

**CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE
EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL
CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017**

HEROLD BLANDON PATERNINA

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2017**

**CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE
EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL
CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017**

HEROLD BLANDON PATERNINA
Ginecología y Obstetricia

TUTORES

RAFAEL PADRON BURGOS
MD. Esp. Ginecología Laparoscópica

ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON
MD. M. Sc. Salud Pública

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.
2017

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., Noviembre de 2017

Cartagena, Noviembre de 2017

Doctora

VIRNA CARABALLO OSORIO

Jefa Departamento de Postgrado y Educación Continua

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin el dar a conocer la nota cuantitativa y cualitativa del proyecto de investigación a cargo del residente de ginecología y obstétrica **HEROLD BLANDON PATERNINA**, bajo mi asesoría; el trabajo se titula: **“CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017”**.

Nota cualitativa:

Nota cuantitativa:

Atentamente,

RAFAEL PADRON BURGOS
Docente de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Noviembre de 2017

Doctor
ZENÉN CARMONA MEZA
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial saludo.

Por medio de la presente, autorizo que nuestro trabajo de investigación titulado: **“CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017”**, Realizado por **HEROLD BLANDON PATERNINA**, bajo la tutoría de los doctores **RAFAEL PADRÓN BURGOS** y **ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON**, sea digitalizado y colocado en la web en formato PDF, para la consulta de toda la comunidad científica. Lo anterior es exigencia de la rectoría de la Universidad de Cartagena según circular 021 de la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Cartagena del 28 de agosto del 2012.

Atentamente,

HEROLD BLANDON PATERNINA
Residente de Ginecología y Obstetricia
C.C. 73207831

RAFAEL PADRON BURGOS
Docente de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Noviembre de 2017

Doctor
ZENÉN CARMONA MEZA
Jefe Departamento de Investigaciones
Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena
L. C.

Cordial saludo.

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual del trabajo de investigación de nuestra autoría titulado: **“CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017”** a la Universidad de Cartagena para la consulta y préstamos a la biblioteca únicamente con fines académicos y/o investigativos descartándose cualquier fin comercial, permitiendo de esta manera su acceso al público.

Hago énfasis de que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

HEROLD BLANDON PATERNINA
Residente de Ginecología y Obstetricia
C.C. 73575417

RAFAEL PADRON BURGOS
Docente de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Noviembre de 2017

Doctor

ZENÉN CARMONA MEZA

Jefe Departamento de Investigaciones

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

Con el fin de optar por el título de: **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, he presentado a la Universidad de Cartagena el trabajo de grado titulado: **“CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017”**.

Por medio de este escrito autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido a la Universidad de Cartagena para situar en la biblioteca un ejemplar del trabajo de grado, con el fin de que sea consultado por el público. Igualmente autorizo en forma gratuita y por tiempo indefinido a publicar en forma electrónica o divulgar por medio electrónico el texto del trabajo en formato PDF con el fin de que pueda ser consultado por el público.

Toda persona que consulte ya sea en la biblioteca o en medio electrónico podrá copiar apartes del texto citando siempre la fuente, es decir el título y el autor del trabajo. Esta autorización no implica renuncia a la facultad que tengo de publicar total o parcialmente la obra. La Universidad no será responsable de ninguna reclamación que pudiera surgir de terceros que reclamen autoría del trabajo que presento. Lo anterior es exigencia de la rectoría de la Universidad de Cartagena según circular 021 de la vicerrectoría académica de la Universidad de Cartagena del 28 de agosto del 2012

Atentamente,

HEROLD BLANDON PATERNINA
Residente de Ginecología y Obstetricia
C.C. 73207831

RAFAEL PADRON BURGOS
Docente de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartagena

Cartagena, Noviembre de 2017

Señores

REVISTA CIENCIAS BIOMÉDICAS

Facultad de Medicina

Universidad de Cartagena

L. C.

Es mi deseo que el informe final del trabajo de grado: **“CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017”**, Que realizado en conjunto con mis asesores y del cual los abajo firmantes somos autores:

SI, sea considerado, evaluado editorialmente y revisado por pares y publicado en la REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS, órgano de información científica de la Facultad de MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

