

ARTÍCULO ESPECIAL

1. Médico Staff INMATER, clínica de fertilidad
2. Médico Staff Instituto Peruano de Medicina y Cirugía Fetal
3. Médico Staff Clínica San Felipe
4. Médico Staff Clínica Detecta
5. Médico Staff Clínica San Judas Tadeo
 - a. <https://orcid.org/0000-0003-0835-6848>
 - b. Past Presidente Sociedad Peruana de Fertilidad, <https://orcid.org/0000-0002-0803-8930>
 - c. <https://orcid.org/0000-0002-4146-4632>
 - d. <https://orcid.org/0000-0001-8525-3119>
 - e. <https://orcid.org/0000-0003-2631-43>
 - f. <https://orcid.org/0000-0002-9366-2956>
 - g. <https://orcid.org/0000-0002-8390-7788>

Conflicto de intereses: los autores declaran no poseer conflicto de interés

Financiamiento: Ninguno para la realización de este artículo

Recibido: 27 julio 2020

Aceptado: 20 noviembre 2020

Publicación en línea:

Correspondencia:

José Luis Goncalves R

✉ jl_rodriguez@hotmail.com

Citar como: Goncalves Rodríguez JL, Escudero Velando LE, Velit Suarez M, Ascenzo Battistini M, Bonomini Catanzaro C, Bozzo Pancorvo R, Coronel Bravo H. Vaginhisteroscopia, diagnóstico y tratamiento de las patologías endometriales en consultorio. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov.67i2303>

Vaginhisteroscopia, diagnóstico y tratamiento de las patologías endometriales en consultorio

Vaginhysteroscopy, diagnosis and treatment of endometrial pathologies in office

José Luis Goncalves Rodríguez^{1,2,3,a}, Luis Ernesto Escudero Velando^{1,b}, Marcelo Velit Suarez^{1,c}, Mario Ascenzo Battistini^{1,d}, Claudio Bonomini Catanzaro^{1,e}, Renzo Bozzo Pancorvo^{1,3,4,f}, Heidy Coronel Bravo^{1,5,g}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov.67i2303>

RESUMEN

En los últimos años se han visto avances tecnológicos importantes, muchos aplicados al ámbito médico, permitiendo la evolución de numerosos procedimientos. Un ejemplo es la histeroscopia, donde la miniaturización de su instrumental y la mejora en la resolución de las imágenes han permitido su evolución de un procedimiento exclusivo de sala de operaciones al uso en consultorio. La vaginhisteroscopia permite diagnosticar y tratar la mayoría de las patologías endometriales sin anestesia, espéculo, pinzamiento ni dilatación del cuello uterino. Presenta una serie de ventajas como buena tolerancia por parte de la paciente, disminución de los costos, menos tiempo de espera para resolver las patologías y reposo laboral más corto, haciendo a este procedimiento el estándar para el diagnóstico y tratamiento de las patologías endometriales y endocervicales.

Palabras clave. Histeroscopia, infertilidad, vaginhisteroscopia, histeroscopia de consultorio.

ABSTRACT

In recent years there have been important technological advances, many applied to the medical field, allowing the evolution of numerous procedures. An example is hysteroscopy, where the miniaturization of its instruments and the improvement in the resolution of the images have allowed its evolution from an exclusive procedure in the operating room to use in the office. Vaginhysteroscopy allows the diagnosis of most endometrial pathologies without anesthesia, speculum, clamping or dilation of the cervix. It presents a series of advantages such as good tolerance by the patient, lower costs, less waiting time to resolve the pathologies and shorter work rest, making this procedure the standard for the diagnosis and treatment of endometrial and endocervical pathologies.

Key words: Hysteroscopy, infertility, vaginhysteroscopy, office hysteroscopy.

