



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (1): 39-41

### Histeroscopia operatoria: miomectomía

DR. JAIME SEMINARIO

#### **Resumen**

*La histeroscopia operatoria constituye una opción para el tratamiento de los miomas submucosos. El procedimiento es sencillo, el tiempo operatorio corto, no necesita hospitalización. Las complicaciones son mínimas, la fertilidad no es afectada, la vía del parto es normal. En este trabajo se describe nuestras primeras cuatro resecciones de miomas por histeroscopia*

*Palabras clave: Histeroscopia, Histeroscopia operatoria. Miomectomía.*

#### **Summary**

*Surgical hysteroscopy represent is a good option for resection of submucous myomas because it is simple, needs short operative time and no hospitalization, has minimal complications and preserves fertility and the possibility of vaginal delivery. We describe our first four cases with surgical hysteroscopy*

*Keywords: Hysteroscopy, surgical hysteroscopy myomectomy.*



## **Introducción**

La leiomiomatosis del útero es una de las patologías más frecuentes en la práctica ginecológica. Veinte por ciento de las mujeres desarrollaron estas tumoraciones a la edad de los 40 años. Dependiendo de la localización de las lesiones, su presencia ocasiona síntomas y problemas para la paciente. Cuando los miomas protruyen hacia o distorsionan la cavidad endometrial (miomas submucosos) pueden producir infertilidad, aborto habitual, dismenorrea, y/o hemorragia uterina anormal. Esta sintomatología usualmente requiere cirugía que, clásicamente, ha sido la miomectomía abdominal, la histerectomía. Ocasionalmente, un mioma submucoso, pediculado se presenta a través del cérvix y puede ser extirpado por vía vaginal.

Una resección transcervical fue sugerida en 1957 por Norment y col., pero no publicaron su experiencia. En 1976, Neuwirth y Amin informaron la primera excisión resectoscópica de un mioma submucoso en el tratamiento de una hemorragia uterina anormal. Desde esta oportunidad, numerosos informes han confirmado la eficacia y seguridad del uso, del resectoscopio. La primera cirugía de este tipo en el Perú la realizamos en diciembre de 1994. El objetivo de esta comunicación es describir nuestra experiencia. -que es corta-, revisar la bibliografía y compararla con la experiencia de otros países.

## **Material y métodos**

Cuatro pacientes con diagnóstico de mioma submucoso fueron operados por histeroscopia entre diciembre 1994 y junio 1995 en la Clínica Internacional. Todas las pacientes tuvieron diagnóstico por ecografía con transductor transvaginal; dos de ellas tenían, además, diagnóstico por histerosalpingografía. Dos consultaron por sangrado uterino anormal y dos por infertilidad. A la última se le realizó previamente una histeroscopia diagnóstica en el consultorio para definir tamaño, localización y vascularización. Ninguna paciente recibió tratamiento supresor (análogos de Gn RH, danazol u otros) para disminuir el tamaño de los miomas, ya que el tamaño del mayor fue de 2,4 cm.

La miomectomía submucosa fue realizada con un resectoscopio marca Storz calibre 24, con asa de alambre y punta de coagulación unipolar, con un histeroscopio, estándar marca Storz de 4 mm con ángulo de 30 grados.

La anestesia fue general, intubada, inhalatoria, con forane. La cámara de video marca Striker 777 es la misma que utilizamos en cirugía laparoscópica, con monitor marca Sony profesional de 19 pulgadas para observación directa, con una fuente de luz de xenón de 300 vatios. La distensión uterina se realizó con agua bidestilada estéril, en un recipiente de gran volumen (6 litros), colocado a una altura de 2,20 metros conectado al resectoscopio con un tubo de polietileno de 1/4" de diámetro. Se utilizó un máximo de 16 litros. Por precaución, se realizó un video laparoscopia en tres de los procedimientos. Ninguna miomectomía fue hecha por laparoscopia, no se efectuó otro procedimiento histeroscópico, ni se aplicó vasopresina para disminuir el sangrado. La unidad electroquirúrgica usada, para controlar el sangrado intraoperatorio, fue Martins 400 -con una corriente de corte de 80 watts- utilizando la corriente cuando el asa del resectoscopio pasaba a través del mioma.

Seis horas antes del procedimiento se colocó un dilatador cervical (laminaria) para no producir traumatismo cervical con los dilatadores de Hegar al momento de introducir el resectoscopio y ocasionar el sangrado que dificultara la visión. Todas las pacientes fueron intervenidas en el inicio de la fase proliferativa y se utilizó antibióticoprofilaxis durante la inducción de la anestesia, 1 g de una cefalosporina de primera generación. Después de la cirugía, las cuatro pacientes han sido seguidas muy de cerca.

## **Resultados**

La edad promedio de las cuatro pacientes fue 34,2 años, con un rango de 32 a 38 años. Tres de ellas fueron nulíparas y la última había tenido 3 hijos. Dos pacientes consultaron por infertilidad, dos por menometrorragia y una por dismenorrea.

Hemos podido tener un buen seguimiento en las cuatro pacientes, a pesar del corto tiempo postoperatorio, observando la resolución del sangrado anormal en las dos pacientes con esta sintomatología. Las dos pacientes con infertilidad tienen un tiempo muy corto postoperatorio, pero esperamos conseguir el éxito, a pesar de que también tienen factor tubárico y fueron intervenidas de cirugía tubárica por laparoscopia al mismo tiempo. No hubo complicación, el sangrado fue mínimo, no cuantificable, inclusive en la primera paciente que tuvo dos



miomas, uno pediculado y el otro de implantación sesil. El tiempo operatorio de la primera paciente fue de 90 minutos, básicamente por nuestra poca experiencia; los otros dos procedimientos no demoraron más de 60 minutos. El tiempo de hospitalización fue de un día por precaución en las dos primeras; las dos últimas fueron realizadas en forma ambulatoria.

