



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

FOLIO DE INVESTIGACIÓN 301.2009

HOSPITAL REGIONAL '1° DE OCTUBRE'

**HISTEROSCOPIA EN PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO
CRÓNICO.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA

DRA. ABRIL DEL CARMEN ISAIAS PRECIADO.

ASESOR DE TESIS

DR. FRANCISCO JAVIER ALVARADO GAY.



MÉXICO D.F., SEPTIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Dr. Ricardo Juárez Ocaña

Coordinador de Capacitación, Desarrollo, Enseñanza e Investigación

Hospital Regional 1° de Octubre.

Dr. Francisco Javier Alvarado Gay.

Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Regional 1° de Octubre.

Dr. Francisco Javier Alvarado Gay.

Profesor Titular del Curso de la Especialidad.

Asesor de Tesis.

Hospital Regional 1° de Octubre.

Dr. José Vicente Rosas Barrientos.

Jefe del Departamento de Investigación.

Hospital Regional 1° de Octubre.

Dr. Rafael Topete Estrada

Medico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia

Laparoscopia e histeroscopia

Hospital Regional 1° de Octubre.

Agradecimientos:

A mis padres por su apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado, con mucho amor y sobre todo impulsarme siempre a seguir adelante.

Al Dr. Carlos Tena Tamayo por su apoyo incondicional por ayudarme a continuar con mi proyecto de vida.

A todos mis maestros y en especial al Dr. Francisco Javier Alvarado Gay por su aportación a mi enseñanza y práctica quirúrgica; por su paciencia, disponibilidad y su apoyo incondicional.

Al Dr. José Vicente Rosas Barrientos Jefe del departamento de Investigación por su dedicación, disponibilidad y apoyo incondicional, además de enseñanza en el mundo de la investigación.

Al Dr. E. Fernando Sierra Pérez presidente del comité de ética e investigación del Hospital regional 1° de octubre por su dedicación, disponibilidad y apoyo incondicional, además de enseñanza en el mundo de la investigación.

INDICE.

RESUMEN	5
Summary	6
Antecedentes	7
Planteamiento del problema	8
Justificación	9
Hipótesis	10
Objetivos	10
Material y métodos	10
Resultados	12
Discusión	19
Conclusiones	20
Referencias bibliograficas	21

RESUMEN.

Introducción:

El dolor pélvico crónico (DPC), es una de las causas más frecuentes de transferencias de pacientes vistos en atención primaria hacia clínicas ginecológicas. Representa alrededor del 10 al 40% de la consulta ginecológica y es indicación en el 50% de las laparoscopias diagnósticas. No existe una definición universalmente aceptada de DPC.

Objetivos:

Reportar las características anatómicas de la cavidad uterina, diagnósticos integrados y manejo establecido de las pacientes sometidas a histeroscopia.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, analizando los expedientes de pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico y que fueron sometidas a histeroscopia de agosto 01 del 2008 a junio 30 del 2009.

Resultados:

Se revisaron 299 expedientes de pacientes con diagnóstico de DPC que reunieron los criterios de inclusión. El diagnóstico preoperatorio registrado en 84 veces fue el de miomatosis uterina con 28.1%, seguido del de hipertrofia endometrial con 56 registros (18.7%). Solamente en dos casos se reportaron complicaciones.

Conclusiones:

La histeroscopia al igual que otros procedimientos no invasivos como la ecografía transvaginal, pueden realizarse sin anestesia y en forma segura en un consultorio y por ser un procedimiento ambulatorio abate los tiempos de estancia hospitalaria y los días de incapacidad médica.

Palabras clave: DPC, histeroscopia.

ABSTRACT

Introduction:

Chronic pelvic pain (DPC) is one of the most common causes for patient reference from primary care units to gynecological clinics. It accounts about 10 to 40% of the gynecology diagnoses and represents almost the 50% of laparoscopy indications. There is not a definition universally accepted for DPC.

Objectives:

To report the anatomical features of the uterine cavity, diagnosis and management set on patients undergoing hysteroscopy.

Methods:

We performed a cross-sectional study, descriptive, observational and retrospective, analyzing the records of patients diagnosed with chronic pelvic pain who underwent hysteroscopy through August 01st, 2008 - June 30th, 2009.

Results:

We reviewed records of 299 patients diagnosed with DPC which completed the inclusion criteria. Preoperative diagnosis was recorded in 84 times as fibroid uterine (28.1%), followed by endometrial hypertrophy with 56 entries (18.7%). Only in two cases complications were reported.

