

Histeroscopia de consultorio: evaluación del dolor

Drs. Carolina Meza Paúl*, Patricia Colmenares Mejía**, Luz Montezuma***,
Manuel Meneses***, Mireya González Blanco****

Servicio de Ginecología Maternidad “Concepción Palacios”

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el dolor durante la histeroscopia de consultorio, sin anestesia e investigar los factores relacionados.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, analítico y de corte transversal en una población de 309 pacientes de la Maternidad “Concepción Palacios” que acudieron al Servicio de Ginecología entre agosto 2010 y agosto 2011, quienes tenían indicación para histeroscopia. Se registraron antecedentes y datos clínicos relacionados con la percepción del dolor, así como la intensidad de dolor percibida mediante una escala análoga de 0 al 10.

Resultados: Se obtuvo una media de percepción de dolor de 2,9. La percepción de dolor fue leve en 56 %, dolor moderado: 36,2 %, dolor intenso: 4,9 %, dolor intolerable: 2,9 %, nada de dolor: 4,2 %. No se encontró relación entre la percepción de dolor y la edad, paridad, estado hormonal, indicación del estudio ni tipo de procedimiento. El 60,6 % de las pacientes con cuello permeable, presentaron dolor leve, mientras que las que tenían sinequias o estenosis lo presentaron en 25,5 % y 31,3 % respectivamente. Con cuello permeable hubo 0,4 % de dolor intolerable y en presencia de sinequias la cifra fue 12,5 % ($P < 0,05$). 88,8 % de las pacientes con dolor intolerable presentaban estenosis o sinequias.

Conclusiones: La histeroscopia de consultorio es un procedimiento bien tolerado por la mayoría de las pacientes; es independiente de la paridad, condición hormonal, indicación del estudio, edad y tipo de procedimiento. La percepción de dolor fue mayor en pacientes con estenosis o sinequias cervicales.

Palabras clave: Histeroscopia. Dolor. Histeroscopia sin anestesia. Histeroscopia ofical. Histeroscopia de consultorio

SUMMARY

Objective: Assess pain during no anesthesia office hysteroscopy and investigate related factors.

Method: Prospective, descriptive, analytical and cross-section study in a population of 309 patients who attended the gynaecology service of Maternidad Concepción Palacios between August 2010 and August 2011, who had indication for hysteroscopy. Background and clinical data was collected, relating to the perception of pain, as well as the intensity of pain perceived by means of an analog scale of 0 to 10.

Results: An average of 2.9 pain perception. The perception of pain was mild in 56 %, moderate pain: 36.2 %, severe pain: 4.9 %, intolerable pain: 2.9 %, none of pain: 4.2 per cent. No relationship was found between the perception of pain and age, parity, hormonal state, indication of the study or type of procedure. 60.6 % of patients with permeable cervix presented mild pain, while if they had adhesions or stenosis the mild pain was present in 25.5 % and 31,3 % respectively. With permeable cervix there was 0.4 % of intolerable pain and in the presence of adhesions was only 12.5 % ($P < 0,05$), 88.8 % of patients with intolerable pain had cervical stenosis or adhesions.

Conclusions: Office hysteroscopy is a procedure well tolerated by most patients; It is independent of parity, hormonal condition, indication of the study, age and type of procedure. The perception of pain was greater in patients with cervical stenosis or adhesions.

Key words: Hysteroscopy. Pain. No anesthesia hysteroscopy. Office hysteroscopy. Consulting hysteroscopy.

* Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, adjunto del Servicio de Ginecología Quirúrgica. Maternidad “Concepción Palacios”.

** Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, adjunto del Servicio de Prenatal. Maternidad “Concepción Palacios”.

*** Médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, adjuntos del Servicio de Ginecología. Maternidad “Concepción Palacios”.

**** Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, Jefa del Servicio de Ginecología. Maternidad “Concepción Palacios”.

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia es el estudio de elección para la valoración de la cavidad endometrial y además nos permite recuperar material tisular para su estudio anatómo-patológico (1), pero esta técnica no es de reciente aparición, el uso de un instrumento para visualizar la cavidad uterina fue propuesto por primera vez por Pantaleoni en 1869. Pasaron más de 100 años antes de que surgiera la importancia clínica de este estudio, gracias al desarrollo de los sistemas ópticos, que hicieron posible obtener una visualización satisfactoria de la cavidad uterina (2). Posteriormente la técnica entró en desuso y no fue sino hasta que los avances tecnológicos lo permitieron, con la aparición de la fibra óptica, la modernización del telescopio y la disminución del diámetro del mismo, que volvió a retomarse el interés en este estudio (1); sin embargo, aun en ese momento el diámetro del instrumento (5-7 mm) hacía su paso por el canal cervical una experiencia muy dolorosa que en muchos casos terminó siendo la causa de un procedimiento fallido. Es por esto que se propuso la revisión arquitectural del instrumento realizando modificaciones que le permitieran acomodarse a la real anatomía del canal cervical, se cambia su corte transversal a una disposición ovalada, y se le confiere además un canal adicional que le permite el paso de instrumental hacia la cavidad uterina. Finalmente, gracias a los avances tecnológicos, se redujo el diámetro de la óptica a tan solo 2,9 mm de diámetro (1).