NO, sea considerado, evaluado editorialmente y revisado por pares y publicado en la REVISTA CIENCIAS BIOMEDICAS, órgano de información científica de la Facultad de MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

HEROLD BLANDON PATERNINA
Residente de Ginecología y Obstetricia
C.C. 73207831

RAFAEL PADRON BURGOS
Docente de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartagena

ENRIQUE CARLOS RAMOS CLASON
Docente del departamento de Investigaciones
Universidad de Cartagena

AGRADECIMIENTOS

*A Dios por darme Fortaleza
A Hanna y Emilio que son esa Fortaleza...*

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno que declarar

FINANCIACIÓN: Recursos propios de los autores

CARACTERIZACIÓN DE LA HISTEROSCOPIA COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN ENDOMETRIAL EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO DURANTE LOS MESES DE DICIEMBRE DE 2016 A MAYO DE 2017

Blandón Paternina Herold (1)

Padrón Burgos Rafael (2)

Ramos Clason Enrique Carlos (3)

(1) Médico. Residente III año Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(2) Médico. Esp. Ginecología y Obstetricia, Esp. Ginecología Laparoscópica. Docente del programa de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

(3) Médico. M. Sc. Salud Pública. Docente del Departamento de Investigaciones. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Coordinador de Investigaciones de Posgrados Médico-Quirúrgicos. Universidad del Sinú, seccional Cartagena.

RESUMEN:

Introducción: La histeroscopia es el estándar de oro para la evaluación y manejo de las patologías endometriales, siendo posible su realización con fines diagnósticos y terapéuticos. Operativamente la histeroscopia puede realizarse bajo anestesia y ofical, esta última no requiere uso de anestesia, ni sala de cirugía, con una efectividad similar a la técnica bajo anestesia. En Colombia, se tienen pocos datos de experiencia clínica publicados acerca de Histeroscopia.

Objetivo: Caracterizar la Histeroscopia como método de Evaluación endometrial en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo durante los meses de Diciembre de 2016 a Mayo de 2017.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal. La población fue constituida por todas las pacientes mayores de 18 años a las cuales se les realizó histeroscopia en CMRC entre Diciembre de 2016 y Mayo 2017. Las pacientes se seleccionaron de los registros de histeroscopias realizadas en la CMRC en el periodo de estudio y las variables fueron obtenidas de los reportes ecográficos, histeroscópicos y patológicos y de información consignada en la historia clínica.

Resultados: Se identificaron 110 pacientes, de las cuales se excluyeron 15 por no contar con datos completos en la historia clínica. De las 95 pacientes analizadas a 45 se les realizó histeroscopia ofical, 50 bajo anestesia, media de tiempo de 8 y 10 minutos, sin evidencia de complicaciones, mayor tendencia a ofical en pacientes multigestantes o múltiparas. Los principales hallazgos histeroscópicos fueron en oficales los pólipos 64,4%, miomas submucosos 22,2%, mientras en las bajo anestesia fueron pólipos 56%, miomas 32%,. Se realizó histeroscopia terapéutica en 55.6% de las oficales y 84% de

las bajo anestesia, siendo la resección de pólipos el principal procedimiento en ambos grupos con 80% y 59.5%, mientras que la miomectomía se realizó en 21.4% de las bajo anestesia y 0% de las oficinales. Se evaluó la coincidencia de ecografía previa con hallazgo histeroscópico encontrando en histeroscopias diagnósticas 75% y 100% para miomas y pólipos y en las terapéuticas 34.8% y 88% para miomas y pólipos.

Conclusiones: No hay diferencias clínicas relevantes entre los hallazgos histeroscópicos oficinales y bajo anestesia. Este estudio resalta la utilidad del procedimiento histeroscópico como método diagnóstico y terapéutico de la patología endometrial.

Palabras clave: Histeroscopia oficinale, Histeroscopia bajo anestesia, endometrio, pólipos, miomas submucosos.

SUMMARY

Introduction: Hysteroscopy is the gold standard for the evaluation and management of endometrial pathologies, being possible for diagnostic and therapeutic purposes. Operationally, hysteroscopy can be done under anesthesia and office, the latter does not require anesthesia, nor the operating room, with an effectiveness similar to the technique under anesthesia. In Colombia, there are few published clinical experience data on Hysteroscopy.