Conclusions:

Hysteroscopy as other noninvasive procedures such as transvaginal ultrasonography, can be performed without anesthesia and safely at the physician's office. It is an outpatient procedure that reduces hospitalization and days of medical disability.

Keywords: DPC, hysteroscopy.

I. ANTECEDENTES:

El DPC en mujeres es un problema mayor de salud pública ^{4,6,13,14}, es una entidad clínica y no una entidad nosológica ¹³La compleja inervación de la pelvis y la proximidad anatómica de los órganos pélvicos hacen que estas pacientes sean evaluadas por diferentes especialidades médicas.. Debido a que la definición de DPC varia, su prevalencia es difícil de medir con exactitud ¹⁴.En Inglaterra y en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) se ha estimado una incidencia 3.8 - 15%. Los costos originados por la atención médica no hospitalaria de estas pacientes oscilan alrededor de los \$ 880 millones de dólares al año en los EEUU, en donde 15% de las mujeres se reportan por ausentismo laboral secundario al dolor y 45% se reportan con disminución en la productividad laboral. Vivir con DPC tiene un significativo impacto sobre la calidad de vida, como también en el aspecto emocional y la función sexual ^{7,9}

Como no existe una definición universalmente aceptada de DPC, esta falta de consenso ha obstaculizado la realización de estudios de investigación y no ha permitido comparar los resultados reportados en la literatura médica ^{5,6,7,14,17}. Las causas ginecológicas de DPC son detectadas habitualmente en la historia clínica, el examen físico, ultrasonido transvaginal y laparoscopia ^{5,10,11,14,17}

En la actualidad se utiliza la laparoscopia o microlaparoscopia bajo anestesia general como el estándar de oro en la evaluación de mujeres con DPC.

Los hallazgos más comunes incluyen endometriosis pélvica y síndrome adherencial pélvico, sin embargo, en $\leq 40\%$ de mujeres la laparoscopia falla en la determinación de la causa del DPC ^{5,12-13,15}. Existen varias razones del fracaso de la laparoscopia para diagnosticar la causa del DPC, entre ellas que la condición pueda no ser visible a través de la laparoscopia (adenomiosis, enfermedades intrauterinas) o por inexperiencia de quien practica el procedimiento.

Por otro lado un 30% de pacientes con hallazgos laparoscópicos anormales también tienen otras alteraciones intrauterinas concomitantemente ⁵. Algunos clínicos usan la histeroscopia en la evaluación del DPC y otros investigadores rehúsan practicarla por desconocer su utilidad ^{5,11,13}. Se desconoce la prevalencia de las alteraciones anatómicas encontradas en paciente sometidas a este procedimiento y con antecedentes de DCP ya que en los reportes de estudios internacionales no se consignan estos datos. ^{7,14}

Debido a que la histeroscopia se puede realizar sin anestesia y de forma segura en un consultorio, ésta podría estar indicada, junto con otros procedimientos no invasivos como el ultrasonido transvaginal como la primera modalidad de investigación en mujeres afectadas por DPC ^{1,3,5}. En este punto nos podemos preguntar si la histeroscopia puede servir para diagnosticar algunas causas de DPC que de otra manera dificultaría su diagnóstico o que podrían no

ser detectadas cuando utilizamos otras modalidades diagnósticas como el ultrasonido transvaginal y/o laparoscopia. Este procedimiento podría disminuir el innecesario número de laparoscopias que se realizan en mujeres con DPC. Por lo anteriormente expuesto nos proponemos a realizar este estudio de investigación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha aceptado por consenso conceptualizar al dolor pélvico crónico (DPC) como dolor no maligno que se percibe en las estructuras contenidas en la pelvis; debe ser continuo o recurrente durante más de 6 meses; ya que no existe una definición universalmente aceptada de DPC. La falta de consenso en cuanto a su definición no ha permitido la realización de estudios epidemiológicos ni comparativos.

El DPC es una de las causas más frecuentes del envío de pacientes valorados en unidades de atención primaria de la salud y referidos hacia clínicas ginecológicas; representa alrededor del 10 al 40% de todas las consultas de ginecología y constituye uno de los problemas clínicos que motivan la realización de laparoscopia diagnóstica en cerca del 50% de los casos. La patogénesis del DPC es aun pobremente entendida y en consecuencia poco manejada. A menudo la etiología no está bien definida.

