

Miomectomía histeroscópica usando el resectoscopio ginecológico.

Informe de un caso

Hysteroscopic myomectomy with the use of the gynecologic resectoscope. Case report and review.

.....
*Carlos Rafael Alverto Suazo**
.....

RESUMEN. La miomatosis uterina afecta a un 20 a 25 por ciento de las mujeres y su tratamiento en pacientes sintomáticas ha sido tradicionalmente la miomectomía o histerectomía mediante laparotomía. En la actualidad ha cobrado mucha popularidad la vía transcervical histeroscópica para el manejo de miomas submucosos. Se presenta el caso de una paciente de 42 años, con historia de menorragia de varios meses de evolución y presencia de mioma submucoso, diagnosticado por ultrasonido transvaginal e histeroscopia diagnóstica, quien fue sometida a miomectomía histeroscópica, usando el resectoscopio ginecológico. No hubo ninguna complicación trans ni postoperatoria. Se presenta la técnica y se revisa la literatura al respecto.

Palabra clave: *Histeroscopia. Miomectomía.*

ABSTRACT. Uterine leiomyomata affects 20 to 25 per cent of women and has been traditionally treated in symptomatic patients by myomectomy or hysterectomy via paparotomy. Actually, the transcervical

approach is becoming popular for the management of submucous lesions. Here a case is presented of a 42 years old patient, with a clinical history of menorrhagia and a submucous myoma diagnosed by transvaginal sonography and diagnostic hysteroscopy. This patient underwent a hysteroscopic myomectomy with the use of a gynecologic resectoscope and there were no perioperative complications. The is surgical technique presented and a literature review.

Keywords. *Hysteroscopy. Myomectomy.*

INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es una entidad que afecta a un 20 a 25 por ciento de la población femenina en edad reproductiva. La sintomatología dependerá del tipo de miomas presentes en el útero, que como bien es sabido son de tres tipos: Subserosos, Intramurales y Submucosos. Los primeros generalmente se asocian con dolor pélvico crónico, dismenorrea secundaria y sensación de pesadez pélvica. Los miomas submucosos, que pueden ser pedunculados o sesiles, están relacionados con infertilidad y sangrado uterino anormal, particularmente menorragia, la cual puede llegar a ser tan severa como para producir

* Ginecólogo. Hospital y Clínicas Viera.
Dirigir correspondencia a: carlos.alverto@yahoo.com

en la paciente un estado de anemia, que en ocasiones puede necesitar restauración de los valores hemáticos mediante transfusión sanguínea. La frecuencia de miomas submucosos en relación a sangrado uterino anormal varía de 7.2 a 16.2 por ciento.¹ El tratamiento tradicional de los miomas submucosos sintomáticos ha sido miomectomía abdominal o histerectomía. La principal indicación para miomectomía ha sido siempre la preservación del útero por razones de fertilidad. A comienzos de los años 80 se propuso la histeroscopia para el tratamiento de este tipo de miomas y en 1983, De Cherney y Neuwirth publicaron sus experiencias usando un resectoscopio urológico para remover miomas submucosos.^{2,3} Debido a las claras ventajas cuando se le compara con la laparotomía tradicional, la resección histeroscópica debe considerarse como el "standard de oro" para el tratamiento de los miomas submucosos pedunculados o sesiles¹ y representa una alternativa a la histerectomía en aquellas pacientes que deseen preservar su útero, o que por razones médicas esté contraindicada dicha operación.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 42 años, G=2, Ab=1, C=1, HV=0, FUAb=1987, FUC= 11-Diciembre-1982, la cual se presentó a consulta en Centro Privado el 26 de Abril de 2002 con historia de menorragia de varias mesas de evolución. Sin antecedentes patológicos. El examen ginecológico fue normal. Ultrasonido pélvico mostró mioma submucoso de 3.9 centímetros y mioma intramural de 4 cm. El hemograma reportó hemoglobina de 9.6 gramos. Se decidió realizar histeroscopia diagnóstica, la cual comprobó la presencia de mioma submucoso de aproximadamente 3 cm, sesil y bilobulado, con 75 por ciento del tumor en cavidad uterina. La paciente manifestó sus deseos de preservar su útero e intentar embarazo. Por lo anterior se programó para miomectomía histeroscópica en Hospital Viera el 16 de Agosto de 2002. Fue evaluada preoperatoriamente por especialista en Medicina Interna, quien recomendó transfusión de dos unidades de glóbulos rojos empacados previo a cirugía, lo cual se realizó el día de su ingreso.