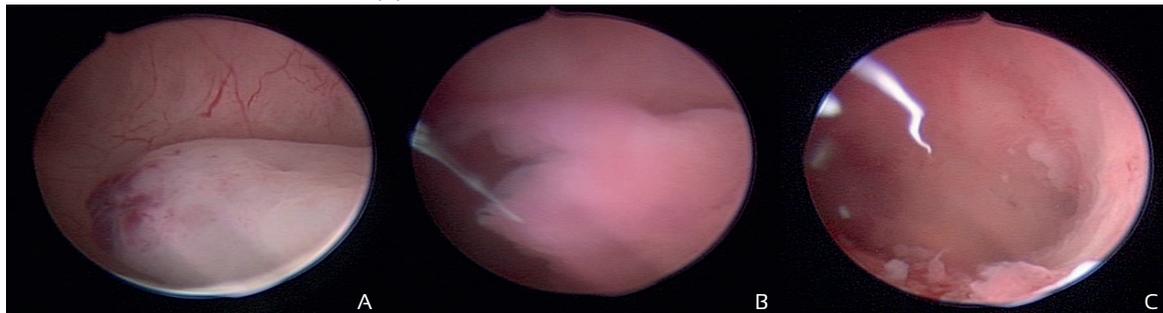
INTRODUCCIÓN

La histeroscopia es un procedimiento que aprovecha el canal endocervical como vía de acceso natural a la cavidad endometrial, ventaja única para la visualización directa en el diagnóstico de la patología endouterina y la oportunidad de obtener biopsias dirigidas. Sin la histeroscopia, se podría dejar de diagnosticar hasta 58% de los pólipos endometriales, 50% de los casos de hiperplasia, 30% de las lesiones focales y 11% de cánceres⁽¹⁾, cuando se emplea métodos de diagnóstico a ciegas, como el legrado uterino o la aspiración manual endouterina (AMEU). Además, la histeroscopia permite efectuar tratamientos bajo visión directa, disminuyendo el riesgo de resoluciones parciales o inadecuados de dichas patologías (figura 1).

Desde 1869, cuando Pantaleoni comunicó la primera histeroscopia exitosa⁽²⁾, hasta nuestros días, los grandes avances tecnológicos han permitido que la histeroscopia pase de ser un procedimiento poco común, por sus considerables desafíos técnicos, a una de las interven-



FIGURA 1. SE MUESTRA EN (A) LA SECUENCIA DE IMÁGENES DE LA MISMA PACIENTE CON PÓLIPO ENDOMETRIAL, (B) LA EXTRACCIÓN PARCIAL DEL MISMO LUEGO DE ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA, Y (C) VISIÓN DE LA CAVIDAD LUEGO DE LA POLIPECTOMÍA HISTEROSCÓPICA CON TIJERA PUNTA ROMA.



ciones ginecológicas ambulatorias más usadas en el mundo⁽³⁾. Entre estos factores destacan la aparición de fuentes de luz más eficientes, videocámaras endoscópicas digitales y ópticas con sistemas de lentes más avanzados, que han significado mejor calidad de imágenes. Además, han aparecido ópticas más delgadas, hasta de 2 mm de diámetro (figura 2), con sistema de lentes o fibras ópticas, base para la miniaturización de los histeroscopios y acceso a la cavidad uterina más fácil e indolora.

La histeroscopia ha pasado así de ser un procedimiento que se realizaba exclusivamente en sala de operaciones, con anestesia y dilatación cervical, a uno que se puede realizar en el consultorio, sin anestesia ni sedación y, en el caso de la vaginohisteroscopia, sin espéculo, pinzamiento o dilatación del cuello uterino, eliminán-

dose las molestias causadas por la manipulación de vagina y cérvix uterino. Estas ventajas han hecho que la vaginohisteroscopia sea sugerida como la técnica estándar para la histeroscopia ambulatoria⁽⁴⁾.

TIPOS DE HISTEROSCOPIA

La histeroscopia, dependiendo del sitio donde se efectúe y del tipo de anestesia empleada, puede ser clasificada en aquellas que se realizan en sala operatoria y las que se efectúan en el consultorio. En la primera se emplean los resectoscopios mono o bipolares de 18,5, 22 y 26 Fr, los cuales, debido a su diámetro, requieren la dilatación del canal cervical y, por lo tanto, el empleo de anestesia o sedación de la paciente. Hasta la aparición del set diagnóstico de Hamou, en los años '80, la histeroscopia en sala operatoria era la modalidad más usada. La tendencia actual es emplear la histeroscopia de sala operatoria principalmente en casos desafiantes, como la ablación endometrial, miomas mayores de 1,5 cm, septos de base ancha y pólipos de gran tamaño, tendiendo a pasar al consultorio el resto de los procedimientos⁽⁵⁾.

Entre las histeroscopias realizadas en el consultorio o histeroscopias oficinales, podemos encontrar tres tipos: la diagnóstica, la clásica o convencional y la vaginohisteroscopia. Todas tiene como puntos en común que se realizan en el consultorio y que se emplea instrumental con un diámetro igual o menor de 5 mm. Entre sus particularidades, la histeroscopia diagnóstica permite la visualización directa de la cavidad uterina e identificar sus patologías, para lo cual se usa una camisa diagnóstica con un solo canal para uso exclusivo de la óptica. La histeroscopia clásica o convencional y la vaginohisteroscopia solo se diferencian en la manera como acceden al cuello uterino. En la primera se usa espéculo y

FIGURA 2. (A) PANORÁMICA DE ÓPTICAS DE (1) 2 MM, (2) 2,9 MM Y (3) 4 MM. (B) ACERCAMIENTO DE ÓPTICAS DE FIGURA A (IMAGEN CORTESÍA DR. MARCELO VELIT).





pinzamiento del cérvix para visualizar e ingreso al orificio cervical externo. Esta técnica es cada vez menos usada, e incluso alguna literatura la considera como obsoleta⁽⁶⁾.