Las causas ginecológicas del DPC son habitualmente detectadas a través de la historia clínica, el examen físico, ultrasonido transvaginal y laparoscopia. En la actualidad se utiliza la laparoscopia o microlaparoscopia como el estándar de oro en la evaluación de mujeres con DPC. Sin embargo, en $\leq 40\%$ de mujeres con DPC, la laparoscopia falla para poder determinar la etiología. Por otro lado, en un 30% de pacientes con hallazgos laparoscópicos anormales también tienen algunas enfermedades intrauterinas concomitante.

La clave al tratar el DPC consiste en manejarlo como la enfermedad compleja que es. Las opciones de manejo varían en un rango de tratamiento médico conservador hasta intervenciones quirúrgicas y, están primordialmente dirigidos al alivio de los síntomas.

La histeroscopia desde hace aproximadamente 20 años nos ha permitido contar con una valoración diagnóstica más adecuada de la cavidad uterina y por lo tanto nos es de gran utilidad para aplicar tratamientos mejor dirigidos a estas enfermedades que durante la época prehisteroscópica, ya que no eran adecuadamente detectadas; durante este tiempo se integraba el diagnóstico a través de cirugías mayores e invasivas, con resultados y pronósticos en ocasiones inciertos.

En el Hospital Regional '1° de Octubre', a partir del 01 de agosto del 2008 de forma sistemática se han realizado histeroscopias en pacientes con DPC, pero hasta ahora los hallazgos no se encuentran debidamente registrados, así como

tampoco las medidas terapéuticas realizadas durante la realización del estudio, ni la evolución posterior a la misma, lo que genera un subregistro de información, que a su vez dificulta la realización del reporte de las bondades de este procedimiento, así como dificulta el llevar a cabo estudios de investigación.

Con la realización de la histeroscopia se puede mejorar la sintomatología en algunas pacientes con DPC; éste es el problema que abordaremos para poder posicionar esta modalidad diagnóstica como un recurso ambulatorio de mínima invasión, de bajo costo, escasa complicaciones y que simultáneamente podrá ser un procedimiento diagnóstico-terapéutico, dependiendo de las características de los hallazgos en cada paciente en particular.

I. JUSTIFICACION:

El DPC en las mujeres es un problema mayor de salud pública. La compleja inervación de la pelvis y la proximidad anatómica de los órganos pélvicos hacen que este síntoma sea evaluado por diferentes especialidades médicas.

Debido a que no existe una definición de DPC, su prevalencia es difícil de medir con exactitud. En Inglaterra y los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) se ha estimado una incidencia 3.8-15%. Los costos originados por estos pacientes en las visitas médicas como pacientes externos rondan los \$880 millones por año en los EEUU, en donde 15% de las mujeres reportan ausentismo laboral secundario al dolor pélvico y 45% reportan disminución en la productividad laboral.

Vivir con DPC tiene un significativo impacto sobre la calidad de vida, como también en el aspecto emocional y sobre la función sexual. Como no existe una definición universalmente aceptada de DPC, esta falta de consenso obstaculiza la realización de estudios y no permite comparar los resultados en la literatura.

Las causas ginecológicas de DPC son detectadas habitualmente al elaborar la historia clínica, realizar el examen físico, ultrasonido transvaginal y laparoscopia, (en la actualidad se utiliza la laparoscopia o microlaparoscopia) bajo anestesia general como el estándar de oro en la evaluación de mujeres con DPC; los hallazgos más comunes incluyen endometriosis pélvica y adherencias.

Sin embargo, aun con la laparoscopia un porcentaje $\leq 40\%$ de mujeres con DPC no se logra identificar en ellas, la causa; debido a: que la condición pueda no ser visible con el laparoscopio (adenomiosis, patologías intrauterinas) o por inexperiencia del cirujano. Por otro lado, en un 30% de pacientes con hallazgos laparoscópicos anormales también tienen enfermedades intrauterinas concomitantemente.

No existen reportes relacionados entre histeroscopia como parte de la evaluación del DPC, por lo que se requiere en un principio reportes descriptivos

para poder evaluar si la histeroscopia puede incluirse en una secuencia de pruebas diagnosticas en pacientes con esta alteración.

Lo anterior también se justifica dado que la histeroscopia puede realizarse en consultorio lo que abatiría los costos y riesgos que conlleva la realización de la laparoscopia.

