



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

“EXPERIENCIA DE 7 AÑOS EN CIRUGIA HISTEROSCOPIA
DE CONSULTORIO: CON TECNOLOGIA BIPOLAR”

TESIS

QUE PRESENTA EL

DR. ALEJANDRO OSCAR MANCERA PANTOJA.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

DR. JOSE ALANIS FUENTES



MÉXICO, D. F. 6 DICIEMBRE 2010.



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.

Titulo

Experiencia de 7 años, en Cirugía Histeroscópica en el consultorio con tecnología Bipolar.

Autores:

Dr. José Alanís Fuentes*, Oscar Alejandro Mancera Pantoja**, Jesús Gerardo Lara Figueroa***

*. Médico Adscrito al Servicio de Ginecología

Responsable de la Clínica de Histeroscopia.

Hospital General Dr. Manuel Gea González.

** Ginecólogo

Clínica de Histeroscopia.

Hospital General Dr. Manuel Gea González.

*** Médico Adscrito al Servicio de Ginecología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia:

Dr. José Alanís Fuentes.

Hospital Angeles del Pedregal

Camino a santa teresa 1055 consultorio 502, torre médica

Delegación Magdalena Contreras c.p. 10700

México D.F.

Correo electrónico josealanisfuentes@yahoo.com.mx

Nivel de evidencia II-3

Experiencia de 7 años, en Cirugía Histeroscópica en el consultorio con tecnología Bipolar.

Operative office hysteroscopy using Bipolar technology. Our experience in seven years.

RESUMEN

Objetivo: Valorar la utilidad de la cirugía histeroscópica en el consultorio, con el empleo de la tecnología bipolar. Se analizan las peculiaridades, los resultados y la tolerancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 7 años de actividades de la Clínica de Histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud en la Ciudad de México.

Se describe la técnica de realización con histeroscopio betocchi de 5.5 mm. en 1591 pacientes.

Resultados: La duración media de la técnica fue de 8 min. El procedimiento más frecuente fue la polipectomía. Sólo refirieron dolor significativo y/o síndrome vagal 0.75% de las pacientes.

Conclusiones: La tecnología Bipolar facilita la cirugía histeroscópica en el consultorio, y deja para el resectoscopio casos más seleccionados, con muy buena tolerancia por parte de la paciente.

PALABRAS CLAVE

Histeroscopia en el consultorio. Tolerancia. Tecnología bipolar .

ABSTRACT

Objective: To evaluate the utility of operative office hysteroscopy with the use of the bipolar electrosurgical system. We analyzed clinical characteristics, results and patient acceptability.

Material and methods: We performed a descriptive study of 1591 operative hysteroscopies, using an office hysteroscopic procedure with Bipolar technology; with a 5.5 mm rigid hysteroscope Bettocchi type.

Results: The mean operating time was 8 min. The most common procedure was polypectomy. Severe pain and/or vagal reflex occurred in less than 0.7% of the patients.

Conclusions: The Bipolar technology facilitates operative office hysteroscopy and allows resectoscopy to be reserved for the treatment of special cases. Patient acceptability is high.

KEY WORDS

Office hysteroscopy. Patient acceptability. bipolar technology.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace algunos años, la patología uterina intracavitaria, independientemente de su tamaño, precisaba para su tratamiento del empleo del resectoscopio, con la consiguiente necesidad de dilatación cervical, hospitalización y el empleo de anestesia-analgésia. En la última década se han desarrollado instrumentos de diámetros pequeños, con vainas flujo continuo altamente eficientes y con canales de trabajo, lo que permite la posibilidad de realizar actos quirúrgicos de manera ambulatoria¹⁻⁶.

Con el desarrollo de la energía bipolar se ha permitido la práctica quirúrgica muy y el empleo de la solución fisiológica como medio de distensión. Uno de los generadores más utilizados es el sistema electroquirúrgico bipolar Versapoint®, que consta de un generador de energía y tres tipos de electrodos diferentes (5-11).

