

Realidad de la histeroscopia quirúrgica en el subsector público uruguayo: ¿un problema económico o un problema de gestión hospitalaria?

Reality of surgical hysteroscopy in the Uruguayan public subsector: an economic problem or a hospital management problem?

Andrés Illarramendi¹ , Romina Della Ventura² , Agustín Rubal³ 

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas de las pacientes que se realizaron una histeroscopia quirúrgica, estudiar las patologías halladas, su correlación anatomopatológica y la técnica histeroscópica empleada.

Métodos: Estudio descriptivo. Revisión de historias clínicas de pacientes que se realizaron una histeroscopia quirúrgica en block, del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre el 1/1/2019 al 31/12/2019.

Resultados: Se reclutaron para estudio 163 pacientes. La media de edad de las pacientes fue de 52 años. Los pólipos endometriales fueron

indicación de histeroscopia quirúrgica en la mayoría de los casos (83%), siendo 21 mm el tamaño promedio. La metrorragia de la postmenopausia llevó a la evaluación histeroscópica en primera instancia (25%), seguido por una línea endometrial engrosada (18%). El tiempo promedio entre la histeroscopia diagnóstica y quirúrgica fue 10 meses. La mayoría de las piezas tuvieron un resultado anatomopatológico de benignidad, seguidas en orden por hiperplasia sin atipias, hiperplasia compleja con atipias y adenocarcinoma. Todos los procedimientos fueron realizados en block quirúrgico, bajo anestesia general o raquídea, con resectoscopio de 26 Fr.

Conclusiones: La histeroscopia quirúrgica es una excelente técnica para el tratamiento de la patología intrauterina. En nuestro estudio, se resolvieron diversas patologías por esta técnica, con una predominancia del 83% de polipectomías histeroscópicas. No obstante, si bien es un tratamiento aceptable, actualmente existen múltiples tecnologías e instrumental que per-

- 1 Médico Ginecólogo, Servicio de Histeroscopia de la Asociación Española, Montevideo, Uruguay
- 2 Médico Ginecólogo.
- 3 Médico Ginecólogo, Servicio de Histeroscopia del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Asociación Española y CASMU, Montevideo, Uruguay.

A. Illarramendi. <https://orcid.org/0000-0002-7551-4482>
R. Della Ventura. <https://orcid.org/0009-0006-3865-655X>
A. Rubal. <https://orcid.org/0009-0002-8723-7205>

Autor responsable: Andrés Illarramendi, andresillarra@gmail.com

Recibido: 12/10/2023 Aceptado: 15/12/2023

ISSN 1510-8678 (electrónica)
DOI: <http://dx.doi.org/10.54638/62.1.2>

miten realizar estos procedimientos en consultorios ambulatorios, sin exponer a las pacientes a riesgos ni complicaciones anestésico-quirúrgicas y generaría beneficios logísticos, administrativos y económicos para los servicios de salud.

Palabras clave: histeroscopia, polipo endometrial, histeroscopia de oficina. See and Treat.

Abstract

Objectives: Analyze the clinical characteristics of patients who underwent operative hysteroscopy, study the identified pathologies, their anatomopathological correlation, and the hysteroscopic technique used.

Methods: Descriptive study. Review of medical records of patients who underwent surgical hysteroscopy in block, at the Pereira Rossell Hospital Center between January 1, 2019, and December 31, 2019.

Results: A total of 163 patients were recruited for the study. The mean age of the patients was 52 years. Endometrial polyps were the indication for surgical hysteroscopy in the majority of cases (83%), with an average size of 21 mm. Postmenopausal metrorrhagia led to hysteroscopic evaluation in the majority of cases (25%), followed by a thickened endometrial lining (18%). The average time between diagnostic and surgical hysteroscopy was 10 months. The majority of specimens had a benign anatomopathological result, followed in order by hyperplasia without atypia, complex hyperplasia with atypia, and adenocarcinoma. All procedures were performed in operating room, under general or spinal anesthesia, with a 26 Fr resectoscope.

