

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Se presentan nuevas indicaciones de histeroscopia (HSC) en consulta
- Se incluye nuevo apartado de “Complicaciones”
- Se revisan en profundidad los apartados “Equipamiento y Material Operatorio” y “Técnica”, añadiendo nueva información actualizada.

INDICE

1. Introducción
2. Indicaciones de histeroscopia en consulta
3. Equipamiento y Material operatorio
4. Preparación de la paciente
5. Técnica
6. Complicaciones
7. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la histeroscopia (HSC) ha proporcionado un abordaje mínimamente invasivo para el diagnóstico o resolución de problemas ginecológicos frecuentes. La aparición de histeroscopios con menor diámetro y un peso cada vez mayor de la cirugía ambulatoria, han facilitado la realización en consulta de muchos procedimientos hasta ahora limitados a quirófano.

La histeroscopia en consulta posibilita el diagnóstico y tratamiento de patología en un mismo acto (*see and treat*). Permite que las pacientes reanuden sus actividades tras el procedimiento y evita los riesgos e inconvenientes de la inducción anestésica y el ingreso hospitalario.

2. INDICACIONES DE HISTEROSCOPIA EN CONSULTA

La HSC en consulta está indicada como procedimiento diagnóstico y/o terapéutico de procesos que afectan a la cavidad endometrial, los ostiums tubáricos o el canal endocervical en las siguientes situaciones:

a. Sangrado Uterino Anómalo (SUA):

- i. Mujeres pre y posmenopáusicas (*ver esquemas 1 y 2*)
- ii. Otras situaciones:
 - i. Diagnóstico y seguimiento de hiperplasias: si imposibilidad de biopsia en consulta o cuando se haya diagnosticado hiperplasia endometrial dentro de un pólipo u otra lesión focal.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

- ii. Terapia hormonal sustitutiva (THS): en caso de imposibilidad de toma de muestra endometrial adecuada en consulta tras metrorragia o spotting más allá de los 6 meses de la instauración de THS.
- iii. Toma de tamoxifeno: si presenta hemorragia uterina anormal.

b. Valoración de hallazgos ecográficos en pacientes asintomáticas

- i. Engrosamiento endometrial.
 - En **paciente premenopáusica asintomática** el grosor endometrial por sí solo **no** es indicación de biopsia. Se debe realizar histeroscopia en caso de paciente premenopáusica con factores de riesgo (*ver tabla 1*) e imposibilidad y/o dificultad de toma de biopsia en consulta.
 - En **paciente postmenopáusica** indicada si grosor endometrial está por encima de 5 mm y a su vez existe algún factor de riesgo y/o anomalía ecográfica.
- ii. Pólipos endometriales.
 - Se recomienda histeroscopia en **pacientes premenopáusicas asintomáticas** con factores de riesgo de cáncer de endometrio (*ver tabla 1*).
 - En caso de pólipo endometrial único por debajo de 1,5 cm sin factores de riesgo asociados, se puede plantear manejo expectante.
 - En **postmenopáusicas**, se recomienda la extirpación de todos los pólipos endometriales con independencia de su sintomatología.

c. Resolución de patología orgánica

- i. Polipectomía
- ii. Miomectomía

d. Valoración de patología iatrogénica

- i. Adherencias intrauterinas
- ii. Istmocèle

e. Anomalías mullerianas

Desde el punto de vista histeroscópico, tienen interés sobre todo el útero dismórfico y el útero septo.

f. Estudio de esterilidad/infertilidad

- i. Fallo de implantación tras Técnica de Reproducción Asistida (TRA)
- ii. Sospecha de anomalías intracavitarias (pólipos, miomas, adherencias...)
- iii. Anomalía mulleriana
- iv. Sospecha de endometritis
- v. Abortos de repetición

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

vi. Otras

g. **Extracción de DIU y otros cuerpos extraños**

En aquellos casos de extracciones fallidas en consulta de ginecología o persistencia de partes de DIU pese a menstruación.

h. **Diagnóstico y extracción de restos trofoblásticos (ver protocolo específico)**

i. **Valoración de lesiones endocervicales**

i. Sinequia o estenosis cervical

ii. Citología cervical con atipias glandulares (AGC).

iii. Pólipos endocervicales

CONTRAINDICACIONES (HSC): Embarazo, infección pélvica reciente, presencia herpes genital activo, cáncer de cérvix, perforación uterina de poco tiempo de evolución (menos de 6 semanas).

