACIENTES CON GESTACIÓN INTERRUMPIDA.

F. Márquez¹, R. Márquez², M. J. Ortiz³, Vega¹, Y. Araujo¹, L. Terán⁴.

¹Hospital Sor Juana Inés De La Cruz, ²Hospital de El Vigía, ³Maternidad Santa Ana, ⁴Hospital Ambulatorio Urbano III. Ejido). Mérida, Venezuela.

Resumen.

Para describir los hallazgos histeroscópicos posteriores a legrado uterino en pacientes con pérdida temprana de la gestación, se diseñó un estudio prospectivo, transversal, observacional, que incluyó 30 pacientes a una semana después de haberles practicado legrado uterino, de marzo a septiembre de 2006. Se excluyeron aquellas con complicaciones relacionadas con el legrado. Se hallaron 16 abortos (53.33%), la edad estuvo entre 18 y 34 años; gestas entre 1 y 5; partos entre 1 y 2. En 26 casos había antecedente de 1 o 2 abortos. La gestación se interrumpió entre 3 y 6 semanas. Sólo uno (3.33%) presentó dolor pélvico en la exploración. Hubo el antecedente de uso de Misoprostol en 50% de los casos. Se evidenció sangrado cervical en un caso (3.33%). Se halló el orificio cervical externo estenótico y/o puntiforme en dos casos (6.66%), desviado a la izquierda o transversalmente en tres casos (9.99%), y el orificio cervical interno estenótico con adherencias en un caso (3.33%). En el tiempo uterino se encontraron 17 estudios normales (56.66%). En tres casos, endometrio proliferativo (10.00%), en un caso, secretor (3.33%); sinequias grado I en dos casos (6.66%), sinequias grado II en dos casos (6.66%), reacción decidual en dos casos (6.66%), foco hemorrágico en un caso (3.33%). Se recomendó la liberación de adherencias y control en consulta en dos casos y la realización de histerosalpingografía en un caso. La vaginohisteroscopia es un procedimiento no invasivo, para evaluar vagina, cuello y cavidad endometrial y método de referencia en el despistaje de patología endometrial.

Palabras clave: legrado uterino, hallazgos histeroscópicos, pérdida de la gestación.

Abstract.

Hysteroopic findings posterior to uterine curettage in patients with interrupted pregnancy.

A prospective, transversal, observational study was designed to describe the hysteroscopic findings posterior to uterine curettage in patients with interrupted pregnancy, it included 30 patients a week after having the uterine curettage, from March to September 2006. There were excluded those with complications related to the curettage. There were 16 abortions (53.33%), the age was between 18 and 34 years old, 1 or 2 pregnancies, 1 to 2 deliveries. In 26 cases had been 1 or 2 abortions. The pregnancy was interrupted between 3 and 6 weeks. Only one case (3.33%) had pelvic pain during the exploration. Misoprostol was used in 50% of the cases. In one case (3.33%) there was cervical bleeding. The external cervical ostium was found to be stenotic and/or punctiform in two cases (6.66%), deviated either to the left or transversely in three cases (9.99%), and the internal cervical ostium stenotic with adherences in one case (3.33%). In the uterine time there were 17 normal studies (56.66%). In three cases, proliferate endometrium (10.00%), in one case, secretor, (3.33%), grade I sinequias in two cases (6.66%), grade II sinequias in two cases (6.66%), decidual reaction in two cases (6.66%), haemorrhagic focus in one case (3.33%). The liberation of the adherences and control in consult was recommended in two cases (6.66%) and hysterosalpingography in one case. The vaginohysteroscopy is a non-invasive procedure to evaluate vagina, cervix and endometrial cavity and is a reference method in endometrial pathology exploration.

Key words: uterine curettage, hysteroscopic findings, pregnancy loss.

INTRODUCCIÓN.