Con el tiempo, la histeroscopia convencional evolucionó a la vaginhisteroscopia, en la cual se aplica el principio de no tocar (*don't touch*) propuesto por Bettocchi y Selvaggi, en 1997⁽⁷⁾. Para ello, el histeroscopio se coloca directamente en el introito vaginal, introduciéndose el medio de distensión que permite la separación de las paredes vaginales y la entrada de la camisa operatoria a través del orificio cervical externo y canal cervical. Elimina el dolor que se produce al colocar el espéculo y manipular el cuello uterino⁽⁸⁾, lo que lo hace que el método sea mejor tolerado por las pacientes. La histeroscopia convencional y la vaginhisteroscopia emplean camisas que son tanto diagnósticas como operatorias. Proporcionan en un solo tiempo las ventajas de la histeroscopia diagnóstica, al permitir realizar el procedimiento en el consultorio sin anestesia, sedación, dilatación ni pinzamiento de cuello uterino. También brinda las fortalezas de la histeroscopia de sala operatoria al permitir tomar biopsias y realizar tratamiento de patologías endocavitarias, como miomas submucosos, pólipos endometriales, liberación de sinequias uterinas, resección de tabiques de base delgadas, extracción de dispositivo intrauterino, toma de biopsias dirigidas de engrosamiento endometrial, lesiones sugestivas de cáncer y patologías endocervicales.

VENTAJAS DE LA VAGINHISTEROSCOPIA

La vaginhisteroscopia no posee diferencia estadísticamente significativa con respecto a la histeroscopia intraoperatoria en cuanto a eficacia, sensibilidad y especificidad en la detección de lesiones intrauterinas⁽⁹⁾. Omite los riesgos propios de la anestesia, disminuye los tiempos de recuperación, proporciona una mayor conveniencia y rentabilidad a las pacientes, y reduce los permisos laborales^(8,9). Ello ha impulsado a que la tendencia actual sea efectuar la mayoría de los procedimientos histeroscópicos en el consultorio.

VAGINHISTEROSCOPIA Y ULTRASONIDO

El ultrasonido es muy eficaz para evaluar la enfermedad uterina intramural y extramural, como los miomas de tipo III-VII y las patologías

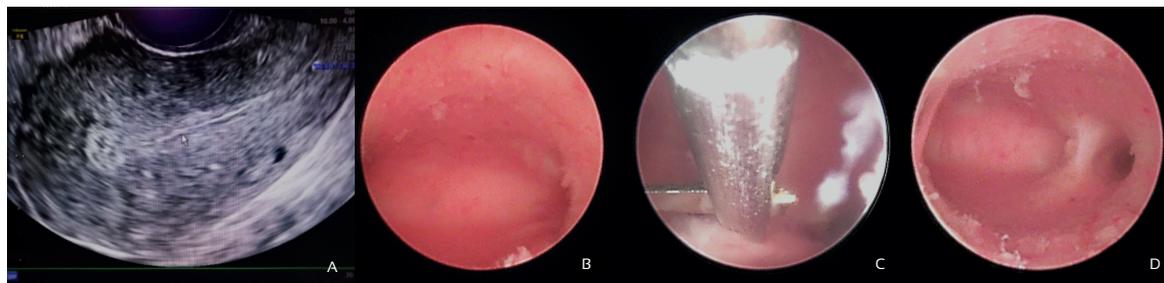
ováricas. También tiene buena sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de patologías endometriales y, si se complementa con infusión de solución salina, la sensibilidad y especificidad aumentan de 89% y 56% a 91,8% y 60%, respectivamente. A pesar de estos resultados, la vaginhisteroscopia sigue siendo el estándar de oro con sensibilidad y especificidad de 97,3% y 92%, respectivamente⁽¹⁰⁾. Permite identificar patologías endometriales como fibromas submucosos y pólipos pequeños localizados en la porción cérvico ístmica y cornual⁽¹¹⁾, así como sinequias uterinas de difícil identificación por el ultrasonido. Su mayor sensibilidad y especificidad la diferencia con el resto de los métodos de imagen indirectos menos invasivos, como la ecografía transvaginal, histerosalpingografía (HSG) e histerosonografía. La vaginhisteroscopia permite la visión directa y resolución o tomar biopsias dirigidas de las patologías⁽¹²⁾.