3. EQUIPAMIENTO Y MATERIAL OPERATORIO

Para la realización de una histeroscopia se requiere:

1. Sistema de iluminación: La fuente de luz fría puede ser: convencional (halógena), que proporciona una luz más amarillenta; o de xenón, más recomendable y más cara, con la que se obtienen mejores resultados. Brinda una luz blanca y una calidad superior de imagen. Éste debe ser el último elemento que se encienda al inicio de una exploración y el primero que se apague al finalizar.

2. Sistema de video óptico: Monitor de televisión, videocámara endoscópica, unidad de video para grabación de imágenes.

3. Medio de distensión uterina. El suero fisiológico es el medio de distensión más recomendado en la actualidad, por ser más seguro. Permite el uso de energía bipolar.

4. Sistema de administración de medio de distensión: Para perfundir el medio de distensión uterino se utilizará bomba electrónica de perfusión, con succión e irrigación y presiones controladas, para evitar en lo posible la contracción uterina inoportuna.

5. Histeroscopio de flujo continuo:

- **Histeroscopios rígidos de diferentes diámetros**

Son de perfil ovalado para facilitar su introducción en el canal cervical. El calibre total del instrumento es de entre 4.5 y 5.5 mm, con canal de trabajo de 5-7 Fr. Pueden usarse con ópticas de 0°, 12° y 30°. Las más usadas son las de 30 grados, que permiten una visión panorámica facilitando la exploración de los cuernos y cantos uterinos. El más conocido es el histeroscopio tipo **Bettocchi**®.

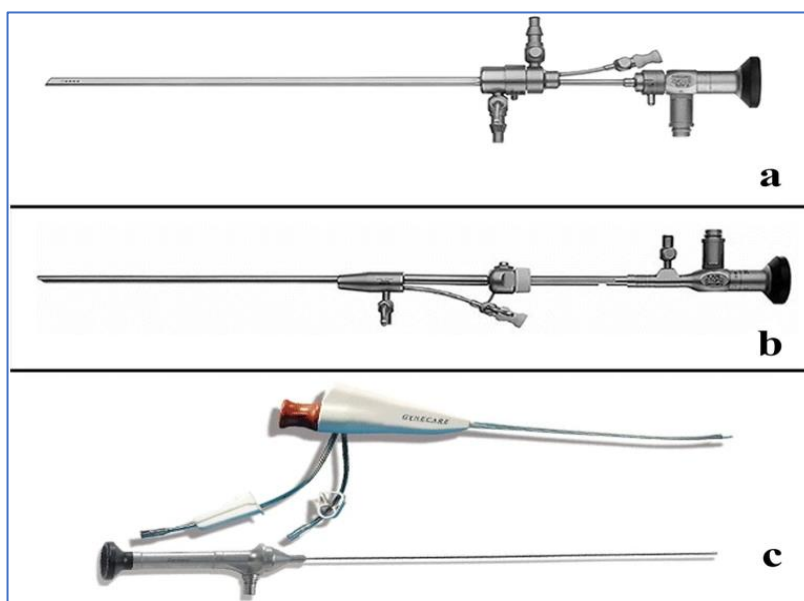
Constan de una vaina interna, que permite el uso de microinstrumentos semirrígidos de trabajo (microtijeras, micropinzas, electrodos y fibras láser), y una vaina externa o de flujo continuo, que facilita el retorno de flujo.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

- Histeroscopios semirrígidos (Versascope®)

Son ópticas semirrígidas de fibra óptica de 1,9 mm y de 0 grados; sobre la que se inserta una vaina de flujo continuo desechable de 3,5 mm con canal de trabajo extensible, que permite el uso de instrumentos quirúrgicos de 7 Fr. Son bien tolerados por parte de la paciente, gracias a su estrecho calibre. Requiere mayor destreza por parte del histeroscopista y proporciona un campo de visión limitado.