Objective: To characterize Hysteroscopy as an endometrial evaluation method in the Rafael Calvo Maternity Clinic during the months of December 2016 to May 2017.

Methods: A transverse descriptive observational study was performed. The population was constituted by all patients older than 18 years who underwent hysteroscopy at CMRC between December 2016 and May 2017. Patients were selected from hysteroscopy records performed at the CMRC in the study period and the variables were obtained from ultrasound, hysteroscopic and pathological reports and information recorded in the medical record.

Results: We identified 110 patients, 15 of whom were excluded because they did not have complete data in the medical records. Of the 95 patients analyzed, 45 were submitted to office hysteroscopy, 50 under anesthesia, mean time of 8 and 10 minutes, with no evidence of complications, greater tendency to postoperative in multi- or multiparous patients. The main hysteroscopic findings were in office the polyps 64.4%, submucous myomas 22.2%, while in the under anesthesia were polyps 56%, myomas 32%. Therapeutic hysteroscopy was performed in 55.6% of the offices and 84% of the ones under anesthesia, with polyp resection being the main procedure in both groups with 80% and 59.5%, while myomectomy was performed in 21.4% of the patients under anesthesia and 0% of the office. The coincidence of previous ultrasonography with hysteroscopic findings was found in diagnostic hysteroscopies, 75% and 100% for myomas and polyps, and in the therapeutic ones 34.8% and 88% for myomas and polyps

Conclusions: There are no relevant clinical differences between the hysteroscopic findings and under anesthesia. This study highlights the usefulness of the hysteroscopic procedure as a diagnostic and therapeutic method for endometrial pathology.

Keywords: Office hysteroscopy, Hysteroscopy under anesthesia, endometrium, polyps, submucous myomas.

INTRODUCCIÓN

La Histeroscopia es el estándar de oro para la evaluación de la patología de la cavidad endometrial (1), indicado como herramienta evaluativa, diagnóstica y terapéutica ante sospecha de anomalías estructurales de endometrio, vagina y cuello uterino, el cual no requiere habilidades y técnicas específicas quirúrgicas, de fácil aprendizaje y catalogado como procedimiento de rutina (1, 2).

Este procedimiento puede ser diagnóstico o terapéutico; la primera permite visualizar el canal cervical, la cavidad endometrial y el ostium de las trompas de Falopio. En caso que se requiera tratamiento la histeroscopia puede ser quirúrgica, utilizando finos instrumentos de disección y corte mecánico, así como instrumentos para electrocirugía o laser para tratar la patología intracavitaria y realizar procedimientos de esterilización Histeroscópica (3). Operativamente la histeroscopia puede realizarse bajo anestesia general o regional llamada también quirúrgica, sin embargo desde dos décadas ha venido cobrando fuerza la práctica de la histeroscopia sin anestesia denominada también ofical (4).

A nivel mundial, uno de cada diez pacientes sufre un evento adverso asociado a la hospitalización médica en los países desarrollados, según datos de la Organización Mundial de la Salud, dichos eventos son a causa de estancias hospitalarias prolongadas, donde a menudo existen alternativas de tratamiento ambulatorio, mínimamente invasiva y con igual efectividad quirúrgica, siendo el caso de la Histeroscopia Ofical (5).

La Histeroscopia Ofical, ha sido proyectada como un procedimiento ambulatorio, para el tratamiento de las patologías uterinas intracavitarias, teniendo igual efectividad en el 90% de los casos que la Histeroscopia bajo anestesia (5), asumiendo como ventajas el no requerimiento de un quirófano, hospitalización y anestesia general o locorregional, (5, 6). En comparación con las pacientes a las

que se les practica una Histeroscopia operatoria, las mujeres que se manejan de forma ambulatoria requieren menos días de incapacidad (0.8 vs 3.3 días), presentan una menor pérdida de ingresos económicos por su reincorporación pronta a sus actividades laborales y disminuyen los asociados traslados hacia la unidad médica (7).

