



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



INNOVACIÓN TÉCNICA Y METODOLOGÍA

Abordaje histeroscópico del endometrio residual en muñón cervical

Luis Alonso Pacheco*, Miguel Rodrigo Olmedo, Juan Larracochea Barrionuevo
y Rafael Gonzalez de Gor Crooke

Unidad de Endoscopia, Centro Gutenberg, Málaga, España

Recibido el 23 de junio de 2012; aceptado el 11 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 16 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Histeroscopia;
Muñón cervical;
Metrorragia;
Histerectomía subtotal

KEYWORDS

Hysteroscopy;
Cervical stump;
Cyclical bleeding;
Subtotal hysterectomy

Resumen La principal diferencia entre la histerectomía total y la subtotal reside en la persistencia del muñón cervical y en los posibles problemas asociados a este. Uno de estos problemas es la existencia de un cuadro de sangrado cíclico persistente tras la cirugía; esta posibilidad acontece entre un 0 y 25% de los casos según las distintas series. Presentamos en este trabajo la resolución por vía histeroscópica de un cuadro de sangrado cíclico posquirúrgico en una paciente sometida a histerectomía subtotal por cuadro de metrorragia. Hasta donde sabemos, es el primer caso publicado con realización de una ablación del tejido endometrial restante con asa monopolar, para corregir el cuadro de sangrado. Pensamos que puede tratarse de una alternativa válida a la traquelectomía en estos casos de sangrado asociado a la persistencia de endometrio residual en el muñón cervical.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Hysteroscopic approach to residual endometrial tissue in the cervical stump

Abstract The main difference between subtotal and total hysterectomy lies in the persistence of the cervical stump and the possible associated problems. One of these problems is cyclical bleeding after a subtotal hysterectomy, which, depending on the series, occurs in 0% to 25% of cases. We describe resolution of cyclical bleeding after a subtotal hysterectomy by means of hysteroscopic treatment. To our knowledge, this is the first published case in which ablation of the remnant tissue was performed with a monopolar loop in order to treat cyclical bleeding. We believe this surgical treatment could be a valid alternative to resolve cyclical bleeding associated with persistence of endometrial tissue in the cervical stump.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El gran debate sobre si la histerectomía subtotal, cuando esta se realiza por afección benigna, presenta más beneficios que la realización de una histerectomía total, permanece

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisalonso2@gmail.com (L. Alonso Pacheco).

totalmente vigente. Muchos son los argumentos esgrimidos tanto por los defensores de la subtotal como por parte de los detractores de esta técnica.

Entre los distintos argumentos utilizados, está claramente demostrado por diferentes trabajos que la histerectomía subtotal conlleva menor tiempo quirúrgico, lleva asociada una menor pérdida hemática, y que la recuperación posquirúrgica de la misma es más rápida¹.

Clásicamente por parte de los defensores de la histerectomía subtotal, se ha argumentado que la conservación del muñón cervical tiene implicaciones positivas en la esfera sexual, así como que influye sobre el soporte del suelo pélvico y sobre la función urinaria, aunque todos estos argumentos no se confirman según los últimos estudios.

Tras estos datos, la principal diferencia entre una técnica y otra reside en la persistencia del muñón cervical y en los posibles problemas asociados a este. Uno de los problemas asociados es el posible desarrollo de un carcinoma cervical que asiente en el cérvix restante, aunque esta posibilidad es muy remota y se estima que aparece en menos de un 1% de las pacientes. El otro problema asociado es la existencia de un cuadro de sangrado cíclico persistente tras la cirugía; esta posibilidad acontece tras la cirugía entre un 0 y un 25% de los casos según las distintas series^{2,3}.

Dada la frecuencia de este sangrado cíclico posquirúrgico, sería recomendable explicar a las pacientes la posibilidad de que se presente este sangrado a pesar de la cirugía, especialmente en aquellas pacientes sometidas a histerectomía por cuadros de sangrado uterino anormal. En determinadas ocasiones, este sangrado es tan persistente y molesto para la paciente que nos obliga a plantear una traquelectomía como terapia para solucionar el cuadro de sangrado cíclico, siendo esta realizada por vía vaginal, abdominal o laparoscópica.

Presentamos en este trabajo la resolución por vía histeroscópica de un cuadro de sangrado cíclico posquirúrgico en una paciente sometida a histerectomía subtotal simple por cuadro de metrorragia. Hasta donde sabemos, es el primer caso publicado con realización de una ablación del tejido endometrial restante con asa monopolar, para corregir el cuadro de sangrado. Pensamos que puede tratarse de una alternativa válida a la traquelectomía en estos casos de sangrado asociado a la persistencia de endometrio residual en el muñón cervical.

Caso clínico

Paciente de 40 años de edad, sometida a histerectomía subtotal abdominal por cuadro de *menometrorragias* y *útero poliomatoso*. Acude a nuestro centro por un cuadro de sangrado cíclico continuo que comenzó meses después de la realización de la histerectomía. Dicho sangrado cíclico presentaba una duración de aproximadamente 10 días y la cantidad era moderada, hasta el punto de que alteraba la calidad de vida de la paciente.