VAGINHISTEROSCOPIA Y GINECOLOGÍA

La utilidad de la vaginhisteroscopia en el área ginecológica es evidente en el estudio y tratamiento de sangrados en pacientes menopáusicas, sangrado disfuncional, confirmación de imágenes ecográficas que sugieran patología endocavitaria, como miomas, pólipos, engrosamiento endometrial y otros, con la posibilidad de corrección de estas hasta en 70% de los casos en un solo procedimiento, 'principio de ver y tratar'⁽¹³⁾(figura 3). Basado en esto, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido, NICE, ha promovido un cambio radical de paradigmas en el diagnóstico del sangrado genital anormal (HMB), reflejado en su guía NG88⁽¹⁴⁾ publicada a finales de 2018. Señala la vaginhisteroscopia en mujeres con HMB si su historial sugiere fibromas submucosos, pólipos o patología endometrial, desplazando al ultrasonido como procedimiento de primera línea en el diagnóstico de estas patologías. Este cambio se sustenta en que la vaginhisteroscopia proporciona diagnósticos y tratamientos más precisos, haciéndola herramienta más rentable para la política de salud. Otra utilidad es la extracción de dispositivos intrauterinos cuyos hilos no son evidenciables a través del orificio cervical externo; así disminuyen notablemente el riesgo de perforación uterina o la rotación de los mismos por maniobras a ciegas.



FIGURA 3. CORTE LONGITUDINAL DEL ÚTERO. (A) A NIVEL DEL FONDO DE LA CAVIDAD ENDOMETRIAL IMPRESIONA DISCRETO AUMENTO DE ECOGENICIDAD. (B) SE REALIZA VAGINOHISTEROSCOPIA, APRECIÁNDOSE SINEQUIA UTERINA EN EL CUERNO IZQUIERDO. (C) SE REALIZA EXÉRESIS DE LA MISMA CON TIJERA PUNTA ROMA. (D) SE APRECIA LA CAVIDAD ENDOMETRIAL NORMAL LUEGO DE TRATAMIENTO.



VAGINOHISTEROSCOPIA Y INFERTILIDAD

El útero tiene papel fundamental en la reproducción humana. Patologías como pólipos, endometritis, sinequias intrauterinas, istmocele, leiomioma, anomalías müllerianas, entre otras, pueden comprometer la implantación y placentación, produciendo impacto negativo en la fertilidad. Se puede encontrar estas patologías en 40 a 50% de las mujeres infértiles y constituyen 6 a 11% de las causas de infertilidad⁽¹⁵⁾. De allí la importancia de garantizar una cavidad uterina apta para lograr un hijo sano en casa. Como herramienta valiosa, la histeroscopia ha ido ganando importancia al pasar los años, lo cual se expresa en la frase de la Dra. Linda Bradley 'el histeroscopio debe considerarse el estetoscopio para el útero'⁽¹⁶⁾. En la actualidad, el papel de la histeroscopia en el tratamiento de patologías endometriales no tiene discusión, en cuanto a su utilidad en mejorar los resultados reproductivos en relación con la ecografía o la ecografía con infusión salina. A pesar del número de publicaciones que confirman su importancia, hay dos ensayos recientes, inSIGHT⁽¹⁷⁾ y TROPHY⁽¹⁸⁾, que no han mostrado beneficio con el uso de la histeroscopia. Sin embargo, estos estudios tenían varias limitaciones que pueden afectar su generalización. Lo cierto es que se necesita estudios clínicos aleatorios robustos y de alta calidad antes de que la histeroscopia pueda ser considerada como procedimiento de primera línea en todas las mujeres infértiles⁽¹⁹⁾. Sin embargo, no podemos dejar de lado las ventajas de examinar la cavidad endometrial bajo visión directa y la posibilidad de tomar biopsias o resolver la mayoría de las patologías endometriales en un mismo acto quirúrgico, factores que agilizan los tiempos y disminuyen costos en los procesos de infertilidad.