I. HIPÓTESIS:

Por ser un estudio transversal no requiere hipótesis.

I. OBJETIVO GENERAL

Reportar las características anatómicas de la vagina, cérvix endometrio, ostia y recesos encontrados en las pacientes sometidas a histeroscopia, así como los diagnósticos integrados a partir de la realización del estudio y manejo establecido en cada caso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Reportar todos los casos.
2. Reportar el ó los diagnósticos.
3. Reportar que procedimiento terapéutico se realizó.
4. Reportar si mejoró o no mejoró posterior a la realización del procedimiento.
5. Documentar los eventos adversos del procedimiento

I. MATERIAL Y METODOS.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente estudio de investigación se realizó en un periodo comprendido entre 01 de agosto del 2008 al 30 de junio del 2009. Se revisaron los expedientes de las pacientes sometidas a histeroscopia seleccionando aquellas con DPC, los datos se capturaron en una hoja de recolección de datos diseñada para tal fin; una vez recolectada la muestra se vaciaron los datos a las hojas de cálculo Excel 2007 Windows Vista®, el procesamiento y análisis de los datos se realizó con el programa Epidat 3.1

TIPO DE ESTUDIO.

Transversal, descriptivo, observacional, retrospectivo.

GRUPO PROBLEMA

Todas las mujeres con D.P.C atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional 1° de Octubre.

GRUPOS DE ESTUDIO:

Expediente clínico de todas las mujeres que acudieron para atención médica al servicio de ginecología del Hospital Regional '1° de Octubre' por D.P.C., y que fueron sometidas a histeroscopia, durante el periodo comprendido del 01 agosto del 2008 al 30 de junio del 2009.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El estudio incluyó un total de 299 expedientes de pacientes, sometidas a histeroscopia por cursar con DPC en el periodo señalado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expediente:

- a. Pacientes derechohabientes del instituto.
- b. Completo.
- c. Diagnostico de DPC.
- d. Reporte escrito de hallazgos de histeroscopia.
- e. Seguimiento por consulta externa de por lo menos una consulta posterior a la histeroscopia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con algún diagnostico psiquiátrico o con alguna alteración psicossomática.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con neuropatía cuya manifestación sea el dolor.

ANALISIS ESTADÍSTICO:

Medidas de tendencia central y de frecuencia para variables cuantitativas y cualitativas respectivamente.

En el caso de comparaciones se utilizaron prueba de ji cuadrada y exacta de Fisher con alfa de 0.05.

I. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido del 01 agosto 2008 al 30 junio 2009 se logró ingresar 299 expedientes de pacientes sometidas a histeroscopia portadoras del diagnostico de DPC y que cumplieron los criterios de inclusión para este estudio.

Las características de las pacientes así como sus antecedentes ginecológicos y generales se resumen en el cuadro1.

Menopausia:

Solamente en 37 de 299 expedientes se registró el diagnóstico de menopausia, con un promedio de 6.3 con ds de ± 6.29 años, de instalación de la misma.

Cuadro 1. Características iniciales de las pacientes, que cursaban con D.P.C. y sometidas a Histeroscopia

CARACTERÍSTICAS		FRECUENCIA
		(n=299)
EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)		41.4± 9.8
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS		
MENARCA		12.5 ± 1.5
RITMO		26.5 ± 9.9
DURACIÓN		5.05 ± 1.8
I.V.S.A.		20.1 ± 4.7
EMBARAZOS		
NULIGESTA		45 (15.1 %)
UNO A TRES		146 (48.8 %)
MULTIGESTA		108 (36.1 %)
PARTOS		
NULÍPARA		94 (31.4 %)
UNO A TRES		183 (61.2 %)
MULTÍPARA		22 (7.35 %)
ABORTOS		
CERO		161 (53.8%)
UNO		58 (19.4%)
DOS		46 (15.4 %)
TRES O MÁS		32 (11.3 %)
CESAREAS		
CERO		214 (71.6 %)
UNO		50 (16.7 %)
DOS		22 (7.4 %)
TRES		13 (4.3 %)
DISMENORREA		
SI		204 (68.2 %)
NO		95 (31.8 %)
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES		
NINGUNA		9 (3.0%)
UNA		190 (63.5 %)
DOS		69 (23.1 %)
TRES		20 (6.7 %)
CUATRO O MÁS		11 (2.6 %)
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
NINGUNO		107 (35.8 %)
HORMONAL		149 (49.83 %)
BARRERA		43 (14.38 %)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

Diagnóstico preoperatorio

El diagnóstico preoperatorio fue similar al diagnóstico postoperatorio en cuanto a las alteraciones más frecuentemente halladas, que fueron: miomatosis uterina, seguido de la hipertrofia endometrial.