- A. Bettocchi continuous-flow outpatient operating hysteroscope Measure 5 (Karl Storz SE & Co.KG, Tuttlingen, Germany).
- B. TROPHYScope CAMPO Compact Hysteroscope® (Karl Storz SE & Co.KG, Tuttlingen, Germany).
- C. GYNECARE VERSASCOPE™ Hysteroscopy System (Ethicon Inc., Johnson & Johnson, NJ, USA).

- Mini- Resectoscopio

Es la miniaturización del resectoscopio tradicional hasta los 5,8 mm (17.5 Fr). Su uso no requiere dilatación cervical facilitando su uso en histeroscopia ambulatoria. Está diseñado para el uso exclusivo de energía bipolar, aportando así más seguridad para la paciente.

Consta de diferentes terminales de uso reutilizables, para adaptarse a la patología que se va a tratar.



Mini- resectoscopio "S" de INVIDIA MEDICAL; 5,8 mm / 17,5 Fr. PALEX

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

- **Histeroscopia OMNI®** (morcelador histeroscópico)

Es un histeroscopio rígido de flujo continuo, con óptica de 0 y 30 grados. Consta de dos vainas operativas intercambiable de 5.5 y 6 mm respectivamente.

Tiene un canal de trabajo por donde se introduce una cánula de morcelación intrauterina. Su principal desventaja es que no utiliza energía eléctrica; por lo que no se puede coagular, si hay un sangrado abundante.



Histeroscopio OMNI (Hologic).

6. Instrumentos de trabajo

Se introducen por el canal de trabajo del histeroscopio y permiten realizar biopsias, polipectomías, miomectomías y lisis de adherencias o tabiques. Los más utilizados y habitualmente disponibles en una unidad de histeroscopia son:

- Mecánicos: microtijeras, micropinzas y fórceps.
- Electrodo bipolares: están disponibles en diferentes terminales con distinta forma, dependiendo del tipo de patología o procedimiento que se va a realizar. Permiten su uso en histeroscopios de pequeño calibre, aportando seguridad a la paciente, debido al uso de energía bipolar (ej. Berbiquí del sistema Versapoint®; asa de corte bipolar; asa de Collins).
- Láser de diodo. Está constituido por fibras de vidrio de pequeño calibre, que permiten su uso en histeroscopios con canales de trabajo de 5 Fr. Produce una longitud de onda de 980 nm y puede cortar y vaporizar el tejido mientras consigue una excelente hemostasia. A diferencia de la energía bipolar, no produce burbujas que dificulten la visión.
- Micromorcelador: Myosure Reach®.

4. PREPARACIÓN DE LA PACIENTE

Es fundamental una correcta selección y preparación previa a la realización de una HSC en consulta.

a. Información previa a la paciente

Preferiblemente, en el momento de indicar la HSC se informará en qué consiste la prueba y se le ofrecerá el consentimiento informado para su firma. Previa a la realización de la prueba, se resolverán dudas y se explicará nuevamente el procedimiento. Esto ayudará a minimizar el miedo y ansiedad de la paciente facilitando así su colaboración (documento y video explicativo en https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia/areas/histeroscopia).

b. Momento del ciclo menstrual

En mujeres premenopáusicas:

- Si ciclos regulares, de forma general, el momento óptimo es en fase proliferativa después de la menstruación.
- Si los ciclos son impredecibles, se puede hacer en cualquier momento.
- Si toma anticonceptivos, se podrá realizar en cualquier momento del ciclo.

En mujeres posmenopáusicas la HSC puede realizarse en cualquier momento.

c. Analgesia previa (AINES)

Se pauta de forma rutinaria. El momento óptimo de su toma sería una hora antes de su realización, preferiblemente antes de la llegada al hospital.

d. Benzodiazepinas

En casos seleccionados, se puede administrar un fármaco sedante vía oral, para disminuir la ansiedad que presenta la paciente en los momentos previos y durante el procedimiento.

e. Profilaxis antibiótica

No está recomendada su administración para una HSC en consulta salvo historia reciente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), hidrosálpinx, endometriosis o antecedente de perforación. Con respecto al régimen antibiótico a seguir, en caso necesario, se aconseja: 1 gramo de Azitromicina o 100 mg de Doxiciclina.