La vaginohisteroscopia un método esencial de los procedimientos ambulatorios para el diagnóstico de patología del tracto genital inferior, es una técnica sencilla, minimamente invasiva, segura y eficiente para reconocer y evaluar las alteraciones de vagina, cuello uterino y endouterinas, permite en un solo procedimiento hacer el diagnóstico y tratamiento, también se emplea para aclarar las alteraciones hemorrágicas uterinas en el contexto del diagnóstico de infertilidad, clarificar sugerencias de patología

por otros métodos auxiliares como ecografía, histerosalpingografía, resonancia magnética nuclear, o para extraer cuerpos extraños de la cavidad uterina (ACOG 2005).

La documentación a través de fotografía o video dan confiabilidad al médico y al paciente de poder cumplir con el principal objetivo de este examen que es diferenciar con la máxima seguridad posible y de forma ambulatoria situaciones vaginales, cervicales o intrauterinas normales de las

alteraciones patológicas (Campo *et al.* 2003, Bradner *et al.* 2001).

Sin embargo, hay pocas referencias en las que se describen los hallazgos histeroscópicos luego de un procedimiento de vaciamiento uterino debido a falla reproductiva en el primer trimestre. Por ende se pretendió caracterizar histeroscópicamente el tracto genital bajo posterior a legrado uterino en pacientes con pérdida de la gestación ocurrida antes de las catorce semanas, es decir, describir los hallazgos histeroscópicos posteriores al legrado uterino en pacientes con gestación interrumpida de 12 o menos semanas, determinar la presencia de alteraciones que puedan constituir causa de la pérdida de la gestación, describir los hallazgos histeroscópicos en pacientes que hayan sido sometidas a legrado uterino por pérdida temprana de la gestación y estudiar la utilidad del histeroscopia como medio diagnóstico en gestaciones interrumpidas en el primer trimestre.

La pérdida de la gestación ocurrida en el primer trimestre es la más frecuente. En nuestro país, el aborto provocado no es legal, pero en nuestras maternidades se realiza legrado uterino para provocar el vaciamiento uterino después de la interrupción de la gestación temprana. A pesar de su seguridad, el legrado uterino implica riesgos tales como dolor pélvico, hemorragia, infecciones y la retención de restos de producto de la concepción, por lo que se sugiere el seguimiento clínico y ecográfico de las pacientes post-legrado. De aquí la necesidad de buscar un método de exploración de la cavidad uterina que permita, bajo visualización directa y de forma mínimamente invasiva, detectar los elementos implicados en la génesis de la pérdida de la gestación o complicaciones posteriores al legrado que comprometan la fertilidad y bienestar reproductivo futuro de la paciente. Tal método podría ser la vaginohisteroscopia.

Pérdida temprana de la gestación.

El aborto es un evento frecuente en la práctica obstétrica. Según Warburton (1964), al menos una de cada tres mujeres experimentará un aborto durante su vida. Entre el 15 y el 20% de los embarazos clínicamente reconocidos son diagnosticados como anormales en el primer trimestre o al principio del segundo (Hemminki 1998). Al considerar las causas de la pérdida de la gestación se tienen las debidas a factores fetales, ovulares y maternos. Dentro de estas últimas, las causas uterinas, aunque de menor frecuencia que los trastornos genéticos, juegan un importante papel. Entre ellas figuran: tabiques uterinos y otras

malformaciones del conducto paramesonefrico (congénitas). Dentro de las adquiridas están los miomas gigantes, pólipos y otros de efectos endometriales y, con mayor importancia, el síndrome adherencial (Creinin *et al.* 2001).

El texto de obstetricia de Williams clasifica el aborto como sigue: según su naturaleza en espontáneo e inducido. Según su evolución en: amenaza de aborto, aborto inevitable, incompleto, huevo muerto y retenido, aborto recurrente. El manejo quirúrgico es el más aceptado mundialmente y en nuestro país la técnica más frecuentemente aplicada es el legrado uterino.

Vaginohisteroscopia.

