

Universidad de Oriente
Núcleo de Anzoátegui
Escuela de Medicina
Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”
Dpto. Ginecología y Obstetricia



**CORRELACION ECOGRÁFICA- HISTEROSCÓPICA -
ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON ALTERACIONES
ENDOMETRIALES Y SANGRADO UTERINO ANORMAL. “CENTRO
MÉDICO PROFESIONAL MATURÍN”,
ESTADO MONAGAS. ABRIL 2007- MARZO 2008.**

ASESOR:

Dr. Juan Carlos Álvarez

TRABAJO REALIZADO POR:

Br. Abiad G, Karim.

Br. Areyán S, José.

Br. Betancourt E, Natalia.

Como requisito parcial para optar por el título de MEDICO CIRUJANO

Barcelona, Octubre de 2008.

RESOLUCION

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado:

“Los trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

Abiad Karim
(Autor)

Areyán José
(Autor)

Betancourt Natalia
(Autor)

Juan C Álvarez
(Asesor)

Alfonso Orta
(Jurado)

Mijaira Quero
(Jurado)

INDICE GENERAL

	Páginas
RESOLUCION	ii
INDICE GENERAL	iii
RESUMEN	vi
DEDICATORIA	i
DEDICATORIA	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS.....	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	2
EL PROBLEMA.....	5
1.1 Planteamiento Del Problema	5
1.2 Objetivos.....	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
1.3 Justificación E Importancia	9
1.4 Factibilidad	10
CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes:.....	11
2.2 Reseña Histórica de la Histeroscopia Diagnóstica	13
2.2.1 Antigua	13
2.2.2 Moderna.....	14
2.3 Instrumental Para La Histeroscopia Diagnóstica Ambulatoria	16
2.3.1 Instrumental Histeroscópico.	17

2.3.1.1 Sistema Óptico.....	17
2.3.1.2 Fuente de Luz	18
2.3.1.3 Sistemas De Cámara.....	18
2.3.1.4 Camisas Histeroscópicas	18
2.3.1.5 Instrumental Operatorio Accesorio	19
2.3.1.6 Instrumental Operatorio Especial	20
2.3.2 Medios de Distensión y Sistemas de Distribución de Fluidos.....	20
2.3.2.1 Medios De Distensión	20
2.3.3 Sistema de Distribución.....	24
2.4 Histeroscopia Diagnostica y Procedimientos Terapéuticos Menores.....	25
2.4.1 Importancia de la histeroscopia diagnóstica ambulatoria en ginecología.....	25
2.4.2 Técnica De La Histeroscopia Diagnóstica.....	26
2.4.2.1 Instrumental para la histeroscopia diagnóstica ambulatoria.....	26
2.4.3 Desarrollo del examen.....	27
2.4.4 Ventajas de la histeroscopia diagnóstica:	28
2.4.5 Posibles causas de dolor en la paciente.....	29
2.4.6 Reconocimiento de los Hallazgos.....	29
2.4.7 Complicaciones de la Histeroscopia.....	30
2.4.8 Indicaciones De La Histeroscopia	30
2.4.8.1 Diagnósticas.....	30
2.4.8.2 Quirúrgicas:	31
2.4.9 Contraindicaciones De La Histeroscopia	32
2.4.9.1 Absolutas:	32
2.4.9.2 Relativas	32
2.5 Ultrasonido (Ecografía).....	32
2.5.1 Equipos.....	32
2.5.2 Técnica.....	33
2.5.3 Seguridad.....	34

2.5.4 Indicaciones:.....	34
2.5.5 Contraindicaciones	35
CAPITULO III	36
METODOLOGÍA.....	36
3.1 Modelo de la Investigación.....	36
3.2 Diseño de Investigación.....	37
3.3 Tipo de Investigación.	37
3.4 Población y Muestra.	37
3.5 Procedimiento de Recolección de Información:.....	39
CAPITULO IV	40
CAPITULO V.....	50
DISCUSIÓN	50
CAPITULO VI	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
Conclusiones:.....	54
Recomendaciones	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	60
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:	75

**CORRELACIÓN ECOGRÁFICA - HISTEROSCÓPICA -
ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON ALTERACIONES
ENDOMETRIALES Y SANGRADO UTERINO ANORMAL. “CENTRO
MÉDICO PROFESIONAL MATURÍN”**

AUTORES:

Abiad, Karim.

Areyán, José.

Betancourt, Natalia.

ASESOR:

Dr. Juan Carlos Álvarez

AÑO: 2008

RESUMEN

Esta investigación ha sido realizada en el Centro Médico Profesional Maturín (CMPM), estado Monagas, con la finalidad de determinar la correlación ecográfica – histeroscópica- anatomopatológica en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal que consultan al CMPM en el período comprendido entre abril de 2007 - marzo de 2008. Para ello se realizó una investigación de tipo documental, descriptivo, prospectivo, bajo un diseño de campo, al tomarse la información requerida para la investigación directamente de la fuente donde se da la situación del estudio e investigación recabada de textos; para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva para cada variable a través de tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje. Para el estudio se tomó una población y muestra de 157 pacientes siendo representativa. Al finalizar los resultados determinaron que la edad de la mayoría de las pacientes estudiadas por sangrado uterino anormal y alteraciones

endometriales fue en promedio de 47 años, el diagnóstico ecográfico prevalente fue el engrosamiento endometrial, a la histeroscopia diagnóstica fue la poliposis endometrial, según la anatomopatología fue poliposis endometrial. Se encontró que el diagnóstico ecográfico se correlaciona de forma deficiente con la histeroscopia y anatomopatología (25,48% y 18,47% respectivamente); mientras que existe alta correlación entre el diagnóstico histeroscópico con el anatomopatológico en 81,53% de los casos. Se recomienda el uso rutinario de la ecografía corroborada con el histeroscopia y el estudio histológico de toda paciente que presente sangrado uterino anormal y alteración estructural del endometrio.

PALABRAS CLAVE: ecográfica, histeroscópica, anatomopatológica, poliposis endometrial

DEDICATORIA

Siempre he dicho que ser mujer no es fácil, y precisamente este trabajo esta dedicado a ese ser de sexo femenino que por una u otra razón, por todo o por nada, su vida se complica... a ti Mujer. Porque creo que la mujer maravilla en nuestros tiempo existe, y no es precisamente la que vimos en tiras cómicas alguna vez; es aquella que hace 100 roles a la vez en un mismo día, nunca puede olvidar quien es e invariablemente donde esté pensar en ser bella!

De mi parte, quiero regalar un espacio en nuestro trabajo a mi mamá Mirthalia, progenitora de grandes ideas, que es la gran autora de estas páginas y quien escogió dedicar parte de su vida para atender miles de mujeres monaguenses en apuros.

A mis abuelas, esperanza de longevidad, que juntas suman casi 200 años, Dios le siga concediendo vida y salud para que vean las cosas buenas de este siglo.

A mi Hermana, convertida en toda una madre.

A tía Norma, para mí el nexo no se pierde, madre, amiga, tía, consejera, médico... quien en una oportunidad tuvo que ser paciente.

A mis amigas de toda la vida y a las más recientes, a quienes las tomo como hermanas.

A las pacientes y a todas nosotras, quienes nos identifiquemos con este trabajo.

Por último, siento que mi dedicatoria no estaría completa sin nombrar a los hombres, seres prácticos de sexo masculino que hacen posible este trabajo y les

aseguro que sin ustedes, nosotras las mujeres no hiciéramos la mitad de los papeles que nos reta la vida.

A Papá, gran sabio, compañero fiel de nuestra familia.

A mis hermanos, Edward y Thomas.

A las familias formadas por Dr. J. Álvarez, quien es responsable de la felicidad de muchos hogares por la llegada del bebé tan anhelado.

A la Familia Gómez, que son especiales.

A mi novio, que siempre me recordaba que trabajara en la tesis en los últimos años de la carrera, por su amor y comprensión.

A Karim y a José, amigos eternos, en su camino de entender a nosotras porque supimos lograr una meta juntos, en paz y conservar algo súper importante entre nosotros: la amistad!

A todos los hombres que definitivamente la Mujer sea su motivo de vivir.

Natalia Betancourt Espinoza.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, a la Virgencita del Valle y Rosa Mística, por guiarme, brindarme salud, fortaleza y bendecirme en cada lugar y momento de mi vida.

A mi Padre Jorge, hombre fuerte, de valores, fiel amigo, bondadoso, mi ejemplo, eres el mejor padre del mundo, gracias por tus sabios y oportunos consejos, no hubiese podido sin ti mi viejo.

A mi Madre Reyna, persona maravillosa, noble, madre excepcional, mi compañera, amiga y confidente. Con tu ayuda, amor, compañía, consejos, regaños y paciencia me guiaste en los buenos y más difíciles momentos de mi vida; gracias por ser la artífice de todos mis logros junto a mi Papá... LOS AMO!!!

A mis Abuelos, gracias por darme unos padres tan maravillosos, aquellos que desde el cielo disfrutan este logro: Karim, María y Manlio, los quiero y estoy seguro que me bendicen desde donde estén; a mi Abuela Carmelita, la única que tiene la inmensa dicha de presenciar en cuerpo y alma este logro.

A mi Hermosa Hermana Dulce María, fiel amiga, compañera, consejera, gracias por soportarme tanto tiempo, aunque ahora tienes tu propia familia siempre estarás en mi corazón y contarás conmigo para lo que quieras... Te Amo Hermanita!!!

A mi Cuñado y hermano Pablo, gracias por estar allí en los momentos más duros de mi vida dándome tu apoyo incondicional y tus consejos acertados.

A toda mi Familia que de alguna u otra manera estuvieron a mi lado dándome fuerzas para continuar adelante.

A la Dra. Mirthalia Espinoza, madre de mi gran amiga, quien fue el pilar fundamental en la realización de este proyecto, gracias por su inmensa ayuda.

A mis amigos y compañeros de Tesis: Natalia y José Daniel, lo logramos amigos, los quiero, gracias por compartir tan bonitos momentos, y lo más importante es que supimos tolerarnos y supimos llevar a cabo esta investigación rompiendo paradigmas de que amigos no pueden hacer tesis juntos, pues si se pudo, nunca los olvidaré.

A mis buenos amigos: Sofía, Vanessa, Javier, Alfredo.

A mis demás amigos, compañeros, profesores, quienes han formado parte de mi vida.

Karim M. Abiad. G

DEDICATORIA

Principalmente a Dios, quien en todos los momentos de mi vida ha estado presente y ha sido mi fortaleza y guía incondicional. A mi Virgen del Valle, madre de todos los orientales y venezolanos, quienes tenemos mucha fe en ella y que nos consuela cada vez que necesitamos.

A mis Padres: Celia y José, quienes han sido mi ejemplo de humildad, lealtad y sencillez a seguir, me han apoyado en todos los momentos felices y difíciles de mi vida. Por eso los amo. Y les dedico especialmente este logro de mi vida.

A mis Hermanos: Lisbeth, Wilmer, Francisco, Veruska, Leibniz, Juan y Vicente a todos los quiero y amo por igual, quienes me han apoyado en todas las decisiones de mi vida.

A mis Sobrinos: Georgena, Lisi, Luís, Ricardo, Delwin, Adrianna, Joselis, Areannys, Yeliannys y a todos los demás los quiero mucho.

A mi Abuela Carmen, quien ha confiado en mí desde siempre y me ha aconsejado en todos los momentos.

A mis cuñadas que las aprecio mucho.

A mis compañeros de tesis Natalia y Karim que han sido parte de mi familia y los quiero como mis hermanos, gracias por ser parte de mi vida y de este proyecto.

A mis amigos, todos son apoyo en quienes confío. En especial a todos aquellos que siempre me han apoyado como lo son: Siul, Gabriela, Katherine, Alma, Carlos, Luís Rafael, Maricarmen, Ronald, Yohana.

A la Dra. Mirthalia Espinoza, quien nos ayudo en todo momento en la realización de esta tesis.

A la Familia Gómez porque nos apoyaron en la culminación de este proyecto en especial a la Profesora Marisol.

A mis Tías Isora, Rosa y Herminia quienes han formado parte importante en mi vida.

A mis Primos en quienes siempre encontré apoyo incondicional: Marcos y Yolimar.

A mi Familia en general les dedico este logro.

A todas las personas quienes formaron parte de alguna manera en la realización de esta tesis.

José D.

Areyán S.

AGRADECIMIENTOS.

A nuestro Dios creador del universo fuente de nuestra sabiduría y apoyo en todo momento.

A nuestros padres, hermanos y familiares por su apoyo incondicional.

A nuestra casa mas alta la “Universidad de Oriente” y al Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti” por ser el recinto de nuestra formación académica.

A todos los profesores que a lo largo de nuestra carrera nos brindaron sus conocimientos y fueron parte de nuestra formación.

A todos los pacientes que pasaron por nuestras manos y que fueron la base para nuestro aprendizaje, a todos ellos gracias.