Cuadro 2 Diagnóstico Preoperatorio

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	FRECUENCIA (n=299) %
Miomatosis Uterina	84 (28.1)
Hipertrofia Endometrial	56 (18.7)
Sangrado Postmenopáusico	36 (12.0)
Sangrado Uterino Anormal	28 (09.4)
Sinequias Uterinas	05 (01.7)
D.I.U. traslocado	10 (03.3)
Infertilidad Primaria	21 (07.0)
Infertilidad Secundaria	09 (03.0)
Pérdida Gestacional Recurrente	04 (01.3)
Malformación Mulleriana	09 (03.0)
Embarazo más D.I.U.	04 (01.3)
Dolor Pélvico Crónica	14 (04.7)
Sepsis Abdominal	01 (00.3)
Pólipos Cervical	06 (02.0)
Pólipo Endometrial	10 (03.3)
Sangrado Disfuncional	01 (00.3)
Amenorrea Secundaria	01 (00.3)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

Cuadro 3 Diagnóstico Post operatorio

DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO	FRECUENCIA (n=299)%
Miomas	69 (23.1)
Hipertrofia Endometrial	44 (14.7)
Sangrado Post-menopáusico	22 (07.4)
Sangrado Uterina Normal	21 (07.0)
Sinequias	03 (01.0)
D.I.U. Traslocado	09 (03.0o)
Atrofia	07 (02.3)
Pólipo Endometrial	32 (10.7)
Pólipo Cervical	08 (02.7)
Malformación Mulleriana	17 (05.7)
Probable Cáncer Endometrial	01 (00.3)
Retiro de D.I.U. con embarazo	06 (02.0)
Normal	07 (02.3)
Endometrio Polipoide	09 (03.0)
Tumor	03 (01.0)
Pérdida Gestacional Recurrente	03 (01.0)
Adenomiosis	06 (02.0)
Endometritis	12 (04.0)
Infertilidad Primaria	11 (03.7)
Infertilidad Secundaria	07 (02.3)
Sepsis Abdominal	01 (00.3)
Amenorrea Secundaria	01 (00.3)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

Con relación a grupo sanguíneo el tipo O (234, 78.3%), fue el más frecuente, tipo A (61,20.4%), tipo AB (2,0.7%), tipo B (2,0.7%) y rh positivo (293, 98.0%) fue el más frecuente, negativo (6,2.0%) se llegó a la conclusión de que los más frecuentes fueron 0 positivo respectivamente.

En relación a los cirujanos que realizaron los procedimientos; observamos: aquellos con menos de 5 años como histeroscopistas, fueron los que realizaron el mayor número de procedimientos, que desarrollo mayor número de procedimientos histeroscópicos, 281(94.0%) comparado con el cirujano de más de 5 años de haber sido egresado 18(6.0%).

El diagnóstico postoperatorio más frecuente fue el de miomatosis uterina, seguido por el de hipertrofia endometrial, como se puede apreciar en el cuadro 3.

La realización de biopsias fue en 204 casos lo que representa el 68.2%.

Los hallazgos en la histeroscopia difieren en frecuencia con los diagnósticos postoperatorios, pero continua siendo la miomatosis uterina y la hipertrofia endometrial los más frecuentes como se aprecia en el cuadro 4.

Cuadro 4. Hallazgos histeroscópicos.

Hallazgos histeroscópicos	Frecuencia (n= 299) %
Mioma	18 (6.0)
Hipertrofia	19 (6.4)
Endometrio esfacelado	24 (8.0)
Pólipo endometrial	54 (18.1)
Sinequias	14 (4.7)
D.I.U.	10 (3.3)
Normal	51 (17.1)
Tumor	3 (1.0)
Pólipo cervical	9 (3.0)
Malformación mulleriana	22 (7.4)
Embarazo	4 (1.3)
Endometrio polipoide	24 (8.0)
Adenomiosis	17 (5.7)
Atrofia	18 (6.0)
Calcificación diseminada	4 (1.3)
Endometritis	7 (2.3)
Endométrio filante	1 (0.3)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

La tasa de complicaciones fue del 0.7% como se puede apreciar en el cuadro 5.