LA HISTEROSCOPIA EN OBSTETRICIA

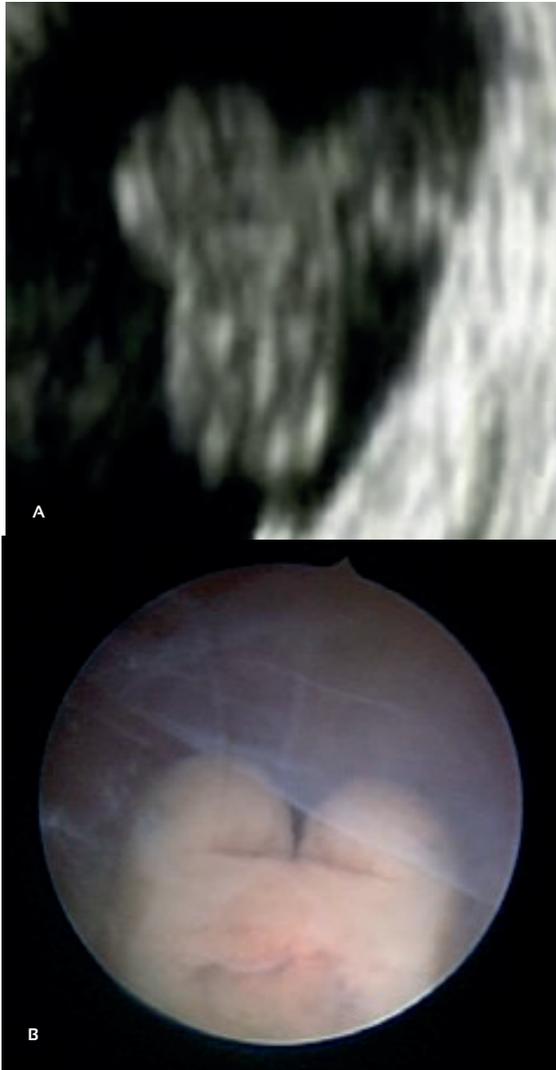
La histeroscopia también tiene su lugar en la obstetricia. Se efectúa la histeroembrioscopia en gestantes con embriones sin actividad cardíaca, permitiendo obtener muestras selectivas del tejido embrionario bajo visión directa, reduciéndose el riesgo de contaminación por células maternas⁽²⁰⁾. Se obtiene una visión más precisa de la morfología externa del embrión y se puede hacer diagnósticos de alteraciones morfológicas o confirmar sospechas diagnósticas (figura 4), sumamente difíciles de hacer al destruirse el tejido por el AMEU o legrado uterino.

INTRUMENTAL

Para la realización de la vaginohisteroscopia existen diferentes camisas operatorias e instrumentos quirúrgicos reutilizables. La misma puede ser realizada con instrumental rígido o flexible, siendo empleados con mayor frecuencia los rígidos por proporcionar mejores imágenes, tener menor porcentaje de procedimientos fallidos, tiempo de examen más rápido, adquisición más económica, mayor duración y menor necesidad de mantenimiento^(4,21). En cuanto a las camisas operatorias rígidas, la más conocida es la del histeroscopio de Bettocchi, camisa diagnóstica-operatoria con forma ovalada, lo que permite mejor adaptación a la anatomía del cuello uterino. Existe un modelo de 4 mm y otro de 5 mm de diámetro mayor, los cuales usan ópticas de 2 y 2,9 mm de diámetro, respectivamente. Entre los nuevos modelos se encuentran el sistema integrado de histeroscopia de oficina de Bettocchi (B.I.O.H.S), el cual presenta un diámetro mayor de 4 mm y óptica de 2,0 mm; permite el manejo y control de la entrada y salida de líquidos con una sola mano y todas las conexiones están situadas en el extremo inferior del mango, para simplifi-

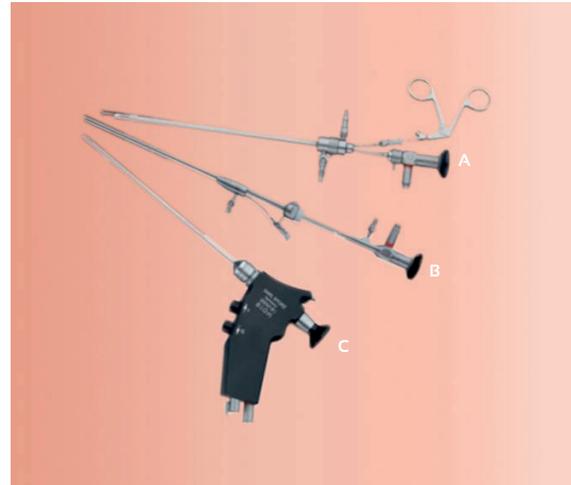


FIGURA 4. ECOGRAFÍA DE EMBRIÓN DE 17,3 MM SIN ACTIVIDAD CARDIACA. (A) IMAGEN SUGESTIVA DE ALTERACIÓN EN EL POLO CEFÁLICO. (B) POR VAGINOHISTEROSCOPIA SE APRECIA EMBRIÓN BICÉFALO, QUE CONFIRMA LA SOSPECHA ECOGRÁFICA.