El histeroscopia consiste en un telescopio óptico con un diámetro de 3.5 milímetros, rodeado por una camisa que sube este diámetro a 4 milímetros y permite la circulación del medio de distensión (líquido o gas). Algunos histeroscopios tienen un canal separado para la inserción de tijeras o pinzas o para la introducción de una fibra láser pequeña. Los histeroscopios rígidos cuentan con un sistema de lentes que ofrecen una imagen brillante y no distorsionada, que es clara desde la periferia al centro (Campo *et al.* 2003). Su luz viaja a través de cables ópticos, lo que evita la disipación de calor dentro de la cavidad uterina. Actualmente cuentan con un sistema de imágenes (fotográficas y video) que aportan mayor información al médico y a la paciente a cerca de lo obtenido en el procedimiento.

La histeroscopia es la única exploración que bajo visión directa facilita la observación de la cavidad uterina, a través de un endoscopio muy delgado que permite en el consultorio hacer diagnósticos muy exactos y practicar en ese mismo momento un alto porcentaje de cirugías. Permite realizar procedimientos quirúrgicos tales como: extracción de pólipos pequeños, liberación de sinequias, biopsias dirigidas, extracción de cuerpos extraños, miólisis y otros (Arias 2006). Después de que Stefano Bettocchi presentó su instrumental y toda una manera distinta de hacer la exploración, la histeroscopia dio un giro total, por lo que desde marzo del 2000 definitivamente la ha catalogado como NO INVASIVA o la menos invasiva de todas las exploraciones intrauterinas incluida la simple histerometría (Arias 2006). Este método de exploración, en su versión diagnóstica, se indica regularmente en: alteraciones hemorrágicas del útero, diagnóstico de infertilidad, y para aguzar el diagnóstico sugerido por otros métodos auxiliares de diagnóstico: histerosalpingografía,

sonohisterosapingografía, Resonancia Magnética Nuclear o biopsia a ciegas (Campo *et al.* 2003).

El procedimiento se resume como sigue: se procede a la inserción del histeroscopio en la vulva, entre los labios, estos se comportan como el ano libre, simultáneamente se impulsa el medio expansor para convertir la vagina de cavidad virtual en cavidad real, se avanza fácilmente por ella localizándose el orificio cervical externo se asciende por visión directa, evitando hasta ahora la molestia del espéculo y tenáculo. La camisa además de la óptica lleva un canal que permite el paso de diferentes y delgados instrumentos tales como grasping, tijera, electrodos monopolares, tirabuzón, versapoint, lazos, etc. que cumplen satisfactoriamente el cometido de expandir, cortar, resecar, vaporizar. Aunado a todo esto las maniobras de rotación de la camisa facilitan el procedimiento con una mínima o ausente molestia, además de un menor costo cuando se trata de una cirugía en consultorio en comparación a realizarla en quirófano.

El telescopio de Bettocchi es de 2.9 milímetros de diámetro, este instrumento debe introducirse en una camisa para examen u operación, la cual agrega al diámetro de la óptica 0.8 a 1.4 adicionales, según se utilice la camisa redonda de exploración pura o la ovalada diagnóstica-operatoria. La funda diagnóstica-operatoria ovalada permite la introducción de instrumentos quirúrgicos, tales como tijeras, a garra de cuerpo extraño, biopsia, electrodo de corte o coagulación monopolar y el Versapoint (corte y vaporización bipolar en medio salino). En los casos que se requiera alguna dilatación del orificio y del canal endocervical, solo hacerlo hasta bujía de Hegar número 4, por lo cual en algunas ocasiones, especialmente en pacientes aprehensivas, se debe utilizar anestesia paracervical. Para la cirugía más compleja se dispone del reseptoscopio de 9 milímetros, el cual utiliza el corte y la coagulación en medio no electrolítico con electrodos monopolares de variada configuración según la patología o técnica a emplear.