TÉCNICA

Con la paciente en posición de litotomía alta, bajo anestesia general, se procedió a dilatación cervical con dilata-

dores de Hegar hasta el número 10. Luego se procedió a insertar resectoscopio ginecológico, usando electrodo de asa cortante en ángulo recto y aplicando corriente continua (cutting) monopolar, prefijada en 100 watts en la unidad de electrocauterio. Se utilizó resectoscopio ginecológico de 8 milímetros de diámetro externo, marca Storz, el cual cuenta con una camisa interna y válvula de entrada, así como una vaina externa con válvula de salida lo cual provoca un flujo continuo del medio de distensión. Como medida de distensión uterina se usó dextrosa al 5 por ciento, con un flujo de 200 mililitros por minuto, presión intrauterina de 75 milímetros de mercurio y presión de succión de menos 0.25 bars. Todos estos valores fueron prefijados en una bomba de irrigación y succión automática conocida como Endomat Hamou, también de la casa Storz. La técnica tradicional descrita por diferentes autores,^{1,4} consiste en ir rasurando el mioma poco a poco, colocando el extremo distal del asa cortante del resectoscopio por detrás de la tumoración, se aplica la corriente y se desliza el asa hacia el resectoscopio. Esto se logra mediante un mecanismo de resorte que posee el resectoscopio que nos permite mover el electrodo de asa hacia delante y hacia atrás. El objetivo es resecar el tumor hasta el nivel del endometrio, ya que más allá del mismo se corre el riesgo de perforación uterina. Mediante esta técnica el mioma es resecado en fragmentos, los cuales son extraídos con la ayuda de una pinza de anillos o una cureta roma. El total de medio de distensión utilizado fue 8000 ml, con recuperación de 7550 ml, lo cual indica un balance negativo de 450 cc, que está en el rango normal. No hubo complicaciones en el transoperatorio. La cirugía duró 35 minutos. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, con inicio de dieta corriente al recuperarse de anestesia y uso de analgésicos orales no narcóticos. Fue dada de alta 19 horas después de cirugía y en la actualidad su sangrado menstrual es normal. La biopsia confirmó el diagnóstico de miomatosis

MIOMECTOMÍA HISTEROSCÓPICA

El método por excelencia para el diagnóstico de la miomatosis uterina lo ha constituido la sonografía pélvica o transvaginal, y más recientemente la sonohisterografía. Sin embargo, cuando nos referimos a miomas submucosos, la histeroscopia diagnóstica ha demostrado ser superior a dichos métodos. En un estudio de Cooper y Brady,⁵ la sensibilidad de la histeroscopia diagnóstica fue

de 97-98 por ciento, y la especificidad de 93-100 por ciento, mientras que la sonografía transvaginal y la sonohisterografía tuvieron valores de 82 y 80% y de 100 y 80%, respectivamente. Por supuesto todos estos exámenes se complementan, ya que la sonografía permite evaluar la presencia de otros miomas, intramurales o subserosos, y valorar el estado de los anexos.