Entre 1970 e inicios de 1980, el abordaje histeroscópico moderno fue propuesto por varios autores (3-8). Por los siguientes 10 años el cuello y la cavidad uterina fueron examinados usando el histeroscopio diagnóstico con diámetro total de 5 mm, que consistía en un sistema de lentes de 4 mm insertado en una camisa sencilla, necesaria para guiar el medio de distensión (CO₂) a la cavidad uterina. El espéculo se insertaba en la vagina para facilitar la inserción del histeroscopio diagnóstico. Para evitar el dolor relacionado a la colocación del tenáculo, tracción del cérvix y estimulación de las fibras musculares del canal cervical, se utilizaba de forma frecuente la anestesia local o bloqueo paracervical (9-11).

El diagnóstico se basaba en el examen visual del canal cervical y la cavidad uterina, por esta razón la confiabilidad del estudio estaba directamente relacionada a la experiencia del ginecólogo y esto ofrece limitaciones. Existían solo dos opciones para realizar biopsias: procedimientos ciegos (dilatación y curetaje, Pipelle, Vabra, etc.) o biopsias por

histeroscopia dirigida usando una camisa con canal operatorio que se colocaba sobre la óptica de 4 mm. En el primer caso, por la naturaleza ciega del procedimiento, la histeroscopia no podía apoyar el diagnóstico definitivo, mientras que en el segundo, la necesidad de dilatación cervical por el diámetro de la camisa operatoria del histeroscopio y el uso de anestesia disminuía la ventaja de la realización de la toma de biopsia dirigida por histeroscopia (1).

No se reportaron mejorías tecnológicas en el campo de la histeroscopia en los años 80. Sumado a esto, los dispositivos electrónicos, como bombas o endocámaras electrónicas, no tenían precios razonables. Este largo período de estancamiento resultó en una situación donde el ginecólogo se volvió reacio a aceptar nuevas propuestas y desarrollo de la técnica y lo llevó a cuestionar el procedimiento antes descrito como estándar. Fue solo cuando se volvieron disponibles nuevos instrumentos, que el ginecólogo se vio enfrentado a decidir si continuaba trabajando de la forma clásica o si modificaba su técnica para tomar ventaja de los avances de nuevas tecnologías (1).

En inicios de los años 90, se introdujeron nuevos telescopios con diámetros en un rango de 1,2 y 3 mm y camisas operatorias con diámetros iguales o menores de 5 mm (correspondiendo al diámetro final del histeroscopio diagnóstico clásico previo). Esto permitió al médico adoptar un histeroscopio con canal operativo equipado con instrumentos mecánicos aun en procedimientos diagnósticos. La posibilidad del examen visual de la cavidad uterina y la facilidad de procedimientos operativos le ha provisto a los endoscopistas con la herramienta diagnóstica perfecta: puede examinar la cavidad uterina y tomar biopsia dirigida gracias a la visualización de áreas sospechosas. En poco tiempo, luego de adquirir alguna experiencia en la manipulación del histeroscopio operatorio y el instrumental, el médico puede realizar biopsias dirigidas y tratar patologías benignas intrauterinas como pólipos y sinequias sin ninguna premedicación o anestesia (1).

Uno de los últimos equipos es el histeroscopio operatorio de flujo continuo oficial "Tamaño 5", basado en un telescopio de 2,9 mm y una camisa externa correspondiente a 5 mm. Recientemente una versión más delgada ha sido desarrollada con un telescopio de 2 mm y una camisa externa que lleva su diámetro a 4 mm. Ambos instrumentos cuentan con 2 camisas (una para irrigación y otra para succión); y un canal operatorio de 5F (1,6 mm); es de forma oval, ideal para la inserción atraumática del telescopio en el cérvix. La distensión del útero es obtenida usando

una bomba de irrigación succión que puede mantener presión constante entre 30-40 mmHg dentro del útero, evitando sobredistensión de las fibras musculares y la incomodidad de la paciente (1).

Hasta ese momento, se habían propuesto múltiples soluciones para el manejo del dolor, como antiespasmódicos, analgesia paracervical, analgesia peridural, infiltración de anestesia local, entre otros sin llegar a consenso alguno. Se observó que con esta última generación histeroscópica y la reducción de instrumentación cervical (espéculo o tenáculo de Pozzi) las pacientes toleraban satisfactoriamente el estudio sin necesidad de la administración de analgésico alguno. Por lo que apareció la tendencia en algunos histeroscopistas europeos, a realizar el procedimiento sin instrumentar el cérvix ni administrar analgésico, obteniendo excelentes resultados en cuanto a tolerancia del paciente se refiere.

Es importante notar que la inervación sensitiva del útero empieza del miometrio hacia afuera, mientras que el endometrio y cualquier tejido fibrótico presente no son sensibles. Este es el razonamiento que apoya el hecho de que el procedimiento histeroscopia puede ser realizado sin analgesia o anestesia, respetando ciertas reglas para evitar las molestias en el paciente (1).

Ahora que están disponibles ligeras endocámaras a costos razonables, el médico puede manejar el histeroscopia de forma confortable. La cavidad vaginal puede ser distendida mediante la introducción del medio de distensión para facilitar la localización del canal cervical, obviando la necesidad de asistir la introducción del histeroscopia en el cérvix con espéculo y tenáculo. La anatomía puede ser seguida mediante movimientos sutiles de las manos, que manejan el histeroscopia hacia el cérvix a través del orificio cervical interno.

Gracias a este método, que ha sido denominado "abordaje vaginoscópico" (12), las molestias en la paciente asociadas al abordaje convencional han sido eliminadas definitivamente. La vagina es distendida con el mismo medio (solución salina) a la misma presión (30-40 mmHg) usada para la distensión de la cavidad uterina. No hay necesidad de ocluir los labios vulvares, ya que el paso del líquido es suficiente para distender la vagina y proveer una correcta visualización de la portio, aunque existen escuelas que si recomiendan su oclusión (1).