Conclusions: Surgical hysteroscopy is an excellent technique for the treatment of intrauterine pathology. In our study, various pathologies were resolved using this technique, with a pre-

dominance of 83% for hysteroscopic polypectomies. However, while it is an acceptable treatment, there are currently multiple technologies and instruments that allow these procedures to be performed in outpatient settings, avoiding exposing patients to anesthetic-surgical risks or complications and generating logistical, administrative, and economic benefits for healthcare services.

Key words: Hysteroscopy. Endometrial polyp. Office hysteroscopy. See and Treat.

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia es un procedimiento mínimamente invasivo, que ha logrado llegar a posicionarse como el "*Gold Standard*" para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías uterinas, dado que permite una visualización directa del cérvix y de la cavidad.¹

Este estudio puede ser diagnóstico y/o terapéutico, dado que el mismo permite objetivar la existencia de patología intracavitaria, y eventualmente, en mucho de los casos, realizar su respectivo tratamiento.²

La histeroscopia diagnóstica, así como la quirúrgica, puede realizarse de forma ambulatoria, en consultorio y sin requerimientos anestésicos, así como en determinadas situaciones, frecuentemente en casos de patología más extensa o compleja, puede ser necesario realizarlo en block quirúrgico con anestesia.

Para la realización de una histeroscopia quirúrgica es necesario contar con instrumental específico para dicho fin, el cual es muy variado y específico para los distintos tipos de patologías, así como varía si el procedimiento es realizado de forma ambulatoria o en block quirúrgico. Hoy, con el advenimiento de la tecnología existen cada vez más

instrumentos para tratamiento de variadas patologías de forma ambulatoria.³ Sin embargo, este material es costoso y delicado, con una necesidad de recambio permanente, lo que genera que en ciertos medios no sea posible contar con este instrumental y deban realizarse las histeroscopías quirúrgicas en block quirúrgico, bajo anestesia, luego de dilatación cervical y con un resector de mayor diámetro al necesario para la patología existente.

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell existe un gran volumen de histeroscopías dado que es el centro de referencia nacional para el subsector público (ASSE), realizándose más de 1300 histeroscopías diagnósticas anuales. Por algunas carencias del hospital, sobre todo de instrumental, muchas histeroscopías quirúrgicas que podrían eventualmente ser solucionadas en consulta ambulatoria deben ser realizadas en block quirúrgico para su resolución, exponiendo a las pacientes a internaciones y riesgos anestésico-quirúrgicos innecesarios.

El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y sociodemográficas de las pacientes que se realizaron una histeroscopia quirúrgica en 2019 (último año calendario completo sin efectos de la pandemia COVID-19), y estudiar las patologías que llevaron a la realización de dicho estudio, su correlación anatomopatológica y la técnica quirúrgica empleada para su resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, en el cual se recolectó los datos de todas las pacientes que se realizaron una histeroscopia quirúrgica en quirófano, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. El período analizado comprende las cirugías realizadas entre el 1 de

enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019. Los criterios de inclusión son todas las histeroscopías quirúrgicas que se hayan realizado en block quirúrgico, bajo anestesia, en el período mencionado, sin importar la patología, ni ninguna otra condición que generara dicha cirugía.

Las variables analizadas fueron la edad de la paciente, la condición de pre o postmenopáusica, la patología que motiva la cirugía, la procedencia de la paciente, la demora entre la histeroscopia diagnóstica y la quirúrgica, la sintomatología que motivó la histeroscopia diagnóstica, la existencia o no de pólipos y su tamaño, y el informe anatomopatológico de la pieza extraída.