La profilaxis de endocarditis bacteriana sistemática en pacientes con cardiopatías no está indicada. Se debe valorar esta profilaxis de endocarditis cuando la exploración se vaya a realizar en el contexto de una infección o en pacientes con cardiopatías de alto riesgo (pacientes con válvulas protésicas, episodio previo de endocarditis, cardiopatías congénitas cianóticas y cardiopatías congénitas reparadas con material protésica). Se utilizará dosis única de Amoxicilina 2g vía oral (en alérgicos Clindamicina 600mg vía oral) aproximadamente 60 minutos antes del procedimiento.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

f. Toma de anticoagulantes-antiagregantes previos

En mujeres que tomen fármacos antagonistas de la vitamina K (acenocumarol) y en procedimientos menores con sangrado autolimitado (HSC en consulta); pueden continuar su ingesta habitual. Durante el día de la prueba se puede administrar ácido tranexámico 1g vía oral.

En pacientes que toman ácido acetilsalicílico (AAS) o derivados, se puede proseguir con su toma; especialmente si el riesgo de evento cardiovascular es alto.

En pacientes que reciben heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica es suficiente con dejar 12 horas entre su administración y la prueba. Si es a dosis terapéuticas, el tiempo mínimo deberá ser de 24 horas.

En el caso de anticoagulantes directos orales (DOACs) como rivaroxaban y apixaban, se recomienda su interrupción entre 48-72 horas antes, según riesgo de sangrado y función renal. La tasa de hemorragia en pacientes que siguen estas recomendaciones es baja (1-2%); y la tasa de tromboembolismo es menos del 0.5%. La elección de la terapia puente generalmente se evita.

g. Preparación cervical

No se recomienda de forma rutinaria.

5. TÉCNICA

a. Desinfección vaginal

No se recomienda.

b. Anestesia Paracervical

Se recomienda el uso de anestesia local cuando usemos histeroscopios mayores de 5 mm, estenosis exo o endocervical e intolerancia de la prueba por parte de la paciente. Se aconseja un intervalo entre la administración del anestésico y el comienzo de la técnica de al menos 10 minutos.

Consiste en inyectar un anestésico local en los ligamentos úterosacros, buscando el plexo pélvico o de Frankenhauser. El anestésico empleado es la mepivacaína al 3%. En general, se inyectan dos ampollas de anestésico a las 4 y a las 8 horas. Máxima dosis a administrar (4 ampollas), sitio de inyección: 2,4,8 y 10 horas.

c. Vaginoscopia

Es la técnica de elección.

d. Exploración del canal cervical y de la cavidad uterina

Durante la realización de la exploración tendremos presente siempre que sea posible la técnica de “ver y tratar”.

6. COMPLICACIONES

La HSC ambulatoria en consulta es una exploración segura. La frecuencia de complicaciones descritas a corto plazo es muy baja: de un 0,13% para HSC diagnósticas y de un 0,95% para terapéuticas. Esta tasa de complicaciones puede ser aún menor, si usamos la técnica de la vaginoscopia.

a. Síndrome vagal

El estímulo en la zona cervical produce la activación del sistema parasimpático, que conlleva una bradicardia con hipoperfusión cerebral. Puede producir síntomas leves (mareo, sudoración, etc.) o incluso un síncope.

En pacientes sin patología cardíaca, es una complicación que revierte siguiendo algunas recomendaciones:

- Finalizar el procedimiento (cesando el estímulo cervical).
- Informar y tranquilizar a la paciente.
- Monitorizar a la paciente: Saturación de Oxígeno (SatO₂) y Frecuencia Cardíaca (FC).
- Posición de anti-shock: piernas elevadas y cuerpo horizontal.
- Administrar oxígeno en gafas nasales (1-3 lpm).
- Dar masaje de miembros inferiores para mejorar el retorno venoso.
- Si persiste mareo o se produce pérdida de conciencia, se debe canalizar vía venosa periférica.
- Administrar atropina IV: la dosis recomendada es 0,5-1 mg IV, repitiendo dosis cada 3-5 minutos hasta la normalización de la FC, con un máximo de 2-3 mg (cada ampolla de atropina de 1 ml tiene 1 mg). Se puede administrar sin diluir o bien mediante dilución en 10 ml de agua para inyección. La atropina puede administrarse vía IV (preferible), intramuscular y subcutánea.
- Preparar tubo de Guedel y pedir ayuda, por si fuera preciso realizar maniobras RCP.