Según Bettocchi y col. (12,13), en más de 11 000 histeroscopias realizadas usando la técnica antes descrita, confirma que hay mayor complacencia del paciente: 99,1 % de los pacientes refirieron no haber sentido molestia durante el abordaje uterino

y la inserción del telescopio en el cérvix. Las causas incidentales de dolor que complicaron el procedimiento han sido eliminadas. Esta técnica ha permitido la completa eliminación de cualquier tipo de premedicación, analgesia, anestesia haciendo el procedimiento más rápido y libre de complicaciones.

La histeroscopia de consultorio es así, una técnica fácil, segura y rápida (14-17). Provee resultados inmediatos y ofrece la oportunidad de realizar biopsias dirigidas en lesiones sospechosas focales y tratamiento directo de algunas patologías intrauterinas (18).

La disponibilidad de histeroscopios de pequeño diámetro e instrumentos operativos también pequeños han aumentado las ventajas de este procedimiento, permitiendo que sea realizado en un paciente consciente. Con los instrumentos adecuados y un operador hábil, cualquier desventaja o error puede ser minimizado. En algunos casos el diagnóstico visual histeroscópico puede no relacionarse con el diagnóstico histológico final (19). Es prudente realizar biopsia endometrial en todos los casos dudosos. La biopsia dirigida es, claramente, el procedimiento más preciso para el diagnóstico de patología endometrial (1). Entre sus indicaciones en ginecología se encuentran: evaluación del sangrado uterino anormal, diagnóstico y tratamiento de lesiones intracavitarias sospechadas mediante otro método como sinequias, pólipos, leiomiomas, investigación de infertilidad, sospecha y extracción de cuerpo extraño, diagnóstico y seguimiento de hiperplasia endometrial, cateterización de trompas uterinas y colocación de dispositivos intratubarios para esterilización (19).

La histeroscopia, es considerada actualmente, el estudio más confiable para la evaluación de la cavidad endometrial. Son pocas las condiciones que contraindican su realización de forma absoluta como el embarazo viable, infección cervical y malignidad cervical conocida (19). Como se señala, algunos autores opinan que no se requiere anestesia durante la histeroscopia de consultorio (20). Sin embargo, este tema ha sido objeto de múltiples estudios de investigación, donde 34,8 % de las pacientes a las que se les ha realizado el estudio reportan algún tipo de dolor (21). De hecho, se ha señalado al dolor como la principal causa de fracaso del estudio por lo que este aspecto sigue siendo tema de debate (20,22). Muchos factores explican la falta de consenso con respecto al uso o no de algún tipo de anestesia durante el mismo, como son: la técnica (abordaje convencional o vaginohisteroscopia), instrumentos usados (diámetro y arquitectura del instrumento, medio de distensión) y características inherentes al paciente. Sumado a

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

estos factores, la experiencia del operador, duración del examen, la combinación de la exploración y toma de biopsia y, eventualmente, el tratamiento de una patología, deben ser considerados (22).

Son múltiples las investigaciones realizadas al respecto. En el año 2007 Carvalho y col. (20) realizaron un estudio de evaluación de dolor en pacientes a las que realizaron histeroscopia diagnóstica sin anestesia; incluyeron 171 pacientes ambulatorios. La frecuencia e intensidad del dolor fueron determinados mediante escala visual análoga. El dolor fue mayor inmediatamente después del procedimiento con una media de 6, disminuyendo a 3, 1, 0 a los 15, 30 y 60 minutos respectivamente. Encontraron que los únicos parámetros relacionados estadísticamente a la intensidad de dolor percibido fueron la menopausia, la colocación de espéculo y la ausencia de parto vaginal previo. La histeroscopia de consultorio es usada ampliamente como primera línea de estudio del sangrado uterino anormal y otras patologías que involucran la cavidad uterina. La miniaturización de los instrumentos permite que la histeroscopia sea realizada en un ambiente de consultorio en un mayor número de mujeres. La primera limitación de su masificación es el dolor y la baja tolerancia del paciente. La mayoría de la literatura sugiere que la histeroscopia en manos experimentadas es bien tolerada, y solo requiere anestesia en pacientes seleccionados (22). También en el año 2007 Cicinelly y col. (23) buscaron identificar los factores predictivos de dolor en la minihisteroscopia, mediante un estudio prospectivo de 533 pacientes, donde a las pacientes se les pidió que dieran un valor a su percepción del dolor durante el procedimiento, en una escala análoga visual. El 78 % reportó no percibir dolor ni molestia mientras que 22 % experimentó dolor moderado a intolerable. El antecedente de cesárea previa, ansiedad y menopausia fueron significativamente menores en el grupo que no experimentó dolor. Con respecto a la instrumentación cervical para la realización del estudio, una investigación demostró que la histeroscopia según técnica tradicional con espéculo y tenáculo sin anestesia con histeroscopia de 5 mm es dolorosa, con aproximadamente 69 % de las pacientes reportando dolor en escala análoga de dolor de 5 o más (20). Por otro lado, Di Spiezio y col. (24) concluyeron en un estudio de 5 000 mujeres que el éxito de la histeroscopia era afectado negativamente por el uso de la técnica tradicional para la inserción de histeroscopia de 5 mm.