car su manejo⁽²²⁾; el histeroscopio de campo tiene un mecanismo de deslizamiento que permite se introduzca una primera vía de 2,9 mm para mejor abordaje del trayecto cervical y de la cavidad uterina, sin molestias para la paciente. En el mismo acto se la puede deslizar sobre la camisa operatoria, cambiando a un mayor diámetro y pasar de una histeroscopia diagnóstica a una operatoria⁽⁸⁾; cada una de estas camisas operatorias (figura 5) posee dos canales, una para la óptica y otro para introducir los instrumentos quirúrgicos reutilizables de 5 Fr, como lo son las tijeras punta fina, punta roma, pinza de agarre (*grasper*) y de biopsia, electrodos mono o bipolares e incluso fibras láser de diodo. El pequeño diámetro de todas estas camisas operatorias

FIGURA 5. SE MUESTRA DIFERENTES TIPOS DE CAMISAS OPERATORIAS. EN ORDEN DESCENDENTE (A) EL HISTEROSCOPIO DE BETTOCCHI, (B) HISTEROSCOPIO DE CAMPO TROPHYSCOPE, Y (C) EL SISTEMA INTEGRADO DE HISTEROSCOPIA DE OFICINA DE BETTOCCHI (IMAGEN MODIFICADA DEL CATÁLOGO DE HISTEROSCOPIOS DE KARL STORZ SOLUCIONES DIAGNÓSTICAS Y QUIRÚRGICAS PARA LA HISTEROSCOPIA AMBULATORIA).



permite valorar y tratar pacientes que no hubieran iniciado su sexarquia -es decir, la vaginoscopia y extracción de cuerpos extraños en niñas- y en pacientes con estenosis vaginal por patología oncológica.

La evolución de la histeroscopia está en pleno desarrollo, con la aparición de nuevo instrumental cada vez más pequeño. Recientemente han aparecido resectoscopios y morceladores de 15 y 16 Fr de diámetro, respectivamente, e incluso morceladores manuales de 5 Fr, los cuales pueden ser introducidos por el canal operatorio del set de Bettocchi. Estos nuevos instrumentos prometen seguir fortaleciendo la tendencia actual de pasar el estudio y tratamiento de las patologías endometriales a un ambiente oficial sin anestesia ni sedación.

MEDIOS DE DISTENSIÓN

Al ser la cavidad endometrial una concavidad virtual, requiere de un medio de distensión que permita la separación de las paredes uterinas para su valoración histeroscópica. Estos medios pueden ser gaseosos, como el dióxido de carbono (CO₂), soluciones libres de electrolitos, como la glicina, sorbitol y manitol, o soluciones electrolíticas, como el cloruro de sodio. La elección del medio de distensión va a depender del tipo de energía que se utilice. Así, al emplear energía monopolar se usa alguna de las soluciones libres de electrolitos; si se aplica energía



mecánica, bipolar o láser, se utilizan soluciones electrolíticas⁽²²⁾, haciendo notar que estas últimas han demostrado ser el medio de distensión más cómodo y seguro⁽²³⁾ al reducir el riesgo de hiponatremia y de episodios vasovagales⁽¹²⁾ y permitir un mayor diferencial entre el volumen del medio de distensión que ingresa y sale de la cavidad endometrial; este puede llegar a 2 500 mL en pacientes menores de 50 años sin otras patologías⁽⁸⁾, traduciéndose en mayor tiempo operatorio y capacidad resolutive.

FACTORES QUE COMPROMETEN EL ÉXITO DE LA VAGINOHISTEROSCOPIA

A pesar que la histeroscopia oficial es un procedimiento relativamente sencillo y muy bien tolerado por las pacientes, entre 5 y 15% podrán presentar dolor de moderada a fuerte intensidad, y alrededor de 5% presentará acceso fallido a la cavidad uterina, siendo las causas principales la estenosis cervical o el dolor⁽⁶⁾. Esto puede originar que, a pesar de sus grandes ventajas, haya un grupo de pacientes y ginecólogos que no terminan de convencerse a la vaginohisteroscopia en entorno ambulatorio. Para tratar de identificar este grupo de pacientes con mayor riesgo de dolor e histeroscopias fallidas, es muy importante hacer una selección adecuada e identificar factores de riesgo, como lo son la estenosis cervical, menopausia, mala visualización del cuello uterino, ausencia de parto vaginal, así como reforzar los elementos que sirven como protectores para el dolor, como la experiencia del operador, tiempo operatorio y el diámetro y tipo del equipo utilizado⁽²⁴⁾. Otro elemento importante es disminuir la ansiedad de la paciente con explicación adecuada del método antes de su realización, sobre el procedimiento, sus ventajas, desventajas, alcances y limitaciones. En base a una información completa, podrá tomar una decisión consciente sobre realizarse la vaginohisteroscopia sin anestesia o con ella, junto a un ambiente agradable y la comunicación constante del histeroscopista con la paciente durante el procedimiento⁽⁶⁾. Son factores que pueden colaborar en el éxito del procedimiento.

