

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"

**"HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS EN
PACIENTES CON INFERTILIDAD
PRIMARIA, SECUNDARIA Y PERDIDA
GESTACIONAL REPETIDA"**

T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DR. SALVADOR SABINO MOJARRO BAZÁN

ASESOR:
DR. JOSE FUGAROLAS MARÍN



MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA #4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

**“ HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS EN PACIENTES CON
INFERTILIDAD PRIMARIA, SECUNDARIA Y PERDIDA
GESTACIONAL REPETIDA”**

TESIS

DIRECTOR DEL HOSPITAL

DR. JUAN CARLOS IZQUIERDO PUENTE

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN.

DR. GILBERTO TENA ALAVEZ.

ASESOR

DR. JOSE FUGAROLAS MARÍN.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA

A mis padres.

A Lourdes y Vale.

A Natalia.

A Karlita.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios:

Que me guió y nunca me abandonó durante estos años difíciles de la residencia.

A mis Padres.

Que me apoyaron en todo momento y me dieron un ejemplo de vida profesional, me dieron los medios para poder lograr terminar esta residencia.

A mis tíos Américus.

Por sus consejos y ejemplo de humanidad.

A Karlita.

Mi amiga siempre fiel, jamás me abandonaste en los momentos más difíciles de mi vida, siempre me apoyaste y me brindaste tu amistad, una sonrisa cálida y una mirada compasiva... simplemente gracias.

A mis maestros Dr. Alfredo López Rangel. y Dr. José Fugarolas.

Ejemplo de honradez y sabiduría.

A la familia Solís Jorge.

Quienes me acompañaron durante estos años, los mas duros y a la vez alegres de mi vida, me acogieron como miembro de su familia y estuvieron con migo en mis éxitos y derrotas, siempre obtuve una palabra de aliento de ustedes así como su hospitalidad y afecto.

A Natalia.

Quien en estos largos años me apoyaste de manera incondicional, gran parte de este logro te lo de debo y probablemente sin ti no hubiera llegado, me acompañaste en mis trabajos, en mis desvelos y hasta en mis guardias, y aun hoy estas allí. Tu cariño me fortaleció día a día y tu recuerdo me acompañará siempre.

ÍNDICE:

	Páginas
Resumen.....	1
Introducción.....	3
Material y Método.....	5
Resultados.....	7
Discusión.....	10
Conclusiones.....	13
Bibliografía.....	14
Gráficas.....	16
Anexos.....	32

RESUMEN

Mojarro S, Fugarolas J. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con infertilidad primaria, secundaria y pérdida gestacional repetida. Servicio de medicina reproductiva. Hospital de Gineco-Obstetricia " Luis Castelazo Ayala ". Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo de esta tesis fue conocer los factores uterinos patológicos que ocasionan infertilidad primaria, secundaria así como pérdida gestacional repetida en pacientes de la unidad de medicina reproductiva del Hospital Luis Castelazo Ayala mediante el uso de histeroscopia.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

El estudio que realizamos fue un trabajo transversal, prospectivo, descriptivo y abierto.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se estudiaron 164 pacientes de septiembre del 2000 a septiembre del 2001 y que incluimos en este estudio por que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, de no inclusión y de eliminación.

Criterios de inclusión. Pacientes que acudieron a la unidad de medicina reproductiva con Edades de 18 a 35 años, con infertilidad primaria de 1 año de evolución, Infertilidad secundaria con o sin tratamiento previo, Pacientes con histerosalpingografía que demostró patología congénita o adquirida en cavidad uterina y/o salpinges, Pacientes con antecedente de DIU traslocado, Pacientes con antecedente de corrección quirúrgica de tabique uterino y Pacientes con incompetencia ístmico cervical.

Criterios de no inclusión. Pacientes menores de 17 años y mayores de 35.

Criterios de eliminación. Ninguno.

Todas las pacientes que acudieron al servicio durante el año de estudio, se realizó historia clínica completa así como a su pareja, se solicitaron estudios básicos de acuerdo a lo normado por el protocolo de estudio y posteriormente se lleno una hoja de captación de datos para este estudio, posteriormente se les cito para revisar los resultados de sus estudios y las que cumplieron con los criterios de inclusión se les programó para histeroscopia, misma que fue realizada de la siguiente manera,

Con la paciente en quirófano, bajo anestesia local, bloqueo cervical , bloqueo peri dural o anestesia general, se colocó la paciente en litotomía previa asepsia y antisepsia con sondeo vesical se procedió a la preparación de histeroscopio doble flujo con canal operativo de 3.9 mm. Con sistema óptico de 30 grados y sistema de iluminación de luz halogenada de 250 watts. Con uso de videocámara de 3 chips.

Se colocó el sistema de irrigación a 2 metros de altura con bolsa de Glicina 3000 ml. Conectado al histeroscopio por un sistema de doble vía. (elevando la bolsa de solución 90-100 cm sobre la paciente ó 200 cm del piso se obtiene una presión de 70 mmHg. aproximadamente)

Se procedió a introducir histeroscopio explorando paredes vaginales, continuamos con localización de cervix y exploración del mismo externamente, se introduce el histeroscopio

sin pinzamiento con Pozzi, por canal endocervical se evaluó el mismo, posteriormente el orificio cervical interno para entrar a cavidad uterina y evaluamos las cuatro paredes internas hasta el fondo uterino.

Identificamos ambos óstiums, se evaluó el espesor endometrial colocando el histeroscopio sobre el endometrio.

Se clasificó cavidad sana o con patología.

Si la paciente fue candidata a tratamiento con micro tijera se realizó la extirpación de la patología diagnosticada, si no, se realizó la introducción de electro cauterio de trabajo para electro cirugía con asa de 4mm y se realizó el proceso ablativo correspondiente.

Fue importante la evaluación constante del volumen de líquido de entrada y salida en un recipiente graduado y la recuperación de tejido extraído por cirugía o biopsia el cual fue enviado a estudio histopatológico.