La realización de procedimientos dentro de la cavidad endometrial mediante instrumentos de 5F,

como la toma de biopsia endometrial también puede ser realizada sin anestesia, de forma rápida y sin involucrar o estimular la pared miometrial. El tratamiento de adherencias intrauterinas consiste en cortar las mismas con tijeras mecánicas o con electrobisturí. En la mayoría de los casos, su realización mediante histeroscopia puede ser realizada en el consultorio sin el uso de anestesia. Con el uso del histeroscopia operatorio también pueden ser removidos los pólipos endocervicales en el consultorio sin el uso de anestesia (25,26), sin embargo, a pesar que muchos artículos demuestran la factibilidad de realizar polipectomía en el consultorio haciendo uso del histeroscopia operatorio sin anestesia, la polipectomía requiere que ciertas maniobras intrauterinas sean realizadas en forma repetida, dependiendo del tamaño, localización y características del pólipo, y se requiere de algún tiempo para completar el procedimiento, todos estos factores podrían influenciar la percepción del dolor. Es así que aunque se asegura que la histeroscopia operativa moderna permite la realización de la mayoría de las polipectomías en el consultorio sin anestesia, la operación no es siempre exitosa e indolora (22). Los factores limitantes en estos procedimientos son el tamaño del pólipo y la duración del procedimiento. Litta y col. (27) analizaron el dolor en 253 procedimientos de polipectomía y observaron que la cuantificación mediante escala visual análoga de dolor fue 4 o menos cuando los pólipos eran de 2 cm o menos y mientras el procedimiento durase 15 min o menos.

Como puede observarse, con la disminución del calibre del instrumento y su adaptación arquitectural a la anatomía real del cérvix uterino la tolerancia parece ser mejor pero esto no se ha plasmado de forma objetiva en un estudio de investigación nacional. Además, con el surgimiento de la técnica vaginohisteroscópica, que no involucra el uso de espéculo ni tenáculo cervical, puede pensarse que mejora la tolerancia del estudio. Sin embargo, en la práctica diaria se observa que la tolerancia de las pacientes al estudio es variable. Es probable que una paciente con bajo umbral para el dolor manifieste tanta incomodidad que haga percibir el estudio como doloroso y estimule a utilizar agentes anestésicos de rutina, y por otro lado, otra paciente con un elevado umbral hace percibirlo erróneamente como no doloroso. Es necesario por ello, planificar una evaluación objetiva que permita medir la intensidad del dolor percibido por un grupo de pacientes con significancia estadística, para establecer la verdadera tolerancia ante este procedimiento. Esta investigación se ha realizado en otros países, pero bien sabemos que

la respuesta de las pacientes ante cualquier agresión es diferente según su procedencia porque la idiosincrasia de cada país es particular.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, analítico y de corte transversal, que incluyó un total de 309 pacientes con indicación para realización de histeroscopia de consultorio. Se excluyeron aquellas, con infección pélvica reciente o no tratada, con diagnóstico de cáncer cervical invasor o con inestabilidad hemodinámica y embarazadas. Todas las pacientes firmaron un formulario de consentimiento informado.

Con la paciente en posición de litotomía, bajo técnica aséptica y antiséptica se procedió a realizar la evaluación vagino histeroscópica con histeroscopia tipo Set Bettocchi: camisa de flujo sencillo de 3,1 x 5 mm con canal operatorio (5Fr.) con endoscopio de 2,9 mm (Karl Storz). El medio de distensión utilizado fue solución fisiológica con manómetro manual y en todos los procedimientos se practicó biopsia endometrial dirigida por histeroscopia. Inmediatamente después de finalizar el estudio, se entregó a la paciente la escala análoga de dolor para que indique su percepción ante el procedimiento. Una vez culminados los procedimientos el operador procedió a llenar la ficha de registro de la valoración histeroscópica que contenía la descripción de los hallazgos.

Todos los datos fueron descritos mediante frecuencias absolutas y porcentajes, media y desviación estándar, moda; fueron comparados mediante diferencia de proporciones, diferencia de medias, y Chi cuadrado con corrección de Yate para una $P < 0,05$.

RESULTADOS

En el Cuadro 1, se representa la distribución de las pacientes según la intensidad del dolor. Se puede observar que la media en esta serie de 309 pacientes fue de $2,94 \pm 2,12$ con un rango de 0 a 10. Destaca que 285 pacientes presentaron dolor leve a moderado o ningún dolor y ello representó el 92,2 % del total de pacientes estudiadas; solo 2,9 % ($n=9$) de las pacientes presentaron dolor intolerable que impidió la culminación del procedimiento.

En relación con la edad encontramos, en este grupo, una media de 42,1 años, con un mínimo de 16 y un máximo de 78 años. La distribución según la

percepción del dolor fue homogénea entre los grupos etarios, como lo demuestra el Cuadro 2 ($P=0,876$)

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la percepción del dolor en relación con la paridad ni a la condición hormonal. (Cuadros 3 y 4).

En el Cuadro 5 se observa que 20 % de las pacientes con antecedente de conización presentaron dolor intenso (6–9) mientras que el grupo sin antecedentes de procedimientos cervicales o con antecedente de curetaje presentaron 5,5 % y 2,4 % de dolor intenso, respectivamente ($P>0,05$).

En el Cuadro 6 se ilustra la distribución de las pacientes según la percepción del dolor y la permeabilidad cervical. Aquellas pacientes con estenosis cervical presentaron dolor moderado en 49 % de los casos e intenso en 13,7 %. Las que tenían sinequias presentaron dolor moderado en 46,9 % y severo en 9,4 %. Las que tenían el cuello permeable presentaron dolor moderado en 31,9 % y dolor intenso en 2,2 %. ($P=0,0$). Adicionalmente se aprecia que en el grupo de pacientes que presentaron dolor intolerable durante el estudio, un 88,8 % ($N=8$) presentaban estenosis o sinequia cervical. Esta relación fue estadísticamente significativa.