La distensión de la cavidad uterina es indispensable. Se logra mediante medios líquidos ó CO_2 , insuflando este último desde una fuente especial, el histeroflator automático, que regula el flujo de gas a un máximo de 100 centímetros cúbicos por minuto y 200 milímetros de mercurio de presión, por lo tanto no se pueden usar insufladores de laparoscopia. El procedimiento debe llevarse a cabo en la fase proliferativa del ciclo endometrial. Esto trae como consecuencia menos complicaciones: menos problemas con los medios de distensión, menor extravasación sanguínea, menor riesgo de

perforación (Arias 2006). Dentro de las complicaciones de la histeroscopia pueden mencionarse en su versión diagnóstica, la perforación, distensión, propagación de infecciones o células tumorales, y el dolor. Al considerar la versión operatoria se argumentan: perforación uterina, hemorragia, que maduras (corriente monopolar), embolia gaseosa, infecciones y, en un futuro embarazo, anomalías en la implantación de la placenta, rotura uterina durante el embarazo.

METODOLOGÍA.

Se diseñó un estudio prospectivo, transversal, observacional, que incluyó 30 pacientes a una semana después de haberseles practicado legrado uterino, en la Clínica Maternidad Santa Ana, Caracas, Venezuela; durante el periodo del 1 de marzo al 31 de septiembre de 2006. Se excluyeron aquellas con complicaciones relacionadas con el legrado.

RESULTADOS.

En el estudio se incluyeron 30 pacientes con falla reproductiva en el primer trimestre 16 abortos (53.33%), 12 casos de embrión muerto retenido (40%), y 2 fetos muertos retenidos (6.66%). La edad (años) de las pacientes estuvo en 27.17 ± 4.51 (rango: 18-34). Tenían entre 1 y 5 gestas (2.26 ± 0.86). Se registraron entre 1 y 2 partos (1.31 ± 0.47). En 26 pacientes se registró el antecedente de 1 a 2 abortos (1.23 ± 0.42). La gestación se interrumpió entre 6 y 13 semanas (10.07 ± 1.87).

No se registraron complicaciones posteriores al vaciamiento uterino en las pacientes estudiadas. Sólo un paciente (3.33%) presentó dolor pélvico al momento de la exploración; en el resto, la tolerancia fue excelente. Se recogió el antecedente de uso de Misoprostol en la mitad de los casos (15). El procedimiento endoscópico siempre tuvo una duración aproximada de 5 minutos. Todos los procedimientos se hicieron en el consultorio (ambulatorio), sin anestesia, tenáculo o espéculo.

Al considerar el tiempo vaginal de la vaginohisteroscopia no hubo hallazgos que destacar. El tiempo cervical permitió evidenciar sangrado en un caso (3.33%), se halló el orificio cervical externo estenótico y/o puntiforme en dos casos (6.66%), desviado a la izquierda o transversalmente en tres casos (9.99%) y el orificio cervical interno se encontró estenótico con adherencias en un caso (3.33%).

En el tiempo uterino se encontraron 17 estudios normales (56.66%): se visualizaron los ostium, el endometrio se apreció sin lesiones aparentes. En tres

casos impresionó endometrio proliferativo (10.00%), y en un caso secretor (3.33%). No se visualizaron los ostium o no se visualizaron permeables (uni o bilateralmente) en cuatro casos (13.33%), pólipos en tres casos (10.00%), sinequias grado I (dos casos; 6.66%), sinequias grado II (dos casos; 6.66%), reacción decidua (dos casos; 6.66%), focos de hemorragia en un caso (3.33%). Se recomendó la liberación de adherencias y/o sinequias y posterior control en consulta en dos casos y la realización de histerosalpingografía en un caso. Se reportaron tres resultados de anatomía patológica: pólipos endometriales. No se registró ninguna complicación.

DISCUSIÓN.