Debido al desarrollo tecnológico en la actualidad, en específico dentro la histeroscopia ambulatoria, nos ofrece una gran cantidad de procedimientos que pueden realizarse en el mismo consultorio, y quedarían la minoría para el empleo del resectoscopio, como son la ablación-destrucción endometrial y la extirpación de grandes pólipos o miomas¹.

El propósito de este estudio es analizar los aspectos de resultados y la tolerancia del procedimiento de la histeroscopia quirúrgica en el consultorio empleando la energía Bipolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo de 1591 procedimientos quirúrgicos que se realizaron mediante histeroscopia en el consultorio con tecnología Versapoint®, que se llevaron a cabo entre el primero de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2009. Se analizan las características clínicas más representativas, la técnica quirúrgicas que se utilizaron, el tiempo operatorio, los efectos secundarios y la tolerancia. Todas las pacientes recibieron una explicación precisa sobre la prueba a realizar y firmaron el consentimiento informado.

Se utilizó un histeroscopio rígido flujo continuo, óptica tipo Hopkins de 2,8 mm con visión forooblicua de 30°, vaina de 5,5 mm y canal operatorio de 5 Fr, fibra óptica. Como medio de distensión se empleó solución fisiológica precalentada a 28°C, administrada con una bomba HAMOU II (Karl Storz, inc.) a una presión de

80mmHg con un volumen de 200ml por minuto y una presión de aspiración de 0.2 Bar.

Para la cirugía se utilizaron electrodos quirúrgicos tipo Twizzle. Dentro de las opciones de este generador se empleó el corte intermedio (VC2) a una potencia de 45 W.

En la Clínica de Histeroscopia todos los procedimientos se realizan sin anestésico alguno y se emplea la técnica de acceso por vaginoscopia :

El se inicia con una vaginoscopia, localización del orificio cervical externo pasando a través del canal endocervical hasta el orificio cervical interno donde se procede a girar el histeroscopio 45° para alinear la oblicuidad del orificio con lo oblicuo del histeroscopia para lograr un paso lo más atraumáticamente posible para acceder a la cavidad uterina de la siguiente manera: La cara anterior recesos cornuales, ostiums tubáricos y cara posterior uterinos. Se valoró la tolerancia de la paciente y la posibilidad de tratamiento definitivo en el mismo momento de acuerdo a el principio de ver y tratar (See and Treat) de acuerdo a las tendencias de la época según Bettocchi y Napio. (2)

La valoración del dolor se llevo al cabo mediante el uso de la escala visual análoga (EVA), donde 0 sería nada de dolor y 10 un dolor insoportable.

El análisis estadístico se realizó para las variables cualitativas mediante el test de la χ^2 .

RESULTADOS

Se han realizado 8281 histeroscopias de enero de 2003 a diciembre de 2009 en la consulta de la Clínica de Histeroscopia de nuestro hospital. En 131 casos no fue posible realizarla y se consideraron no satisfactorias

2363 fueron quirúrgicas y de estas en 1591 se utilizo energía bipolar. La edad media de las pacientes fue de 41.2 años (rango: de 15 a 86 años, 307 (19.2%) eran menopáusicas. No tuvimos ninguna predilección por alguna fase del ciclo para la realización del estudio.

Los procedimientos practicados se muestran en la tabla 1. El tamaño promedio de los pólipos fue de 0.5 cms a 5 cms. El tamaño promedio de los miomas fue de 1 a 4 cms.

La ampliación del canal cervical por estenosis y con adherencias fue resuelto con corte bipolar realizándose en 116 ocasiones.

A sugerencia nuestra, hubo 176 pacientes a las que se realizó más de un procedimiento quirúrgico para resolver su patología.

En 97 pacientes se realizaron 2 procedimientos y en 76 de ellas se practicaron 3 histeroscopias no pudiendo solucionar de forma definitiva su patología.