La remoción histeroscópica de los miomas submucosos está indicada en los siguientes grupos de mujeres:

- Mujeres con sangrado uterino anormal
- Mujeres con aborto habitual.
- Mujeres con esterilidad atribuida a la presencia de un mioma.^{6,7}

Las contraindicaciones para la miomectomía histeroscópica incluyen las siguientes:

- Cavidad uterina mayor de 12 centímetros de profundidad.
- Sospecha de carcinoma endometrial.
- Infección del tracto genital superior.
- Paciente con enfermedad renal, hepática o cardíaca severa, que coloque a la paciente en un riesgo elevado para sobrecarga de líquidos.
- Sospecha de leiomioma.⁶

Se han diseñado protocolos de manejo que toman en cuenta la porción intracavitaria e intramural de los miomas, así como el tamaño de los mismos. En general se puede decir que a menor tamaño y mayor localización en la cavidad uterina, la resección tiene mejor probabilidad de ser realizada completamente y en un solo tiempo operatorio. Por otra parte, a mayor tamaño y mayor localización intramural, la resección puede requerir uso de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y dos tiempos operatorios.⁷ Wamsteker⁸ ha propuesto la siguiente clasificación de los miomas submucosos, según el porcentaje que ocupan en la cavidad uterina:

- Grado 0: Más de 75%
- Grado 1: 50 a 75%
- Grado 2: Menos de 50%

Varios autores recomiendan el uso de análogos de GnRH en el preoperatorio, para reducir el tamaño del tumor y su vascularidad, facilitando así la cirugía.^{4,6,7}

En este caso, cuando se hizo mención de la técnica, se describió el uso del resectoscopio ginecológico, que es una variante del resectoscopio urológico. También se ha descrito el uso de tijeras histeroscópicas rígidas y el laser, con buenos resultados.^{4,6,7,9} La desventaja del láser es su alto costo, por lo cual se reseña su uso en instituciones que pueden financiarlo.

El medio de distensión uterina utilizado dependerá del tipo de corriente que se use. Con corriente monopolar, se prefiere soluciones que no contengan electrolitos, ya sea isotónicas o hipotónicas, por ejemplo: Dextrosa al 5%, Glicina al 1.5%, Sorbitol al 3% o Manitol al 5%. Con corriente bipolar pueden usarse la solución salina normal y el lactato de Ringer. Lo más importante al usar estas soluciones es llevar un control estricto de las pérdidas, ya que un balance negativo mayor de 1000 ml será indicación para interrumpir el procedimiento.¹⁰

El éxito inmediato de la miomectomía histeroscópica alcanza el 90%, mientras el éxito a largo plazo se aproxima al 85%. Los fracasos están relacionados más con la selección de pacientes, así como con su evaluación para detectar la mayor cantidad de miomas, su tamaño y localización.⁴ En una serie en la cual casi todas las pacientes fueron tratadas por menorragia, el 16% de las pacientes con resección submucosa fueron sometidas a una segunda cirugía después de un seguimiento de nueve años. Para las mujeres con deseo de embarazo, las frecuencias de fertilidad parecen buenas: el 59% de las pacientes con miomas submucosos concibió después de la miomectomía histeroscópica.¹¹ En un estudio de 108 pacientes, Vercellini reporta una probabilidad de concepción a tres años de 49% para lesiones pedunculadas y 36% en lesiones sésiles.¹²

Las complicaciones en histeroscopia operatoria son raras. Propst y colaboradores,¹³ reportan un estudio de 925 pacientes sometidas a diferentes cirugías histeroscópicas, de las cuales, 128 fueron miomectomías. Ocurrieron complicaciones en 25 de 925 pacientes (2.7%), y en 12 de estas 25 pacientes se había realizado miomectomía. Dichas complicaciones incluyen: absorción excesiva del medio de distensión perforación uterina, hemorragia trans o postoperatoria e infección posoperatoria. Jansen y colaboradores reportan una frecuencia de complicaciones de 0.8% en una serie de 798 pacientes sometidas a

miomectomía histeroscópica.¹⁴ La frecuencia de morbilidad infecciosa ha oscilado de 1 en 34 a 7 en 4000.¹⁵ La hemorragia trans o postoperatoria generalmente es secundaria a perforación uterina o sangrado del sitio de resección. Cuando la hemostasia no puede lograrse por coagulación, se ha descrito el uso de una sonda Foley para controlar el sangrado excesivo.¹⁶