La distribución de las pacientes según la percepción del dolor en relación con la indicación del estudio (Cuadro 7) fue homogénea. Con respecto al tipo de histeroscopia, ilustrado en el Cuadro 8, hubo 10 % de dolor intenso y 5 % de intolerable en el grupo de procedimientos operatorios mientras que 4,5 % y 2,8 % respectivamente, en el grupo de procedimientos diagnósticos. ($P>0,05$).

Cuadro 1

Distribución de las pacientes según la intensidad del dolor

Escala visual análoga	N	%
0	13	4,2
1-2	160	51,8
3-5	112	36,2
6-9	15	4,9
10	9	2,9

$X = 2,94 \pm 2,12$

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

Cuadro 2

Distribución porcentual según la percepción del dolor y la edad

Grupo etario (años)	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
15 - 25	8,3	50	33,3	8,3	0
26 - 35	5,6	49,4	38,2	4,5	2,2
36 - 45	2,5	56,8	34,6	4,9	1,2
46 - 55	3,3	50	33,3	6,7	6,7
56 - 65	2,3	53,5	39,5	0	4,7
>65	8,3	41,7	41,7	8,3	0

$X^2 = 13,041$
 $P = 0,876$

Cuadro 3

Distribución porcentual según la percepción del dolor y la paridad

Paridad	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
Nulípara	5,2	46,6	44	2,6	1,7
Una Para	0	53,5	37,2	7	2,3
Múltipara	4,7	55,3	30,0	6,0	4,0

$X^2 = 9,933$
 $P = 0,27$

Cuadro 4

Distribución porcentual según la percepción del dolor y la condición hormonal

Condición hormonal	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
Premenopáusica	4,2	54,4	34,9	4,7	1,9
Posmenopáusica con terapia hormonal	10	50	40	0	0
Posmenopáusica sin terapia hormonal	3,6	45,2	39,3	6	6

$X^2 = 6,717$
 $P = 0,567$

Cuadro 5

Distribución porcentual según la percepción del dolor y procedimientos cervicales previos

Procedimientos cervicales	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
Curetaje	4,8	48,8	40,5	2,4	3,6
Conización	0	60	20	20	0
Ninguno	4,1	52,7	35	5,5	2,78

$X^2 = 5,280$
 $P = 0,727$

Cuadro 6

Distribución porcentual según la percepción del dolor y la permeabilidad cervical

Permeabilidad cervical	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
Permeable	4,9	60,6	31,9	2,2	0,4
Estenosis	3,9	25,5	49	13,7	7,8
Sinequia	0	31,3	46,9	9,4	12,5

$X^2 = 50,86$
 $P = 0,0$

Cuadro 7

Distribución porcentual según la percepción del dolor y la indicación del estudio

Procedimientos cervicales	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
Alteración ecográfica	2,9	50,9	37,6	4,6	4,0
Infertilidad	5,3	52,6	39,5	2,6	0
Sangrado uterino anormal	2,4	52,4	38,1	2,4	4,8
Otras	8,93	53,57	28,57	8,93	0

$X^2 = 12,172$
 $P = 0,432$

Cuadro 8

Distribución porcentual según la percepción del dolor y el tipo de procedimiento

Tipo de procedimiento	Intensidad de dolor				
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10
Diagnóstico	3,8	52,2	36,7	4,5	2,8
Operatorio	10	45	30	10	5

$$X^2 = 3,612$$

$$P = 0,461$$

DISCUSIÓN

En décadas recientes, se han desarrollado métodos para el diagnóstico de la patología uterina como el ultrasonido transvaginal, la sonohisterografía, la histerosalpingografía y la histeroscopia de consultorio. El ultrasonido transvaginal es un método simple no invasivo con buena precisión diagnóstica para la mayor parte de las patologías uterinas. Sin embargo, la anormalidad de pequeñas estructuras se puede pasar por alto, y la localización exacta de las lesiones en relación con la cavidad uterina o la naturaleza de las lesiones no pueden ser siempre esclarecidas mediante el ultrasonido transvaginal. Comparado con el ultrasonido transvaginal la sonohisterografía es una mejor herramienta diagnóstica, con la ventaja adicional de la imagen en 3D, que define mejor los defectos de la cavidad o la patología con componente submucoso o intramural (28).

La histeroscopia de consultorio es un campo excitante y de rápidos avances en la práctica ginecológica, en contraste con otras técnicas permite la visualización directa de la cavidad uterina y sus patologías relevantes, además permite la toma de biopsia dirigida que ofrece la ventaja del análisis histológico que hasta épocas recientes era obtenido mediante dilatación – curetaje, con la desventaja de la necesidad de ser realizado bajo anestesia general o sedación, en ambiente hospitalario y tiene sensibilidad y especificidad variable de acuerdo a la patología uterina y la extensión de la anormalidad endometrial, mientras que con la técnica histeroscopia la sensibilidad y especificidad del diagnóstico de la patología benigna y maligna de la cavidad endometrial la ha convertido en el estándar de oro (29).

La histeroscopia de consultorio ha demostrado

excelente sensibilidad y especificidad así como buena correlación con los hallazgos de la histeroscopia de quirófano, y provee ciertas ventajas con respecto a esta, como la reducción del riesgo anestésico, recuperación más rápida y la superioridad en costo-efectividad (28).