RESULTADOS.

En el curso del estudio se atendieron a 164 pacientes en edades de 18 a 35 años que acudieron por infertilidad primaria, secundaria y pérdida gestacional repetida. Las pacientes fueron divididas en 3 grupos, Grupo I pacientes con infertilidad primaria 22 casos, en los que encontramos 7 casos de pólipos endometriales, estenosis cervical en 5 casos, tabiques uterinos 4 casos, miomas submucosos 3 casos, útero unicorne en 3 casos. En el Grupo II incluimos a las pacientes con infertilidad secundaria 70 casos, en los que encontramos, adherencias uterinas en 28 casos, miomas submucosos 14 casos, oclusión tubaria proximal en 9 casos, útero arcuato 7 casos, pólipos endometriales 5 casos, DIU traslocado 5 casos, Metaplasia ósea 2 casos. En el Grupo III entraron las pacientes con pérdida gestacional repetida 72 casos, en los que encontramos, Tabiques uterinos 25 casos, miomas 21 casos, adherencias en 9 casos, se realizó control de resección de tabique uterino en 9 casos, 6 casos de pólipos endometriales. Incompetencia ístmico cervical en 2 casos.

Todas las pacientes recibieron algún tipo de corrección quirúrgica.

CONCLUSIONES.

La histeroscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico útil en el estudio de la paciente con infertilidad primaria, secundaria y con pérdida gestacional repetida, que nos permite obtener información importante de la patología que cursa nuestra paciente, nos permite confirmar los diagnósticos de gabinete que de otra forma sería imposible corroborar y por otra parte nos permitió ofrecer en la totalidad de los grupos con los que trabajamos algún tipo de corrección quirúrgica, con un mínimo de complicaciones transoperatorias o postoperatorias.

PALABRAS CLAVE.

Histeroscopia, infertilidad primaria, infertilidad secundaria, pérdida gestacional repetida.

INTRODUCCIÓN.

La histeroscopia es una rama muy fina de los procedimientos asistidos por sistemas ópticos,(1) con posibilidades operatorias que utilizan medios de distensión para el diagnóstico y el tratamiento de problemas cervicales, uterinos intra cavitarios que comprometen el miometrio y padecimientos intersticiales de las salpinges.(1)(2).

Los primeros telescopios tenían sistemas primitivos de conducción de los medios de distensión e iluminación y no es sino hasta fines de la década de los setenta en los que la escuela francesa encabezada por Hamou desarrolla la miniaturización de los lentes hasta llegar a 1.1mm de diámetro. La capacidad de magnificar lesiones de los lentes de 4mm de diámetro podía ser de 20X, 80X y hasta 150X abriendo un campo nuevo en el diagnóstico de la patología cervical, que invadía el canal y con uso de tinciones especiales se podía acceder a imágenes “in vivo” microcolpohisteroscópicas con amplio potencial diagnóstico.(1)

Las primeras histeroscopias realizadas en 1865 por Desormeaux y Pantaleoni fueron iluminadas por una lámpara de alcohol y un tubo deflector. En 1908, David utilizó una lámpara eléctrica con un sistema óptico de 10.5mm . En 1980 se contaba con fuentes de luz de 150 watts y actualmente usamos lámparas de Xenón o halógeno de 250 watts sin efecto de daño térmico tisular .(1)

El útero puede ser distendido con dióxido de carbono o con diversos líquidos como solución salina, Ringer, Dextrosa, Dextrán de alto peso molecular, Sorbitol, Glicina que de acuerdo al procedimiento a realizar, el cirujano podrá elegir el mas adecuado, recordando que no existe el medio ideal y que cada uno encierra ventajas y desventajas, el factor mas importante es el control del volumen de líquido de entrada y salida del sistema y la detección de la posible extravasación de la sustancia utilizada por exceso de presión utilizada que puede causar complicaciones en el sistema respiratorio, nervioso, metabólico o incluso muerte en casos graves. Se sugiere interrumpir el procedimiento si el déficit es mayor a 1 litro.(3)(4)

A fines de la década de los ochenta se desarrollaron instrumentos con camisas de acero inoxidable de doble flujo, esto es, con un canal de entrada y otro de salida, con el medio de distensión y detritus celulares con lo que se facilitaba la visión y los procedimientos quirúrgicos que gracias a una vía de acceso que permitía la introducción de instrumentos rígidos, flexibles o asas metálicas con capacidad cortante o conectados a generadores de energía laser o electro quirúrgicos hacían posible la resección o vaporización de lesiones intra uterinas , igualmente se podía introducir un catéter o una fibra óptica hacia la salpíngex y realizar procedimientos diagnósticos, de permeabilización u obstrucción tubaria con algunos dispositivos intraintrauterinos.(4)

Finalmente en la década de los noventa se han desarrollado instrumentos mas precisos y ligeros de documentación videográfica, Que permiten magnificar para dar comodidad y mayor seguridad al endoscopista durante el procedimiento en el quirófano o en el consultorio médico,(5) apoyado por técnicas de anestesia peridural, paracervical o incluso local lo que brinda a la paciente seguridad y confort durante la realización del procedimiento(6) y posterior a el con sistemas avanzados de computo es posible editar y reproducir estas imágenes con fines de enseñanza de esta maravillosa forma de realizar intervenciones quirúrgicas de vanguardia.(5) con un mínimo de complicaciones operatorias o posoperatorias.(6)(7)

MATERIAL Y MÉTODO.

Se estudiaron 164 pacientes que acudieron a este servicio de medicina reproductiva de septiembre del 2000 a septiembre del 2001 y que incluimos en este estudio por que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, de no inclusión y de eliminación.