VAGINOHISTEROSCOPIA EN TIEMPOS DE COVID-19

Este año 2020, debido a la coyuntura ocasionada por el COVID-19 ha habido cambios importantes en la práctica médica. Aunque la información sobre este virus aún está en estudio, existe evi-

dencia de la posible diseminación viral durante procedimientos ginecológicos mínimamente invasivos, debido a la presencia del virus en la sangre, las heces y la aerosolización del virus, especialmente cuando se utilizan dispositivos generadores de humo⁽¹²⁾ y en los procedimientos que requieren intubación que generan aerosol. Una de las ventajas de la vaginohisteroscopia es que no es generadora de aerosol y que permite la opción del uso de energía mecánica, como tijeras y pinza de agarre (*grasper*), por lo que teóricamente el riesgo de transmisión es bajo o insignificante. Estas características hacen de la vaginohisteroscopia una excelente alternativa para el tratamiento de la mayoría de las patologías endometriales en esta era del COVID-19.

Hace pocos meses se publicó la declaración de consenso del Congreso Global de Histeroscopia⁽²⁵⁾, en la que se ofrece recomendaciones relacionadas, como realizar triaje adecuado a la paciente, considerar solicitar la prueba de COVID-19 preoperatoria -en nuestro caso, es solicitada por protocolo a todas las pacientes los días previos al procedimiento en el consultorio-, limitar los procedimientos histeroscópicos a aquellas pacientes en quienes su retraso podría dar lugar a resultados clínicos adversos, reducir al máximo el número de personas que participan en el procedimiento, favorecer el uso de instrumentos que no producen humo quirúrgico -como tijeras, pinzas y sistemas de recuperación de tejidos, así como las medidas respectivas de descontaminación luego de cada procedimiento- y el uso del equipo de protección personal adecuado.

CONCLUSIONES

No cabe duda que la vaginohisteroscopia es el estándar de oro para la valoración y tratamiento de las patologías endometriales y endocervicales, permitiendo la inspección y el tratamiento endoscópico de la cavidad uterina y canal cervical en el consultorio mediante instrumentos ópticos y quirúrgicos menores o iguales a 5 mm de diámetro. El diámetro pequeño del instrumental lo hace un procedimiento muy bien tolerado por la mayoría de las pacientes.

El hecho de hacer este procedimiento en el consultorio reduce los tiempos de resolución de las patologías, ya que permite en un solo acto ver y tratar la mayoría de las patologías endometriales,



con recuperación prácticamente inmediata que acorta los periodos de reposo a las pacientes; así mismo, al evitar la anestesia y la sala de operaciones hay disminución considerable en los costos, haciéndola más accesible a la población general.

Al ser la vaginhisteroscopia un procedimiento diagnóstico y quirúrgico en el cual la paciente estará despierta, es importante tener en consideración el dominio teórico y práctico de la técnica por parte del histeroscopista, un ambiente agradable que cuente con las condiciones y el instrumental necesario para su realización y la selección adecuada de la paciente. Para ello, se debe valorar los antecedentes que faciliten o no el ingreso a la cavidad uterina, el umbral de dolor y la disposición del paciente a colaborar durante el procedimiento. Es fundamental que la paciente cuente con información clara sobre qué es la vaginhisteroscopia, qué puede sentir mientras se le efectúa la misma, sus ventajas, desventajas, alcances, limitaciones y riesgos, todo lo cual le ayudará a colaborar de forma consciente durante la realización de esta técnica de consultorio.