La signo-sintomatología que motiva la histeroscopia diagnóstica contempla las siguientes indicaciones:

- Metrorragia postmenopausia, entendiendo como cualquier sangrado uterino constatado por personal técnico o médico, luego de un año del último sangrado menstrual.
- Sangrado uterino anormal, tomando como referencia la definición de la FIGO para esta afección.⁴
- Línea endometrial engrosada, valorada por ecografía transvaginal, siendo la misma mayor a 5 mm en las pacientes postmenopáusicas.
- Valoración por esterilidad, cuando fueron derivadas del servicio de reproducción humana con tal diagnóstico.
- Pólipo endometrial, cuando ecográficamente se sugería la posibilidad de dicha patología intracavitaria.
- Hiperplasia endometrial, cuando la paciente tenía un resultado anatomopatológico confirmando dicha condición.
- Control por tamoxifeno, en usuarias que estaban tomando la medicación.

- Sin histeroscopia diagnóstica en CHPR, cuando no existe documento de histeroscopia diagnóstica en archivo de servicio de Histeroscopia o la misma fue realizada en algún otro centro médico del país del cual no tenemos informe.

En cuanto a los diagnósticos que motivan la histeroscopia quirúrgica, los mismos surgen de la valoración que se hizo en la histeroscopia diagnóstica, o de la descripción operatoria del procedimiento.

Los datos fueron extraídos de la historia clínica de la paciente, ya sea en el archivo propio del servicio de endoscopia, como en el sistema de descripciones operatorias de ASSE, y en el archivo del servicio de anatomía patológica del Hospital Pereira Rossell. El instrumental empleado para la histeroscopia quirúrgica fue en todos los casos mediante un resectoscopio monopolar de 26 Fr, utilizándose suero glucosado al 5% como medio de distensión (figura 1).

Figura 1.

Resector bipolar de 26 Fr



RESULTADOS

Se analizaron un total de 163 pacientes. La edad de las pacientes fue desde los 20 hasta los 79 años, con una media de 52 años. El

estado hormonal respecto a la menopausia, fue de 50% de pacientes postmenopáusicas (83 pacientes), mientras que el 45% era premenopáusicas, teniendo un faltante de datos en el 5% restante (figura 2).

La signosintomatología que llevó a las pacientes a la realización de la evaluación histeroscópica en primera instancia, fue en mayor proporción por metrorragia de la postmenopausia (25% de los casos) y una valoración ecográfica con una LE engrosada (18% de los casos). Con comparable frecuencia, en 31 pacientes (19%) la valoración por sangrado uterino anormal fue la que motivó el estudio. En 16 pacientes (10%), la valoración por esterilidad fue lo que motivó la valoración histeroscópica, englobando en dicho diagnóstico la valoración de la cavidad para despistar causas que generen esta situación, o ya sea previo a un tratamiento de reproducción asistida. Otras causas que llevaron a realizar una histeroscopia diagnóstica fueron la sospecha ecográfica de un pólipo endometrial (14 pacientes, 9%); control de hiperplasia endometrial (1 caso); control por estar recibiendo tamoxifeno (2 casos); y no contamos con el dato clínico en 9 casos. En 20 pacientes, la histeroscopia diagnóstica fue realizada en el lugar de origen de la paciente, siendo referenciada posteriormente para la resolución quirúrgica de la patología hallada.

Dentro de las indicaciones que llevaron a la realización de la histeroscopia quirúrgica, hay una gran prevalencia de la existencia de pólipos endometriales, lo que ocurrió en 136 de las pacientes, o sea en un 83% de los casos. En 13 pacientes la indicación fue la necesidad de realizar una miomectomía (8%). Otras indicaciones poco frecuentes incluyeron: sinequias del orificio interno (3 casos) y externo (2 casos) que impedían la realización de la histeroscopia diagnóstica; pólipo

Figura 2.