b. Trauma

- Laceración cervical
- Perforación uterina: el dolor producido por la perforación es un signo de alarma para finalizar el procedimiento. La actuación ante una perforación varía según se haya producido con el histeroscopio o bien con un elemento productor de energía (electrocoagulación o láser). En el primer caso, la paciente precisa de observación. Se recomienda la utilización de un antibiótico de forma profiláctica. En caso de evolucionar tópidamente y tener sospecha de una hemorragia (hipotensión, taquicardia, etc.), hay que realizar una laparoscopia. La histeroscopia puede repetirse después de 6 semanas.

Cuando la perforación se realiza con un electrodo o con el láser, es necesario evaluar la situación practicando una laparoscopia para evaluar el daño producido. Hay que explorar el intestino con cuidado.

c. Sobrecarga hídrica (excepcional en Consulta)

La intravasación del suero fisiológico durante un procedimiento histeroscópico conlleva sobrecarga líquida. El tratamiento son los diuréticos. Las recomendaciones para evitar el síndrome de absorción intravascular son:

- Presión recomendada menor posible (50-90 mmHg), intentando que sea inferior a la media de la tensión arterial de la paciente (máximo 200 mmHg).

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

- Tiempo menor a 90 minutos (por encima de dicho tiempo, se convierte en factor de riesgo).
- Control periódico de entradas y salidas del líquido.

d. Hemorragias

Puede provenir de cérvix ante un desgarro cervical o desde la cavidad en determinadas cirugías. Es más frecuente en miomectomías. Para evitar sangrados excesivos, hay que tener una técnica adecuada para cada procedimiento.

Cuando el sangrado es moderado en cavidad uterina, se puede plantear la instilación intracavitaria de ácido tranexámico. En caso de sangrado no controlable, se puede introducir una sonda de Foley intrauterina y rellenarla con 10-30 ml de suero fisiológico durante 2-3 horas con control del sangrado. Cuando deje de sangrar, se mantiene la sonda intrauterina durante 1 hora. Si el sangrado ha cesado, se extraerá la sonda. Si persiste sangrado, plantear exploración en quirófano urgente con monitorización de constantes estrecha.

e. Infección

La infección tras histeroscopia es una complicación poco frecuente (0,18-1,5%).

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Complicaciones intraoperatorias	% perforaciones uterinas durante la histeroscopia	Diraya Base de datos HSC	2%

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bettocchi, S.; Sardo, A.D.S.; Ceci, O.; Nappi, L.; Guida, M.; Greco, E.; Pinto, L.; Camporale, A.L.; Nappi, C. A New Hysteroscopic Technique for the Preparation of Partially Intramural Myomas in Office Setting (OPPluM technique): A Pilot Study. JMIG 2009, 16, 748–754. [CrossRef] [PubMed]
- Hysteroscopy O. Histeroscopia en consulta [Internet]. Segoe.es. [citado 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v642021/n6/Histeroscopia%20en%20consulta%20.pdf>
- Alonso Pacheco L, Timmons D, Saad Naguib M, Carugno J. Hysteroscopic management of retained products of conception: A single center observational study. Facts Views Vis Obgyn. 2019 Sep;11(3):217-222. PMID: 32082527; PMCID: PMC7020944.
- Fernandez H, Garbin O, Castaigne V, Gervaise A, Levailant JM. Surgical approach to and reproductive outcome after surgical correction of a T-shaped uterus. Hum Reprod. 2011 Jul;26(7):1730-4. doi: 10.1093/humrep/der056. Epub 2011 Mar 11. PMID: 21398337.
- Asherman, J.G. Traumatic intrauterine adhesions. Br. Journal Obstet Gynaecol, 1950; 57: pag. 892 – 896.