En Colombia, se tienen pocos datos de experiencia clínica publicados acerca de Histeroscopia. En Bogotá, durante los años 2013 a 2015, se realizó un estudio sobre Histeroscopia Ofical con una muestra de 290 pacientes, concluyéndose como procedimiento a realizarse a cualquier edad, incluyendo menopáusicas (edad mediana 46 años, 35% menopáusicas), independiente de su estatus de paridad (80% antecedente de parto vaginal, 8.2% nulíparas), siendo bien tolerado (tasa de fracaso 14,8% por estenosis cervical), con una tasa muy baja de complicaciones (leve dolor 83%) (8).

El objetivo del presente estudio fue mostrar las características poblacionales, las indicaciones del procedimiento y comparar hallazgos ecográficos, histeroscópicos y complicaciones por técnica bajo anestesia u ofical.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal, en el que se tomó como población sujeto de estudio a todas las mujeres de 18 años o mayores en edad reproductiva y postmenopáusicas, ingresadas en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo para procedimiento de Histeroscopia en los Meses Comprendidos de Diciembre de 2016 a Mayo de 2017. Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta pacientes en estado de embarazo confirmado por β -hCG cualitativa en suero u orina, con antecedente de patología neoplásica conocida que comprometa cavidad endometrial, cuello uterino o vagina, aquellas con inestabilidad hemodinámica, sangrado activo abundante por genitales externos e infecciones locales no tratadas al momento del procedimiento de Histeroscopia y las que

tuvieran ausencia de reportes ecográficos, patológicos o descriptivos del procedimiento.

Dentro de las variables que se midieron en la muestra de estudio se encuentran la edad, procedencia, antecedentes patológicos relevantes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemia de células falciformes, lupus eritematoso sistémico u otra enfermedad autoinmune, motivo de consulta clínico o hallazgo ecográfico que motiva el procedimiento, hallazgos histeroscópicos, necesidad de uso de anestesia, duración del procedimiento y complicaciones como sangrado, dolor, fiebre o reingreso y diagnóstico patológico. Las pacientes se seleccionaron de los registros de histeroscopias realizadas en la CMRC en el periodo de estudio y las variables fueron obtenidas de los reportes ecográficos, histeroscópicos y patológicos y de información consignada en la historia clínica.

El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión según criterios de normalidad estimado por prueba de Shapiro Wilk en variables cuantitativas como pruebas de hipótesis en variables cualitativas se aplicaron el test de χ^2 o el Test exacto de Fisher según fuera necesario, en variables cuantitativas se utilizó la prueba de Mann Whitney por la naturaleza no paramétrica de las variables.

RESULTADOS

Entre diciembre de 2016 y mayo de 2017 se realizaron en la CMRC 110 histeroscopias de estas se excluyeron 15 pacientes por tener información incompleta en la historia clínica o ausencia de reportes ecográficos, en total se analizaron 95 pacientes. De estos últimos a 50 se les realizó la histeroscopia bajo anestesia y en 45 pacientes el procedimiento fue ofical. La mediana de tiempo de duración del procedimiento fueron 8 minutos en las oficales (RIC= 5 -10) y 10

minutos en las quirúrgicas (RIC= 6 - 15), ninguna paciente presentó complicaciones.

El promedio de edad de las pacientes fue de 43,8 años (DE=8,8) en el grupo oficial y 44,2 (DE=15) en el de histeroscopias bajo anestesia, con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos se encontró mayor antecedente de gestación en las pacientes con procedimientos oficiales con mediana de 4 (RIC=3 - 5) que las bajo anestesia con mediana de 2 (RIC= 0 - 4), $p=0,0040$, de la misma manera se observaron mayor frecuencia de partos con medianas de 3 y 0 respectivamente entre los grupos de estudio, $p=0,0014$. La procedencia fue más frecuentemente Cartagena en más del 90% de los casos en ambos grupos, dentro de los antecedentes personales se encontraron la hipertensión arterial en 17,4% y 24% de los grupos oficiales y quirúrgicos y la Diabetes mellitus en el 4% de las pacientes con histeroscopias bajo anestesia, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la procedencia ni antecedentes patológicos, Tabla 1.