Estado hormonal de las pacientes

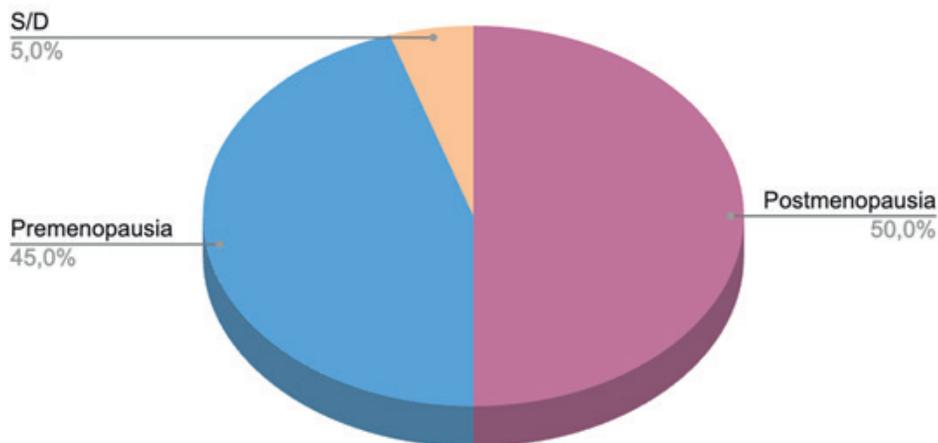
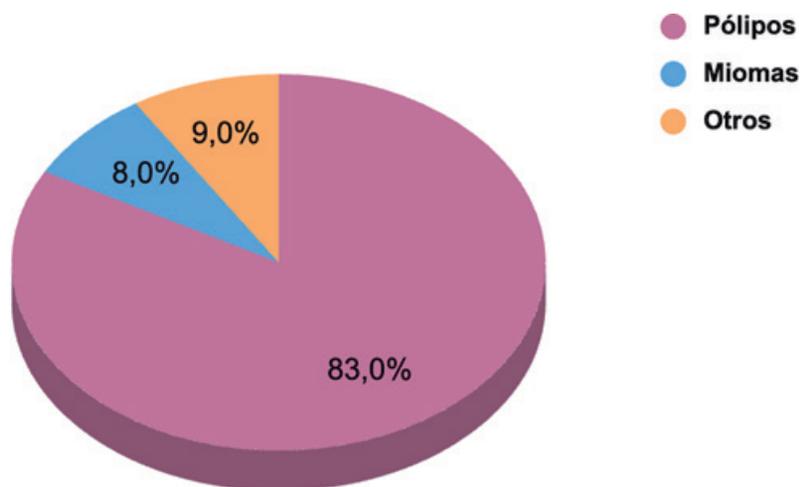


Figura 3.

Indicaciones de la histeroscopia quirúrgica



endocervical (2 casos); ablación endometrial (2 casos); intolerancia al dolor (2 casos); balance de esterilidad (1 caso); DIU penetrado (1 caso) e istmocele (1 caso) (figura 3).

El tiempo que pasó entre la histeroscopia diagnóstica y la quirúrgica, fue de un prome-

dio de 10 meses, variando el mismo desde la realización de ambos procedimientos en el mismo mes, hasta una latencia de 36 meses. Con respecto a la procedencia de las pacientes del estudio, el lugar de origen más frecuente es Montevideo (71 pacientes, 43%).

De estas pacientes, 40 de ellas se controlaban en policlínicas del Centro Hospitalario Pereira Rossell, mientras que las otras 31 se atendían en el primer nivel de atención. Posteriormente, Canelones es el departamento del cual provienen 16 pacientes (10%), Rio Negro (9 pacientes), Florida (6 pacientes), Lavalleja (5 pacientes), Colonia (5 pacientes), Tacuarembó (5 pacientes), San José (4 pacientes), Artigas (3 pacientes), Flores, Soriano, Salto, Cerro Largo y Rocha (2 pacientes de cada uno) y Maldonado y Treinta y Tres (1 paciente de cada departamento).