En relación a la tolerancia cabe especificar que el dolor fue catalogado de importante (> 5 en la EVA) en 9 casos reportándose como mala tolerancia y de estos en tres pacientes se presentó reflejo vasovagal que se recuperaron sin problema tras un período de observación en ningún caso superior a las 30 min. Tabla 2.

La duración promedio de los procedimientos fue de 8 min con rango mínimo de 4 minutos y en ningún caso superó los veinte minutos con una desviación estándar de 5.5.

DISCUSIÓN

El desarrollo tecnológico ha permitido que numerosas técnicas quirúrgicas que antes precisaban del uso del quirófano y el ingreso de la paciente a una cama de hospitalización, el hecho que se realicen en el consultorio con buenos resultados con muy buena tolerancia, nos hace recapacitar en el nombre que se emplea ya que no es una cirugía ambulatoria debido a que esta requiere quirófano y anestesia, debiéndose considerar a cirugía de consultorio.

La optimización de los recursos y de los tiempos de atención de las pacientes durante una consulta ofrece una calidad de atención de la mejor calidad de nuestras pacientes.

La duración del procedimiento depende, obviamente, de muchos factores; la variabilidad anatómica de las mismas pacientes, la experiencia del cirujano, y la complejidad de la patología a tratar.

Se requiere de un adiestramiento adecuado, el procedimiento fue aceptado muy bien, el porcentaje de pacientes que refirieron dolor significativo y/o síndrome vagal no superó al 0.75%, y en ningún caso precisaron de tratamiento o cuidados especiales.

Un claro ejemplo de la buena tolerancia es el hecho de que algunas pacientes desearan una segunda y hasta una tercera histeroscopia en consulta para resolver su patología de forma definitiva y no tener que recurrir al ingreso hospitalario ni de

quirófano. Se resolvió el padecimiento en 1015 pacientes (85.2%) de las pacientes durante el primer procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marelo F, et al. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode. *Hum Reprod.* 2002;17:2435-8.
2. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does "diagnostic hysteroscopy" mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15:303-8.
3. Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42: 276-89.
4. Bettocchi S, Di Venere R, Pansini N, Pellegrino A, Santamato S, Ceci O. Endometrial biopsies using small diameter hysteroscopes and 5F instruments: how can we obtain enough material for a correct histologic diagnosis? *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:290-2.
5. Guida M, Pellicano M, Zullo F, Acunzo G, Lavitola G, Palomba S, et al. Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: a prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious sedation. *Hum Reprod.* 2003;18:840-3.
6. Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:65-9.
7. Vilos GA. Intrauterine surgery using a new coaxial bipolar electrode in normal saline solution (Versapoint): a pilot study. *Fertil Steril.* 1999;72:740-3.
8. Clark TJ, Mahajan D, Sunder P, Gupta JK. Hysteroscopic treatment of symptomatic fibroids using bipolar intrauterine system: a feasibility study. *Eur J Gynecol Reprod Biol.* 2002; 100:237-42.
9. Golan A, Sagiv R, Berar M, Ginath S, Glezerman M. Bipolar electrical energy in physiologic solution. A revolution in operative hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001;8:252-8.
10. Kung RC, Vilos GA, Thomas B, Penkin B, Zaltz AP, Stabinsky SA. A new bipolar system for performing operative hysteroscopy in normal saline. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999;6:331-6.
11. Marwah V, Bhandari SK. Diagnostic and interventional microhysteroscopy with use of the coaxial bipolar electrode system. *Fertil Steril.* 2003;79:413-7.

Tabla 1. Procedimientos realizados.

	FRECUENCIA	%	% ACUMULADO
Adherensiolisis	116	7,3	7,3
Coagulación	2	,1	7,4
Miomectomia	570	35,8	43,2
OPPium	111	7,0	50,2
Septo uterino	4	,3	50,5
Polipectomia	788	49,8	100,0
Total	1591	100,0	

Tabla 2. Tolerancia

	Número	%
Excelente	1190	74.79
Buena	353	22.18
Regular	39	3.2
Mala	9*	0.75
TOTAL	1591	

*Tres pacientes presentaron reflejo vagal.