Criterios de inclusión. Las pacientes que acudieron a la unidad de medicina reproductiva con Edades de 18 a 35 años, con infertilidad primaria de 1 año de evolución, Infertilidad secundaria con o sin tratamiento previo, Pacientes con histerosalpingografía que demostró patología congénita o adquirida en cavidad uterina y/o salpinges, Pacientes con antecedente de DIU traslocado, Pacientes con antecedente de corrección quirúrgica de tabique uterino y Pacientes con incompetencia ístmico cervical.

Criterios de no inclusión. Pacientes menores de 17 años y mayores de 35.

Criterios de eliminación. Ninguno.

Cabe destacar que todas nuestras pacientes fueron informadas que formaron parte de un estudio experimental que cumplió con todas las normas éticas requeridas por el hospital y que la obtención de la información nunca interfirió con la atención médica de nuestras pacientes y por el contrario la información obtenida por las maniobras terapéuticas fue de gran ayuda para el tratamiento de su patología, a todas nuestras pacientes se explicó en que consistiría este estudio y llenaron un documento de consentimiento informado para la realización del estudio.

Las pacientes que acudieron durante el año de estudio, se realizó historia clínica completa así como a su pareja, se solicitaron estudios básicos de acuerdo a lo normado por el protocolo de estudio y posteriormente se lleno una hoja de captación de datos para este estudio, se citó para revisar los resultados de sus estudios y las que cumplieron con los criterios de inclusión se programaron para histeroscopia, realizada de la siguiente manera:

Con la paciente en quirófano, bajo anestesia local, bloqueo cervical, bloqueo peri dural o anestesia general, se colocó la paciente en litotomía previa asepsia y antisepsia con sondeo vesical se procedió a la preparación de histeroscopia doble flujo con canal operativo de 3.9 mm. Con sistema óptico de 30 grados y sistema de iluminación de luz halogenada de 250 watts. Con uso de videocámara de 3 chips.

Se coloca el sistema de irrigación a 2 metros de altura con bolsa de Glicina 3000 ml. Conectado al histeroscopia por un sistema de doble vía. (elevando la bolsa de solución 90-100 cm sobre la paciente ó 200 cm del piso se obtiene una presión de 70 mmHg. aproximadamente)

Se procede a introducir histeroscopia explorando las paredes vaginales, continuamos con localizar el cervix y explorarlo externamente, se introduce el histeroscopia por canal endocervical sin pinzamiento con Pozzi y se evalúa el mismo, se evalúa el orificio cervical interno para entrar a cavidad uterina y observamos las cuatro paredes internas hasta el fondo uterino.

Identificamos ambos óstiums, el espesor endometrial colocando el histeroscopia sobre el endometrio.

Se clasifica en cavidad sana o con patología.

Si la paciente fue candidata a tratamiento con micro tijera se realizó la extirpación de la patología diagnosticada, si no, se realizó la introducción de electro cauterio de trabajo para electro cirugía con asa de 4mm y se realizó el proceso ablativo correspondiente.

Fue importante la evaluación constante del volumen de líquido de entrada y salida en un recipiente graduado y la recuperación de tejido extraído por cirugía o biopsia el cual fue enviado a estudio histopatológico.

RESULTADOS.

Durante el año de estudio de septiembre del 2000 a septiembre del 2001 recibimos a 164 (100%) pacientes en el servicio de medicina reproductiva que acudieron por presentar infertilidad primaria, secundaria y perdida gestacional repetida, con edades que variaron entre 18 a 35 años y que aceptaron ingresar al estudio que se estaba realizando.

Se formaron 3 grupos de trabajo, el primero con las pacientes con infertilidad primaria que incluyo a 22 (13%) pacientes, el segundo grupo incluyo a las pacientes con infertilidad secundaria encontrando 70 (43%) pacientes y el tercer grupo con las pacientes de perdida gestacional repetida 72 (44%) pacientes.

Los hallazgos del primer grupo fueron en orden de importancia por la frecuencia con la que se presentó la patología, pólipos endometriales 7 (31%) casos los cuales fueron resecados en el momento del estudio, estenosis cervical 5 (22%) casos de los cuales 4 fueron secundarios a conización con asa diatérmica (80%) y 1 caso secundario a criocirugía (20%), los 5 casos fueron permeabilizados en el momento del procedimiento (100%), tabiques uterinos 4 (19%) casos de los cuales en 3 (14%) casos se encontró un tabique parcial y en 1 (5%) caso se encontró tabique completo todos fueron resecados al momento de hacer el estudio, miomas submucosos 3 casos (14%), se realizó miomectomía por histeroscopia, útero unicornio en 3 (14%) casos no se realizó ningún procedimiento.

Los hallazgos del segundo grupo fueron los siguientes; Adherencias uterinas en 28 (40%) casos, 16 (57%) de ellos con adherencias clase I, 9 (32%) casos con adherencias clase II y 3 (11%) casos con adherencias clase III a los que se realizó adherenciólisis, miomatosis uterina 14 (20%) casos, 5 (35%) clase O, 4 (29%) clase I y 5 (36%) clase II en los cuales se realizó miomectomía por histeroscopia, oclusión tubaria proximal 9 (13%) casos en los 9 se realizó cateterización con Novy, útero arcuato 7 (10%) casos, pólipos endometriales 5 (7%) casos se realizó polipectomía, DIU translocado 5 (7%) casos, 3 (60%) casos grado I y 2 (40%) casos grado II en los que se efectuó extracción por histeroscopia, metaplasia ósea 2 (3%) casos.

En el grupo III encontramos 25 (34%) pacientes con tabique uterino, 9 (36%) completo y 16 (64%), incompleto a todos se realizó resección de tabique, miomatosis uterina 21(29%) casos, 4 (19%) casos grado 0, 6 (29%) casos grado I, 11 (52%) casos grado II. A todos se realizó miomectomía por histeroscopia, Adherencias 9 (13%) casos, 1 (11%) caso grado I, 2 (22%) casos grado II. 6 (67%) casos grado III en todas se realizó adherenciólisis, 9 (13%) casos de control de resección de tabique uterino, pólipos endometriales 6 (8%)casos, se realizó polipectomía, insuficiencia ístmico cervical 2(3%) casos.