Al Dr. Juan Carlos Álvarez por su orientación y ayuda en la realización de este proyecto.

A la Dra. Mirthalia Espinoza, por se la artífice de este proyecto, por su valioso apoyo y e incondicional colaboración en la culminación nuestra tesis de grado

A la Profesora Marisol Flores de Gómez por su dedicación, paciencia y asesoría incondicional.

Al Dr. Carlos Gómez, por su interesante ayuda, y abrirnos las puertas de su casa

Al Dr. Humberto Gómez por brindarnos su orientación en múltiples oportunidades

A la Dra. Olivia por el toquecito de anestesia.

A todos nuestros amigos, por estar siempre con nosotros y a todas aquellas personas que de alguna u otra forma participaron en la realización de este proyecto.

GRACIAS...

Karim, Natalia, José.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Morbilidad de sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según grupo etario. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 34

Tabla 2: Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico por ecografía transvaginal. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 36

Tabla 3: Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico histeroscópico. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 38

Tabla 4: Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico anatomopatológico. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 40

Tabla 5: Correlación entre ecografía- histeroscopia- anatomopatología en pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Morbilidad de sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según grupo etario. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 35

Gráfico 2: Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico por ecografía transvaginal. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 37

Gráfico 3: Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico histeroscópico. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 39

Gráfico 4: Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico anatomopatológico. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 41

Gráfico 5: Correlación entre ecografía- histeroscopia- anatomopatología en pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.....Página 43

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia fue el primer procedimiento endoscópico ginecológico descrito en 1869 por Pantaleoni; como medios de distensión se utilizaron dispositivos mecánicos, los cuales eran sumamente inefectivos. En 1925 Rubin decidió utilizar CO₂ como medio de distensión para el útero y reconoció la potencial utilidad de dicho gas (**Keckstein, 2003**). También se utilizaron balones inflables alrededor del histeroscópio los cuales separaban las paredes uterinas, pero la visión era dificultosa debido a que la sangre se acumulaba entre la pared y el balón; tampoco se podían realizar procedimientos terapéuticos debido a que el balón podía romperse (**Silander, 1962; Englund, 1957**).

La menstruación es considerada normal cuando el sangrado uterino ocurre cada 21 a 35 días y no excede de 80 ml. La duración normal del sangrado es de 2 a 7 días. El sangrado uterino anormal es aquel que tiene características diferentes al mencionado. El sangrado uterino anormal es causado por una variedad de factores. Entre las principales están: las anormalidades anatómicas, como son los pólipos endometriales, los miomas submucosos, la atrofia endometrial, la hiperplasia endometrial, adherencias, endometritis, dispositivo intrauterino y el cáncer endometrial (**Osés, 2005**).

La hemorragia uterina anormal es más frecuente al principio y a final de la edad fértil de la mujer: el 20 por ciento de los casos se produce en adolescentes y más del 50 por ciento en mujeres de más de 45 años (**Osés, 2005**).

Toda mujer que experimenta una hemorragia uterina anormal debería ser evaluada en una consulta médica. Entre los procedimientos diagnósticos que deberían realizarse para determinar la causa de dicha hemorragia es indispensable la exploración física, estudios imagenológicos y la biopsia de endometrio. Esta última consiste en la toma de una muestra del interior del útero para descartar la presencia de alteraciones a nivel del endometrio (**Masson, 2004**).

Después del uso de la histerosalpingografía, legrado uterino a ciegas e histerometría, en el estudio de la cavidad endometrial, surge la histeroscopia que, gracias al desarrollo de fibras ópticas con luz fría, estudio y conocimiento de medios como el CO₂, soluciones de alta y baja viscosidad, permiten la buena distensión de la cavidad uterina y visualización clara de la cavidad, aún en presencia de sangre y detritus celulares; constituyéndose en un método necesario en la práctica ginecológica moderna, con mínimo riesgo para la paciente (**Keckstein, 2003**).

Entre los estudios imagenológicos que se pueden emplear se mencionan:

La **ecografía**, basada en ultrasonidos y que por lo tanto no implica la exposición a rayos X, es sin duda la técnica de diagnóstico por imagen más empleada en la evaluación de la hemorragia uterina anormal. Permite el estudio del útero y de los ovarios. Tiene 17,7% de sensibilidad diagnóstica (**Alcázar, 2007**).

La **histeroscopia** es un procedimiento muy útil en el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal. Esta técnica consiste en la introducción de un pequeño instrumento a través del cuello uterino que permite la inspección visual directa de la cavidad uterina. A su vez permite tomar biopsia de endometrio directamente para su estudio anatomopatológico y establecer el diagnóstico de certeza en cada paciente que es sometida a este estudio (**Alcázar, 2007**).

La conducta terapéutica va a depender de la edad, la condición del endometrio y los planes que la paciente tenga respecto a quedar embarazada. Hasta la actualidad cuando no se cuenta con histeroscopia se procede a tratar a la paciente a ciegas, trayendo como consecuencia complicaciones que pueden ser evitables con el uso correcto del histeroscopio (**Masson, 2004**).

La histeroscopia diagnóstica ofrece ventajas desde el punto de vista médico y terapéutico para decidir la conducta más beneficiosa y adecuada para la paciente según sea el caso clínico y las expectativas de la misma (**Masson, 2004**).

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento Del Problema

En Venezuela, la hemorragia uterina anormal es un motivo de consulta y diagnóstico frecuente en mujeres en edad fértil. Las posibles causas están enmarcadas dentro de un amplio contexto, por lo cual muchas veces resulta laborioso realizar un diagnóstico y tratamiento certero, que abarcaría desde las lesiones benignas más pequeñas hasta las gravemente malignas (**Monterrosa, 2007**).

La disrupción de la anatomía uterina ocupa actualmente uno de los principales problemas causantes de sangrado uterino anormal (**Monterrosa, 2007**).

La poliposis endometrial es una de las patologías que en los últimos tiempos se ha reconocido con mayor frecuencia como causante de metrorragia, siendo un defecto anatómico presente en el endometrio que afecta a mujeres en edad fértil, sobretodo al inicio y al final de ésta (**Keckstein, 2003**).

Además se encuentran otras etiologías como la miomatosis uterina, la hiperplasia endometrial, endometritis y el cáncer endometrial que alteran el ciclo menstrual normal.

También el uso prolongado de dispositivos intrauterinos se ha estudiado como factor predisponente a la patología endometrial.

Las cirugías pélvicas previas a menudo pueden causar adherencia endometrial que pueden reflejarse ecográficamente como engrosamiento e irregularidad en el endometrio. (Masson, 2004)

Todo lo anteriormente citado invita a tomar conciencia de la gran cantidad de factores que pueden predisponer a patología endometrial, por lo cual ésta ocupa un sitio importante dentro de la lista de indicaciones para histerectomía cuya realización no siempre es necesaria.

Cabe destacar que para toda mujer es de suma importancia conservar su aparato reproductor, más aun si se quiere concebir; desde el punto de vista psicológico se ve afectada ante alguna lesión uterina que altere su ciclo menstrual, la cual debe ser estudiada detenidamente antes de plantear una histerectomía parcial o total.

Cuando el revestimiento del útero aumenta de espesor y contiene células anormales (en particular si la mujer tiene más de 35 años y no desea quedar embarazada), éste suele extirparse quirúrgicamente (histerectomía), porque las células anormales pueden ser precancerosas. La biopsia es necesaria porque estas mujeres tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer de endometrio.

En el estado Monagas no existe registro de la situación planteada en esta investigación y a pesar de lo accesible que pueda ser una consulta ginecológica tanto a nivel público como privado, y la ecografía transvaginal, no bastan solamente para realizar el diagnóstico de hemorragia uterina anormal. El estudio debe proseguir con el uso de histeroscopia que permita ver directamente la causa del sangrado y concluir con el resultado histopatológico de cada caso; siendo la histeroscopia un procedimiento más costoso y de difícil acceso para la paciente.

Esta investigación es un trabajo práctico, debido a que la histeroscopia practicada en el consultorio médico es un procedimiento fácilmente realizable de forma ambulatoria y brindó un diagnóstico certero respaldado con el resultado anatomopatológico de las diversas patologías encontradas en cavidad uterina sin causar complicaciones durante y posteriormente al procedimiento.

Por último, fue una labor social dirigida a pacientes de bajos recursos económicos que normalmente no tienen acceso a este tipo de estudios debido a que son realizados únicamente en centros privados y por ende representan altos costos para estas personas, por lo que la población estudiada contó con este diagnóstico especializado sin costo alguno.

El propósito de este trabajo fue saber:

¿Qué edad tienen las pacientes con sangrado uterino anormal?

¿Cuál es el diagnóstico ecográfico más frecuente en pacientes con sangrado uterino anormal?

¿Cuál fue el diagnóstico histeroscópico más frecuente en pacientes con sangrado uterino anormal?

¿Cuáles fueron los hallazgos endometriales más frecuentes desde el punto de vista anatomopatológico?

¿Cómo se correlacionan los diagnósticos ecográfico – histeroscópico - anatomopatológico en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Correlacionar ecográfica – histeroscópica- anatomopatológicamente pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar grupo etario de pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal.
- Señalar el hallazgo ecográfico en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal.
- Determinar diagnóstico histeroscópico en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal.
- Determinar los hallazgos endometriales más frecuentes desde el punto de vista anatomopatológico.
- Correlacionar diagnósticos ecográfico – histeroscópico - anatomopatológico en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal.

1.3 Justificación E Importancia

En el mundo es preocupante en los últimos tiempos la alta mortalidad de la mujer por cáncer de mama y cáncer uterino, realizar un diagnóstico a tiempo a las pacientes que acuden a la consulta con sangrado uterino anormal el cual determinará patología endometrial, es por eso que surge el interés de realizar este estudio.

Al obtener un resultado por ecografía transvaginal que evidencie alguna alteración endometrial, inmediatamente no se puede establecer la terapéutica más idónea y conveniente para la paciente sin precisar un diagnóstico de certeza, que abarcaría desde las lesiones benignas más pequeñas hasta las gravemente malignas, las cuales se visualizarían directamente con la histeroscopia en estas pacientes acompañado del resultado anatomopatológico, permitiendo de esta manera el planteamiento de un diagnóstico seguro, confiable y la elección de la terapéutica ideal adaptada al resultado del estudio; sin embargo la conducta ante estas pacientes una vez planteado el diagnóstico definitivo dependerá del médico tratante y de las expectativas propias de la paciente.

La Medicina como ciencia, su finalidad es preventiva y terapéutica, en algunos casos cuando la paciente acude tardíamente a la consulta, la consecuencia es una decisión apresurada con el uso de un solo estudio, no siendo posible acertar un diagnóstico, en ocasiones conlleva a procedimientos drásticos e irreversibles en la vida de la paciente como por ejemplo cuando se realizan histerectomías en pacientes de edad fértil, que luego la anatomopatología reporta patologías benignas compatibles con la vida, no siendo tan necesario exponer la vida de la paciente en quirófano y como consecuencia de ello pierde la posibilidad de ser madre.

La importancia de la investigación es sugerir los estudios necesarios para poder llegar al diagnóstico más exacto y por ende a adoptar la conducta más acertada,

siempre en pro la paciente, y a su vez que pueda servir como base y punto de comparación para futuras investigaciones.