Hasta 1990 los ginecólogos realizaban este estudio en el consultorio solo con fines diagnósticos (28), con posterior programación del tratamiento en el quirófano, pero en la actualidad, con la miniaturización de los endoscopios y desarrollo de instrumentos de 5 F, con potencial electroquirúrgico, ahora la limitante más importante es el tamaño de la lesión con respecto al diámetro del canal cervical.

La histeroscopia es realizable y bien tolerada, sin embargo, su práctica en el consultorio se ha visto limitada por el dolor (20), y en la actualidad todavía se desarrollan distintas investigaciones en busca de los factores pronósticos de dolor (23), la técnica de administración de anestesia que podría utilizarse durante el procedimiento (29), y la posibilidad de la preparación cervical con prostaglandinas previo al estudio que mejore la permeabilidad cervical (30).

En este trabajo, en el que se practicó histeroscopia de consultorio, mediante abordaje vaginohistoscópico sin anestesia, se encontró que el promedio de dolor percibido que se obtuvo mediante escala visual análoga de 0 – 10, fue de 2,9. Este resultado es similar a la literatura internacional; Sagiv y col. (31) en 2006 realizaron un estudio aleatorio controlado, aplicando el procedimiento a 83 pacientes con histeroscopia de 3,6 mm obteniendo una media de dolor de 3,8 mediante escala visual análoga de 1 – 10. Campo y col. (32), también realizaron un estudio aleatorio controlado en 240 pacientes con histeroscopia de 3,5 mm obteniendo una media de dolor mediante escala visual análoga de 1 - 10, de 1,8 en el año 2005. Sin embargo, Glasser (33) señala que el control del dolor durante la histeroscopia, parece ser la mayor preocupación del ginecólogo que realiza el procedimiento en el consultorio, según este autor, el porcentaje de éxito varía entre 69 % y 100 % y la falla se debe al dolor en 29,4 %, por lo que sugiere que la mayoría de las fallas se deben a analgesia inadecuada.

Puede percibirse dolor en varios momentos durante la histeroscopia: durante su introducción en el canal cervical, especialmente con su paso por el orificio cervical interno, durante la toma de biopsia endometrial o por la distensión de las paredes uterinas con el medio de distensión por la actividad contráctil del miometrio o por la estimulación directa de las paredes uterinas con el histeroscopio (20).

El porcentaje de pacientes sin ningún dolor o

dolor leve fue 56 % de la población, se presentó dolor moderado en 36,2 % e intenso o intolerable en 7,8 % (n=24). Cicinelli y col. (23) en 2007 reportaron 78 % de ausencia de dolor o solo molestia, y 22 % de dolor moderado o intenso con 0 % de dolor intolerable. La mayoría de las series utilizan la escala de 0 a 10, pero Cicinelli y col. (23) utilizaron una escala de 0 a 5. Es posible que la traducción de la percepción de dolor a escalas diferentes influya en los resultados. Por otro lado, las diferencias podrían atribuirse al hecho de que el método utilizado para la distensión con solución fue mediante gravedad, un metro por encima del paciente, mientras que en este estudio se utilizó un manómetro sobre la bolsa de solución que pudo llevar consigo oscilaciones bruscas en la presión intrauterina a su vez traducido en mayor percepción de dolor. Eventualmente, las diferencias también podrían estar relacionadas con la experiencia del operador. Se revisó el porcentaje de procedimientos suspendidos por dolor intolerable. Durante los primeros 100 estudios fue de 6 % mientras que en los últimos 100 fue de 0. La curva de aprendizaje siempre debe tomarse en cuenta en estudios de esta índole.

La percepción del dolor puede relacionarse a ciertas características de la paciente; el dolor en este estudio tuvo una distribución uniforme entre los grupos etarios, sin presentar diferencia estadística significativa. En estudios publicados recientemente como el de Carvalho y col. (20), en 2007, se encontró percepción de dolor mayor a 5 puntos asociado a la edad mayor a 50 años. En este estudio las pacientes entre 46 y 65 años que presentaron dolor intolerable (n=6), representaron 66,66 % del total de ese grupo (n=9).

Llama la atención que las pacientes mayores de 65 años (n=12) presentaron en 83 % (n=10) dolor leve a moderado, 8,3 % dolor intenso y ninguna paciente presentó dolor intolerable, y se supondría que estas presentarían una distribución similar o mayor de dolor intenso o intolerable que el grupo etario entre 46 y 65 años. También es de notar que su comportamiento se asemeja a las pacientes del grupo etario entre 15 – 25 años, quienes presentaron 83,3 % de dolor leve a moderado, 8,3 % dolor intenso y 0 % dolor intolerable; la explicación puede ser que las mayores de 65 años son mujeres más seguras, con menor nivel de ansiedad y las pacientes del grupo de 15 a 25 años desconocen el procedimiento por lo que pudieran tener menos prejuicios previos al estudio.

Nagele y col. (34) reportaron en 1996 el uso de anestesia en 29,8 %, de 2 500 pacientes; fue requerida más frecuentemente en nuligestas, nulíparas y

posmenopáusicas, sin embargo, en este estudio cuando se analizó la paridad en relación con la percepción de dolor se observó que no tuvo ninguna influencia. Al revisar estudios recientes relacionados con este factor, Cicinelli y col. (23) encontraron que la presencia o ausencia, o el número de partos no han demostrado estar relacionados con la percepción de dolor.