Comparando los costos de la histeroscopia operatoria con la histerectomía, múltiples estudios han mostrado que los costos hospitalarios se reducen en por lo menos 50 por ciento cuando se emplea cirugía histeroscópica.¹⁷

CONCLUSION

La miomectomía histeroscópica es una alternativa a la miomectomía abdominal y a la histerectomía, en el caso de miomas submucosos pedunculados o sésiles. La histeroscopia operatoria evita una cirugía mayor, reduce la estancia hospitalaria y permite a la paciente reincorporarse rápidamente a sus actividades familiares, sociales y laborales.

REFERENCIAS

1. Mencaglia L. Cirugía histeroscópica para miomas submucosos o pedunculados. *Revcog* 1995; 5 (1): 27-29.
2. DeCherney A and Polan ML. Hysteroscopic management of intrauterine lesions and intractable uterine bleeding. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 392-7.
3. Neuwirth RS. Hysteroscopic management of symptomatic submucous fibroids. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 509-511.
4. Baggish MS, Barbot J and Valle RF. Diagnostic and operative hysteroscopy. Second edition. Saint Louis: Mosby; 1999, pp 307-324.
5. Cooper JM and Brady RM. Hysteroscopy in the management of abnormal uterine bleeding. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 1999; 26 (1): 217-236.
6. Tulandi T and Al-Took S. Endoscopic myomectomy. *Laparoscopy and hysteroscopy. Obstetrics and Gynecology Clinics* 1999; 26 (1): 135-148.
7. Taylor PJ and Gordon AG. *Practical Hysteroscopy*. First edition, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1993. Páginas 73-80.
8. Wamsteker K, Emanuel MH and de Kruif JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: Results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 736-40.
9. Torres del Toro B, Torres JM y Pelmbert M. Miomectomía y polipectomía. En: Nava y Sanchez RM y Molina A, eds. *Endoscopia Quirúrgica Ginecológica*. Primera edición. México: Marketing y publicidad de México; 1995, p 276-282.
10. Gimpelson RJ. Hysteroscopic treatment of the patient with intracavitary pathology (myomectomy/polipectomy). *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2000; 27 (2): 327-337.
11. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. *ACOG Practice Bulletin No.16. Obstet Gynecol* 2000; 96: 1-10.
12. Vercellini P, Zaina B, Yaylayan L, Pisacreta A, De Giorgi O and Crosignani PG. Hysteroscopic myomectomy: Long-term effects on menstrual pattern and fertility. *Obstet Gynecol* 94; (3): 341-346.
13. Propst AM, Liberman RF, Harlow BL and Ginsburg ES. Complications of hysteroscopic surgery. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (4): 517-520.
14. Jansen FW, Vredevoogd CB, Ulsen KV, Hermans J, Trimbos JB and Trimbos kemper TCM. Complications of Hysteroscopy: A prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (2): 266 270.
15. Molsberry RL and Neuwirth R Complications of Hysteroscopic myomectomy. In: Corfinan RS, Diamond MP and DeCherney AH, eds. *Complications of Laparoscopy and Hysteroscopy*. Second edition. Malden, Blackwell Science; 1997, pages: 226-230.
16. Copperman AB and DeCherney AH. Hysteroscopic resection of uterine biamyomata and postoperative hemorrhage. In: Corfinan RS, Diamond MP and DeCherney AH, eds. *Complications of Laparoscopy and Hysteroscopy*. Second edition. Maiden, Blackwell Science, 1997, pages: 231-235.
17. Hidlebaugh DA. Cost and quality of life issues associated with different surgical therapies for the treatment of abnormal uterine bleeding. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2000; 27 (2): 451-65.