Cuadro 5. Complicaciones.

Complicaciones	Frecuencia (n= 299) %
Ninguna	297 (99.3)
Piometra	1 (0.3)
Perforación	1 (0.3)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

Una segunda intervención quirúrgica se realizó en 127 pacientes donde la polipectomía, miomectomía, histerectomía y la histeroscopia de control fueron los procedimientos más efectuados.

Cuadro 6. Segundo procedimiento quirúrgico.

Segundo procedimiento quirurgico	Frecuencia (n= 127) %
Histerectomia total abdominal	18 (14.1)
Histeroscopia de control	18 (14.1)
Ablacion endometrial	4 (3.1)
Polipectomia	45 (35.4)
Miomectomia	23 (18.1)
Reseccion de tabique	9 (7.0)
Laparotomia exploradora	7 (7.0)
Laparoscopia	3 (2.3)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

Cuadro 6. Diagnostico histopatológico.

Diagnostico histopatologico	Frecuencia (n=202) %
Mioma	15 (7.4)
Hiperplasia simple	51 (25.2)
Hiperplasia compleja	5 (2.4)
Endometrio asincrónico	10 (4.9)
Pólipo cervical	9 (4.4)
Pólipo endometrial	24 (11.8)
Endometritis crónica	4 (1.9)
Endometrio proliferativo	8 (3.9)
Endometrio atrófico	15 (7.4)
Endometrio secretor	28 (13.8)
Adenocarcinoma endometrial	1 (0.4)
Endometrio disociado	7 (3.4)
Sarcoma	2 (0.9)
Adenomiosis	1 (0.4)
Normal	20 (9.9)
Endometrio basal	1 (0.4)
Endometrio progestacional	1 (0.4)

FUENTE. Archivo de la clínica de Laparoscopia, del Servicio de Ginecología del H. R. '1° de Octubre' I.S.S.S.T.E.

La presencia de dismenorrea fue en 204 pacientes (68.2%).

La citología cervicovaginal fue normal en 161 pacientes (78.9%), con IVPH 31(15.1%), Lesión Intra-Epitelial de Bajo Grado (LIEBG) 10 (4.9%), Cervicitis 2 (0.9%).

La presencia de Dispareunia fue en 103 casos (34.4%).

Con relación a las modalidades diagnósticas que se efectuaron en las pacientes previas a la histeroscopia como el ultrasonido pélvico se realizó en 205 pacientes (68.6%) y el endovaginal en 58 (19.4%).

Con respecto a cirugías pélvicas previas a la histeroscopia en 59 casos 19.7%.

La tasa de complicaciones con relación al cirujano que realizó la histeroscopia no hay diferencia estadística.

I. DISCUSIÓN

Con relación al dolor pélvico crónico (DPC), es una de las causas más frecuentes de transferencias de pacientes vistos en atención primaria hacia clínicas ginecológicas, representa alrededor del 10 al 40% de todas las visitas y es la indicación en el 50% de las laparoscopias diagnósticas. No existe una definición universalmente aceptada de DPC.^{4,6,13-14}

El DPC puede ser definido como un dolor no maligno que se percibe en las estructuras contenidas en la pelvis, debe de ser continuo o recurrente durante más de seis meses. A menudo la etiología no está clara. La histeroscopia desde hace aproximadamente 20 años nos permitió tener una evaluación diagnóstica adecuada de la cavidad uterina y como consecuencia aplicar óptimos tratamientos en enfermedades no muy bien establecidas durante la era prehisteroscópica en la cual se llegaba al diagnóstico a través de cirugías invasivas, con resultados y pronósticos en ocasiones reservados.^{5, 6, 7, 14,17}

El término histeroscopia de consultorio se refiere a la realización de la histeroscopia, o bien el diagnóstico, de forma ambulatoria, mientras que el paciente no está en la sala de operaciones.^{1, 3,5}

Los más importantes adelantos en la histeroscopia en la tecnología y la técnica, como el uso de solución salina como medio de distensión, la disponibilidad de alta resolución mini endoscopios y la inserción atraumática de los instrumentos, han llevado al desarrollo de su forma actual.^{5, 10, 11, 14,17.}

Por lo tanto: ahora se recomienda como la herramienta de primera línea en el diagnóstico para: la evaluación del sangrado uterino anormal y la infertilidad sus principales beneficios es que se asocia con un mínimo de malestar del paciente, excelente visualización, y muy bajas de tasas de fracaso y complicaciones.^{1, 3,5}