1.4 Factibilidad

Se consideró factible la realización de este trabajo de investigación debido a que existen pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales, quienes acudieron tanto a la consulta pública del IVSS en Maturín como a la privada del Centro Médico Profesional por ser uno de los pocos centros en donde se realiza Histeroscopia Ambulatoria en la zona, lo cual garantizó la toma de una muestra de pacientes representativa, así como, la realización de este trabajo de investigación con alta confiabilidad. Además otro factor importante fue el hecho de que se dispuso del tiempo requerido para el desarrollo de la investigación; así como también se contó con: Bibliografía amplia y accesible, Internet, trabajos presentados (nacionales e internacionales)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

En un estudio reportado por Chacón y colaboradores 102 pacientes que fueron sometidas a histeroscopia quirúrgica, los resultados fueron 58 casos de polipectomías, es decir que 56,86% de la población estudiada presentó poliposis endometrial. **(Chacon y colaboradores, 2005)**

En una publicación de Borrego y colaboradores (2005) refieren en su experiencia con la histeroscopia diagnóstica en 162 pacientes las complicaciones registradas fueron mínimas ubicándose en 2,1% en concordancia con lo encontrado en la literatura a nivel mundial. En ese mismo estudio sugirieron que el procedimiento es seguro y confiable **(Chacon y colaboradores, 2005)**

Corvalan y colaboradores (2001) analizan 103 histeroscopias ambulatorias cuyo principal motivo de consulta fue el sangrado uterino anormal y alteración ecográfica de la cavidad uterina en un 65%. A todas las pacientes se realizó resección endoscópica o biopsia amplia de visión directa de la cavidad uterina, utilizando medio de distensión líquida con estudio anatomopatológico diferido de todas la muestras. Siendo los principales hallazgos histológicos: pólipos, mioma, e hiperplasia endometrial, destacando 2 casos (1,94%) de cáncer de endometrio. **(Chacon y colaboradores, 2005)**

Saavedra (2003) plantea que los leiomiomas son los tumores endometriales más frecuentes en 20 a 50% en mujeres mayores de 30 años. **(Chacon y colaboradores, 2005)**

En un trabajo realizado en Perú por Ávila y colaboradores publicado en el año 2003 de 130 estudios histeroscópicos, en cada caso con estudio ecográfico transvaginal previo. La media de edad de las pacientes de estudio fue 44 años. Los hallazgos ecográficos, previos a la histeroscopia fueron hiperplasia endometrial, en 38 casos (29,2%), seguido de miomas submucosos (26,2%). Para estos autores el hallazgo histeroscópico más frecuente fue el de hiperplasia endometrial, en 36 casos (27,7%). Al relacionar los hallazgos ecográficos con los histeroscópicos encontraron coincidencias de las dos técnicas diagnósticas en 82 casos (63,1%); el nivel de coincidencia entre la ultrasonografía y el resultado anatomopatológico fue deficiente. **(Ávila y Colaboradores, 2003)**

Para Ávila y colaboradores la relación entre los hallazgos histeroscópicos y el resultado anatomopatológico; sólo se consideró 110 casos, debido a que no se realizó biopsia histeroscópica en todas las pacientes. La histeroscopia fue normal en 22 casos (20%) y anormal en 88 casos (80%). En cuanto a la coincidencia diagnóstica entre ambos estudios Ávila y colaboradores la reportan en 84 casos (76,4%). Al comparar los resultados de la histeroscopia y de la ecografía frente al resultado anatomopatológico final, resultados globales en 110 pacientes. La histeroscopia muestra una mayor especificidad que la ecografía. Se demuestra que la histeroscopia es una técnica que goza de una alta fiabilidad diagnóstica con un nivel de concordancia aceptable frente al resultado anatomopatológico, razón por la cual recomiendan de forma rutinaria el uso de histeroscopia diagnóstica. **(Ávila y Colaboradores, 2003)**

2.2 Reseña Histórica de la Histeroscopia Diagnóstica

2.2.1 Antigua

En 1805 el médico Bozzini describió que con un tubo recto el ojo humano podría observar el interior de las cavidades si se transmitía luz desde afuera a través de ese tubo. El descubrimiento fue convalidado como un juguete. Cincuenta años más tarde Désormeaux desarrolló el primer cistoscopio junto con el creador del instrumental parisino Charrière, considerado el padre de la endoscopia, logró examinar la uretra masculina y postuló que era posible realizar el mismo examen sobre el útero. **(Keckstein, 2003)**

La primera histeroscopia fue publicada por Pantaleoni en 1869, él utilizó un tubo metálico de 12 mm de diámetro que introdujo en la cavidad uterina sobre la base de un sistema de espejos transmitió la luz de una vela, lo que permitió observar una estructura poliposa en una paciente posmenopáusica con hemorragias y quemarla con nitrato de plata. Posteriormente, en 1896 Duplay y Clado editaron el primer libro dedicado a la histeroscopia. Luego, en 1925 Rubin informó la utilización de dióxido de carbono como gas para la distensión del útero pero por motivos técnicos abandonó ese método muy pronto. Dos años más tarde, Mikuliez- Radecki y Freund crearon el primer histeroscopio de “flujo doble”. Para 1928 Gauss publicó las primeras imágenes histeroscópicas. **(Keckstein, 2003)**

Carl Schroeder llevó a cabo la primera medición de la presión uterina y pudo demostrar que el despliegue de la cavidad uterina comenzaba con una presión de 25 - 30 mmHg. Si la presión intracavitaria se elevaba a más de 55 mmHg, la solución fluía libre a través de las trompas hacia la cavidad abdominal. **(Keckstein, 2003)**

En 1950 se desarrolló el concepto de luz fría, lo que permitió lograr una mejoría notable en la iluminación de la cavidad corporal. Luego en 1957, Norment y colaboradores desarrollaron una nueva técnica para la distensión de la cavidad uterina; que más adelante en 1962, Silander modifica el método propuesto por Norment. Sin embargo, las dificultades técnicas determinaron que la metodología no tuviera aceptación ni un mayor desarrollo general. La histeroscopia siguió siendo un juguete exótico de algunos médicos especialistas. **(Keckstein, 2003)**

2.2.2 Moderna

En 1967 Fritz Meneen transformó un litoscopio pediátrico en un histeroscopio y empleó una solución altamente coloidal, una solución de polivinilpirrolidona (Luviscol[®]), para la distensión del útero. Un cono elástico evitaba la pérdida transcervical de este medio transparente que tenía la ventaja de no mezclarse con la sangre. Para iluminar Menken usó una fuente de luz fría **(Keckstein, 2003)**

De esta forma finalizó la historia antigua de la histeroscopia. Se sentaron las bases para la introducción de esta técnica en la práctica. La historia moderna de la histeroscopia se caracteriza por la confirmación de un estándar para este método diagnóstico y quirúrgico a través de un trabajo en común muy intenso entre la industria tecnológica médica y los diversos grupos de trabajo. Aunque en las décadas de 1970 y 1980 la histeroscopia todavía no se recomendaba como una técnica válida a causas de las críticas a la esterilización tubaria o a la microcolpohisteroscopia, el método se estableció inmediatamente al ser empleado por grupos interesados científicamente **(Keckstein, 2003)**.

En la década de 1970 Lindemann y colaboradores dieron a conocer sus hallazgos experimentales acerca de la influencia del dióxido de carbono durante la histeroscopia. En este informe se comunicaron las ventajas del nuevo método por

primera vez, incluso con una técnica mas desarrollada y perfeccionada que la propuesta por Rubin en la década de 1920 y además se analizaron los riesgos de la insuflación con gas **(Keckstein, 2003)**.

Corner y Lin describieron una nueva vía con el histeroscopio flexible, un instrumento delgado con un canal de trabajo por donde podían introducirse, por ejemplo, las fibras de láser **(Keckstein, 2003)**.

El empleo del láser de neodimio – YAG para la destrucción del endometrio en pacientes con hemorragias uterinas tratadas médicamente en 1981 reavivó en interés en el método **(Keckstein, 2003)**.

La introducción de la técnica atraumática, del nuevo minihisteroscopio y de las posibilidades técnicas de videodocumentación permitió un amplio desarrollo de la histeroscopia. La historia de este método demuestra el largo y difícil camino que tuvo que sortear hasta alcanzar la madurez técnica. Los problemas específicos de los órganos, como la estrechez del canal cervical y la sensibilidad del endometrio que sangra con facilidad al ser lesionado mecánicamente con la consiguiente obstaculización de la visibilidad general y la necesidad de distender la cavidad con medios de distensión especiales, determinan que este método sea poco accesible para los principiantes. Cuando se domina la técnica la histeroscopia se convierte en el procedimiento diagnóstico y quirúrgico más sencillo, seguro y tolerable para paciente **(Keckstein, 2003)**.

Como lo demuestra su historial, la histeroscopia ha podido desarrollarse lentamente debido a:

1. Problemas específicos de los órganos:
 - El canal cervical es muy difícil de franquea
 - La cavidad uterina es un espacio cavitado virtual
 - La mucosa es fácil de lesionar
 - La reabsorción (de los vasos sanguíneos, de las vías linfáticas, del peritoneo) y la pérdida (del cerviz, de las trompas) del medio de distensión.

2. Problemas específicos de la técnica:
 - Los sistemas ópticos (el diámetro de la imagen, la claridad, el ángulo de visión, la definición, el diámetro del instrumental, la videodocumentación)
 - El medio de distensión (la tolerancia, la calidad óptica, el riesgo de la absorción)
 - La técnica atraumática.

3. Una curva de aprendizaje lenta.

2.3 Instrumental Para La Histeroscopia Diagnóstica Ambulatoria

La histeroscopia es un procedimiento que permite visualizar la cavidad uterina a través de un aparato óptico (endoscopio) muy delgado que permite en el consultorio hacer diagnósticos muy exactos y practicar en ese mismo momento un alto porcentaje de cirugías dentro de las cuales las más frecuentes son la extracción de pólipos, miomas y fibromas. Con gran facilidad se operan malformaciones como los tabiques o septos uterinos, que antes requerían extensas cirugías abdominales. Las adherencias uterinas no tienen mejor método para ser tratadas. (Arias, 1992)

2.3.1 Instrumental Histeroscópico.

2.3.1.1 Sistema Óptico

La pieza más importante del equipo para la realización de la histeroscopia es la lente o telescopio.

La óptica, así también como la fibra óptica de iluminación, son embalados juntos como un único instrumento. La mayoría de los telescopios rígidos tienen un diámetro de 2-4mm. Los sistemas ópticos de 4mm presentan una mejor resolución óptica e iluminación. Aunque los telescopios flexibles actualmente están encontrando su camino dentro del mercado, tienen una resolución inferior si se comparan con los equipos rígidos. **(Santos, 1984)**

La longitud más conveniente para la óptica del histeroscopio es de 35cm. Instrumentos más cortos no ofrecen ventajas y sí algunas desventajas cuando son acoplados a camisas operatorias. El telescopio consiste en tres partes principales: un lente ocular un sistema de lentes de transmisión un lente objetivo. **(Santos, 1984)**

Las lentes objetivo más comúnmente usadas proveen una vista recta (0°) o inclinada (30°).

La selección de la lente es cuestión de preferencia personal. El cable de fibra óptica transmite luz fría al telescopio, conectando al generador de alta intensidad (fuente de luz) al telescopio. **(Santos, 1984)**

2.3.1.2 Fuente de Luz

Se ofrecen muchas variedades de generadores de luz, desde los generadores de luz de tungsteno que son simples y los generadores de xenón. Para una histeroscopia diagnóstica el uso de un simple aparato puede ser suficiente; sin embargo, para la realización de una histeroscopia operatoria se necesita luz intensa. **(Santos, 1984)**

Los generadores de xenón (300W) producen luz blanca, la cual es más favorable cuando se acoplan con cámaras endoscópicas de televisión.

2.3.1.3 Sistemas De Cámara

Existen actualmente pequeñas cámaras con una resolución de más de 370 líneas (horizontal), peso de 25g, que miden desde 28mm de diámetro por 68mm de longitud. **(Santos, 1984)**

La mayoría de los sistemas tienen un balance automático de blanco, con una selección manual del obturador de velocidades. Algunas se utilizan para obtener efectos especiales de color. **(Santos, 1984)**

2.3.1.4 Camisas Histeroscópicas

Existen dos categorías generales de camisas para utilizar en los procedimientos histeroscópicos: camisa diagnóstica y camisa operatoria.

Se requiere una camisa para histeroscopia panorámica con el objetivo de servir como conducto a través del cual se instala el medio de distensión dentro de la cavidad uterina. **(Santos, 1984)**

La camisa diagnóstica debe cumplir este singular requerimiento y medir aproximadamente 5mm en su diámetro externo, acoplándose a un telescopio de 4mm. **(Santos, 1984)**

Una camisa de 5mm puede pasar a través de un cuello de nulípara sin necesitar dilatación, y por esto es ideal para la histeroscopia ambulatoria. Existen dos tipos de camisa operatoria: de cavidad única y multicanal. Ambos tipos miden entre 7,5 - 8,5mm en su diámetro externo y requieren dilatación mecánica del cérvix para ingresar a la cavidad uterina. La camisa multicanal fue inventada por Baggish con cuatro canales: el canal mayor, de 4,5mm para introducir el telescopio; un canal para la instilación del medio de distensión y dos canales de 2,5mm. **(Santos, 1984)**

Uno de estos canales puede aspirar el medio de distensión, transformándose de esta manera en una camisa histeroscópica de flujo continuo.

2.3.1.5 Instrumental Operatorio Accesorio

Las herramientas operatorias son parte vital del histeroscopio. La mayoría de los instrumentos mecánicos miden 2 mm de diámetro y 35 cm de longitud. **(Rísquez, 1993)**. Pueden ser tanto flexibles como semirrígidos. El instrumento operatorio más común es la tijera, la cual se utiliza para cortar lesiones tales como adherencias, septos, pólipos o miomas. Las tijeras flexibles son menos fáciles de romper, mientras que las semirrígidas son más fáciles de dirigir así como también más efectivas para cortar tejidos. Otro instrumento de uso convencional es la pinza “cocodrilo”, que se utiliza para extraer muestras de tejido. **(Santos 1984, Rísquez 1993)**

2.3.1.6 Instrumental Operatorio Especial

- Resectoscopio.
- Láser de fibra óptica.