Los motivos de consulta referidos por las pacientes sometidas a procedimientos oficiales fueron sangrado pre menopáusico con 42,2%, seguido por hallazgos ecográficos en 33,3% y dismenorrea en 24,2%; por su parte en las histeroscopias bajo anestesia los motivos de consulta fueron sangrado pre menopáusico en 44%, seguido por el sangrado posmenopáusico y 24% y en 22% por hallazgos de la ecografía. Los hallazgos ecográficos identificados en los pacientes con histeroscopias oficiales y bajo anestesia fueron los miomas submucosos con 42,2% y 32% respectivamente, $p=0,4144$, mientras que los pólipos se observaron en 15,5% y 42%, en los grupos respectivos con valor $p=0,0092$, otros hallazgos no significativos fueron el engrosamiento endometrial, el hematometra y la alteración anatómica, Tabla 1.

Los hallazgos histeroscópicos fueron en orden de frecuencia en los procedimientos oficiales los pólipos con 64,4%, miomas submucosos 22,2%,

sinequias 20%, estenosis cervical 17,8%, atrofia 13,3% e Itsmocele 4,4%; por su parte en los procedimientos bajo anestesia fueron los pólipos 56%, miomas 32%, atrofia 20%, estenosis cervical 16%, sinequia 12% e Itsmocele en 4%, no hubo diferencias estadísticas entre estas frecuencias por tipo de procedimiento, Figura 1.

Teniendo en cuenta el objetivo de la histeroscopia en diagnóstica o terapéutica, se encontró que la histeroscopia terapéutica se realizó en 55,6% de los procedimientos oficinales y en 84% de los realizados bajo anestesia, Figura 2. Al comparar la frecuencia de los procedimientos histeroscópicos terapéuticos por uso realización oficinale o bajo anestesia, se encontró mayor frecuencia de resección de pólipos en ambos tipos de procedimiento con 80% y 59,5% respectivamente, $p=0,1446$; por su parte la Miomectomía tuvo una distribución respectiva en los grupos de 0 % y 21,4%, $p=0.0344$; la liberación de Sinequias, el retiro de DIU y otros procedimientos no mostraron una diferencia estadísticamente significativa, Tabla 2.

Los principales hallazgos histeroscópicos fueron en oficinales los pólipos 64,4%, miomas submucosos 22,2%, mientras en las bajo anestesia fueron pólipos 56%, miomas 32%,. Se realizó histeroscopia terapéutica en 55,6% de las oficinales y 84% de las bajo anestesia, siendo la resección de pólipos el principal procedimiento en ambos grupos con 80% y 59,5%, mientras que la miomectomía se realizó en 21,4% de las bajo anestesia y 0% de las oficinales.

Un análisis similar al anterior, consistió en comparar los hallazgos ecográficos previos con los histeroscópicos según objetivo diagnóstico o terapéutico de este procedimiento, el cual mostró en los pacientes sometidos a histeroscopia diagnóstica que del total de ecografías que reportaban miomatosis o pólipos la histeroscopia mostro el mismo diagnóstico en 75% y 100% respectivamente; por su parte en las pacientes sometidas a histeroscopia terapéutica fue de 34,8% y 88%, Tabla 3.

DISCUSIÓN

La histeroscopia por vaginoscopia es un procedimiento de aparición reciente, asociado a la introducción del histeroscopio de Betocchi en 1997 (4), con un auge en su realización hace cinco años en la ciudad de Cartagena. La edad de realización del procedimiento ha sido descrita por diversos autores en el mundo hacia la 4^o y 5^a década de la vida (5, 6, 9), este hallazgo es similar a lo descrito en el presente estudio donde el promedio de edad se ubicó a los 44 años en ambos grupos. La procedencia urbana y los antecedentes de HTA y DM son similares a los descritos por la literatura mundial.

Con respecto a los antecedentes ginecobstétricos de las pacientes evaluadas en este estudio se encontró mayor número de gestaciones y paridad en el grupo de histeroscopias oficinales que en las realizadas quirúrgicamente, este hallazgo es consistente con lo mostrado en Bogotá por Meisel y Caicedo (8), quienes encontraron una alta proporción de multíparas a quienes se le realizó la histeroscopia oficinale, reservando la baja anestesia para las nuligestantes, nulíparas, primigestantes o primíparas. Lo anterior puede deberse que para la realización de una Histeroscopia oficinale se tiende a evitar la selección de pacientes ansiosas o con poca experiencia en procedimientos ginecobstétricos y así disminuir el riesgo de falla en el procedimiento (10, 11).