La evaluación de la cavidad uterina a través de la vaginohisteroscopia, se refiere a la visualización directa, con un sistema de lentes especiales, de vagina, canal endocervical y cavidad uterina. La realización de los grados uterinos es frecuente en nuestras maternidades, en ocasiones se complican con dolor, hemorragia, infección y/o retención parcial de productos de la concepción. Para evaluar las posibles causas que inducen la interrupción de la gestación y detectar las complicaciones subclínicas del legrado uterino que comprometan la fertilidad futura de la paciente sometida a vaciamiento uterino, se diseñó la presente investigación.

Autores como Golan *et al.* (1992) refieren que la presencia de malformaciones uterinas como septos parciales son determinantes en la ocurrencia de abortos tempranos. Sin embargo, en nuestra serie no se detectó ninguna anomalía estructural del útero que explicara la pérdida de la gestación. Bradner *et al.* (2001) proponen que la evaluación debe hacerse antes y no después del vaciamiento, ya que se modifica la cavidad luego del procedimiento.

Es importante destacar que en la presente investigación se cumplió con el objetivo de caracterizar el endometrio luego del curetaje. Aunque las lesiones encontradas fueron escasas (ostium no visibles, sinequias, y pólipos), no se tenía una base en el reporte regional o nacional de tales hallazgos. Cohen (2001) preconiza que el método ideal para la detección y manejo de tejido trofoblástico, después del vaciamiento uterino es la vaginohisteroscopia. Zalel *et al.* (2001) proponen la realización de sonohisterosalpingografía para la pesquisa de retención de tejido trofoblástico. En la actual serie reportada, no se ha hallado ninguna evidencia de persistencia de material trofoblástico (embrión, feto o saco ovular) que pudiera sugerir la posibilidad de hospitalizar y/o reintervenir a la paciente.

CONCLUSIONES.

Luego de analizar los resultados obtenidos y revisar la literatura publicada a cerca de la evaluación histeroscópica posterior a legrado uterino en pacientes que han experimentado interrupción de la gestación tempranamente se puede concluir que:

1. Dentro de los hallazgos histeroscópicos posteriores a legrado uterino deben considerarse la estenosis y/o adherencias cervicales, oclusión del ostium, sinequias y los pólipos.

2. La serie actual es insuficiente para evaluar la vaginohisteroscopia como método de seguimiento en pacientes con pérdida temprana de la gestación, sin embargo, la vaginohisteroscopia es el método por excelencia para la valoración de patología de vagina, cuello y endometrio. Dada su utilidad en pacientes ginecológicas y obstétricas, la vaginohisteroscopia es un procedimiento que debe estar presente en toda consulta de salud reproductiva.

REFERENCIAS.

- ACOG in Obstetrics and Gynecology Technology Assessment. Hysteroscopy. 2005. *Obstet Gynecol* 4: 439-442.
- Agüero, O., Aurre, M. 1970. Histeroscopia en embarazadas. *Ginec Obstet Méx* 27:629-637.
- Arias, R. A. Histeroscopia. Disponible en url: <http://www.histeroscopia.com.ve>. Consultado el 12-10-2006.
- Bradner, P., Neis, K. J., Wagner, S. *et al.* 2001. Uterine and fetal findings at hysteroscopic evaluation of spontaneous abortion before D & C. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 8 (4): 552-557.
- Campo, R. L., Van Belle, Y., Hucke, J. 2003. Vaginohisteroscopia diagnóstica y procedimientos terapéuticos menores. En: Hucke, J., Heckstein, J. (Eds.) *Cirugía Laparoscópica en Ginecología*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Creinin, M., Schwartz, J., Guido, R. *et al.* 2001. Early pregnancy failure. Current management concepts. *Obstet Gynecol Surv* 56 (2): 105-113.
- Golan, A., Schneider, D., Avrech, O. *et al.* 1992. Hysteroscopic findings after missed abortion. *Fertil Steril* 58 (3): 508-510.
- Hemminki, E. 1998. Treatment of miscarriage: current practice and rationale. *Obstet Gynecol* 91:247-253.
- Recibido: 7 junio 2017. Aceptado: 25 agosto 2017