2.3.2 Medios de Distensión y Sistemas de Distribución de Fluidos

La distensión uterina requiere la producción y el mantenimiento de una presión intrauterina suficiente para separar sus paredes. **(Santos, 1984)**

La presión es afectada por múltiples factores. Una adecuada distensión uterina se alcanza con una presión intrauterina de 75 mmHg, aunque a veces es necesario usar más de 100 mmHg. **(Santos, 1984)**

Una presión ideal debería distender la cavidad uterina, evitar la hemorragia dentro del medio y reducir la intravasación vascular. **(Santos, 1984)**

2.3.2.1 Medios De Distensión

2.3.2.1.1 Gas

El dióxido de carbono es útil para la histeroscopia diagnóstica ambulatoria. Tiene un índice refractario de 1, similar al del aire, y es de elección óptima por su claridad y documentación. Se elimina a través de la respiración en su primer pasaje por los pulmones, y no es detectable en el sistema arterial. **(Santos, 1984)**

En la histeroscopia diagnóstica puede ser usado con pequeños histeroscopios que pueden ser insertados a través del cérvix sin anestesia o necesidad de dilatación;

aunque puede ser usado con seguridad con electrocirugía, no es adecuado para los procedimientos operatorios. **(Santos, 1984)**

Instrumentos especiales (hysteroflator) son necesarios para controlar el flujo del dióxido de carbono y la presión durante la histeroscopia. Esto incrementa el costo del uso de este medio. . **(Santos, 1984)**

Complicaciones serias, incluyendo la muerte, han ocurrido cuando el gas es administrado con flujos de alta tasa por insufladores no histeroscópicos (laparoscópicos). **(Santos, 1984)**

Si se encuentra sangre durante el procedimiento, éste puede ser continuado con la utilización de un medio líquido.

Una de las mayores ventajas del uso del dióxido de carbono es la simplicidad para la limpieza del instrumental. Esto es particularmente útil para la histeroscopia diagnóstica.

La desventaja del dióxido de carbono como medio incluye la dificultad de limpiar la lente distal de moco, sangre y fragmentos de tejidos que son difíciles de aspirar cuando se utiliza gas. **(Rísquez, 1993)**

La instalación del dióxido de carbono debe hacerse a través de hysteroflators con sistemas controlados de distribución de tasas de flujo de menos de 100 ml y presiones que no deben exceder los 200 mmHg.

2.3.2.1.2 Fluidos De Alta Viscosidad

2.3.2.1.2.1 Hyskon (dextrán 70) 32%

El dextrán de alta viscosidad es transparente, viscoso, estéril, no pirógeno. Es una solución de dextrán 70 (32% w/v) en dextrosa al 10% w/v; está libre de electrolitos es una solución y no es conductiva. Edstrom y Fernstrom describieron su uso en 1970. Debido a que es óptimamente transparente y ser libre de electrolitos es una solución que puede ser usada con electrocirugía. La gran desventaja es que para introducirlo a través del canal de influjo se requiere mucha presión y es resbaladizo, siendo un medio dificultoso para trabajar.

Se han reportado raras reacciones adversas con el dextrán 32%, incluyendo anafilaxia e incremento de los tiempos de coagulación. La aparición de edema pulmonar fue informada por Ruiz y Neuwirth en 2 de 138 pacientes cuando se utilizaron más de 500 ml. Se deben tomar precauciones con respecto a la expansión del volumen intravascular cuando se administran volúmenes de dextrán 32% mayores de 250 ml y en procedimientos prolongados. (**Santos, 1984; Riquez, 1993**)

2.3.2.1.3 Fluidos De Baja Viscosidad

Existen un gran número de soluciones disponibles. Estas se agrupan en aquellas que contienen electrolitos y aquellas libres de electrolitos, las cuales pueden ser usadas con electrocirugía.

2.3.2.1.3.1 Soluciones Electrolíticas:

Cloruro de Sodio: la solución salina normal es óptimamente transparente, barata y fácilmente disponible. La concentración de electrolitos en este fluido es aproximadamente similar a la de la sangre y es inerte metabólicamente. El exceso de intravasación no está asociado con un mayor disturbio electrolítico o metabólico y

cualquier exceso de fluido puede ser rápidamente revertido mediante una terapia con diuréticos solamente.

Ringer Lactato: la solución de Ringer es un poco más fisiológica, con el agregado de radicales de potasio, pero es menos disponible y en la práctica ofrece sólo ventajas teóricas sobre la solución salina normal.

2.3.2.1.3.2 Soluciones no electrolíticas

Glicina al 1,5%: cuando se utiliza energía eléctrica dentro de la cavidad uterina es esencial utilizar un fluido de distensión libre de electrolitos. La glicina ha sido ampliamente utilizada para este propósito por los urólogos durante la resección transuretral de la próstata. La excesiva absorción de esta solución libre de electrolitos puede asociarse con hiponatremia y hemólisis. En Europa han ocurrido algunas muertes debido a intravasación de glicina al 1,5%.

Sorbitol: es una solución al 3% de glucosa no conductora. Es óptimamente transparente y ha comenzado a ser usada como alternativa a la glicina. Es hiperosmolar y su absorción excesiva puede producir disturbios en los niveles de glicemia, con características diabéticas y disturbios electrolíticos.

Manitol al 5%: es una solución isotónica, libre de electrolitos que se puede utilizar con procedimientos electroquirúrgicos. El manitol es metabolizado a glucógeno en el hígado y es filtrado libremente por el glomérulo, con menos del 10% de reabsorción tubular. La vida media de eliminación en el adulto es de 100 minutos. La sobreexpansión del fluido extracelular puede llevar a edema pulmonar y debe ser manejado con diuréticos

2.3.3 Sistema de Distribución

La insuflación de dióxido de carbono se realiza a través de un aparato, el hysteroflator, que tiene una pantalla digital donde muestra la tasa de flujo/minuto que en la histeroscopia diagnóstica debe ser mantenida entre 25-35 ml/minuto.

El monitor de insuflación de la presión intrauterina se visualiza en una segunda pantalla digital y se expresa en mmHg. Las presiones intrauterinas máximas no deben exceder los 200 mmHg.

Los medios de baja viscosidad son fácilmente disponibles y no requieren un instrumental especial para su infusión. Son administrados mediante la insuflación de un manguito de presión que comprime una bolsa que lo contiene.

La bolsa de infusión con el fluido suspendido a 60cm por encima del útero permite el ingreso del fluido a la cavidad con una presión de 45 mmHg.

Variando la altura de la bolsa por encima del paciente se modificará la presión de infusión. Este es un sistema simple y barato para controlar la presión de entrada.

Un sistema simple de distribución de fluidos es una jeringa, que es utilizado más frecuentemente con el Dextrán d alta viscosidad. Se necesitan altas presiones para administrar este fluido viscoso a través de los canales del histeroscopio.

Las bombas de infusión son aparatos disponibles comercialmente que permiten el control y la monitorización de la presión intrauterina y que son utilizados primariamente con fluidos de baja viscosidad y que proveen flujo continuo. Estas bombas calculan continuamente la entrada y salida del flujo.

2.4 Histeroscopia Diagnostica y Procedimientos Terapéuticos Menores.

2.4.1 Importancia de la histeroscopia diagnóstica ambulatoria en ginecología.

Los nuevos procedimientos histeroscópicos con un proceder técnico atraumático y las posibilidades de formación e instrucción existentes han contribuido a que este método de exámenes alcanzara una amplia aplicación ambulatoria. **(Keckstein, 2003)**

La histeroscopia diagnóstica se emplea para aclarar las alteraciones hemorrágicas uterinas en el contexto del diagnóstico de esterilidad, para clarificar los hallazgos llamativos que se reconocen en otros procedimientos de examen como la ecografía, la histerosalpingografía o la resonancia magnética y para localizar y extraer cuerpos extraños intrauterinos. El objetivo de este examen es diferenciar con seguridad plena y en forma ambulatoria una situación intracervical e intrauterina normal de las alteraciones patológicas. Las pacientes consideran que este método es muy positivo y que gracias a la histeroscopia ambulatoria se prescinde de un procedimiento bajo anestesia. La documentación impresa o en un video permite contar con un documento ante la discrepancia en los hallazgos detectados en la paciente. **(Keckstein, 2003)**

El principio de la histeroscopia diagnóstica es: ser un examen ambulatorio seguro y bien tolerado por la paciente con el objetivo de diferenciar una situación intracervical e intrauterina normal de una patológica. **(Keckstein, 2003)**

La histeroscopia diagnóstica puede aplicarse: en las alteraciones hemorrágicas del útero. En el diagnóstico de la esterilidad e infertilidad. En caso de hallazgos pocos claros reconocidos por exámenes complementarios como el examen clínico, la

biopsia a ciegas, la ecografía, la histerosalpingografía y la resonancia magnética.
(Keckstein, 2003)

2.4.2 Técnica De La Histeroscopia Diagnóstica.

2.4.2.1 Instrumental para la histeroscopia diagnóstica ambulatoria.

- Minióptica.
- Medios de distensión.
- Sistema de video.
- Instrumental accesorio.

2.4.3 Desarrollo del examen.

La paciente se acuesta sobre la camilla para el examen ginecológico. Puede estar premedicada o tener otra preparación. Su compañero puede presenciar el examen si así lo desean ambos.

El examinador emplea guantes estériles.

Luego de ordenar y evaluar el instrumental se lava y se saca todo el aire de la manguera de la vía de ingreso. La vagina se desinfecta con una solución incolora, se expone la portio con un espejo vaginal y se introduce el histeroscopio en el orificio cervical externo con sumo cuidado. La portio generalmente no se toma con las pinzas erinas. Después de abrir la vía de ingreso se hace evidente el trayecto del canal endocervical. El espejo se retira cuidadosamente para permitir la movilización del histeroscopio en forma atraumática en todos los planos. Bajo visión directa y lentamente se va desplazando el instrumento. En caso que se produzca un contacto parietal muy cercano con un encandilamiento blanquecino de la imagen se debe retirar lentamente el histeroscopio algunos milímetros, para poder observar nuevamente el trayecto del canal endocervical en el centro de la imagen. En un útero hiperanteflexionado es necesario realizar un movimiento de palanca muy fuerte con el instrumento con una desviación hasta los 70 grados en la línea horizontal. Luego este histeroscopio debe ser colocado desde abajo en dirección al techo. Para contribuir al pasaje del orificio cervical interno se puede elevar un poco la camisa del histeroscopio con el dedo índice de la mano guía a la vez que se ejerce presión con el pulgar sobre la conexión del cable de la fuente de luz en dirección a la cavidad uterina. De este modo se eleva el instrumento casi sobre el umbral del orificio cervical interno. Trasponer el canal cervical y el orificio cervical interno es la fase técnicamente más difícil de la histeroscopia. Una vez alcanzada la cavidad uterina lo primero que se hace es enfocar los orificios tubarios con una óptica de 30 grados

aplicando una rotación ligera sobre el eje del instrumento. Estos orificios son los puntos de orientación para confirmar la posición correcta del histeroscopio dentro de la cavidad uterina. Si se trabaja con una cámara de video al girar la óptica la cámara se fija con la otra mano en la posición horizontal porque de lo contrario la imagen estaría “cabeza abajo”.

A continuación se procede a evaluar la forma de la cavidad uterina en una vista general desde el orificio cervical interno y luego se realiza la inspección sistemática y cuidadosa del endometrio.

Para evaluar la altura del endometrio se puede desplazar la óptica con mucho cuidado por la pared endometrial posterior. De esta forma quedara una huella sobre la óptica que permitirá estimar la altura del endometrio. El canal endocervical se inspecciona principalmente con un lento retroceso del instrumento.

Todo el procedimiento no lleva más de 5 minutos y se realiza sin ninguna forma de anestesia o sedación. La documentación de los hallazgos se efectúa en cuatro imágenes en una impresión de videos. (Keckstein, 2003)

2.4.4 Ventajas de la histeroscopia diagnóstica:

- No es preciso dilata el cérvix.
- No hace falta colocar una sonda vesical.
- La portio no se toma con pinzas erinas.
- El instrumento se introduce en forma atraumática bajo control visual.
- La evaluación de la cavidad uterina se realiza cuando la óptica de 30 grados con desplazamientos circulares.
- Los orificios tubarios son los puntos de orientación para confirmar la posición correcta del instrumento.

- Los medios de distensión empleados consisten en una solución hidrosoluble iónica o CO₂.
- No es necesario utilizar anestesia o analgesia.

2.4.5 Posibles causas de dolor en la paciente.

- Elección de instrumental inadecuado.
- Medios de distensión. El CO₂ puede inducir dolor y reacciones vágales por la irritación peritoneal secundaria al pasaje a través de las trompas.
- Alteraciones anatómicas severas. Un canal cervical muy estrecho y con una resistencia alta del orificio cervical interno.
- Técnica errónea. Toma y fijación de la portio, manejo traumático del instrumento.