Contrario a lo establecido en la literatura, en este estudio no hubo diferencia significativa en la percepción de dolor entre pacientes no menopáusicas y menopáusicas, recibieran esta terapia hormonal o no. Aunque en el grupo de pacientes que presentaron dolor intenso o intolerable, 41,66 % se encontraban en la posmenopausia y 58,3 % en la premenopausia, esta diferencia no fue significativa (23).

Podría suponerse que ciertos antecedentes ginecológicos u obstétricos, como la conización cervical o el curetaje uterino, podrían provocar alteraciones morfológicas en el canal cervical, como estenosis o sinequias, y que estas pudieran relacionarse con mayor percepción de dolor durante el estudio, porque reducen o eliminan el trayecto que debe ser recorrido por el histeroscopia para llegar a la cavidad uterina; no obstante este aspecto fue investigado en esta serie sin obtener diferencias estadísticamente significativas. En la actualidad se realizan las conizaciones con asa diatérmica, lo cual ha disminuido el porcentaje de estenosis cervical (35).

Las indicaciones para realización de histeroscopia se categorizaron en 3 grandes grupos, y esas categorías no se asociaron con mayor percepción de dolor porque no guardan relación con la permeabilidad cervical. La inervación principal del útero proviene del plexo útero-vaginal, derivado de las raíces nerviosas parasimpáticas S-2 a S-4, localizadas laterales al cérvix a nivel del ligamento cardinal, y sus ramificaciones pasan al útero con las arterias uterinas. Sin embargo, el útero, también parece recibir inervación simpática de las raíces T-10 a T-12 y L-1, que llegan al útero también, con la arteria uterina y con respecto a T-10 mediante el ligamento infundibulopélvico y la arteria uterina. La inervación miometrial sigue las ramas de la arteria uterina y puede variar significativamente con patologías como adenomiosis y endometriosis. Los nervios se extienden a través del miometrio hasta la interfase endometrio - miometrial donde existe un plexo bien definido. El tercio basal del endometrio tiene inervación, y se han demostrado fibras neurales en la región superficial funcional (36-38). También existe inervación importante en la capa submucosa del cérvix que contiene un extenso plexo nervioso (29).

Tanto la indicación del procedimiento como

el tipo de procedimiento revelaron distribuciones homogéneas de intensidad de dolor, en sintonía con lo descrito por Cicinelli (22) en 2010, quien propuso que el tratamiento de adherencias intrauterinas, pólipos endometriales o cervicales mediante corte mecánico o electrocirugía puede ser realizado en el consultorio sin anestesia, teniendo como factor limitante el tamaño del pólipo y la duración del procedimiento.

El diámetro del canal cervical fue determinante en este estudio para la percepción de dolor. Hubo 7,8 % (24 mujeres) del total de pacientes que percibieron dolor entre intenso e intolerable, de ellas, 75 % presentaban sinequias o estenosis cervical. Durante estos procedimientos a las pacientes con canal cervical con diámetro limitado para el paso del histeroscopia se les realizó distensión con pinza Grasper histeroscópica o cortes estratégicos con tijera histeroscópica que posteriormente permitieran el paso del instrumento; así como en los canales cervicales obliterados por sinequias se creó paso para el histeroscopia cortando las mismas y posiblemente, la percepción de dolor fue influenciada por esa maniobra. Al realizar la historia clínica es importante identificar, los factores predisponentes para estenosis o sinequia y tal vez en ese grupo seleccionado de pacientes recomendar la utilización de anestesia local o general, prefiriéndose la anestesia local, puesto que la general eliminaría una de las ventajas principales de la histeroscopia que es el hecho de no requerir hospitalización, anestesia ni entrada a quirófano.

De todo lo anterior se puede concluir que la histeroscopia de consultorio resultó ser un procedimiento bien tolerado por la mayoría de las pacientes. La media de percepción de dolor fue de $2,94 \pm 2,12$ con un rango de 0 a 10. La percepción del dolor fue independiente de la paridad, condición hormonal, indicación del estudio, edad y tipo de procedimiento pero fue mayor en pacientes con estenosis cervicales o sinequias.

En vista de ello se puede recomendar la identificación de los factores predisponentes de estenosis y sinequias, y tal vez en este pequeño grupo de pacientes utilizar la anestesia paracervical.