REFERENCES

- Filiz T, Doğer E, Corakçı A, Ozeren S, Çalışkan E. The efficacy, cost and patient satisfaction of classic versus office hysteroscopy in cases with suspected intrauterine space occupying lesions with 3-dimension ultrasound and abnormal uterine bleeding. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2009 Dec 1;10(4):189-93. PMID: 24591870.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Recomendaciones en histeroscopia. 2011. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/585_GPC_585GER.pdf
- Amer-Cuenca JJ, Marín-Buck A, Vitale SG, La Rosa VL, Caruso S, Cianci A, et al. Non-pharmacological pain control in outpatient hysteroscopies. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2020 Feb;29(1):10-19. doi: 10.1080/13645706.2019.1576054
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in outpatient hysteroscopy. RCOG Green-top Guideline No. 59 March 2011.
- Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Di Carlo C. Tips and tricks in office hysteroscopy, Gynecology and Minimally Invasive Therapy. 2015;4(1):3-7. ISSN 2213-3070. <https://doi.org/10.1016/j.gmit.2014.12.004>
- Alonso L. The endocervical canal strategies for an easy access to the uterine cavity. *Hysteroscopy Newsletter.* 2019;5(4).
- Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997 Feb;4(2):255-8. doi: 10.1016/s1074-3804(97)80019-9
- ACOG Technology Assessment No. 13: Hysteroscopy. *Obstet Gynecol.* 2018 May;131(5):e151-e156. doi: 10.1097/AOG.0000000000002634
- Bennett A, Lepage C, Thavorn K, Fergusson D, Murnaghan O, Coyle D, et al. Effectiveness of outpatient versus operating room hysteroscopy for the diagnosis and treatment of uterine conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Jul;41(7):930-41. doi: 10.1016/j.jogc.2018.10.002
- Parry JP, Isaacson KB. Hysteroscopy and why macroscopic uterine factors matter for fertility. *Fertil Steril.* 2019 Aug;112(2):203-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.06.031
- Yang JH, Chen MJ, Yang PK. Factors increasing the detection rate of intrauterine lesions on hysteroscopy in infertile women with sonographically normal uterine cavities. *J Formos Med Assoc.* 2019 Jan;118(1 Pt 3):488-93. doi: 10.1016/j.jfma.2018.08.017
- Yen CF, Chou HH, Wu HM, Lee CL, Chang TC. Effectiveness and appropriateness in the application of office hysteroscopy. *J Formos Med Assoc.* 2019 Nov;118(11):1480-7. doi: 10.1016/j.jfma.2018.12.012
- British Society of Gynaecological Endoscopy (BSGE) Newsletter of the British Society for Gynaecological Endoscopy. The Scope Internet vol. 20 (2018). https://28x8koygr-j92snigkorkjod2-wpengine.netdna-ssl.com/w_content/uploads/2019/02/The-Scope-Issue_11_web.pdf
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Heavy Menstrual Bleeding. London: RCOG Press; 2007 Jan. PMID: 21938862.
- Jain S, Inamdar DB. Manual of Fertility Enhancing Hysteroscopy. Library of Congress Control Number: 2018937589. Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2018.
- Remohí Giménez J, Bellver Pradas J, Ferrando Serrano M, Requena Miranda A, Pellicer Martínez A. Manual Práctico de Esterilidad y Reproducción Humana. Aspectos Clínicos. 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2018.
- Smit JG, Kasius JC, Eijkemans MJC, Koks CAM, van Golde R, Nap AW, et al. Hysteroscopy before in-vitro fertilisation (inSIGHT): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2016 Jun 25;387(10038):2622-9. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00231-2. Erratum in: *Lancet.* 2019 Jun 15;393(10189):2394. PMID: 27132052.
- El-Toukhy T, Campo R, Khalaf Y, Tabanelli C, Gianaroli L, Gordts SS, et al. Hysteroscopy in recurrent in-vitro fertilisation failure (TROPHY): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2016 Jun 25;387(10038):2614-2621. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00258-0
- Di Spiezio Sardo A, Di Carlo C, Minozzi S, Spinelli M, Pistotti V, Alviggi C, et al. Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2016 Jun;22(4):479-96. doi: 10.1093/humupd/dmw008
- Campos-Galindo I, García-Herrero S, Martínez-Conejero JA, Ferro J, Simón C, Rubio C. Molecular analysis of products of conception obtained by hysteroembryoscopy from infertile couples. *J Assist Reprod Genet.* 2015 May;32(5):839-48. doi: 10.1007/s10815-015-0460-z
- Unfried G, Wieser F, Albrecht A, Kaider A, Nagele F. Flexible versus rigid endoscopes for outpatient hysteroscopy: a prospective randomized clinical trial. *Hum Reprod.* 2001



- Jan;16(1):168-171. doi: 10.1093/humrep/16.1.168
22. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología – FLASOG. Cirugía Mínimamente Invasiva en Ginecología, Altavoz Editores, noviembre 2017.
 23. del Valle C, Solano JA, Rodríguez A, Alonso M. Pain management in outpatient hysteroscopy. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. 2016;5(4):141-7. ISSN 2213-3070.
 24. Díaz-Yamal IJ, Uscátegui-Diago AM, Castañeda-Castañeda J, Fandiño-Rodríguez CA, Villamil-Pérez JE, Gómez-Corredor F, et al. Seguridad de la histeroscopia ofical en una unidad de fertilidad. Bogotá, Colombia, 2011-2016. Cohorte retrospectiva. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. [Internet]. 2017;68(3):186-92. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.776>
 25. Carugno J, Di Spiezio Sardo A, Alonso L, Haimovich S, Campo R, De Angelis C, et al. COVID-19 Pandemic. Impact on hysteroscopic procedures: a consensus statement from the Global Congress of Hysteroscopy Scientific Committee. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Jul-Aug;27(5):988-92. doi: 10.1016/j.jmig.2020.04.023