2.4.6 Reconocimiento de los Hallazgos

El examinador basa su diagnóstico en la evaluación de la forma de la cavidad uterina y en señales microscópicas como el color, la consistencia, la vascularización y el estado del endometrio o de un proceso intracavitario. **(Keckstein, 2003)**

Canal cervical. Un canal endometrial no llamativo, presencia de estenosis, insuficiencia cervical, presencia de sinequias, quistes, pólipos o miomas y tejido exofítico.

Forma de la cavidad uterina. Útero normal, tabicado, unicorne, infantil, en T, tumores pediculados, sinequias graves, cuerpos extraños.

Modificaciones del endometrio. Hipervascularización, endometrio atrófico, elevación de la mucosa, sinequias, lesiones necróticas, lesiones exofíticas y alteraciones difusas de tipo polipoide.

2.4.7 Complicaciones de la Histeroscopia.

- Perforación.
- Medios de distensión.
- Propagación de bacterias, células endometriales o células tumorales.
- Dolor.

2.4.8 Indicaciones De La Histeroscopia

Independientemente que se pretenda solo hacer un diagnóstico o se crea que amerite algún procedimiento quirúrgico, todas las histeroscopias de entrada se hacen en el consultorio, ahí se diagnostica y se resuelve un alto porcentaje de las indicaciones quirúrgicas, y permite planificar cuando y cómo lo haremos en quirófano, si no se pueden resolver en ésta primera exploración (**Arias, 2001**).

Por razones didácticas presentaremos las siguientes indicaciones:

2.4.8.1 Diagnósticas

1. Exploración ginecológica de la niña y mujer virgen.
2. Sangrado uterino anormal.
3. Amenorrea de probable origen traumático (Legrado).
4. Sangrado Post Menopáusico.
5. Dificultad en la práctica de la biopsia endometrial.
6. Estudio de Esterilidad: pérdida fetal recurrente, fallo de implantación de embriones en reproducción asistida, malformación, mioma, sinequia.

7. Histerosalpingografía (HSG) con patología endometrial, uterina o exclusión tubárica.
8. Localización de cuerpos extraños (DIU, Huesos, etc.)
9. Evaluación y pronóstico previos a cirugía compleja (tabique, sinequia, mioma, ablación).
10. Seguimiento de la Mola Hidatiforme postvaciamiento.
11. Búsqueda de pólipos, malformaciones congénitas, neoplasias, colección intrauterina.

2.4.8.2 Quirúrgicas:

1. Biopsia endometrial "dirigida".
2. Extracción de cuerpos extraños.
3. Biopsia corial y/o embrioscopia.
4. Resección de tabiques uterinos.
5. Resección de sinequias y pólipos
6. Cateterización tubárica.
7. Esterilización tubaria.
8. Resección o vaporización de miomas submucosos.
9. Ablación endometrial

2.4.9 Contraindicaciones De La Histeroscopia

Existen pocas complicaciones, pero como todo procedimiento siempre existen ventajas y desventajas, por ello podemos dividir las contraindicaciones de la siguiente forma (Alcázar, 2008).

2.4.9.1 Absolutas:

1. Antecedente reciente de infección pélvica aguda o de repetición reactivada por alguna técnica diagnóstica semejante.
2. Embarazo

2.4.9.2 Relativas:

1. Lesión uterina reciente.

2.5 Ultrasonido (Ecografía)

Sonido: es la transmisión ordenada de vibraciones mecánicas a través de un medio físico compuesto de partículas. (Aller, 1999)

Frecuencia: es el número de vibraciones que ocurren en un segundo y es medida en hertz (Hz), 1 Hz es igual a un ciclo por segundo. (Aller, 1999)

2.5.1 Equipos.

Los avances tecnológicos han logrado una mejoría significativa de la resolución, con lo que se obtienen imágenes más fáciles de interpretar. El ultrasonido

de tiempo real crea una imagen más rápida que es interpretada por el ojo humano como una imagen integrada con movimiento. Los equipos de ultrasonido pueden utilizar diferentes tipos de transductores que tienen la propiedad de emitir las ondas de ultrasonidos a través de cristales que se excitan por efecto de la electricidad. Cuando las ondas chocan con los diferentes tejidos experimentan procesos de reflexión y refracción. Las ondas reflejadas activan los cristales en reposo y generan potenciales eléctricos que son representados como puntos luminosos en una pantalla de rayos catódicos. Los transductores pueden ser de tres tipos. **(Aller, 1999)**

Lineal. En el que los cristales están ordenados en forma paralela y se excita secuencialmente. **(Aller, 1999)**

Convexo o curvilíneo. Es un tipo de transductor con las mismas características que el lineal, pero con una curvatura que permite obtener una imagen en forma de cono truncado en su vértice. **(Aller, 1999)**

Sectorial. La excitación de los cristales ocurre fuera de la fase y la imagen que se obtiene es en forma de cono. **(Aller, 1999)**

Los transductores o sondas transvaginales utilizan frecuencias de 5 MHz o más, intercambiables. A mayor frecuencia mayor resolución del campo cercano al transductor y viceversa. El campo de visión de estas sondas va de 60 a 360 grados lo cual permite cambiar el ángulo si mover la sonda. **(Guarilia, 2003)**

2.5.2 Técnica.

La mayoría de los estudios ultrasonográficos se practican con el paciente en posición supina o semisentada. En el caso que el estudio se realice por vía vaginal, la paciente debe permanecer en posición ginecológica y el transductor debe estar cubierto por un condón o por un guante de látex. Cuando se utiliza el ultrasonido

abdominal, la vejiga debe estar llena en caso de pacientes no embarazadas, en embarazos menores de 12 semanas o en casos que se desee descartar placenta previa; de esta forma, las estructuras pélvicas son rechazadas fuera de la concavidad de la pelvis y son mas fáciles de visualizar. (Aller, 1999)

2.5.3 Seguridad.

La energía producida por el ultrasonido varía de acuerdo con la duración de la exposición, la frecuencia, la intensidad y la distancia del blanco al transductor. Un nivel seguro de exposición ultrasónica ha sido definido arbitrariamente como aquel menor de 100 mW/cm^2 . La mayoría de los instrumentos utilizados en medicina producen una energía no mayor de 10 a 20 mW/cm^2 (Aium, 1998). No se han demostrado que la exposición a las ondas ultrasonográficas tenga un efecto biológico deletéreo sobre el feto, la madre o el operador. Los fetos sometidos a estudios ultrasonográficos no han mostrado diferencias significativas en cuanto al peso talla o crecimiento, ni en cuanto a la función intelectual, neurológica, acústica o visual en relación con los que no fueron sometidos a este estudio. (Aller, 1999)

2.5.4 Indicaciones:

dentro de las indicaciones para realizar el ultrasonido están las anomalías uterinas. (Aller, 1999)

- Patología tumoral benigna y maligna en cérvix, endometrio, miometrio, trompas y ovarios.
- Esterilidad.
- Reproducción.
- Uroginecología
- Embarazo

- Guía de procedimientos invasivos.
- Entre otras.

2.5.5 Contraindicaciones

- **Absolutas:** No se han reportado
- **Relativas:** Ecografía transvaginal en mujeres vírgenes.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Modelo de la Investigación.

La investigación se comprendió mediante un modelo cualitativo, ex post facto, explorativa. Para **Ruiz citado en Tamayo (1.998)**, el modelo de investigación cualitativo *“Pretende describir e interpreta más que medir y predecir; persigue conocer cómo se produce los procesos en su entorno natural y cómo se constituye tales procesos a través de las interpretaciones que hacen de sus actividades los protagonistas”* (pp.21) **Ortiz U. (2004)** investigación cualitativa *“Es el tipo de investigación que tiene como base la interpretación, comprensión y entendimiento.”* (pp. 92)

Ortiz U. (2004) sostiene que investigación ex post facto *“Este tipo de investigación se centran en las vivencias de la gente, en las formas en que experimentan su mundo,...”* (pp. 93); **Sabino, C. (1.994)** señala *“Son investigaciones explorativas aquellas que sólo se proponen alcanzar una visión general, aproximativa, del tema en estudio”*... (pp. 92)

Para la realización de este Trabajo de Grado se emplearon técnicas y procedimientos basados en el tipo de investigación documental, ya que se recopilaron diversas de información de tipo secundario. Por lo tanto, el tipo de estudio aplicado es de carácter bibliográfico documental siendo la base y punto inicial de los otros tipos de estudios y están dirigidos principalmente a la racionalización de la actividad investigativa.

3.2 Diseño de Investigación.

Diseño cualitativo y cuantitativo; al igual que la muestra, la recolección de los datos y el análisis, van surgiendo desde el planteamiento del problema hasta la inmersión y el trabajo de campo y desde luego va sufriendo modificaciones, aun cuando es mas bien una forma de enfocar el fenómeno de interés; según **Sampieri, Collado y Lucio (2006)** “...las investigaciones cualitativas no se plantean con detalles y están sujetas a las circunstancias de cada ambiente o escenario en particular...” “...el diseño se refiere al abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación” **Ortiz 2.004**. “..la investigación cuantitativa es la que arroja los resultados precisamente de tipo cuantitativo” (pp 92) **Álvarez – Gayou (2003)** citado en **Sampieri, Collado y Lucio (2006)** lo denomina *marco interpretativo* (pp.686)

3.3 Tipo de Investigación.

La investigación es de tipo documental, descriptivo, prospectivo, bajo un diseño de campo, al tomarse la información requerida para la investigación directamente de la fuente donde se da la situación del estudio e investigación recabada de textos, Según **Ortiz U. (2004)** “Es el procedimiento por medio del cual se obtiene y registra la información que se busca directamente en el lugar en el que ocurren los fenómenos o hechos que se investigan y de uso principal, aunque no exclusivos, de las ciencias sociales”(pp 92)

3.4 Población y Muestra.

Según **Ortiz U. (2004)** “Población es el conjunto formado por todo los elementos que posee una serie de características comunes a todas ellos” (pp. 127).

...”muestra es la parte o fracción representativa de una población, universo o colectividad que ha sido obtenida con el fin de investigar ciertas características del mismo” (pp. 112)

Población N: 157 pacientes

Muestra n: 157 pacientes.

Tipo de Muestra: Probabilística.

Tipo de Muestreo: Aleatorio simple de juicio.

Margen de error: $N = n$ por lo tanto no existe margen de error

Criterios de Inclusión: Mujeres en edad fértil y posmenopáusicas que consultaron por metrorragia diagnosticadas de sangrado uterino anormal por clínica y cuya Ecografía transvaginal reportó imágenes sugestivas de patología endometrial, quienes previo consentimiento informado accedieron a ser estudiadas (ver apéndice).

Unidad de Estudio: Centro Médico Profesional Maturín

Instrumento de Recolección de Datos: Modalidad de Hoja de Recolección de datos estructurado por los investigadores, de acuerdo a los objetivos del estudio.

Tipo de cuestionario: Indirecto Estructurado.

Procesamiento de Información: Los datos recolectados se procesaron estadísticamente.

Período de Recolección: Del 01 abril 2.007 – 31 marzo 2.008

Área de Cobertura: Seguro Social Maturín – Centro Médico Profesional Maturín.

Según Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPRL) (2.005): “Se entiende por Investigación Documental, el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza...” “...la originalidad del estudio se refleja en el enfoque, criterio, conceptualización, reflexiones, conclusiones, recomendaciones y. general, en el pensamiento del autor.” (pp.25);

Para Sampieri, Collado y Lucio (2006) “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas,

grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. (pp.99); Sampieri, Collado y Lucio (2006)” “Los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren.” (pp.99)

Oswaldo Hevia (2004) “...la prospectiva y el uso de los escenarios se convierten en una adecuada explicación racional de lo que puede ocurrir, de lo deseado, de traer el futuro hacia nosotros” (pp. 53);

3.5 Procedimiento de Recolección de Información:

Se ordenaron los datos.

- Se realizó la tabulación de los datos.
- Se elaboraron gráficos y análisis de los datos.
- Se interpretaron los datos en forma porcentual.