Las indicaciones de histeroscopia determinadas en este estudio por el motivo de la consulta que originó la solicitud del procedimiento mostró como principal causa el sangrado uterino anormal, siendo similar a los encontrados en diversos estudios descriptivos desarrollados en Francia (6), Holanda (9), Canadá (12) y Colombia (8). Por su parte el hallazgo histeroscópico más frecuente fueron los pólipos endometriales, seguido por Miomas submucosos para ambos grupos, lo cual es consistente con lo descrito por diversos autores en el mundo (5, 6, 9, 12). La duración del procedimiento también mostró un comportamiento similar para ambos grupos y comparado con otros estudios mundiales, pero fue levemente inferior en

dos minutos que el reportado en Holanda por Van Kerkvoorde et al que ascendió a los 11.9 minutos (9). Finalmente en nuestro estudio la frecuencia de complicaciones fue nula, esto es ligeramente diferente a los hallazgos de Van Kerkvoorde et al (9) y Capmas et al (6), que mostraron una frecuencia baja de complicaciones del 7% y 0.05% consistentes en dolor, reflejo vasovagal o sangrado; lo anterior sugiere que el procedimiento histeroscópico es relativamente seguro independientemente de su tipo de realización.

Al evaluar el objetivo del procedimiento se encontró mayor realización de histeroscopia terapéutica en las pacientes en quienes se realizó procedimiento bajo anestesia mientras que en las oficinales el procedimiento terapéutico tuvo proporción similar al diagnóstico. Por otro lado el principal procedimiento terapéutico histeroscópico fue la resección de pólipo para los grupos oficinales y bajo anestesia, esto es consistente con lo descrito en Portugal que describió a la histeroscopia como un procedimiento seguro y efectivo para la extracción de masas uterina de hasta 5 cm de diámetro (5), otros procedimientos frecuentes en nuestro estudio fueron la liberación de Sinequias y miomectomía, este último se realizó más frecuentemente en los procedimientos bajo anestesia muy posiblemente al mayor tiempo quirúrgico requerido o a la necesidad de uso de electrocirugía para esta resección (13).

Con respecto a la observación del mismo diagnóstico por ecografía previa y por histeroscopia se observaron proporciones similares a la literatura general de más del 80%, lo anterior refuerza las propiedades diagnósticas ecográficas que han descrito otros autores con una sensibilidad y especificidad del 80% y 69%, respectivamente, para miomas y pólipos (14, 15).

Las limitaciones de este estudio son las propias de un estudio retrospectivo, con una población pequeña, pero al tratarse del primer estudio de muestra los resultados histeroscópicos en la región caribe colombiana, se constituye en la base para futuros estudios prospectivos y analíticos en este campo.

CONCLUSION

No hay diferencias clínicas relevantes entre los hallazgos histeroscópicos oficinales y bajo anestesia. Este estudio resalta la utilidad del procedimiento histeroscópico como método diagnóstico y terapéutico de la patología endometrial. Se recomienda el desarrollo de investigaciones prospectivas donde evalúen de manera directa los procesos en el contexto de la histeroscopia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Laberge P, Leyland N, Murji A, Fortin C, Martyn P, Vilos G, et al. Endometrial Ablation in the Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 37(4):362-76.
2. Ellessawy M, Skrzypczyk M, Eckmann-Scholz C, Maass N, Mettler L, Guenther V, et al. Integration and validation of hysteroscopy simulation in the surgical training curriculum. *Journal of surgical education*. 2017;74(1):84-90.
3. Technology Assessment No. 7: Hysteroscopy. *Obstetrics & Gynecology*. 2011;117(6):1486-91.
4. Carvajal M, Pérez M, Miranda V, Carvajal A. Vaginohisteroscopia en consultorio: histeroscopia de Bettocchi, nueva técnica de diagnóstico y tratamiento ginecológico. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2008;19(3):220-5.
5. Mairos J, Di Martino P. Office Hysteroscopy. An operative gold standard technique and an important contribution to Patient Safety. *Gynecological surgery*. 2016;13(2):111-4.
6. Capmas P, Pourcelot A-G, Giral E, Fedida D, Fernandez H. Office hysteroscopy: A report of 2402 cases. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016;45(5):445-50.
7. Goycoolea JP, Rojas I. Histeroscopia diagnóstica: rendimiento en el estudio de la metrorragia e inocuidad ante un eventual cáncer de endometrio, revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2007;72(3):190-6.
8. Meisel A, Caicedo L. Office Hysteroscopy, a 21st Century Technology Applied to a Developing Country in Latin America. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2015;22(6):S226.
9. Van Kerkvoorde T, Veersema S, Timmermans A. Long-term complications of office hysteroscopy: analysis of 1028 cases. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2012;19(4):494-7.
10. Carta G, Palermo P, Marinangeli F, Piroli A, Necozone S, De Lellis V, et al. Waiting time and pain during office hysteroscopy. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2012;19(3):360-4.