Las complicaciones que se presentaron durante la realización de este estudio fueron 11 casos (7%) divididas en las siguientes:

En el grupo de estudio número I , se presentó 1 perforación cervical (5% del grupo I, 20% del subgrupo de estenosis cervical) al recanalizar una estenosis cervical, 93% sin complicaciones.

En el grupo de estudio número II , se presentaron 6 (9%) perforaciones uterinas, 4 (6%) en adherenciólisis, 2 (3%) en miomectomías. 1 (1%) perforación de salpínge al cateterizar con Novy, 95% sin complicaciones.

En el grupo de estudio número III, se presentaron 3 (4%) perforaciones uterinas, 2 (3%) en miomectomía, 1 (1%)en resección de tabique uterino mismas que se corrigieron laparoscópicamente.

Se presentaron en este mismo grupo 3 (4%) casos de hemorragia transoperatoria durante la resección de tabiques, 92% sin complicaciones.

Las complicaciones por perfusión de glicina fueron 13 caracterizadas por dolor abdominal en el postoperatorio inmediato.

Hemorragia post quirúrgica 4 casos, no ameritaron reintervención .

Infección urinaria 3 casos.

Cérvico vaginitis 2 casos.

DISCUSIÓN.

La histeroscopia es un procedimiento quirúrgico de consultorio o quirófano indispensable en el estudio y diagnóstico de la infertilidad primaria, secundaria y la pérdida gestacional repetida, así como en el seguimiento de las pacientes ya tratadas con cirugía previamente para corregir malformaciones uterinas como tabiques uterinos y sinequias.

El hecho que la Histerosalpingografía tenga una tasa de falsos negativos de 18 a 44% y falsos positivos de 10 a 44 % para detectar alteraciones uterinas y tubarias es un argumento suficiente para sugerir que la histeroscopia representa una prueba complementaria importante.(9)

En el extranjero numerosos autores han reportado datos interesantes en series que han realizado en sus países y hospitales de origen, así tenemos que en los estudios realizados por Charles M. March. de la universidad del sur de california reportó que las anomalías congénitas uterinas son encontradas en 1-2% de todas las mujeres con pérdida gestacional repetida, siendo el tabique uterino la anomalía mas frecuente y sensible a ser detectado y corregido histeroscópicamente,(10) en nuestro estudio encontramos que en el grupo de pacientes con pérdida gestacional repetida las anomalías congénitas y de estas el tabique uterino representaron 34% siendo este el hallazgo el mas frecuente en este grupo de estudio y representando 20.4% del total de pacientes, por lo que nuestros datos coinciden con diversos autores en que es la patología mas frecuente para las pacientes con pérdida gestacional repetida pero en nuestro hospital es 15 veces mas alta la incidencia.

La oclusión tubaria ha sido clásicamente descrita como causante en 20-50% de infertilidad primaria 20% de esta se presenta en la parte proximal, el estudio de esta patología con histerosalpingografía reporta 20-30 % de casos falsos positivos, por lo que es indispensable realizar histeroscopia, el éxito reportado en la recanalización con Novy es de 48-85% con una tasa de re-oclusión de 28-30% (12) en nuestro estudio encontramos la oclusión tubaria proximal en 9.78% de todas las pacientes vistas por infertilidad, ocupó el 13% del grupo de infertilidad secundaria, no presentándose en el grupo de infertilidad primaria. Con un éxito en la recanalización con Novy del 100%, durante el estudio se presentó una perforación de

salpínges, la cual no impidió que se realizara la recanalización contralateral, no ameritó laparotomía para reparar la perforación por lo que la catalogamos como complicación menor (en virtud de no haber requerido cirugía correctiva, hemotransfusión y no represento falla del procedimiento) estos resultados representan el doble de lo reportado en la literatura como éxito en el procedimiento al momento del acto quirúrgico, por otro lado en el presente trabajo no fue posible valorar las re-oclusiones por el tiempo que duró el estudio.

Dentro de los estudios ginecológicos para evaluar a la paciente con infertilidad, existen aquellos que nos permiten inferir alguna patología, la histerosalpingografía es un método ampliamente utilizado pero con una baja sensibilidad para detectar algunas patologías.

La histeroscopia es un medio con alta especificidad para detectar patología intrauterina.

Stephen L. Corson. Aunque la cavidad uterina se aprecie normal en la histerografía, el estudio de la histeroscopia ha demostrado 15% de pólipos endometriales en pacientes con historia de infertilidad, estas pacientes en ocasiones presentaron historia de metrorragia.(9)

Jose P Balmaceda reporta el hallazgo de pólipos en 4.46% de pacientes con infertilidad primaria y pérdida gestacional repetida,(12) nosotros encontramos que los pólipos se presentaron en 12.6% del total de nuestras pacientes, en las pacientes con infertilidad primaria represento el 31% siendo el hallazgo mas frecuente en este grupo, en las pacientes de infertilidad secundaria 7% y en las pacientes de pérdida gestacional repetida 8% en nuestro estudio los pólipos representaron un hallazgo solo un poco mas frecuente que lo que reportado por Corson, pero al analizar el grupo de infertilidad primaria nuestros hallazgos superaron a lo descrito por Balmaceda 6.9 veces, por lo tanto los pólipos representan una causa frecuente de infertilidad primaria, que amerita ser tratada y susceptible de ser corregido quirúrgicamente ya que en todas nuestras pacientes con pólipos se efectuó polipectomía con éxito en 100% de los casos.

Los miomas uterinos se presentan en 25-30 % de todas las mujeres, solo 5-10 % de ellas presentaron infertilidad asociada a los miomas.(11)

Adolf Galliant. Del centro de ginecología endoscópica refiere solo algunos pocos casos de miomas tratados con histeroscopia,(12) en nuestro estudio encontramos una alta incidencia de miomas representando 26.3% del total de nuestras pacientes estudiadas, en el grupo de infertilidad primaria representan 14%, en el grupo de infertilidad secundaria representaron 20% siendo la segunda causa de infertilidad en este grupo solo superada por las adherencias uterinas.