Se utilizó la estadística descriptiva para cada variable a través de análisis de tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

**Morbilidad de sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales
según grupo etario. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril
2007- Marzo 2008.**

Tabla n° 1

Edad en años	N° pacientes	%
10 a 19	2	1,27
20 a 29	13	8,28
30 a 39	35	22,29
40 a 49	57	36,31
50 a 59	32	20,38
60 a 69	11	7,01
70 a 79	6	3,82
80 a 89	1	0,64
TOTAL	157	100

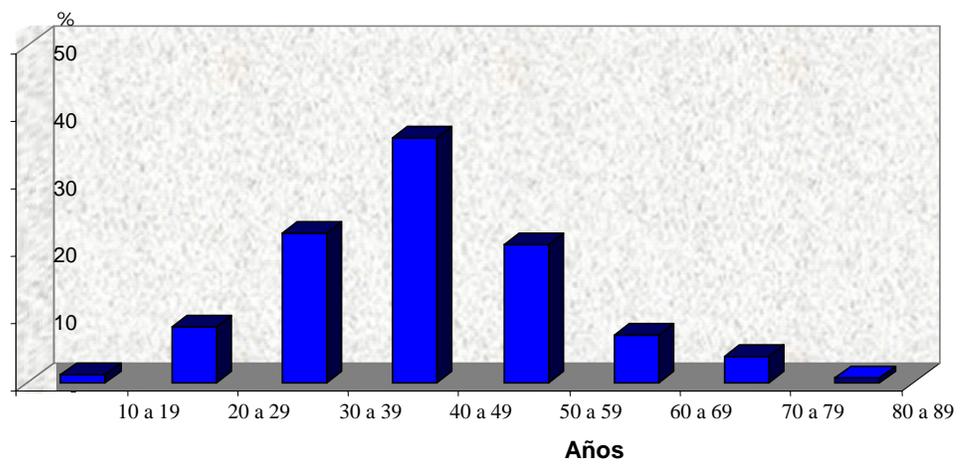
Fuente: Los autores

La mayoría de las pacientes estudiadas por sangrado uterino anormal se ubica en el rango de edad de 40 a 49 años representando el 36,31% de la muestra; en contraste con el grupo minoritario de pacientes cuya edad esta comprendida entre los 10 a 19 años y 80 a 89 años que corresponde a 1,27% y 0,64% respectivamente.

Gráfico n° 1:

Edad de las Pacientes

**Morbilidad de sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según grupo etario.
Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.**



Fuente: Los autores

**Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones
endometriales según diagnóstico por ecografía transvaginal. Centro Médico
Profesional Maturín, Estado Monagas, Abril 2007- Marzo 2008.**

Tabla n° 2:

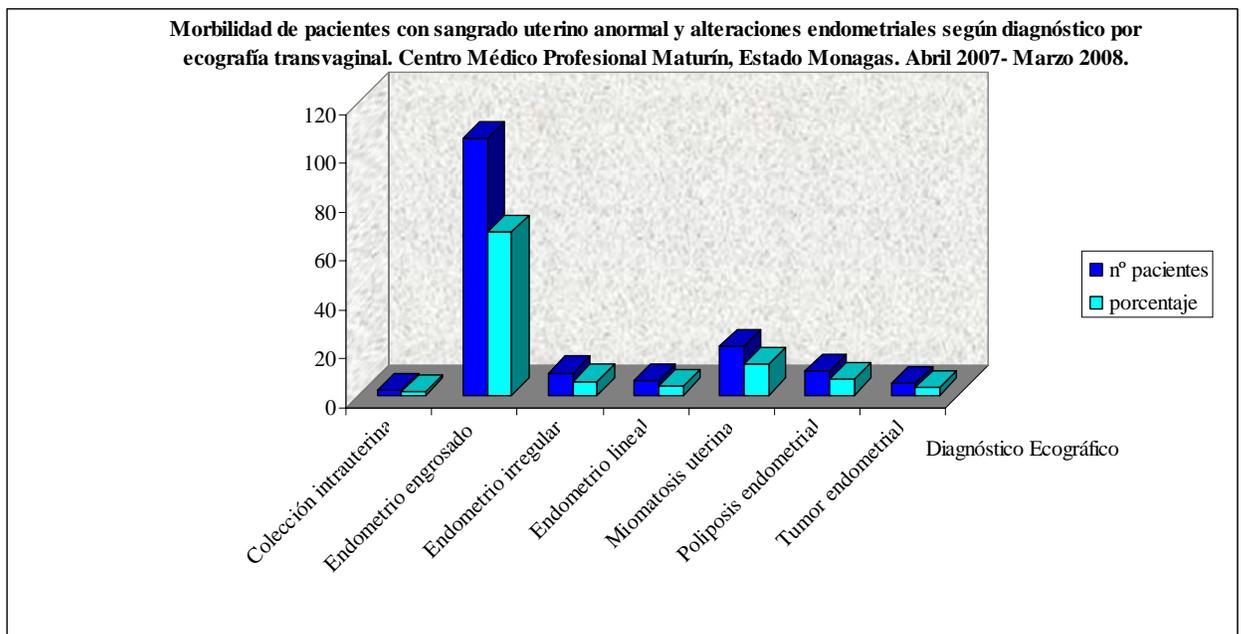
Diagnóstico ecográfico	N° pacientes	%
Colección intrauterina	2	1,27
Endometrio engrosado	105	66,87
Endometrio irregular	9	5,73
Endometrio lineal	6	3,82
Miomatosis uterina	20	12,77
Poliposis endometrial	10	6,36
Tumor endometrial	5	3,18
TOTAL	157	100

Fuente: Los autores

El engrosamiento endometrial con 105 casos representando el 66,87%, fue el diagnóstico ecográfico de mayor prevalencia en la población estudiada y colección intrauterina con 2 casos que equivale a 1,27% de las pacientes estudiadas fue el de menor prevalencia.

Gráfico n° 2:

Diagnóstico Ecográfico



Fuente: Los autores

Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales según diagnóstico histeroscópico. Centro Médico Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.

Tabla n° 3:

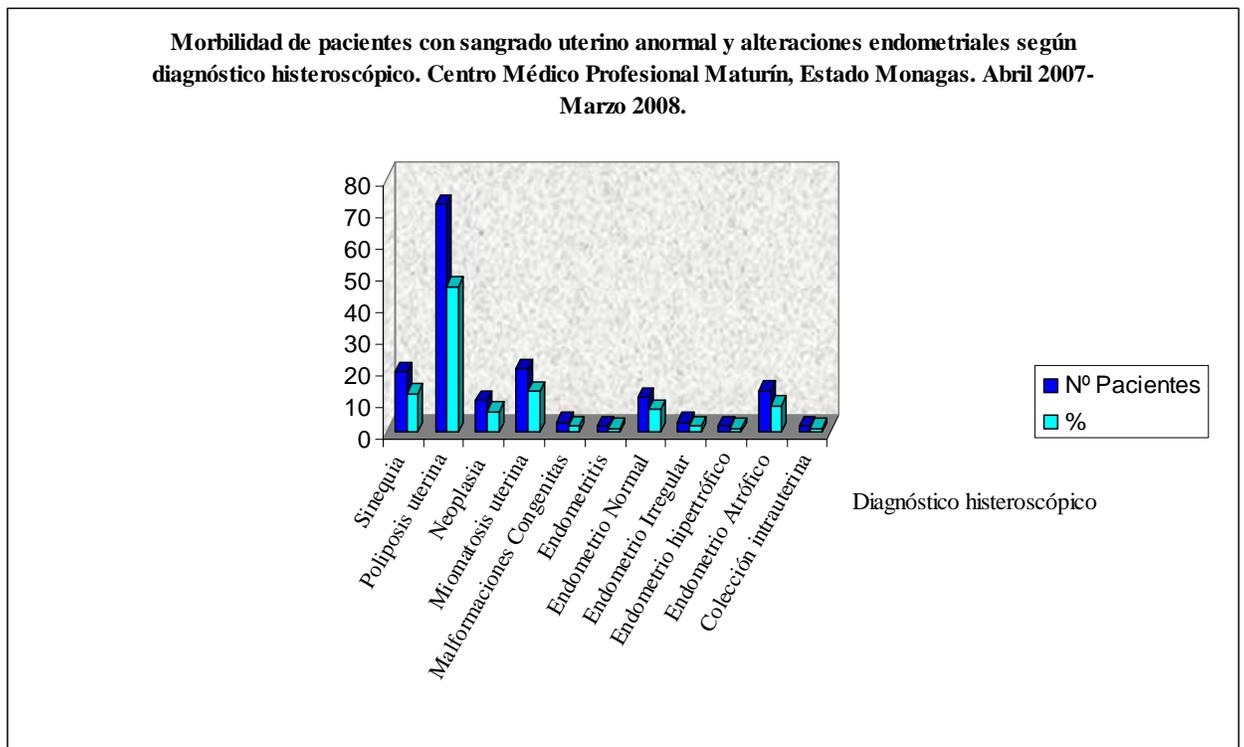
Diagnóstico Histeroscópico	N° pacientes	%
Sinequia	19	12,10
Poliposis uterina	72	45,87
Neoplasia	10	6,37
Miomatosis uterina	20	12,74
Malformaciones Congénitas	3	1,91
Endometritis	2	1,27
Endometrio Normal	11	7,01
Endometrio Irregular	3	1,91
Endometrio hipertrófico	2	1,27
Endometrio Atrófico	13	8,28
Colección intrauterina	2	1,27
TOTAL	157	100

Fuente: Los autores

El diagnóstico más frecuente desde el punto de vista histeroscópico ha sido poliposis uterina con 72 casos que conforman el 45,87%; mientras que los más infrecuentes fueron: colección intrauterina, endometritis y endometrio hipertrófico con 2 casos que representan 1,27% cada uno de ellos.

Gráfico n° 3

Diagnóstico Histeroscópico



Fuente: Los autores

**Morbilidad de pacientes con sangrado uterino anormal y alteraciones
endometriales según diagnóstico anatomopatológico. Centro Médico Profesional
Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.**

Tabla nº 4

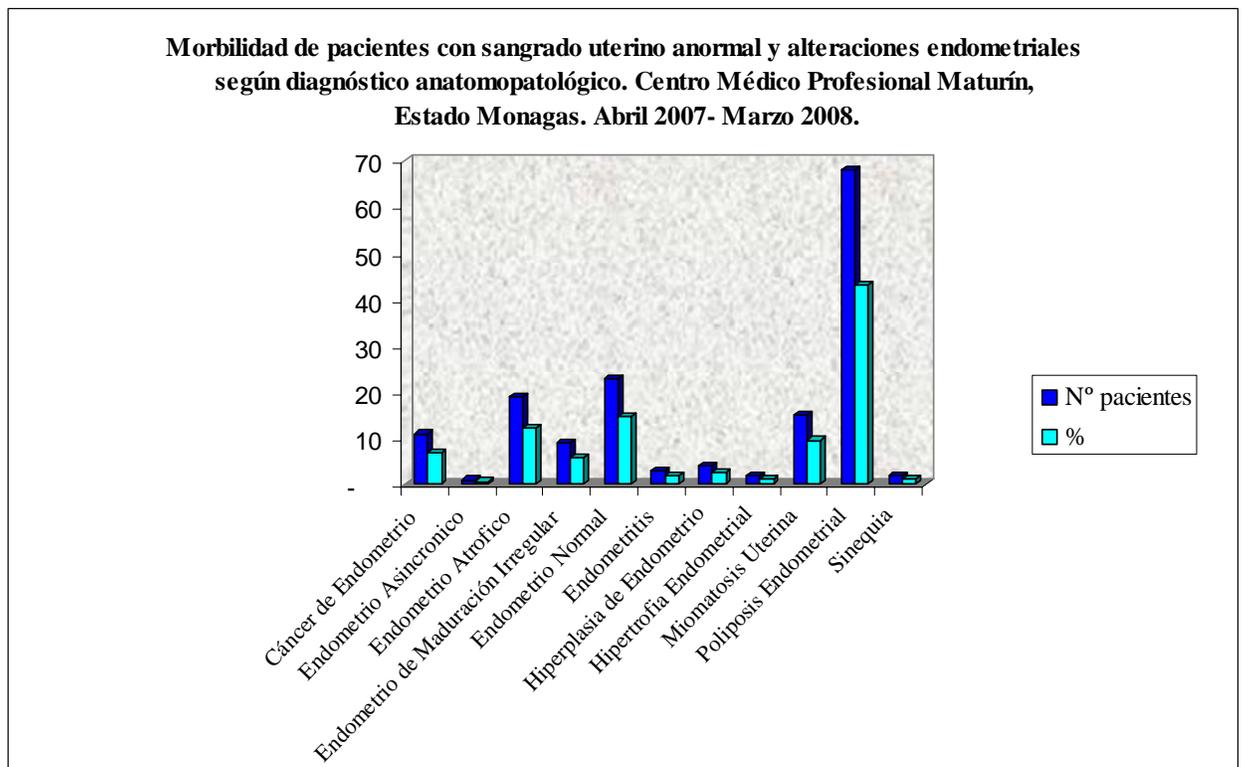
Diagnóstico Anatomopatológico	Nº pacientes	%
Cáncer de Endometrio	11	7,01
Endometrio Asincrónico	1	0,64
Endometrio Atrófico	19	12,10
Endometrio de Maduración Irregular	9	5,73
Endometrio Normal	23	14,65
Endometritis	3	1,91
Hiperplasia Endometrial	4	2,55
Hipertrofia Endometrial	2	1,27
Miomatosis Uterina	15	9,55
Poliposis Endometrial	68	43,31
Sinequia	2	1,27
TOTAL	157	100

Fuente: Los autores

El resultado anatomopatológico predominante en el grupo estudiado fue poliposis endometrial con 68 casos, el cual representa el 43,31% de los casos; mientras que endometrio asincrónico fue el diagnóstico menos frecuente con 1 caso que corresponde a 0,64% de prevalencia.