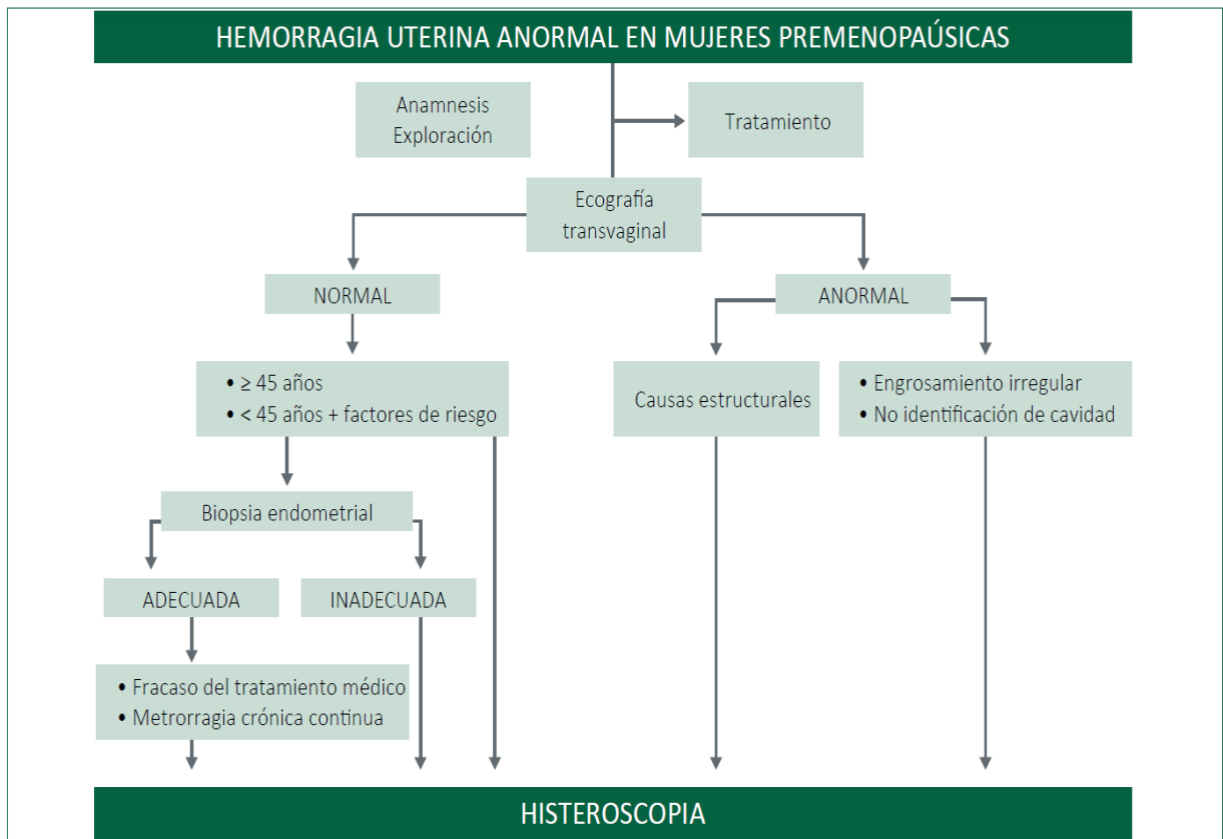
PROCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

Autores	Dra. Aguilar Romero Dra. González Paredes		
Fecha elaboración	01/05/2025	Vigencia	Mayo 2028