En el grupo de pérdida gestacional repetida represento el 29% siendo en este grupo en que mas se presento esta patología solo superada en el mismo grupo por los septos que ocuparon el 34%. Por lo que concluimos que la miomatosis uterina, si bien al analizar los grupos separados no fue la patología mas frecuente, al revisar en forma global los tres grupos si podemos claramente ver que es la patología mas frecuente que encontramos.

La metaplasia ósea fue un hallazgo interesante por lo poco frecuente de su aparición, ocupando el 0.1% de las causas de infertilidad reportadas en la literatura, el mecanismo por el cual la metaplasia ósea produce infertilidad es por producir adherencias intra uterinas a demás actúa como cuerpo extraño dentro del útero(efecto similar la DIU) en nuestro estudio se presentaron 2 casos que represento 3% del grupo de infertilidad secundaria y 1.2% del total de pacientes estudiadas.

Al evaluar nuestras complicaciones transoperatorias no podemos hacer a un lado lo reportado por The British Society of Gynaecological Endoscopy quienes aceptan un índice de complicaciones del 1.14%. Lumsden en Escocia reporta complicaciones operatorias del orden de 1%. Corson y Brooks. Reportan complicaciones de 3% (13). Durante el desarrollo de nuestro estudio tuvimos 7% de complicaciones transoperatorias, todas calificadas como complicaciones menores, no se presentaron complicaciones mayores que ameritaran corrección quirúrgica por laparotomía o problemas hemorrágicos que requirieran transfusión, el porcentaje elevado de complicaciones menores podría ser explicado por el tipo de hospital en que se desarrolló el estudio ya que somos un Hospital de enseñanza.

CONCLUSIONES.

- 1.- La histeroscopia es un procedimiento útil e indispensable en el estudio de la paciente con infertilidad primaria, secundaria y con perdida gestacional repetida.
- 2.- Permite obtener información importante de la patología con la que cursa nuestra paciente.
- 3.- Permite realizar diagnósticos de certeza en pacientes que seria imposible llegar a la causa de su padecimiento por otro medio.
- 4.- Permite corroborar el diagnostico previamente establecido con estudios de gabinete.
- 5.- Permite brindar a la paciente una alternativa terapéutica en la totalidad de las patologías encontradas con relativa seguridad durante el procedimiento.
6. Las complicaciones que se presentaron fueron mínimas y no representaron mortalidad en el grupo estudiado.

BIBLIOGRAFÍA.

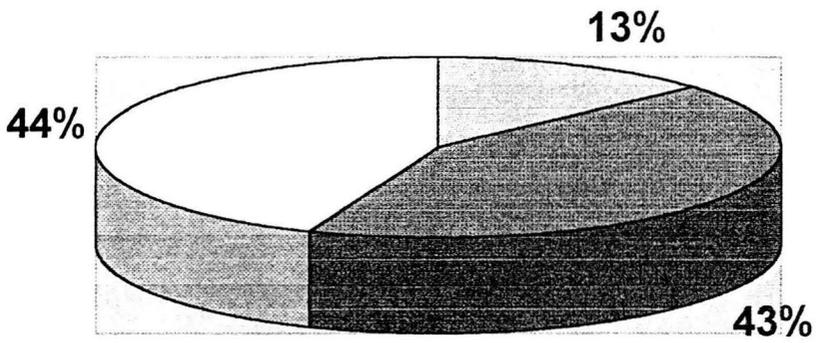
- 1.- Isaacson K. New developments in operative Hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Jun;27(2):375-83
- 2.- Apgar B.S. Office procedures. Endometrial Biopsy. *Prim Care* 1997 Jun;24(2):303-26
- 3.- Gimpelson R.J. hysteroscopic treatment of the patient with intracavitary pathology (myomectomy/Polypectomy). *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Jun;27(2):327-37
- 4.- Goldfarb H.A. Myoma Coagulation (myolysis) *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Jun;27(2):421-430
- 5.- Tulandi T. Endoscopic myomectomy. Laparoscopy and hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999 Mar;26(1):135-48
- 6.- Murdoch J.C. Anesthesia for Hysteroscopy. *Anesthesiol Clin North Am* 2001 Mar;19(1):125-140
- 7.- Isaacson K.B. Complications of Hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999 Mar;26(1):39-51
- 8.- Cooper J.M. Late complications of operative hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Jun;27(2):367-74
- 9.- Corson S. Hysteroscopy for diagnosis and therapy of infertility. *International Symposium on Diagnostic & Operative Hysteroscopy.* 2000 Feb;34-39
- 10.- March Ch. The septate uterus. *International Symposium on Diagnostic & Operative Hysteroscopy.* 2000 Feb;56-59

11.-Malek S. A combined approach to resect the large, or deep intramural myomas with submucous extension. International Symposium on Diagnostic & Operative Hysteroscopy.2000Feb;61.