REFERENCIAS

- Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2004;31:641-654.
- Al-Azzawi F. Hysteroscopy or ultrasound? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1996;8:246-249.
- Valle RF, Sciarra JJ. Hysteroscopy: A useful diagnostic adjunct in gynecology. *Am J Obstet Gynecol*. 1975;122:230-235.
- Baggish MS. Contact hysteroscopy: A new technique to explore the uterine cavity. *Obstet Gynecol*. 1979;54:350-354.
- Valle RF, Sciarra JJ. Current status of hysteroscopy in gynecologic practice. *Fertil Steril*. 1979;32:619-632.
- Barbot J, Parent B, Dubuisson JB. Contact hysteroscopy: Another method of endoscopic examination of the uterine cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;136:721-726.
- Taylor PJ, Hamou JE. Hysteroscopy. *J Reprod Med*. 1983;28:359-389.
- Valle RF. Hysteroscopy for gynecologic diagnosis. *Clin Obstet Gynecol*. 1983;26:253-276.
- Vercellini P, Colombo A, Mauro F, Oldani S, Bramante T, Crosignani PG. Paracervical anesthesia for outpatient hysteroscopy. *Fertil Steril*. 1994;62:1083-1085.
- Lau WC, Lo WK, Tam WH, Yuen PM. Paracervical anaesthesia in outpatient hysteroscopy: A randomised double-blind placebo-controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106:356-359.
- Zullo F, Pellicano M, Stigliano CM, Di Carlo C, Fabrizio A, Nappi C. Topical anesthesia for office hysteroscopy: A prospective, randomized study comparing two modalities. *J Reprod Med*. 1999;44:865-869.
- Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1997;4:255-258.
- 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;15:303-308.
- Loverro G, Bettocchi S, Cormio G, Nicolardi V, Porreca MR, Pansini N, et al. Diagnostic accuracy of hysteroscopy in endometrial hyperplasia. *Maturitas*. 1996;25:187-191.
- Torrejon R, Fernandez - Alba J, Canicer J, Martin A, Castro C, Garcia -Cabanillas J, et al. The value of hysteroscopic exploration for abnormal uterine bleeding. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1997;4:453-456.
- Garuti G, Sambruni I, Cellani D, Garzia D, Alleva P, Lucerti M. Hysteroscopy and transvaginal ultrasonography in postmenopausal women with uterine bleeding. *Int J Obstet Gynecol*. 1999;65:25-33.
- Campo R, Van Belle Y, Rombauts L, Brosens I, Gordts S. Office mini - hysteroscopy. *Hum Repro Update*. 1999;5:(1)73-81.
- Valle RF. Office hysteroscopy. *Clin Obstet Gynecol*. 1999;42:276-289.
- Valle RF. Hysteroscopic evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Surg Gynecol Obstet*. 1981;153:521-526.
- Carvalho J, Ramos M, Ribeiro A, Cavalcante L.

HISTEROSCOPIA DE CONSULTORIO

- Pain evaluation in outpatients undergoing diagnostic anesthesia-free hysteroscopy in a teaching hospital: A cohort study. *JMIG*. 2007;14(6):729-735.
21. De Iaco P, Marabini A, Stefanetti M, Del Vecchio C, Bovicelli L. Acceptability and pain of outpatient hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000;7:71-75.
 22. Cicinelly E. Hysteroscopy without anesthesia: Review of recent literature. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2010;17(6):703-708.
 23. Cicinelly E, Cristina R, Marinaccio M, Matteo M, Salianni N, Tinelli R. Predictive factor for pain experienced at office fluid mini-hysteroscopy. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2007;14:485-488.
 24. 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. *Fertil Steril*. 2008;89:438-443.
 25. Bettocchi S, Ceci O, Nappi L. Operative office hysteroscopy without anesthesia: Analysis of 4 863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004;11:59-61.
 26. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: Analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode. *Hum Reprod*. 2002;17:2435-2438.
 27. Litta P, Cosmi E, Saccardi C, Esposito C, Rui R, Ambrosini G. Outpatient operative polypectomy using a 5 mm-hysteroscope without anaesthesia and/or analgesia: Advantages and limits [published online ahead of print January 14, 2008]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;139:210-214.
 28. Di Spiezio A, Bettocchi S, Spinelli M, Guida M, Nappi L, Angioni S, et al. Review of New Office- Based Hysteroscopic Procedures 2003 – 2009. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2010;17(4):436-448.
 29. Munro M, Brooks P. Use of anesthesia for office diagnostic and operative hysteroscopy. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2010;17(6):709-718.
 30. Valente E, Ramos M, Ribeiro A, Veríssimo D. Vaginal misoprostol prior to diagnostic hysteroscopy in patients of reproductive age: A Randomized Clinical Trial. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2008;15(4):452-458.
 31. Sagiv R, Sadan O, Boaz M, Dishy M, Schechter E, Golan A. A new approach to office hysteroscopy compared with traditional hysteroscopy: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006;108:387-392.
 32. Campo R, Molinas C, Rombauts L, Mestdagh G, Lauwers M, Braekmans P, et al. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy. *Hum Reprod*. 2005;20(1):259-263.
 33. Glasser M. Practical Tips for office hysteroscopy and second generation “Global” endometrial ablation. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2009;16(4):384-399.
 34. Nagele F, O'Connor H, Davies A, Badway A, Mohamed H, Magos A, et al. 2 500 Outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol*. 1996;88:82-97.
 35. Baldauf J, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol*. 1996;88(6):933-938.
 36. Krantz K. Innervation of the human uterus. *Ann N Y Acad Sci*. 1959;75:770-784.
 37. Quin M, Kirk N. Differences in uterine innervation at hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:1515-1520.
 38. Tokushige N, Markham R, Russell P, Fraser IS. High density of small nerve fibres in the functional layer of the endometrium in women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2006;21:782-787.

Viene de pág. 29

- Utilizar técnicas de entrevista motivacional para ayudar a las mujeres en el desarrollo de un compromiso a largo plazo de la pérdida de peso y una vida saludable. Información adicional está disponible en la Comisión de Dictamen Número 423 de ACOG, “Entrevista Motivacional: una herramienta para el cambio de comportamiento” (22).
- Abogar por el patrocinio de un libre ejercicio o programa de bienestar en el hospital u organización médica.
- Asociarse con la oficina de enlace con la comunidad de su hospital para abogar por la construcción adicional de zonas seguras, accesibles recreativas al aire libre.
- Voluntarios para representar a su hospital de iniciativas comunitarias para incrementar o mejorar los supermercados locales recreativos en la ciudad.
- Animar a las pacientes a considerar la compra en los mercados agrícolas, si algunas grandes tiendas de comestibles con amplias verduras a precios razonables están disponibles para ellos. Según el Departamento de Agricultura de los EE.UU, los mercados de más de 2.000 agricultores aceptan beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria y las Mujeres, Infantes y Niños (28-30).

Continúa en pág. 46