<b>Tabla 1.</b> Resultados de resección resectoscópica de miomas submucosos			
Molestia inicial	Menorragia (n=80)	Dismenorrea (n=28)	Infertilidad (n=13)
- Éxito	65	24	8
- Falla	15	4	2

## **Discusión**

La mayoría de los autores refiere que la resección resectoscópica de miomas submucosos en el tratamiento de la hemorragia uterina anormal (casi siempre menorragia) o de infertilidad es realizada en forma ambulatoria, excepto cuando las lesiones son grandes, (mayores de 4 cm). Los procedimientos usualmente, duran entre 20 y 40 minutos. Corson y Brooks dicen que la resección de tumores es más fácil y exitosa cuando el mioma se extiende hacia la cavidad uterina en más del 60%. Si una porción significativa de la tumoración es intramural, por precaución deberá guiarse con una laparoscopia para evitar perforación del útero y daño eléctrico al intestino adyacente. Sus resultados los resumimos en la Tabla 1.

Ocasionalmente, porciones de miomas intramurales son dejadas o no son extraídas totalmente. El seguimiento por más de 3 años muestra que porciones de los miomas que fueron retenidos, crecen o recurre el sangrado uterino posterior a la cirugía histeroscópica; la paciente es programada para una nueva cirugía histeroscópica o una histerectomía.

Los mismos autores refieren que en dos pacientes con leiomioma la apariencia histeroscópica de los tumores no fue atípica y que el diagnóstico fue hecho histológicamente. En uno de los casos, el estudio de la pieza operatoria (posthisterectomía) muestra ausencia del tumor residual. La ventaja de proveer un adecuado estudio histológico con el resectoscopio lo diferencia de la técnica del láser Nd: YAG, en la cual no se puede hacer estudio del tejido.

Una duda frecuente de los ginecólogos es acerca de si el uso del resectoscopio para la cirugía intrauterina puede formar adherencias intrauterinas, Como ocurre en el curetaje postaborto o la hemorragia postparto, resultando en el síndrome de Asherman. En ninguna de las pacientes que tuvieron seguimiento con una nueva histeroscopia se encontró adherencias. Se piensa que un estado hipoestrogénico o una infección intrauterina son prerrequisitos para producir sinequias intrauterinas.

Los resultados de Corson y Brooks son comparables con los encontrados por Loffer en 55 procedimientos en 53 pacientes con técnica operatoria similar. La menorragia fue controlada en 40 de 43 mujeres seguidas por doce meses a más. Cinco, de estas pacientes tuvieron una histerectomía posterior y dos tuvieron otra, miomectomía histeroscópica. Siete de doce pacientes infantiles tuvieron partos normales. También se ha informado sobre el prolapso de un mioma, semanas después de la cirugía, lo que se explica por fuertes contracciones uterinas que provocaron la expulsión a través del cuello de un mioma resacado incompletamente.

Valle publicó que 10 de 16 mujeres con infertilidad asociada a mioma submucoso concibieron después de la resección histeroscópica, 8 tuvieron gestación a término y en todas el parto fue vaginal. Valle usó tijeras histeroscópicas y fórceps más que un resectoscopio, con morcelación de las lesiones grandes. Esta es una técnica alternativa a la resectoscopia, más para las lesiones submucosas pediculadas que para las de implantación sesil.

Corson piensa que el tamaño de la lesión no es una contraindicación para la histeroscopia; basta con que se pueda distender la cavidad, visualizar la lesión e introducir el asa del resectoscopio para realizar el procedimiento. El grupo de Corson revisó las cintas de video, encontrando en las pacientes con mioma submucoso secundario que eran lesiones nuevas, salvo en una en que el mioma original había crecido.



Si se compara el costo beneficio de una resectoscopia con una histerectomia, definitivamente existe menos morbilidad del grado severo. Es importante reconocer que hay evidencias de que la miomectomia por histeroscopia no perjudica el futuro reproductivo. Actualmente, los resultados en pacientes con infertilidad y las pacientes con aborto, recurrente causados por un mioma submucoso son bastante buenos. Además, se obvia la posibilidad de una cesárea, ya que no se realiza una histerotomia.

El objetivo de este trabajo es no sólo describir nuestra casuística, sino revisar la gran experiencia de autores extranjeros y resaltar las bondades de la técnica que es sencilla de realizar.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Neuwirth RS. Anew technique for and additional experience with hysteroscopic resection for submucocous fibroids. Am J Obstet Gynecol 1978; 131: 91-4.
2. Perino A, Chianchiano N, Petronio M, Cittadini E. Role of leuprolide acetate depot in hysteroscopic surgery. A controlled study. Fertil Steril 1993; 59: 507-10.
3. Corson SL, Brooks PG. Resectoscopic myomectomy. Fertil steril 1991; 55: 1040-44.
4. Loffer FD. Removal of large symptomatic intrauterine growths by the hysteroscopic resectoscope. Obstet Gynecol 1990; 76: 836-40.
5. Baggish MS, Sze EH. Hysteroscopic treatment of symptomatic submucous myomata uteri with the Nd: YAG laser. J Gynecol Surg 1989; 5: 27-36.
6. Halez JP, Netter A, Cartier R. Methodical intrauterine resection. Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 1080-84.
7. Indian PD. Hysteroscopic treatment of menorrhagia associated with uterine leiomyomas Obstet Gynecol 1993; 81: 716-20.
8. Brill AI. What is the role of hysteroscopy in the management of abnormal uterine bleeding? Clinl Obstet Gynecol 1995; 38: 319-45.