12.-Balmaceda J. Ciuffardi I. Histeroscopia y recursos tecnológicos de reproducción asistida. Clin Obstet Ginecol 1196;(3)465-473

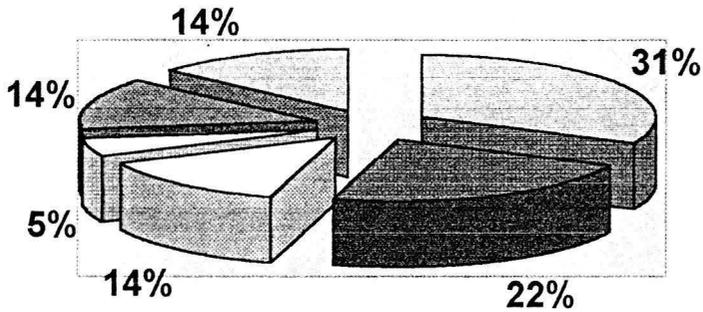
13.-Nargesh D. Complications of hysteroscopy. International Symposium on Diagnostic & Operative Hysteroscopy.2000Feb;223-232

GRUPOS DE ESTUDIO



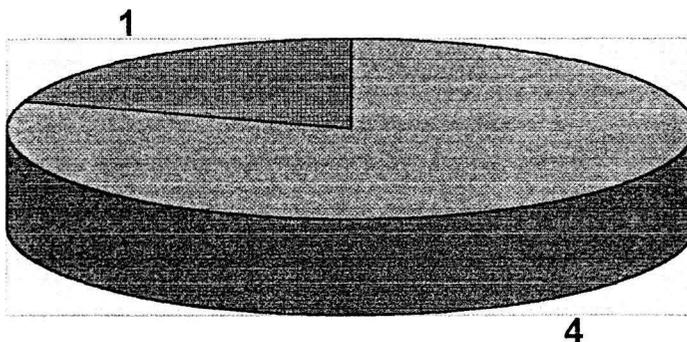
- infertilidad primaria 22 casos
- infertilidad secundaria 70 casos
- pérdida gestacional repetida 72 casos

HALLAZGOS EN EL GRUPO 1



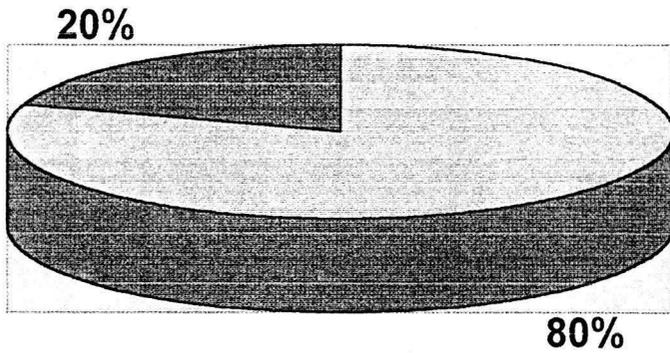
- Polipos endometriales 7
- Estenosis Cervical 5 casos
- Tabique parcial 3 casos
- Tabique completo 1 caso
- Miomas 3 casos
- Utero unicorne 3 casos

HALLAZGOS DEL GRUPO 1



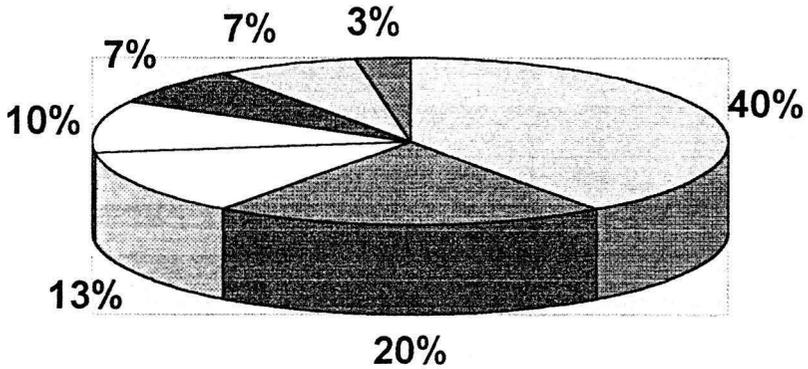
- estenosis cervical sec. A cono.
- estenosis sec. A criocirugía.

ESTENOSIS CERVICALES



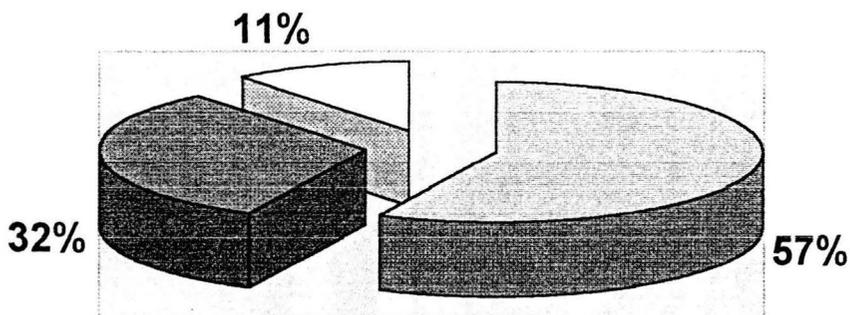
- estenosis cervical sec. A cono.
- estenosis sec. A criocirugía.

GRUPO 2



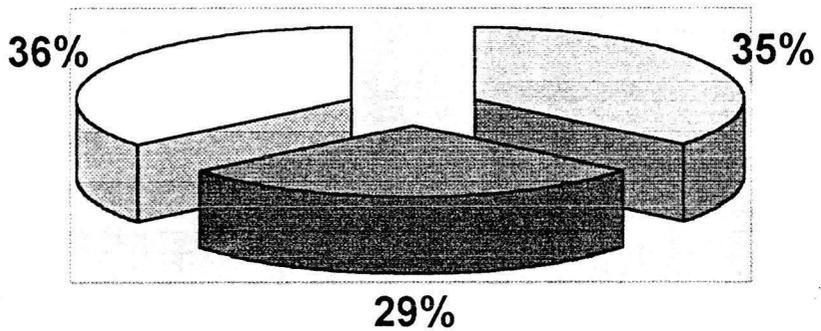
	Adherencias 28 casos
	Miomas 14 casos
	Oclusion tubaria 9 casos
	Utero arcuato 7 casos
	Polipos 5 casos
	DIU Traslocado 5 casos
	metaplasia Osea 2 casos