ANEXO

- Esquema 1

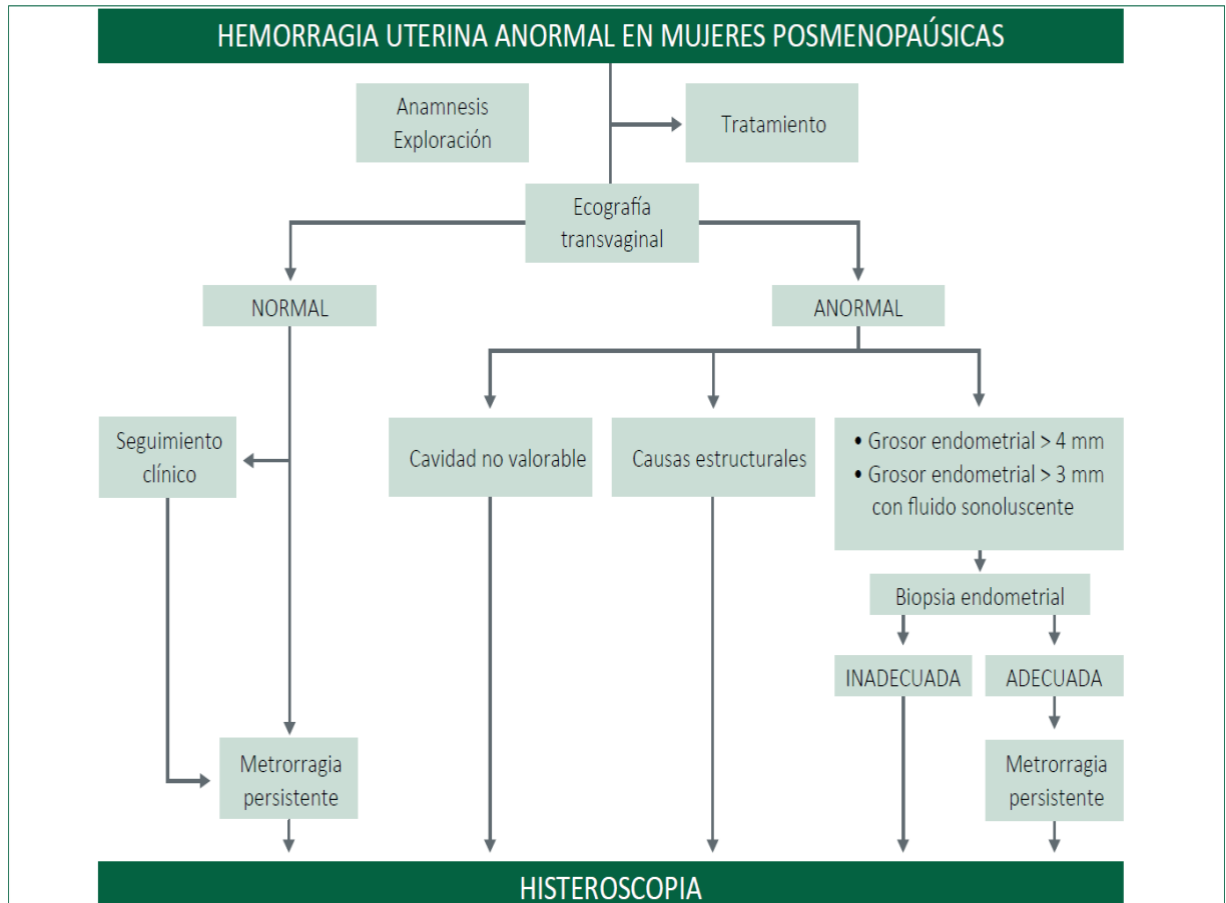


Algoritmo extraído de Hysteroscopy O. Histeroscopia en consulta [Internet]. Segoe.es.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

- Esquema 2



Algoritmo extraído de Hysteroscopy O. Histeroscopia en consulta [Internet]. Segoe.es.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Histeroscopia en consulta

- Tabla 1

Factores de riesgo	RR
Exposición a estrógenos exógenos	10-20
Riesgo familiar o genético (Lynch II)	5-20
Tamoxifeno	2-3
Obesidad (creciente según el aumento de IMC)	2-5
Edad avanzada (creciente entre 50-70 años)	2-3
Diabetes mellitus	1,3-3
Hipertensión arterial	1,3-3
Menopausia tardía (> 55 años)	2-3
Síndrome de ovarios poliquísticos Ciclos anovuladores	1,5
Nuliparidad	3
Historia de esterilidad	2-3
Menarquia temprana	1,5-2
Antecedente de cáncer de mama	> 5

RR: riesgo relativo. IMC: índice de masa corporal. Fuente: Oncoguía SEGO: Cáncer de endometrio 2016. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario (6).

Tabla extraída de Hysteroscopy O. Histeroscopia en consulta [Internet]. Segoe.es.