

11204 5
25-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST GRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

**LAPAROSCOPIA-HISTEROSCOPIA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE
PERINATOLOGIA**

[Firma]
DR. SAHUEL KARCHMUT
PARASECUTARIO DE POSTGRADO
PROFESOR TITULAR

[Firma]
DR. ALBERTO ALVARADO DURAN
PROFESOR TITULAR

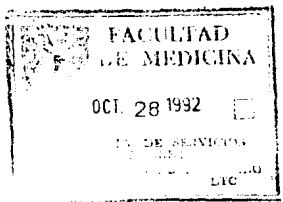
T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION
QUE PRESENTA:
DR. TONATIUH HERRERA SUASTEGUI

Asesor: Dr. Alberto Alvarado Durán



INPer MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LAPAROSCOPIA-HISTEROSCOPIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DR. TONATIUH HERRERA SUASTEGUI

INTRODUCCION

La aplicación de técnicas endoscópicas en el diagnóstico y tratamiento de patología ginecológica y evaluación de la infertilidad y esterilidad ha cobrado suma importancia en la actualidad y se ha convertido en un instrumento indispensable en el arsenal de recursos con que debe contar un ginecólogo.

Los avances en el manejo de lentes a través de dispositivos cada vez más delgados por la aplicación de fibras ópticas más sensibles, sistemas de electrofulguración y corte más eficaces y mejores técnicas anestésicas, permiten practicar con seguridad cualquier procedimiento endoscópico, brindando de esta forma a la paciente un método diagnóstico y/o terapéutico del que se recuperará en breve tiempo y con menor riesgo que una laparotomía.

La endoscopia es un método que empezó a utilizarse desde el siglo pasado con Bozini en 1805, siendo a mediados de este siglo cuando Jacobeus sentó las bases para la evolución de la laparoscopia y sus principales indicaciones actuales son:

1. Diagnóstico y tratamiento en esterilidad e infertilidad.
2. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis.
3. Diagnóstico de malformaciones Mülllerianas.
4. Previo a cualquier procedimiento de cirugía tubaria.
5. Diagnóstico y tratamiento conservador de embarazo ectópico.
6. En procedimientos de esterilización.
7. Captura ovular en reproducción asistida.

La histeroscopia es un procedimiento que ha tomado auge en los últimos 20 años y que se ha visto beneficiado con los avances técnicos ya que el uso de gas permite una mayor visualización y accesibilidad para realizar procedimientos quirúrgicos. Sus principales indicaciones son:

1. Diagnóstico y tratamiento de esterilidad e infertilidad.
2. Diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina.
3. Diagnóstico y tratamiento de polipos uterinos.
4. Diagnóstico y tratamiento de anomalías del desarrollo müllleriano.
5. Para GIFT, ZIFT, TET en reproducción asistida (7,12,14)
6. Procedimientos de esterilización y
7. Estudios de menorragia.

La histerosalpingografía es el método diagnóstico más ampliamente utilizado para el diagnóstico de patología uterina y tubaria. Se le atribuye un margen de error diagnóstico entre el 12 y 40%. Lo anterior se atribuye a mala distribución del medio de contraste, espasmos tubarios y subjetividad del médico que interpreta las imágenes (6,9).

En el presente estudio se muestra la eficacia diagnóstica de cada uno de los procedimientos antes descritos en las distintas patologías ginecológicas identificadas.

HIPOTESIS

La laparoscopia-histeroscopia es un método seguro que deberá realizarse en conjunto cuando se realice una laparoscopia.

DISEÑO DEL PROTOCOLO

Se trata de un protocolo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Es decir una encuesta comparativa prospectiva.

DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO

La población objetivo serán las pacientes que asisten a consulta al INPer con patología ginecológica y/o esterilidad que amerite diagnóstico endoscópico.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes con patología ginecológica que ameriten diagnóstico endoscópico.
2. Pacientes con esterilidad que ameriten diagnóstico endoscópico.
3. Pacientes a quienes se les haya realizado histerosalpingografía y cuenten con diagnóstico radiológico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes en quienes esté contraindicado alguno de los tres procedimientos ya antes mencionados.
2. Pacientes en quienes no se cuente con un diagnóstico de presunción.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Pacientes en quienes no se pueda concluir alguno de los tres procedimientos diagnósticos a comparar.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra será de 75 pacientes en quienes se haya concluido el estudio.