Gráfico n° 4

Diagnóstico Anatomopatológico:



Fuente: Los autores

Correlación entre ecografía- histeroscopia- anatomopatología en pacientes con
**sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales. Centro Médico
 Profesional Maturín, Estado Monagas. Abril 2007- Marzo 2008.**

Tabla n° 5:

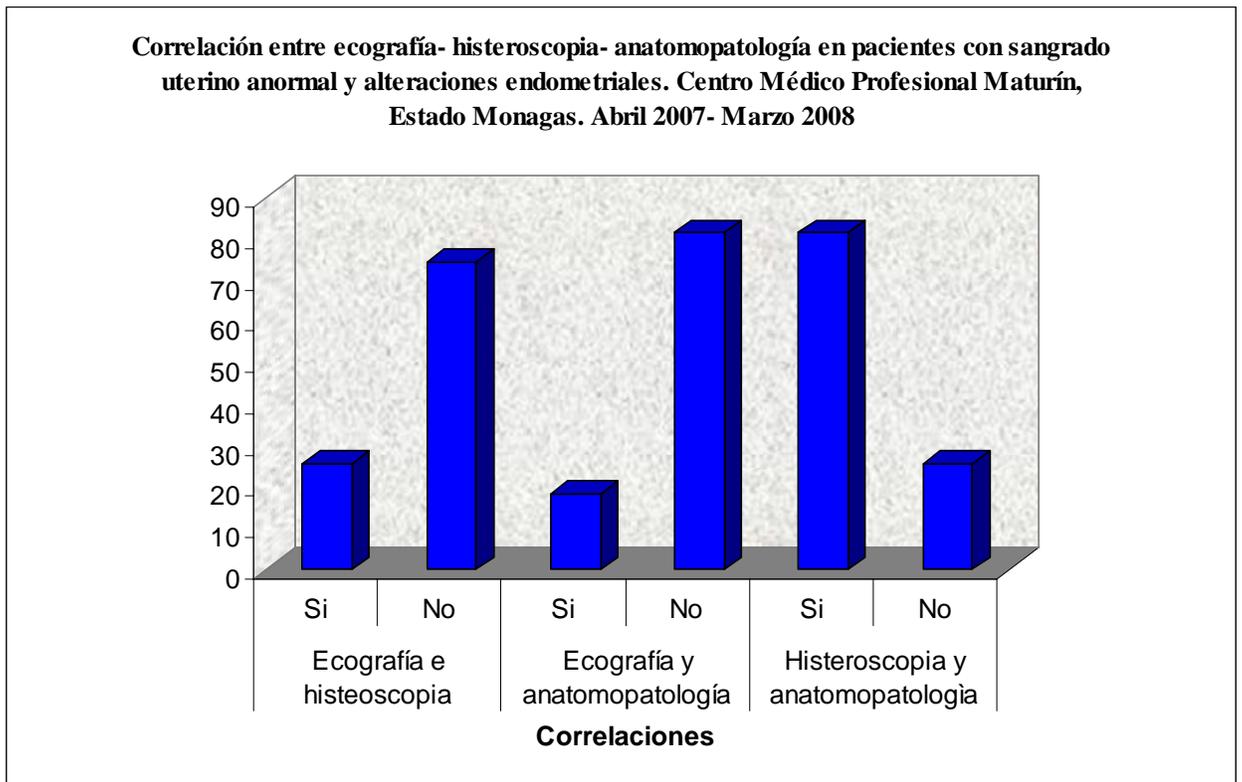
Correlación	Ecografía e histeroscopia			Ecografía y anatomopatología			Histeroscopia y anatomopatología		
	i	o	TOTAL	i	o	TOTAL	i	o	TOTAL
N° Pacientes	0	17	17	9	28	37	28	9	37
%	5,48	4,52	100	8,47	1,53	100	1,53	5,48	100

Fuente: Los autores

El diagnóstico ecográfico no se correlaciona con la histeroscopia ni con el resultado anatomopatológico en el 74,52% y 81,53% de los casos estudiados respectivamente; mientras que existe correlación entre el diagnóstico histeroscópico con el anatomopatológico en 81,53% de los casos.

Gráfico n° 5

Correlación Ecografía - Histeroscopia - Anatomopatología



Fuente: Los autores

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En un estudio reportado por Chacón y colaboradores 102 pacientes que fueron sometidas a histeroscopia quirúrgica, los resultados fueron 58 casos de polipectomías, es decir que 56,86% de la población estudiada presentó poliposis endometrial. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

En una publicación de Borrego y colaboradores (2005) refieren en su experiencia con la histeroscopia diagnóstica en 162 pacientes las complicaciones registradas fueron mínimas ubicándose en 2,1% en concordancia con lo encontrado en la literatura a nivel mundial. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

En comparación con nuestro estudio se obtuvo en menor porcentaje 45,87%, sin embargo fue el diagnóstico histeroscópico de mayor prevalencia en este estudio. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

En una publicación de Borrego y colaboradores (2005) refieren en su experiencia con la histeroscopia diagnóstica en 162 pacientes las complicaciones registradas fueron mínimas ubicándose en 2,1% en concordancia con lo encontrado en la literatura a nivel mundial, a diferencia de nuestro estudio donde en 157 pacientes no se presentaron complicaciones. Sugiriendo que el procedimiento es seguro y confiable. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

Corvalan y colaboradores (2001) analizan 103 histeroscopias ambulatorias cuyo principal motivo de consulta fue el sangrado uterino anormal y alteración ecográfica de la cavidad uterina en un 65%. A todas las pacientes se realizó resección

endoscópica o biopsia amplia de visión directa de la cavidad uterina, utilizando medio de distensión líquida con estudio anatomopatológico diferido de todas la muestras. Siendo los principales hallazgos histológicos: pólipos, mioma, e hiperplasia endometrial, destacando 2 casos 1,94% de cáncer de endometrio. Llama la atención que nuestros hallazgos anatomopatológicos fueron en primer lugar, pólipos como en el estudio de Corvalan y colaboradores, seguido por endometrio normal y atrofia endometrial, los cuales difirieren de estos autores. Nuestros resultados señalan mayor la incidencia de cáncer de endometrio, la cual fue 7% por histología y 6,37% por histeroscopia. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

Saavedra (2003) plantea que los leiomiomas son los tumores endometriales más frecuentes en 20 a 50% en mujeres mayores de 30 años; sin embargo, en nuestro estudio no se reportó ningún caso a pesar que la edad de la mayoría de las pacientes estudiadas fue 40 a 49 años. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

Por la sencillez del método, precisión, y procedimiento mínimamente invasivo, poco riesgo de complicaciones y concordancia anatomopatológica en 81,53% , se recomienda de forma rutinaria el uso de histeroscopia diagnóstica y, de ser necesario quirúrgica en la evaluación y tratamiento de diferentes patologías endometriales. **(Chacón y colaboradores, 2005)**

En un trabajo realizado en Perú por Ávila y colaboradores publicado en el año 2003 de 130 estudios histeroscópicos, en cada caso con estudio ecográfico transvaginal previo. La media de edad de las pacientes de estudio fue 44 años. Similar a nuestro estudio donde la edad media fue 45 años. Los hallazgos ecográficos, previos a la histeroscopia fueron hiperplasia endometrial, en 38 casos (29,2%), seguido de miomas submucosos (26,2%). **(Ávila y colaboradores, 2003)** Para efectos de nuestro estudio, la ecografía transvaginal reportó endometrio engrosado en 66,8% de los

casos, seguido por miomatosis en 12,7%, siendo parecidos los resultados en ambos estudios.

Para Ávila y colaboradores el hallazgo histeroscópico más frecuente fue el de hiperplasia endometrial, en 36 casos (27,7%); lo cual no concuerda con nuestro estudio que reporta en primer lugar la poliposis endometrial. (**Ávila y colaboradores, 2003**)

Ávila y colaboradores relacionan los hallazgos ecográficos con los hallazgos histeroscópicos y encontraron coincidencias de las dos técnicas diagnósticas en 82 casos (63,1%); mientras que en nuestro estudio la correlación ecográfica con la histeroscópica fue de 25,5%, mucho más baja que el resultado ya citado.

Ávila y colaboradores reportan que el nivel de coincidencia entre la ultrasonografía y el resultado anatomopatológico fue deficiente, dato que se corrobora en nuestro estudio cuando la concordancia entre ambos métodos es de 18,47%. (**Ávila y colaboradores, 2003**)

Para Ávila y colaboradores la relación entre los hallazgos histeroscópicos y el resultado anatomopatológico; sólo se consideró 110 casos, debido a que no se realizó biopsia histeroscópica en todas las pacientes. La histeroscopia fue normal en 22 casos (20%) y anormal en 88 casos (80%). En nuestro estudio fue mayor el resultado anormal histeroscópico (92,99%). (**Ávila y colaboradores, 2003**). En cuanto a la coincidencia diagnóstica entre ambos estudios Ávila y colaboradores la reportan en 84 casos (76,4%); mientras que en nuestro estudio la correlación fue más alta (81,53%).

Ávila y colaboradores comparan los resultados de la histeroscopia y de la ecografía frente al resultado anatomopatológico final, resultados globales en 110 pacientes. La histeroscopia muestra una mayor especificidad que la ecografía. Se

demuestra que la histeroscopia es una técnica que goza de una alta fiabilidad diagnóstica con un nivel de concordancia aceptable frente al resultado anatomopatológico. (**Ávila y colaboradores, 2003**) Según los resultados de nuestro estudio, de acuerdo con este planteamiento de Ávila y Chacón. Se recomienda de forma rutinaria el uso de histeroscopia diagnóstica y, de ser necesario quirúrgica en la evaluación y tratamiento de diferentes patologías endometriales, por ser un método sencillo, preciso, y un procedimiento mínimamente invasivo de pocas complicaciones.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

La histeroscopia es un patrón de oro para visualizar y diagnosticar un alto porcentaje de patologías ubicadas en la cavidad uterina, encontrándose entre estas el sangrado uterino anormal y las alteraciones endometriales, por lo que sería esencial que se convirtiera en un procedimiento rutinario posterior a la realización de un ecosonograma y complementado con un estudio anatomopatológico, para decidir la conducta terapéutica más idónea; sin embargo aunque para muchos pueda resultar un método costoso, evaluando la relación costo – beneficio, se puede decir que vale la pena invertir en este estudio ya que podría traer enormes satisfacciones y evitar situaciones indeseables a la hora de ejecutar un procedimiento médico – quirúrgico.

La investigación arrojó los siguientes resultados:

- La mayoría de las pacientes estudiadas por sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales se ubican en el rango de edad de 40 a 49 años, en promedio de 47 años.
- El diagnóstico ecográfico de mayor prevalencia en la población estudiada fue el engrosamiento endometrial.

- El diagnóstico más frecuente desde el punto de vista histeroscópico fue la poliposis endometrial.
- Los hallazgos endometriales más frecuentes desde el punto de vista anatomopatológico son: poliposis endometrial, endometrio normal, endometrio atrófico, miomatosis uterina y cáncer de endometrio.
- Al estudiar a las pacientes que presentaron sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales se encontró que el diagnóstico ecográfico no se correlaciona con la histeroscopia ni con el resultado anatomopatológico en un 74,52% y 81,53% respectivamente; mientras que existe correlación entre el diagnóstico histeroscópico con el anatomopatológico en un 81,53% de los casos.

Recomendaciones

De acuerdo con las conclusiones de este estudio se recomienda:

- El uso rutinario de la ecografía corroborada con el histeroscopia y el estudio histológico de toda paciente que presente sangrado uterino anormal y alteración estructural del endometrio, principalmente de la histeroscopia diagnóstica porque se considera un método sencillo, de alta precisión, siendo un procedimiento mínimamente invasivo con poco riesgo de complicaciones y concordancia anatomopatológica en 81,53%.

- Apoyar y promover políticas de salud para la adquisición de histeroscopios y capacitación del personal médico hospitalario a fin de ofrecer el estudio histeroscópico ambulatorio a las pacientes que lo requieran.
- De ser necesario se debe utilizar la histeroscopia quirúrgica en tratamiento de diferentes patologías endometriales antes de plantear la realización de histerectomía en estas pacientes, tomando en cuenta la edad y las expectativas de la misma.
- Realizar futuros trabajos de investigación que pudieran relacionarse con los temas aquí citados, a fin de identificar y tratar patologías comprometedoras para la vida de la paciente, como lo es el cáncer de endometrio, el cual rara vez se detecta por ecografía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcázar, J. L. (2007). **Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica**. Documento en línea. Disponible en: http://www.pfizer.es/salud/enfermedades/pruebas_diagnosticas/histeroscopia_diagnostica_quirurgica.html

Alcázar, J. L. (2008). Histeroscopia Diagnóstica y Quirúrgica. Documento en línea. Disponible en: <http://www.cun.es/areadesalud/pruebas-diagnosticas/histeroscopia-diagnostica-y-quirurgica/>

Aller, J. Obstetricia Moderna. 3; 32-33, 1999 Ed. McGraw – Hill.