11. Di Spiezio Sardo A, Taylor A, Tsirkas P, Mastrogamvrakis G, Sharma M, Magos A. Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5,000 outpatient hysteroscopies. *Fertility and sterility*. 2008;89(2):438-43.
12. Kayatas S, Meseci E, Tosun OA, Arinkan SA, Uygur L, Api M. Experience of hysteroscopy indications and complications in 5,474 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2014;41(4):451-4.
13. Ferreiro Trigo P, Gámez Alderete F, Escribano Tórtola J. Avances en el diagnóstico ecográfico de la patología intracavitaria uterina. Comparación entre ecografía e histeroscopia. *Cienc ginecol*. 2006:69-78.
14. Mahmud A, Smith P, Clark J. The role of hysteroscopy in diagnosis of menstrual disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2015;29(7):898-907.
15. Breitkopf DM, Frederickson RA, Snyder RR. Detection of benign endometrial masses by endometrial stripe measurement in premenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(1):120-5.

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas, hallazgos ecográficos e histeroscópicos estratificado por tipo de histeroscopia

	OFICINAL N=45 n (%)	BAJO ANESTESIA N=50 n (%)	Valor p
Edad	43,8 ± 8,8	44,2 ± 15,0	0,8830
Antecedentes ginecobstétricos			
G	4 (3 - 5)	2 (0 - 4)	0,0040
P	3 (1 - 4)	0 (0 -3)	0,0014
A	0 (0-1)	0 (0-1)	0,7311
C	0 (0-1)	0 (0-1)	0,5231
O	0 (0-0)	0 (0-0)	0,3428
Procedencia Cartagena	42 (93,3)	46 (92,0)	0,8980
Antecedentes patológicos			
HTA	8 (17,8)	12 (24,0)	0,6255
DM	0 (0,0)	2 (4,0)	0,5220
ACF	0 (0,0)	0 (0,0)	--
LES	0 (0,0)	0 (0,0)	--
Ninguno	22 (48,9)	19 (38,0)	0,3878
Motivo de consulta			
Sangrado pre menopáusico	28 (62,2)	22 (44,0)	0,1168
Sangrado pos menopáusico	5 (11,1)	12 (24,0)	0,9080
Dismenorrea	11 (24,2)	6 (12,0)	0,1991
Dolor pos menopáusico	4 (8,9)	6 (12,0)	0,8754
Infertilidad	0 (0,0)	3 (6,0)	0,2791
Retiro de DIU	0 (0,0)	4 (8,0)	0,1536
Por ecografía	15 (33,3)	11 (22,0)	0,3158
Hallazgos ecográficos			
Mioma	19 (42,2)	16 (32,0)	0,4144
Pólipo	7 (15,5)	21 (42,0)	0,0092
Hematómetra	6 (13,3)	2 (4,0)	0,2073
Alteración Anatómica	1 (2,2)	5 (10,0)	0,4210
Hallazgos Histeroscópicos			
Miomas	10 (22,2)	16 (32,0)	0,4013
Pólipos	29 (64,4)	28 (56,0)	0,5322
Sinequia	9 (20,0)	6 (12,0)	0,4319
Atrofia	6 (13,3)	10 (20,0)	0,5505
Itsmocele	2 (4,4)	2 (4,0)	0,6777
Estenosis Cervical	8 (17,8)	8 (16,0)	0,9677
Duración histeroscopia	8 (5-10)	10(6-15)	0,2531
Complicaciones	0 (0,0)	0 (0,0)	---