UBICACION ESPACIO TEMPORAL

El estudio se realizó de abril de 1990 a mayo de 1991 en el Instituto Nacional de Perinatología.

DISEÑO ESTADISTICO

La correlación de certeza diagnóstica se realizará mediante identificación porcentual de los diagnósticos emitidos para cada diagnóstico.

IDENTIFICACION DE VARIABLES

Dependientes.

1. Diagnóstico primario radiológico.....categórica
2. Diagnóstico primario laparoscópico.....categórica
3. Diagnóstico primario histeroscópico.....categórica
4. Complicaciones histerosalpingografía.....categórica
5. Complicaciones laparoscopia.....categórica
6. Complicaciones histeroscopia.....categórica
7. Tiempo quirúrgico.....numérica absoluta

Independientes.

1. Edad.....numérica ordinal
2. Paridad.....numérica ordinal
3. Tipo de esterilidad.....categórica
4. Tipo de anestesia.....categórica

TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

Se anexa hoja de captación de información de cada uno de los procedimientos, así como una libreta de captación de datos en quirófano.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
HOJA DE CAPTACION DE DATOS
PROTOCOLO N.º 1

CORRELACION ENTRE HISTEROSALPINGOGRAFIA, LAPAROSCOPIA E
HISTEROSCOPIA.

APELLIDO PATERNO: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____

CLASIFICACION: _____ OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD:

NINGUNA 1 PRIMARIA 2 SECUNDARIA 3

CARRERA TECNICA O COMERCIAL 4 PREPARATORIA 5

PROFESIONAL 6

IPARIDAD: I 1 II 2 III o MAS 3

TIPO DE ESTERILIDAD: PRIMARIA 1 SECUNDARIA 2

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PREVIOS: I 1 II 2 III o MAS 3

¿CUALES? _____

2- OCLUSION TUBARIA IZQUIERDA

2A. PROXIMAL.

2B. DISTAL.

3- OCLUSION TUBARIA BILATERAL

4- PATOLOGIA MULLERIANA

5- MIOMATOSIS

6- PATOLOGIA OVARICA

7- PROB. TUBERCULOSIS

8- PROB. ADENOMIOSIS

9- ADHERENCIAS

10- PROB. ENDOMETRIOSIS

11- NORMAL

12- OTROS

ESPECIFICAR

TIPO DE ANESTESIA: GENERAL 1 BPD 2

TIEMPO QUIRURGICO: MINUTOS

HISTEROSCOPIA

FECHA:

DIAGNOSTICO:

1- OCLUSION TUBARIA DERECHA

1A. PROXIMAL

1B. DISTAL

2- OCLUSION TUBARIA IZQUIERDA

2A. PROXIMAL

2B. DISTAL

3- OCLUSION TUBARIA BILATERAL

4- PATOLOGIA MULLERIANA

5- MIOMATOSIS

6- PATOLOGIA OVARICA

7- PROB. TUBERCULOSIS

8- PROB. ADENOMIOSIS

9-ADHERENCIAS

10- PROB. ENDOMETRIOSIS

11-NORMAL

12- OTROS

ESPECIFICAR

SE REALIZO DURANTE LA LAPAROSCOPIA SI 1 NO 2

TIPO DE ANESTESIA: GENERAL 1 BPD 2

TIEMPO QUIRURGICO: MINUTOS

DIAGNOSTICOS CORROBORADOS POR GIFT o HISTOPATOLOGIA.

FECHA:

1- OCLUSION TUBARIA DERECHA

1A. PROXIMAL

1B. DISTAL

2- OCLUSION TUBARIA

2A. PROXIMAL

2B. DISTAL

3- OCLUSION TUBARIA BILATERAL

4- PATOLOGIA MULLERIANA

5- MIOMATOSIS

6- PATOLOGIA OVARICA

7- PROB. TUBERCULOSIS

8- PROB. ADENOMIOSIS

9- ADHERENCIAS

10- PROB. ENDOMETRIOSIS

11- NORMAL

12- OTROS

ESPECIFICAR

TIPO DE ANESTESIA: GENERAL 1 BPD 2

TIEMPO QUIRURGICO: [] MINUTOS

COMPLICACIONES HISTEROSALPINGOGRAFIA: SI 1 NO 2

ESPECIFICAR: _____

COMPLICACIONES LAPAROSCOPIA: SI 1 NO 2

ESPECIFICAR: _____

COMPLICACIONES HISTEROSCOPIA: SI 1 NO 2

ESPECIFICAR: _____

COMPLICACIONES GIFT: SI 1 NO 2

ESPECIFICAR: _____

LEVANTO EL CUESTIONARIO

FECHA: []