Arias, A (2001). Histeroscopia. Documento en línea. Disponible en: <http://www.histeroscopia.com.ve/indicaciones.htm>

Arias, A. Histeroscopia: Técnica fácil y de bajo costo, Progreso en Ciencias Médicas (PCM) 9:11, volum 4, 1992

Ávila, J. (2003), Valor De La Histeroscopia Diagnóstica. Documento en línea. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol49_n1/histeroscopia.htm

Englund S, Ingelmann-Sundberg A, Wetin B. Hysteroscopy in diagnosis and treatment of uterine bleeding. Gynaecologia.143:217,1957.

Keckstein *et al.* **Cirugía Laparoscópica En Ginecología**. Ed. Panamericana.
2003

Lombardo, J (2003). Histeroscopia Diagnostica y Terapéutica. Documento en línea. Disponible en: <http://www.idim.com.aresparticuloshisteroscopia.pdf>

Masson. **Clínica de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica**. Avances en Técnicas Laparoscópicas e Histeroscópicas. Ed. Togas Pulandi 2004.

Monterrosa, A (2007), Utilidad de la Histeroscopia en la Postmenopausia. Documento en línea. Disponible en:

<http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/url/ITEM/37614581E5493374E0440003BA3D5405>.

Ortiz., F. (2004) **Diccionario de Metodología de la Investigación Científica**. Editorial Limusa Grupo Noriega Editores México, D.F.

Osés,R (2005): Sangrado Uterino Anormal. Documento en línea. Disponible en: http://www.infertilidadonline.com.ar/sangra_uter.htm

Rizquez, F. Penhout G. Microlaparoscopy; A preliminary report. Hum Reprod, 8;1701-1702, 1993.

Sabino, C. (1.994). **Como hacer una tesis**. 3ra. Edición, editorial PANAPO Venezuela-

Sampieri, R; Collado, C; Lucio, P.(2006). **Metodología de la Investigación**. Cuarta Editorial McGraw-Hill Interamericana. Chile.

Santos, B W.150. Histeroscopia. Evaluación de resultados, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Obstet Ginecol lat AMER 1984: 42:60-65.

Silander, T. Hysteroscopy through a transparent rubber ballon. Surg Gynecol Obstet. 114:125, 1962

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPRL) (2.005): **Manual de Trabajo de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales**, Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador - Venezuela

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

A.- Información

Histeroscopia es un examen que consiste en introducir un instrumento que permite ver la cavidad uterina a través de la vagina.

Puede realizarse con anestesia general o regional (raquídea).

Permite diagnosticar pólipos, miomas, hiperplasias de endometrio y cánceres del útero.

En ciertas ocasiones pueden incluso practicarse pequeñas operaciones a través de este mismo instrumento (eliminación de pólipos, de miomas, ciertas biopsias)

(Favor Completar Los Antecedentes Con Letra Muy Clara)

Se me ha explicado que podría padecer de _____, por eso es que me proponen realizar este examen.

Se me ha propuesto recurrir a la anestesia _____

¿Qué queremos hacer?

Observar si efectivamente usted tiene alguno de los problemas descritos en la información previa (pólipos, miomas, hiperplasias de endometrio, etc.)

Precisar los detalles de su problema (ubicación, tamaño, características, etc.)

Si es posible, queremos corregir su problema en el mismo momento del examen.

¿Cómo se realiza el examen?

La citarán para un día determinado a una hora específica.

Le harán la admisión (usted tendrá que dar sus datos personales, nombre, dirección, etc.)

Le haremos preguntas sobre su salud general

Le colocarán una vía venosa

Le administrarán la anestesia general y todo momento estará presente el Anestesiólogo

La llevarán a sala de Histeroscopias para realizar el examen

El procedimiento dura aproximadamente media hora.

Usted debe saber que este es un centro de aprendizaje de médicos en formación, por lo tanto es posible que además de su médico tratante estén presentes algunos alumnos.

Queremos pedirle permiso para tomar los resultados de su estudio para plasmarlos en un trabajo de investigación y fotografiar los procedimientos. En este caso su nombre, ni su cara aparecerá en ninguna parte y nadie podrá averiguar nada sobre usted.

Las muestras que se tomen durante el examen se guardarán para evaluarlas y luego serán eliminadas.

BENEFICIOS

Confirmar exactamente el problema que usted tiene.

Corregir en el mismo momento del examen su problema evitando una cirugía convencional

Menores molestias y tiempo de recuperación

RIESGOS

Pueden presentarse náuseas, mareos y/o dolor en 1 de cada 40 mujeres.

Menos de 1 persona por cada cinco mil pueden morir como resultado del procedimiento, en este servicio en 4 años nunca hemos tenido que lamentar una muerte por esta causa.

Si por cualquier razón usted no quiere realizarse este examen, debe hacérselo saber a su médico. En este caso usted asumirá las consecuencias físicas que esa decisión le traiga. Pero es importante que sepa que en este centro de atención: ¡¡Respetamos su decisión!!

Si usted tiene cualquier duda, pregunte todo lo que desea saber.

Otras alternativas posibles:

Cirugía convencional

Usted puede quedarse con este documento para volver a leerlo cuantas veces quiera

Doy mi consentimiento para que me hagan una Histeroscopia Diagnóstica

Nombre de la paciente _____

C.I. _____ Firma _____

Nombre de quien llevó a efecto el proceso del Consentimiento Informado

(lo que incluye la firma de este formulario)

C.I. _____ Firma _____

En Maturín, ____ de _____ de 200__

B. Consentimiento

He leído y comprendido que el examen consiste en introducir un instrumento que permite ver la cavidad uterina a través de la vagina.

He entendido que durante el examen pueden realizarme también una pequeña operación para sacar pólipos, miomas o tomar biopsias.

He entendido que la decisión de hacerme el examen *Histeroscopia Diagnóstica* es mía y que debo asumir las consecuencias que eso signifique.

Me queda claro que es posible que además de mi médico tratante estén presentes algunos alumnos de medicina.

Entiendo que fotografiaran las imágenes que se obtengan de mi examen y el resultado formará parte de un trabajo de investigación.

He podido preguntar todo lo que he querido.

He entendido que me piden mi autorización para realizar el examen *Histeroscopia Diagnóstica*.

En caso de no querer dar autorización para realizarse este examen Desisto de mi aceptación previa. Asumo las consecuencias físicas que ello me pudiera ocasionar

Nombre de la paciente _____

C.I _____ Firma _____

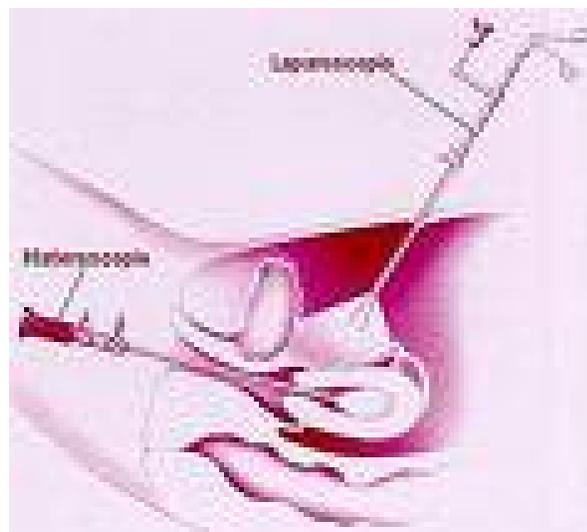
En Maturín, ____ de _____ de 200__

HOJA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente:	Edad	Fecha:
Diagnóstico por ecografía transvaginal:		
Hallazgo(s) histeroscópico(s):		
Resultado anatomopatológico:		
Complicación de la histeroscopia:		
Diagnóstico definitivo:		
Conducta terapéutica:		



Ecografía transvaginal: Endometrio engrosado



Histeroscopia Vs. Laparoscopia



Equipo de histeroscopia diagn3stica



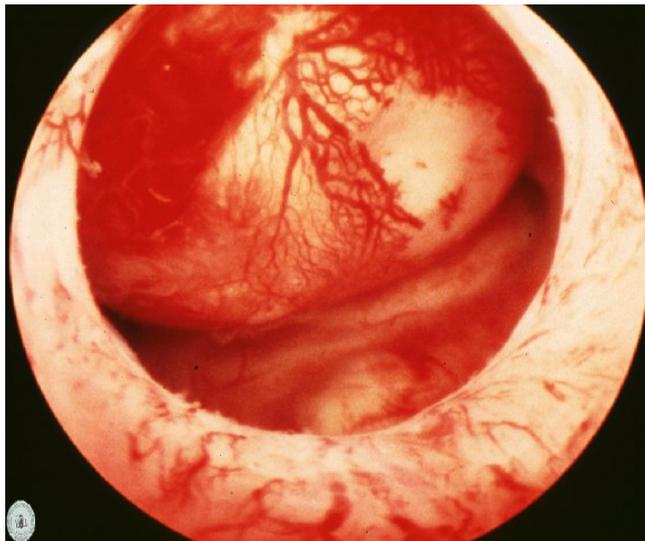
Histeroscopia



Endometrio normal visto por la óptica del histeroscopia



Pólipo endometrial



Miomatosis uterina



Imagen sugestiva de hiperplasia endometrial



Cáncer de endometrio



Cáncer de endometrio (patrón difuso avanzado)

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y
ASCENSO:**

TÍTULO	CORRELACIÓN ECOGRÁFICA- HISTEROSCÓPICA - ANATOMOPATOLÓGICA EN PACIENTES CON ALTERACIONES ENDOMETRIALES Y SANGRADO UTERINO ANORMAL. "CENTRO MÉDICO PROFESIONAL MATURÍN", ESTADO MONAGAS. ABRIL 2007- MARZO 2008
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
ABIAD G. KARIM M.	CVLAC: 17.404.268 E MAIL: karimabiad@hotmail.com
AREYÁN S. JOSÉ D.	CVLAC: 14.339.203 E MAIL: daniareyan@hotmail.com
BETANCOURT E. NATALIA	CVLAC: 15.323.309 E MAIL: natanatikbe@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

- Ecográfica,
- Histeroscópica
- Anatomopatológica
- Poliposis - Endometrial

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
CIENCIA DE LA SALUD	
CIENCIAS DE LA SALUD	MEDICINA

RESUMEN (ABSTRACT):Esta investigación ha sido realizada en el Centro Médico Profesional Maturín (CMPM), estado Monagas, con la finalidad de determinar la correlación ecográfica – histeroscópica- anatomopatológica en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal que consultan al CMPM en el período comprendido entre abril de 2007 - marzo de 2008. Para ello se realizó una investigación de tipo documental, descriptivo, prospectivo, bajo un diseño de campo, al tomarse la información requerida para la investigación directamente de la fuente donde se da la situación del estudio e investigación recabada de textos; para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva para cada variable a través de tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje. Para el estudio se tomó una población y muestra de 157 pacientes siendo representativa. Al finalizar los resultados determinaron que la edad de la mayoría de las pacientes estudiadas por sangrado uterino anormal y alteraciones endometriales fue en promedio de 47 años, el diagnóstico ecográfico prevalente fue el engrosamiento endometrial, a la histeroscopia diagnóstica fue la poliposis endometrial, según la anatomopatología fue poliposis endometrial. Se encontró que el diagnóstico ecográfico se correlaciona de forma deficiente con la histeroscopia y anatomopatología (25,48% y 18,47% respectivamente); mientras que existe alta correlación entre el diagnóstico histeroscópico con el anatomopatológico en 81,53% de los casos. Se recomienda el uso rutinario de la ecografía corroborada con el histeroscopia y el estudio histológico de toda paciente que presente sangrado uterino anormal y alteración estructural del endometrio.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
ALVAREZ, JUAN CARLOS	ROL	CA	AS (X)	TU	JU (X)
	CVLAC:	8.318.568			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
ORTA, ALFONSO	ROL	CA	AS	TU	JU (X)
	CVLAC:	6.298.856			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
QUERO, MIJAIRA	ROL	CA	AS	TU	JU (X)
	CVLAC:	4.174.633			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
ESPINOZA, MIRTHALIA	ROL	CA (X)	AS	TU	JU
	CVLAC:	5.078.596			
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2008	10	31
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
CORRELACIÓN COHISTERANA.doc	Application/msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L
M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x
y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: “Centro Médico Profesional Maturín”

TEMPORAL: 12 meses

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Ginecología

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente – Núcleo Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado:

“Los trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participaría al Consejo Universitario”

Abiad G, Karim
AUTOR

Areyán S, José
AUTOR

Betancourt E, Natalia
AUTOR

Alvarez, Juan C
TUTOR

Orta, Alfonso
JURADO

Quero, Mijaira
JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS