|  |  |
| --- | --- |
| **Histeroscopia Diagnóstica en Ginecología General** |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **http://www.prosego.com/templates/prosego/images/flecha3b.gifhttp://www.prosego.com/templates/prosego/images/flecha2b.gif1** [**2**](http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=117&Itemid=40&limit=1&limitstart=1)[**3**](http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=117&Itemid=40&limit=1&limitstart=2) **[http://www.prosego.com/templates/prosego/images/flecha1.gif](http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=117&Itemid=40&limit=1&limitstart=1)[http://www.prosego.com/templates/prosego/images/flecha.gif](http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=117&Itemid=40&limit=1&limitstart=2)**  http://www.prosego.com/index.php?option=content&task=view&id=117&Itemid=40  Visto 27 de enero de 2010  *(Protocolo actualizado en 1995)*  **INTRODUCCIÓN**  El perfeccionamiento del instrumental utilizado en las exploraciones endoscópicas ha hecho que la histeroscopia sufra en los últimos años una gran evolución. Esta mejora posibilita la utilización de instrumentos más pequeños, menos traumáticos y con suficiente capacidad visual y diagnóstica para que la histeroscopia pueda ser considerada como una prueba complementaria más en el diagnóstico de muchos procesos ginecológicos.  Estos progresos han hecho que sea un método relativamente inocuo, sencillo y eficaz, sin embargo, debe usarse de forma cauta y en combinación con otros métodos para mejorar su precisión diagnóstica.  Al margen de la histeroscopia quirúrgica, de la que no trata este protocolo, disponemos de histeroscopios lo suficientemente finos para poder realizar la exploración en la consulta del ginecólogo, o al menos de forma ambulante. La facilidad a la hora de programar esta técnica, puesto que no requiere quirófano ni ingreso hospitalario, supone una ventaja adicional.  **INDICACIONES**  1. Metorragia uterina anormal: la histeroscopia permite la visión completa de la cavidad uterina y la toma de biopsias en caso de lesiones sospechosas. De esta manera es posible la visualización de miomas submucosos, pólipos endometriales, diagnóstico de hiperplasias y carcinoma de endometrio. Igualmente puede ayudar al legrado en la orientación de zonas sospechosas.  2. Esterilidad e infertilidad.   * Factor cervical. * Factor uterino (sinequias, malformaciones congénitas, etc.).   3. Localización de cuerpos extraños (DIUs).  4. Indicación y control de terapéutica: control de hiperplasias tras tratamiento médico. Control de la cavidad tras miomectomía o metroplastias.  5. Diagnóstico y seguimiento de la enfermedad trofoblástica.  6. Localización de restos placentarios o abortivos.  **CONTRAINDICACIONES**  1. Absolutas.   * Infección pélvica activa o muy reciente.   2. Relativas.   * Perforación uterina o cirugía reciente sobre el útero. * Embarazo: las condiciones especiales del útero grávido suponen mayor riesgo de complicaciones, sobre todo hemorrágicos. Algunos autores la desaconsejan por el riesgo de aborto y el posible efecto teratógena del CO2.   **MATERIAL**  Es importante disponer de una sala de suficiente capacidad, adecuada para permitir la colocación cómoda del material y contar con ayuda de personal auxiliar que conozca el instrumental y la técnica.  1. Mesa de exploración ginecológica.  2. Espéculo abierto en un lateral para facilitar el movimiento del histeroscopio o la retirada del espéculo durante la exploración.  3. Pinzas para fraccionar el cuello (Pozzi).  4. Anestésico local.  5. Dilatadores de Hegar hasta el número 6.  6. Material endoscopio.   * Histeroscopio y su vaina. Para histeroscopia en consulta no deben exceder los 6 mm en su diámetro externo. * Fuente de luz con lámpara halógena o de xenon con potencia de salida de 100 a 300 watts y cable de fibra óptica. * Medios de expansión intarcavitarios. El más empleado para histeroscopia diagnóstica es el CO2, aunque puede emplearse también dextrano 70 o solución glucosada al 5 por 100.   7. Otros: microlegra, pinzas para biopsia, material fotográfico, etc.  **TÉCNICA DE LA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA**  Previo al inicio de la exploración es necesaria la comprobación del correcto funcionamiento de todo el utillaje (fuente de luz, insufladores, etc.) y el aclarado con suero fisiológico del histeroscopio y vaina para eliminar el antiséptico utilizado en la esterilización.  Todos los pasos deben hacerse con gran suavidad para evitar en lo posible el dolor, lo que facilita la colaboración por parte de la paciente y evita contracturas que dificultan la técnica. Es imprescindible la explicación a la paciente acerca de la exploración que vamos a efectuar.  **Momento de realizar la exploración**  Dependerá de la sospecha diagnóstica que indica la histeroscopia, aunque en general la fase proliferativa es la que más ventajas ofrece (moco más fluido y transparente, istmo más relajado). Para la valoración de los transtornos funcionales y esterilidad es mejor la segunda fase del ciclo.  **Preparación de la paciente**  Se coloca a la paciente en posición ginecológica con las piernas lo más separadas posible para permitir la movilidad del explorador y con las nalgas sobrepasando ligeramente el borde de la mesa de exploración. A continuación se realiza un tacto vaginal combinado, descartando cualquier proceso que contraindique la histeroscopia y comprobando la posición uterina. Es recomendable hacer orinar antes a la paciente.  La administración de espasmolíticos o sedantes no es necesaria en la mayoría de los casos. Por lo general la correcta información a la paciente es suficiente para conseguir que pierda el miedo y la hace más colaboradora. Pueden utilizarse 1-2 horas antes en pacientes atemorizadas o nerviosas.  La infiltración con anestésico tampoco es necesaria generalmente en la histeroscopia ambulante. En caso de dolor o necesidad de dilatación puede realizarse infiltración cervical o bloqueo paracervical.  **Histeroscopia**  Se introduce el espéculo y se lava la vagina y el cuello con una solución antiséptica, secando a continuación cuidadosamente para evitar la aparición de burbujas. A continuación se coloca en el cuello la pinza de tracción, en el labio anterior en caso de útero en anteflexión y en el labio posterior en caso contrario. Sólo se realiza histerometría en los casos en que el avance del histeroscopio sea dificultoso a través del cuello para comprobar su dirección. La utilización sistemática puede producir sangrado cervical o endometrial que dificulta la visión.  Con la luz y el gas conectados se apoya la óptica en el orificio cervical externo y se progresa unos milímetros a través del canal, avanzando después lentamente bajo visión directa para que el CO2 produzca la suficiente distensión y apertura del canal y facilite el avance. No deben usarse flujos superiores a 40-60 ml/min. y presiones que excedan los 100 mmHg.  Simultáneamente se observa la mucosa endocervical, características del moco, etc. Una vez alcanzado el útero se realiza una visión panorámica de la cavidad avanzando el histeroscopio hasta ver con claridad los orificios tubáricos y el fundus. Después se estudia el aspecto de la mucosa endometrial recorriendo de forma sistemática todas sus caras y se mide el grosor apoyando suavemente el histeroscopio hasta dejar huella. Después se retira lentamente el histeroscopio viendo de nuevo la cavidad y el canal endocervical.  El tiempo que se tarda habitualmente en la exploración no sobrepasa los 5 minutos.  **COMPLICACIONES**  1. Infección: el paso del medio de distensión a través del cuello, cuerpo y las trompas favorece el arrastre de gérmenes a la cavidad abdominal con el consiguiente riesgo infeccioso.  2. Perforación uterina, lesiones cervicales y falsas vías. Especialmente frecuentes en úteros en anteversión forzada, úteros cicatriciales, úteros grávidos o puerperales o cuando se realizan maniobras bruscas.  3. Sangrado uterino o cervical.  4. Dolor intenso y omalgia. Generalmente se producen cuando la exploración es difícil y se tarda mayor tiempo del habitual.  **BIBLIOGRAFÍA**  1. Labastida Nicolau R: Tratado y Atlas de Histeroscopia.  2. Wheeler M, DeCherney J: Histeroscopia en el consultorio. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Interamericana. Vol. 1.1988.  3. Randle S C.: Indicaciones para histeroscopia. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Interamericana. Vol. 1. 1988.  4. Valle RF.: Histeroscopy for gynecologic diagnosis. Clin Obstet Gynecol 26: 253-276.1983.  5. Valle RF, Sciare JJ: Current status of histeroscopy in gynecologic practica. Fertil Steril 32: 619-632.1979.  «Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente de los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios». |