La información de variables dependientes será representada mediante gráficas de barras en caso de las categóricas.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un protocolo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo con el cual se estudiaron 75 pacientes que ingresaron al INPer en Biología de la Reproducción para su estudio en el periodo comprendido entre abril de 1990 y mayo de 1991 y a quienes se les había realizado histerosalpingografía y que contaran con diagnóstico radiológico y que fueron sometidas al procedimiento laparoscopia-histeroscopia con fines diagnósticos.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 31 años de las cuales 43% eran nulligestas, 36% primíparas y 21% tuvieron dos o más embarazos. El 36% tenían antecedentes de cirugías ginecológicas previas.

El diagnóstico histerosalpingográfico de permeabilidad tubaria se corroboró en sólo 72% por laparoscopia, mientras que el de cavidad uterina fue corroborado en 81% de los casos

mediante histeroscopia. La laparoscopia proporcionó datos adicionales a la histerosalpingografía e histeroscopia en el 36% de los casos (diagnósticos peritoneales).

En el 16% de las pacientes en las que se diagnosticaron adherencias uterinas por histeroscopia, éstas fueron resecadas en el mismo acto quirúrgico.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 42 minutos. En todas las pacientes se utilizó anestesia general. No se reportaron complicaciones en ninguna de las pacientes. Las patologías más frecuentemente diagnosticadas se enlistan en el Cuadro 1. En el Cuadro 2 se puede observar la eficacia de uno y otro método en las patologías más frecuentemente diagnosticadas.

DISCUSION.

Del presente estudio se desprende que el procedimiento de laparoscopia-histeroscopia es de gran valor diagnóstico en la evaluación de patología ginecológica, diagnosticando patologías que de otra manera pasarían desapercibidas. Aún cuando los métodos endoscópicos diagnósticos son considerados como invasivos, en un alto porcentaje de casos pueden ser terapéuticos (1,2,3,4,11,16). El margen de error del 28% en cuanto a permeabilidad tubaria de la histerosalpingografía

LAPAROSCOPIA-HISTEROSCOPIA INPer

Alteraciones permeabilidad tubaria uni o bilateral	36%
Endometriosis	13%
Miomatosis submucosa y subserosa	16%
Adherencias pelvicas y uterinas	21%
Polipos Uterinos	2%
Patologia Mülleriana	2%

Cuadro 1. Patología ginecológica mas frecuentemente diagnosticada mediante el procedimiento laparoscopia-histeroscopia.

LAPAROSCOPIA-HISTEROSCOPIA**INPer**

	HSG	LPX	HISTX
Permeabilidad tubaria	52	73	-
Endometriosis	-	10	-
Miomatosis submucosa	2	-	3
subserosa	-	9	-
Adherencias			
pelvicas	-	8	-
uterinas	4	-	8
Pollpos	-	-	2
Patologia Mülleriana	2	-	2

Cuadro 2. Eficacia diagnóstica de los tres métodos por separado en las patologías más frecuentemente diagnosticadas.

contra la laparoscopia y del 19% en diagnósticos histerosalpingográficos de cavidad uterina contra los histeroscópicos ponen de manifiesto las limitaciones de la histerosalpingografía ya descritos en la literatura (6). El procedimiento laparoscopia-histeroscopia abate casi por completo este margen de error. El tiempo para realizar una histerosalpingografía no fue evaluado en el presente estudio pero varía entre 15 y 40 minutos. El procedimiento laparoscopia-histeroscopia fue realizado en un tiempo promedio de 42 minutos. En un estudio de evaluación de la laparoscopia realizado también en 1991 por el departamento de anestesiología del INPer se encontró que el 37% de los casos se efectuaba entre 20 y 29 minutos y el 35% de los casos entre 30 y 39 minutos (17), es decir sin una diferencia significativa cuando se realizaba laparoscopia más histeroscopia tomando en cuenta que en varios casos se tomaron conductas terapéuticas. En la actualidad mediante las cámaras para endoscopia y la fácil documentación de los casos, así como la adecuada enseñanza de estos procedimientos aunado a su seguridad, ha hecho del procedimiento laparoscopia-histeroscopia un método seguro y confiable para la paciente. La siguiente y tal vez todavía atrevida pregunta a resolver es si en los hospitales de tercer nivel la laparoscopia-histeroscopia deberá eliminar la realización de la histerosalpingografía.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSION.