En 27 casos no se contaba con el dato de procedencia de la paciente. Considerando la distancia de cada uno de estos departamentos respecto a la capital, lugar donde se realizó el estudio, podemos dividir a las pacientes provenientes de una distancia mayor o menor a 250 km. Reagrupando a las pacientes según este punto de corte arbitrario, hubo 112 pacientes que procedían de un lugar a menos de 250 km, mientras que 24 de ellas (15% de las pacientes) recorrieron más de 250 km para realizar el estudio, teniendo como ejemplo más extremo 3 pacientes procedentes de Bella Unión (628 km de Montevideo).

Dada la alta prevalencia de los pólipos endometriales, analizamos el tamaño de los mismos, basado en la descripción operatoria. El tamaño promedio fue de 21 mm, con un rango que iba desde aquellos menores a 10 mm hasta algunos mayores a 40 mm.

Analizando el resultado anatomopatológico de las piezas resecadas, los agrupamos en distintos grupos. Se presentó un adenocarcinoma de endometrio en 4 oportunidades (2.5%), siendo los mismos de la variedad endometroide, en todos los casos. Otro grupo de entidades, se catalogó como variante normal del endometrio, entre los cuales se

incluyeron los que informaban endometrio normal o disfuncional, pólipo endometrial sin alteraciones y pólipo atrófico, ocurriendo esto en 65 pacientes de las analizadas (40%). Otro resultado que surgió en 55 pacientes (34% de los casos) fue el de endometrio hiperplásico simple o pólipo hiperplásico, no presentándose en este caso ninguna atipia citológica. Las pacientes que presentaron hiperplasia endometrial compleja, pero sin atipias citológicas, fueron 4, representando un 2,5% del total. La verdadera neoplasia intraepitelial endometrial, constituida por una hiperplasia endometrial compleja con atipias, según la clasificación de la OMS utilizada previamente, se obtuvo en 3 casos (1,8%).⁵ Otros resultados hallados fueron endometritis crónica (2 pacientes), adenomioma (1 caso) y pólipo fibroadenomatoso (1 caso). No hay datos del resultado de anatomía patológica en 12 casos (7%), y en 3 pacientes no se extrajo muestra para analizar.

DISCUSIÓN

La histeroscopia quirúrgica es un excelente método para tratar la patología intrauterina, con excelentes resultados, mínima invasión y menor cantidad de complicaciones y secuelas que con otras técnicas. La patología que más frecuentemente es indicación de cirugía histeroscópica es el pólipo endometrial (figura 4).

Cabe destacar que esto ocurre en los países en los cuales la histeroscopia terapéutica ambulatoria no está desarrollada, como es el nuestro, y así lo expresan trabajos de gran magnitud como el de S. Kayatas et al.⁶, que el 55% de las histeroscopias quirúrgicas fueron por pólipos endometriales.

En los países donde la técnica quirúrgica ambulatoria está desarrollada, con recursos

Figura 4.

Pólipos endometriales encontrados en las histeroscopias quirúrgicas

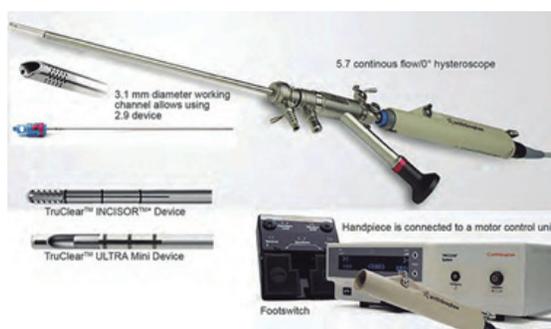


materiales y económicos disponibles, permite realizar una cantidad de tratamientos (incluida la casi totalidad de polipectomías), sin necesidad de internar a la paciente en un hospital, llevarla a block quirúrgico y someterla a anestesia general, con iguales resultados y menores complicaciones.^{2,7}

En nuestro trabajo, destacamos que el 83% de las histeroscopias en block fueron para resección de pólipos, y que el tamaño promedio de los pólipos resecaados era de 21 mm, siendo este un tamaño que a priori, no debería ofrecer grandes dificultades para su extracción en consultorio si se cuenta con el instrumental adecuado como puede ser un set de Bettocchi con sus respectivas tijeras y grasping, y eventualmente un coagulador bipolar. Cabe aclarar que existen otros detalles de la patología que deben ser analizados, como el tamaño de la base, la localización, la vascularización del mismo y el instrumental que se cuenta para poder decidir si se puede realizar su extirpación ambulatoria. Aún más, con el advenimiento de los sistemas de extracción de tejidos, prácticamente no habría necesidad de resecaar un pólipo endometrial en block quirúrgico y podrían resecaarse todos en ambulatorio (figura 5).⁹⁻¹²

Figura 5.