TIPOS DE ADHERENCIAS



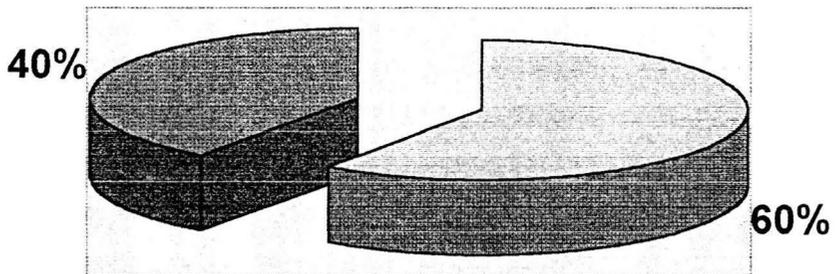
clase I 16 casos clase II 9 casos
 clase III 3 casos

TIPOS DE MIOMAS



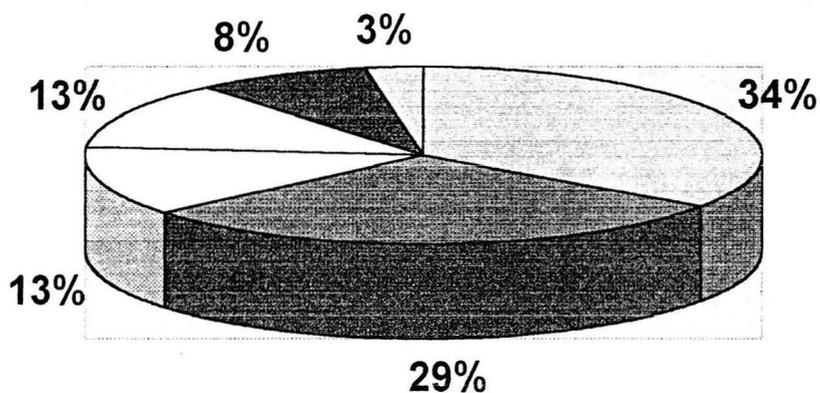
■ Clase 0 5 casos ■ Clase I 4 casos
□ Clase II 5 casos

DIU TRASLOCADO



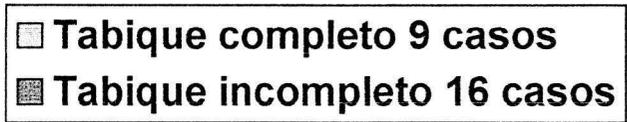
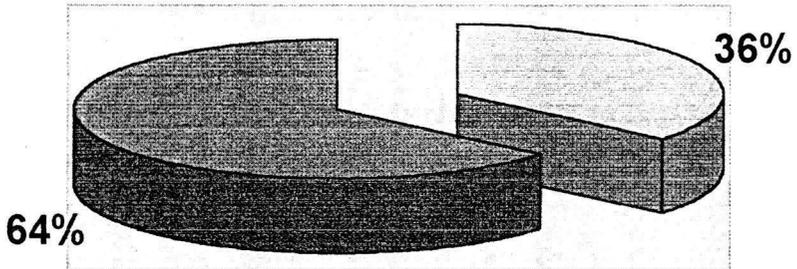
■ Grado I 3 casos ■ Grado II 2 casos

GRUPO 3

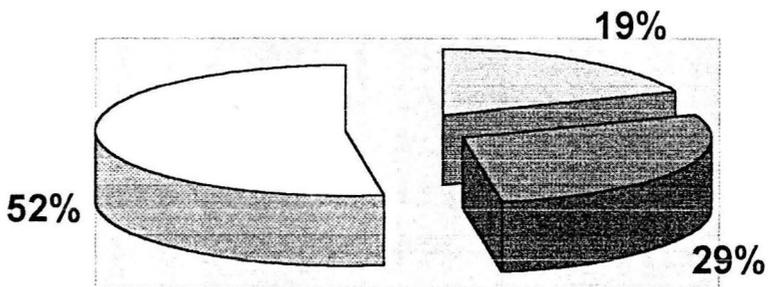


- Tabique uterino 25 casos
- Miomas 21 casos
- Adherencias 9 casos
- Control de reseccion de tabique uterino 9 casos
- Polipos 6 casos
- Inc. Itsmicocervical 2 casos

TABIQUES UTERINOS

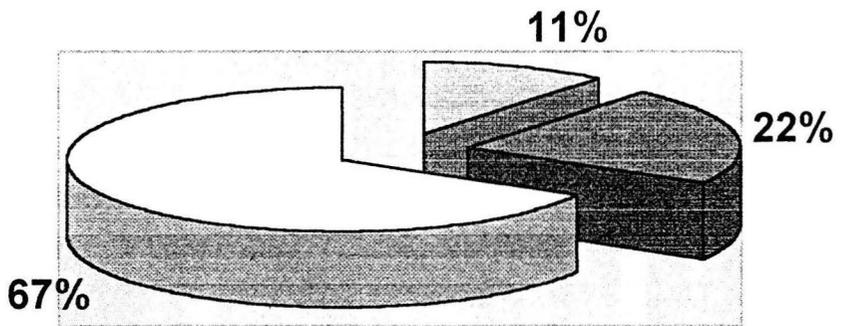


TIPOS DE MIOMAS



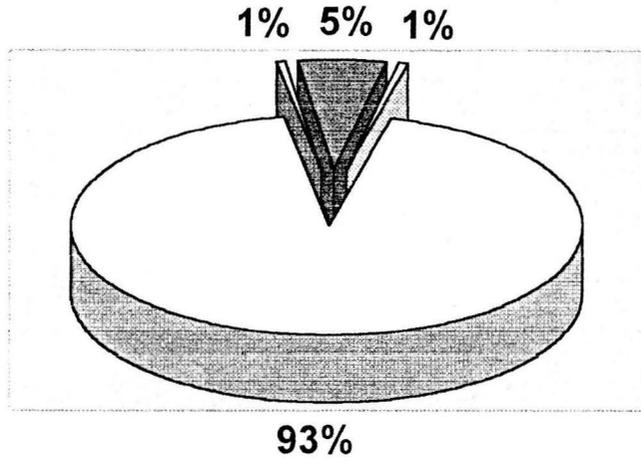
- Miomas grado 0 4 casos
- Miomas grado I 6 casos
- Miomas grado II 11 Casos