Por otra parte, se considera como una herramienta operativa, la nueva generación de histeroscopia de consultorio tiene las ventajas que permite el diagnóstico simultáneo y el tratamiento como para ver y tratar varias patologías del útero y del cuello del útero.^{4, 6,13-14.}

I. CONCLUSIÓN.

1. La posibilidad de contar con un servicio de histeroscopia garantiza que la paciente con un problema de DPC.
2. La histeroscopia puede ser considerada como una herramienta para el diagnóstico adecuado, veraz y oportuno para numerosas alteraciones que pueden ser la causa del DPC, y que difícilmente puedan ser diagnosticadas por técnicas no invasivas como el ultrasonido endovaginal o la resonancia magnética nuclear; incluso por laparoscopia. Entre éstas se encuentra la endometritis crónica, alteraciones intrauterinas, anomalías mullerianas y adenomiosis superficial.
3. Además, la histeroscopia puede desempeñar un papel primordial en la resolución de muchas causas del DPC, como anomalías mullerianas y anomalías intrauterinas.
4. La histeroscopia puede considerarse una técnica útil, sobre todo cuando la causa del DPC sigue siendo un dilema diagnóstico.

Hoy en día, la validez de la histeroscopia está bien demostrada y debido a que puede ser realizada con seguridad y sin anestesia tiene una alta aceptación por el paciente.

La histeroscopia de consultorio puede estar indicada junto con otros procedimientos no invasivos, tales como ultrasonido endovaginal, en un primer nivel de investigación en las mujeres afectadas por DPC.

Esto podría reducir el número de laparoscopias innecesarias que se realizan en mujeres con DPC.

Sin embargo, lamentablemente, la mayoría de los ginecólogos todavía no están en condiciones de aprovechar las muchas posibilidades diagnósticas y terapéuticas que ofrece esta técnica, así como tampoco cuentan con la destreza para realizar este procedimiento en consultorio.

I. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*.2006; 332:749-55.
2. Molina M, Rojas E, Escobar D. Dolor Pelvico Cronico: Un DesafíoInteresante.<http://www.med.ufro.cl/obgin/Fronteras/vol2num1/dolorpelvico>. Accesada el 12 de abril 2009.
3. Vincent K. Chronic pelvic pain in women. *Postgrad Med J* 2009; 85: 24 – 9.
4. Ortiz DD. Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician*. 2008; 77:1535-42.
5. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women: still a challenge. *BJU Int*. 2008; 102:1061-5.
6. Xiong T, Daniels J, Middleton L et al. Meta-analysis using individual patient data from randomised trials to assess the effectiveness of laparoscopic uterosacral nerve ablation in the treatment of chronic pelvic pain: a proposed protocol. *BJOG*.2007; 114:1-7.
7. Di Spiezio Sardo A, Guida M, Bettocchi S, et al. Role of hysteroscopy in evaluating chronic pelvic pain. *Fertil Steril*. 2008; 90:1191-6.
8. Dick ML. Chronic pelvic pain in women. Assessment and management. *Aust Fam Physician*. 2004; 33(12):971-6.
9. Kuligowska E, Deeds L 3rd, Lu K 3rd. Pelvic pain: overlooked and underdiagnosed gynecologic conditions. *Radiographics*. 2005; 25:3-20.
10. Butrick CW. Chronic pelvic pain: how many surgeries are enough? *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50:412-24.
11. Montenegro ML, Vasconcelos EC, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*. 2008; 62:263-9.
12. Birinyi L, Daragó P, Török P, et al. Predictive value of hysteroscopic examination in intrauterine abnormalities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004; 115:75-9.

13. Di Spiezio Sardo A, Taylor A, Tsirkas P, Mastrogamvrakis G, Sharma M, Magos A. Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5000 outpatient hysteroscopies. *Fertil Steril* 2008; 89: 438-43.
14. Campo R, Molinas CR, Rombauts L, et al. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy. *Hum Reprod*. 2005; 20:258-63.
15. Marshall K. Interstitial Cystitis: Understanding the syndrome. *Altern Med Rev* 2003; 8:426-37.
16. Peng PW, Tumber PS. . Ultrasound- Guided Interventional Procedures for a Patient with Chronic Pelvic Pain - A Description of Techniques and Review of Literature. *Pain Physician*. 2008; 11:215-24.
17. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu, Khan K. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006, 6: 177.