Truclear 5c.



Lógicamente, estos nuevos equipamientos son costosos y delicados, por lo que es poco frecuente encontrarlos en Latinoamérica. Sin embargo, este trabajo nos demuestra que en el caso de contar con instrumental pasible de resecaar al menos los pólipos, en el contexto ambulatorio, se ahorrarían 136 cirugías en Block quirúrgico (el 83% de las histeroscopías quirúrgicas de un año). Teniendo en cuenta que una cama de cuidados intermedios en un hospital general del sector público, tiene un costo promedio diario de 12.000 pesos uruguayos, con una estadía promedio de internación de nuestras pacientes de 36 horas, y que a esto se le suma el pago de los honorarios de todo el per-

sonal que involucra una cirugía en block, se estima que el costo de cada cirugía histeroscópica ronda los 25.000 pesos. Por ende, si solo consideramos que las polipectomías histeroscópicas se realicen en ambulatorio, el hospital se ahorraría 87.000 dólares americanos por año. Dicha cifra alcanza y supera ampliamente lo necesario para comprar y mantener el instrumental necesario, y permite ahorrar dinero y descomprimir el atraso quirúrgico existente. Estos hallazgos están claramente demostrados en múltiples trabajos internacionales, como el de N. Moawad et al.¹³, que reafirma el beneficio económico del tratamiento ambulatorio.

Analizando más en detalle la situación, el hecho de evitar esos procedimientos en block genera beneficios incalculables para pacientes, médicos e instituciones de salud.

Para los pacientes

Se puede realizar en el mismo procedimiento diagnóstico, y también el terapéutico. Esto lleva a que la paciente evite múltiples traslados (tener en cuenta que hay pacientes que recorrieron 2 veces más de 600 km para resolver su patología intrauterina), disminuya su ansiedad, nervios y angustia por presentar una patología; no necesite realizarse estudios paraclínicos ni interconsultas preoperatorias con especialistas; y disminuya los riesgos anestésicos y quirúrgicos del procedimiento en block.

Para el médico

Permite perseguir el concepto que se pregona en el mundo desarrollado de "*See and Treat*"¹⁴⁻¹⁵, que permite diagnosticar y tratar la patología en el mismo acto; permite adecuar el tratamiento y el instrumental para la patología que se presenta, evitando tratar a todas las pacientes con el mismo instrumen-

tal, exponiendo a algunas pacientes a un tratamiento excesivo para patologías menores; y permite realizar la mayor parte de los procedimientos de forma ambulatoria, y concurrir a block simplemente ante los casos más complejos.

Para la institución

Evita un número importante de internaciones de pacientes (con todo lo que ello conlleva: uso de cama hospitalaria; medicación; insumos; atención de personal administrativo, camilleros, enfermería, laboratorio, médicos; extracción de paraclínica; utilización de horas de block quirúrgico; instrumental quirúrgico; honorarios para equipo quirúrgico; entre otros), y permitiría la utilización de éstas camas por otros pacientes, lo cual es sumamente imprescindible en un sistema de salud que trabaja al límite de sus posibilidades.