TIPO DE ADHERENCIAS



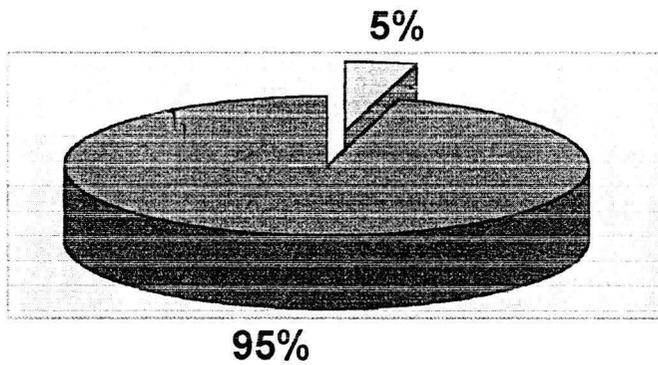
<input type="checkbox"/> Grado I 1 caso	<input type="checkbox"/> Grado II 2 casos
<input type="checkbox"/> Grado III 6 casos	

COMPLICACIONES TOTALES



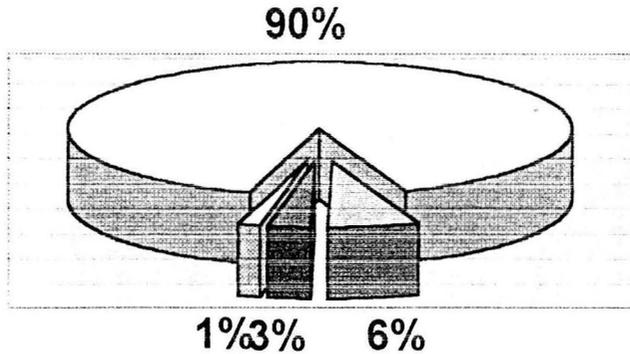
- Perforacion cervical 1 caso
- Perforacion uteria 9 casos
- Perforacion de salpínges 1
- Sin complicaciones 153 casos

COMPLICACIONES DEL GRUPO 1



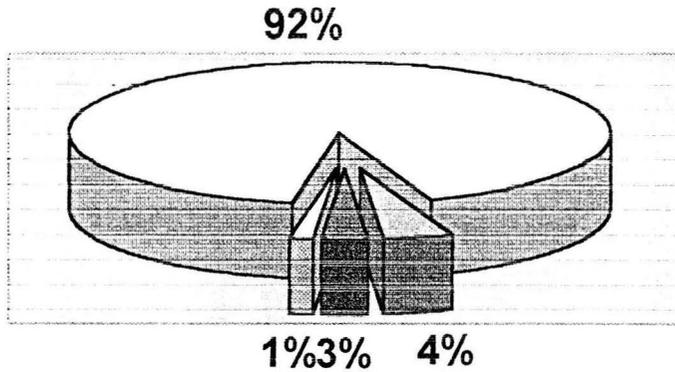
- Perforacion cervical en estenosis 1 caso
- Sin complicaciones 21 casos

COMPLICACIONES DEL GRUPO 2



- Perforacion en adherenciolisis 4 caos
- Perforacion en miomectomia 2 casos
- Perforacion de salpinge en recanalizacion con novy 1
- Sin complicaciones 63 casos

COMPLICACIONES DEL GRUPO 3



- Hemorragia 3 casos
- Perforación en miomectomía 2 casos
- Perforación en resección de tabique 1 caso
- sin complicaciones 66 casos

HOJA DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.

Nombre. _____

Número de afiliación. _____

Teléfono _____ Ciudad _____

Estado. _____

Edad. _____ Tiempo de vida conyugal _____ Tiempo de infertilidad _____

Fecha de Captación. _____

Fecha de procedimiento _____ Complicaciones Qx. _____

Laparoscopia agregada _____ Laparoscopia de control _____

Uso de material contraste. _____

ANTECEDENTES GINECO-OBTÉTRICOS.

Menarca. _____ Pubarca _____ Telarca _____ RITMO. _____

IVSA. _____ PAREJAS _____

GESTA. _____ PARA. _____ ABORTO _____ CESAREA _____

MÉTODO DE PPF. _____

TIEMPO DE EMPLEO _____

Fecha en que suspendió el método _____

USG Pélvico _____

HSG _____ Histerosonografía. _____

Tratamiento previo _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

México, D.F. _____ de _____ de
200 _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
HALLAZGOS HISTEROSCOPICOS EN PACIENTES CON INFERTILIDAD
PRIMARIA, SECUNDARIA Y PERDIDA GESTACIONAL REPETIDA con registro
ante el comité local de investigación con el
número _____

El objeto de este estudio es **Conocer las diferentes patologías que ocasionan infertilidad primaria y secundaria así como pérdidas gestacionales repetidas en pacientes de la unidad de medicina reproductiva del hospital Luis Castelazo Avala mediante el uso de histeroscopia.** Se me ha explicado que mi participación será **permitir se me realice el estudio histeroscópico diagnóstico y/o terapéutico de acuerdo con lo que los médicos investigadores juzguen necesario.** Declaro que se me ha informado ampliamente de los posibles riesgo, inconvenientes, molestias, complicaciones así como los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes, **podría presentarse dolor en el sitio del estudio así como ginecológico, perforación uterina en salpinges o cervical, infección urinaria, cervicovaginitis, los beneficios serian aportar información útil para el tratamiento de mi patología y su tratamiento durante el estudio de ser posible, así como los hallazgos del estudio podrán aportar información útil para el mejor entendimiento de mi enfermedad.**

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad que no se me identificara en las presentaciones publicas que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer de permanecer en el estudio.

Nombre de la paciente.

Nombre, matrícula y firma del investigador.

Testigo.

Testigo.