El procedimiento laparoscopia-histeroscopia proporciona información diagnóstica certera y en ocasiones eficacia terapéutica sin que se incremente el riesgo quirúrgico en comparación al paciente que sólo es sometido a laparoscopia.

El procedimiento laparoscopia-histeroscopia muestra superioridad sobre la histerosalpingografía.

BIBLIOGRAFIA

1. Brooks PG, Kerin JF, Daykhovsky L. Removal of cornual polyps with flexible hysteroscopy and a wire basket. A case report. *J Reprod Med* 1990 Jun;35(6):P. 613-5.
2. Daly DC, Soto-Albors CE, Aversa MA. Hysteroscopic detection and treatment of adhesions at the tubal ostium/junction in infertile patients. *Fertil Steril* 1986;46:138.
3. De Cherney AH, Russell JB, Graebe RA, et al. Resectoscopic management of mullerian defects. *Fertil Steril* 1986;45:726.
4. Hamou J, Salat-Baroux J, Siegler AM. Diagnosis and treatment of intrauterine adhesions by microhysteroscopy. *Fertil Steril* 1983;39:321.
5. Itzkowic DJ, Laverty CR. Office hysteroscopy and curettage- a safe diagnostic procedure.. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1990 May; 30(2):P. 150-3.
6. Kessler I, Lancet M. Hystero-graphy and hysteroscopy: a comparison. *Fertil Steril* 1986;46:709.
7. Lang EK, Dunaway HE Jr, Roniger WE. Selective osteal salpingography and transvaginal catheter dilatation in the diagnosis and treatment of fallopian tube obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 1990 Apr;154(4):P.735-40.
8. Mencaglia L, Colafranceschi M, Gordon AG, Lindemann H, Van Herendael B., Perino A, De Placido G, Colacurci A, Van der Pas H, Tantini C, et al. Is hysteroscopy of value in the investigation of female infertility? *Acta Eur Fertil* 1988 Jul-Aug;19(4):P. 239-41.
9. Otubu JA, Sagay AS, Dauda S. Hysterosalpingogram, laparoscopy and hysteroscopy in the assessment of the infertile Nigerian female. *East Afr Med J* 1990 May;67(5):P. 370-2.
10. Pellicer A. Hysteroscopy in the infertile woman. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988 Mar;15(1):P. 99-105.
11. Quiñones GR, Alvarado DA, Aznar RR. Tubal catheterization: applications of a new technique. *Am J. Obstet Gynecol* 1974;114:674.

12. Rothenaicher M, Wulfel W, Krusmann G, Fiedler K, Hirsch P. Hysteroscopy as an alternative to laparoscopy for intratubal gamete transfer (GIFT). Gynakol Rundsch 1989;29 Supp. 2:P. 432-5.
13. Russell JB. History and development of hysteroscopy. Obstet Gynecol Clin North Am 1988 Mar;15(1):P. 1-11.
14. Seinera P, Maccario S, Visentin L, DiGregorio A. Hysteroscopy in an IVP-ER program. Clinical experience with 360 infertile patients. Acta Obstet Gynecol Scand 1988;67(2):P. 135-7.
15. Semm K. Atlas of Gynecologic Laparoscopic and Hysteroscopy. Philadelphia, WB Saunders, 1977.
16. Siegler AM, Valle RF. Therapeutic hysteroscopic procedures. Fertil Steril 1988 Nov. 50(5):P. 685-701.
17. Suárez O, Gandra JA. Procedimiento anestésico en laparoscopia ginecológica. INPer. Trabajo presentado en el XXV Congreso de Anestesia. Oct. 1991.
18. Thurmond AS, Rosch J. Fallopian tubes: improved technique for catheterization. Radiology 1990 Feb;174(2):P. 572-3.
19. Valle RF. Hysteroscopy for gynecologic diagnosis. Clin Obstet Gynecol 1983;26:253-276.
20. Valle RF, Sciarra JJ. Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. Am J Obstet Gynecol 1988 Jun;158(6 Pt 1):P. 1459-70.
21. Wolfe WM, Levine RL, Sanfilippo JS, Egler S. A teaching model for endoscopic surgery: hysteroscopy and pelvicoscopic surgery. Fertil Steril 1988 Oct;50(4):P. 662-4.