CONCLUSIONES

La histeroscopia quirúrgica es una excelente técnica para el tratamiento de la patología intrauterina. En nuestro estudio, se resolvieron diversas patologías por esta técnica, con una predominancia del 83% de polipectomías histeroscópicas. No obstante, si bien es un tratamiento aceptable, actualmente existen múltiples tecnologías e instrumental que permiten realizar estos procedimientos en consultorios ambulatorios, sin exponer a las pacientes a riesgos ni complicaciones anestésico-quirúrgicas. De esta manera las instituciones de salud, invirtiendo en nuevas tecnologías, podrían desquitar su costo de compra, recambio y mantenimiento, y ofrecerían a las pacientes el tratamiento adecuado para la patología que presentan, la expondrían a menos riesgos, y aun

así, ahorrarían dinero. Por lo tanto, logrando una correcta distribución y administración de los recursos económicos, podría apostarse a mejorar técnicas quirúrgicas actuales, ahorrar dinero y descomprimir —en parte— un sistema de salud que trabaja al límite de sus posibilidades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- (1) Gkrozou F, Dimakopoulos G, Vrekoussis T, Lavasidis L, Koutlas A, Navrozoglou I, et al. Hysteroscopy in women with abnormal uterine bleeding: a meta-analysis on four major endometrial pathologies. *Arch Gynecol Obstet*. 2015 Jun;291(6):1347–54.
- (2) Salazar, C. A., & Isaacson, K. B. (2018). Office Operative Hysteroscopy: An Update. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 25(2), 199–208.
- (3) Connor M. New technologies and innovations in hysteroscopy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(7):951–965.
- (4) Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2011 Apr;113(1):3–13.
- (5) Sobczuk K, Sobczuk A. New classification system of endometrial hyperplasia WHO 2014 and its clinical implications. *Prz Menopauzalny*. 2017 Sep;16(3):107–111.
- (6) S. Kayatas, E. Meseci, O. Aydin Tosun, S. Arzu Arinkan, L. Uygur, M. Api. Experience of hysteroscopy indications and complications in 5,474 cases. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol*. 2014, 41(4), 451–454.
- (7) Cooper NAM, Clark TJ, Middleton L, Diwakar L, Smith P, Denny E, et al. Outpatient versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding: randomised controlled non-inferiority study. *BMJ*. 2015 Mar 23;350:h1398.
- (8) Ceci O, Franchini M, Cannone R, Giarre G, Bettocchi S, Fascilla FD, et al. Office treatment of large endometrial polyps using truclear 5C: feasibility and acceptability. *J Obstet Gynaecol Res* 2019;45(3):626–33.
- (9) Rovira Pampalona J, Degollada Bastos M, Mancebo Moreno G, Ratia Garcia E, Buron Pust A, Mateu Prunonosa JC, et al. Outpatient hysteroscopic polypectomy: bipolar energy system (Versapoint(R)) versus mechanical energy system (TRUCLEAR system(R)) - preliminary results. *Gynecol Obstet Invest* 2015;80(1):3–9.
- (10) Ansari SH, Bigatti G, Aghssa MM. Operative hysteroscopy with the Bigatti shaver (IBS (R)) for the removal of placental remnants. *Facts Views Vis Obgyn* 2018; 10(3):153-9
- (11) Dealberti D, Riboni F, Cosma S, Pisani C, Montella F, Saitta S, et al. Feasibility and Acceptability of Office-Based Polypectomy With a 16F Mini-Resectoscope: A Multicenter Clinical Study. *J Minim Invasive Gynecol* 2016;23(3):418–24.
- (12) Wortman M. "See-and-Treat" hysteroscopy in the management of endometrial polyps. *Surg Technol Int* 2016;28:177–84.
- (13) Garuti G, Cellani F, Colonnelli M, et al: Out-patient hysteroscopic polypectomy in 237 patients: feasibility of a one-stop 'see-and-treat' procedure. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11:500–504.

**El secreto de continuar
tan femenina y natural....**

ColpoEstriol[®] *estriol*

**Dos efectivas alternativas
para un tratamiento completo**



**La alternativa
estrogénica natural**



TEMIS LOSTALO
Excelencia farmacéutica



Gador
Al Cuidado de la Vida