Tabla 1. Comparación de frecuencia de procedimientos histeroscópicos terapéuticos por uso de anestesia

PROCEDIMIENTOS EN HISTEROSCÓPIAS TERAPEUTICAS	OFICINAL N=25	BAJO ANESTESIA N=42	Valor p
Resección de pólipos	20 (80,0)	25 (59,5)	0,1446
Miomectomía	0 (0,0)	9 (21,4)	0,0344
Liberación de Sinequias	4 (16,0)	6 (14,3)	0,8685
Retiro de DIU	0 (0,0)	4 (9,5)	0,2912
Otras	1 (4,0)	1 (2,4)	0,7119

Tabla 2. Comparación de los hallazgos ecográficos e histeroscópicos estratificado por tipo de histeroscopia

HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS	HALLAZGOS ECOGRAFICOS							
	DIAGNOSTICA N=28				TERAPEUTICA N=67			
	Mioma N=12	Pólipo N=3	Engrosamiento N=7	Normal N=3	Mioma N=23	Pólipo N=25	Engrosamiento N=13	Normal N=7
Miomas	9(75,0)	1(33,3)	1 (14,3)	1(33,3)	8 (34,8)	7 (28,0)	3 (23,1)	0 (0,0)
Pólipos	3(25,0)	3 (100)	2 (28,6)	2(66,6)	16 (69,6)	22 (88,0)	10 (76,9)	5(71,4)
Sinequia	2(16,7)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	6 (26,1)	1 (4,0)	0 (0,0)	3(42,9)
Atrofia	1 (8,3)	0 (0,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	3 (13,0)	2 (8,0)	5 (38,5)	2(28,6)
Itsmocele	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1(14,3)
Estenosis Cervical	2(16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	4 (16,0)	4 (30,8)	2(28,6)

FIGURAS

Figura 1. Frecuencia de hallazgos histeroscópicos por tipo de procedimiento

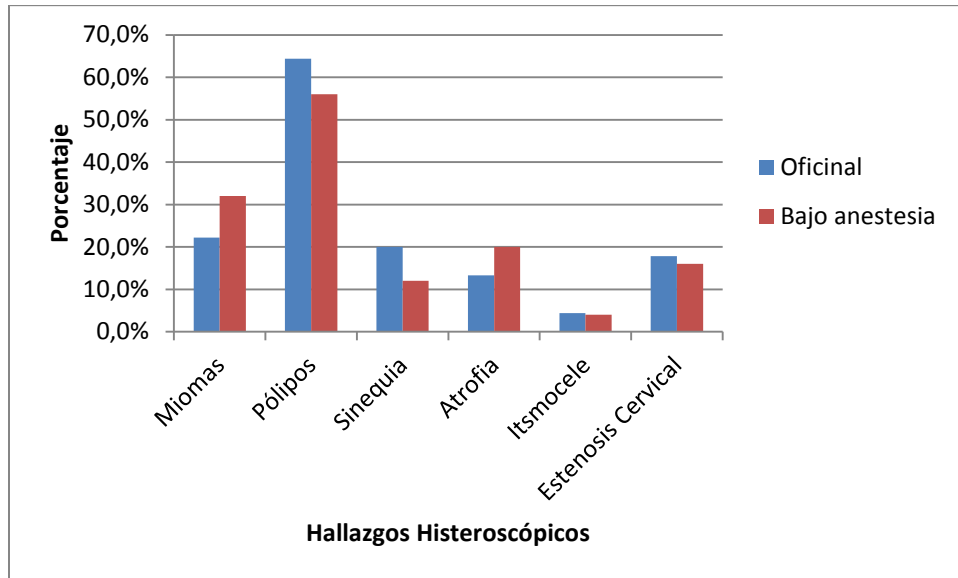


Figura 2. Frecuencia de histeroscopias diagnósticas y terapéuticas Según utilización de anestesia