La evaluación inicial se aprecia cérvix de multipara, normoepitelizado y con zona de transformación típica. Citología dentro de parámetros normales. La realización de una ecografía transvaginal demostró un área hiperrefringente que correspondía a endometrio residual a nivel del muñón cervical y que ocupaba un área de 15 mm (fig. 1).



Figura 1 Imagen ecográfica del muñón cervical preoperatorio. Resaltada el área endometrial.

Se realizó una histeroscopia bajo sedación con histeroscopio compacto R. Wolf de 5 mm (Richard Wolf medical, Vernon Hill), con abordaje vaginoscópico, durante la cual se observó la cavidad endocervical recubierta por endometrio residual. Se apreciaba perfectamente el área cicatricial en el fondo de dicha cavidad. Al observar que el área de endometrio era excesivamente (fig. 2) amplia como para realizar la vaporización de la misma con el electrodo spring del sistema Versapoint (Gynecare, Ethicon INC, Somerville), decidimos realizar una ablación del área endometrial residual utilizando un minirresectoscopio de 22 Fr monopolar (MGB Endoskopische, Berlín) (figs. 3 y 4). El control del flujo se realizó con sistema electrónico de irrigación y succión Endomat (Karl Storz, Tuttlingen), fijando la presión de trabajo en 60 mmHg.

El tiempo total de la realización del procedimiento fue de 14 min, la pérdida hemática mínima y la absorción de glicina prácticamente nula. La paciente fue dada de alta a las 3 h y su vuelta a la normalidad inmediata.

El control inicial realizado a los 2 meses tras la cirugía demostró una clara mejoría de los síntomas que la llevaron a



Figura 2 Muñón cervical. Imagen histeroscópica.



Figura 3 Detalle del proceso. Asa de corte.

nuestra consulta, con amenorrea desde la fecha de la intervención y un alto grado de satisfacción por parte de la paciente. La ecografía transvaginal no pudo demostrar la existencia de tejido endometrial residual a nivel del muñón cervical. En un segundo control a los 5 meses, la paciente permanecía en amenorrea.

Discusión

Múltiples son los problemas que pueden acontecer sobre el muñón cervical restante tras la realización de una histerectomía subtotal⁴. Entre ellos, se debe destacar el prolapso del muñón cervical, la recurrencia de mioma sobre el muñón cervical, la aparición de dolor pélvico crónico, el desarrollo de carcinoma, tanto cervical como endometrial, la necrosis del muñón cervical y el sangrado cíclico continuo.



Figura 4 Técnica finalizada. Muñón cervical sin endometrio funcionante.

Respecto a este último caso, las cifras presentadas varían ampliamente según las series, presentando cifras entre el 0 y el 25%^{2,3}. Este sangrado cíclico es la consecuencia de la existencia de tejido endometrial residual a nivel del muñón cervical.

Aunque la electrocoagulación del canal cervical se realiza de manera rutinaria durante la realización de la histerectomía subtotal, no se ha demostrado que este proceder reduzca significativamente las tasas de sangrado cíclico continuo tras la histerectomía subtotal⁵.

Recientemente se ha propuesto por Tarsten et al. la realización de la escisión endocervical con aguja monopolar durante la realización de la histerectomía subtotal como medida encaminada a disminuir el sangrado cíclico continuo. Con esta técnica, consiguieron una reducción significativa de las tasas de sangrado hasta un 1,4% de las pacientes⁶.

La solución definitiva propuesta consiste en la realización de una traquelectomía, técnica cuya vía natural es la vaginal, aunque también puede realizarse por vía abdominal o laparoscópica. La traquelectomía vaginal está asociada a una baja tasa de complicaciones; durante esta es fundamental una delicada disección cervical y la correcta identificación de los uréteres para evitar la lesión de las estructuras vecina.

El trabajo de Wesley et al., que estudia las distintas causas que llevaron a la realización de una traquelectomía en una serie de 335 pacientes con antecedentes de histerectomía subtotal, concluyó que el sangrado cíclico continuo fue la causa de la traquelectomía en el 9% de las pacientes.

Hasta donde nosotros conocemos, solo existe referencia de otro caso publicado tratado mediante histeroscopia y de manera ambulatoria⁷. La diferencia es que en el caso de Pontrelli et al. se utilizó el sistema bipolar Versapoint con el electrodo spring para la vaporización del área endometrial residual a nivel del muñón cervical, que en su caso ocupaba un área de 2 mm. El tratamiento mediante vaporización consiguió una mejoría de los síntomas con franca disminución del sangrado, aunque la paciente presentó un episodio de sangrado de 3 días de duración al mes de la intervención.

Nuestro planteamiento inicial era la realización de una maniobra similar a la ya publicada, pero el principal problema que nos encontramos para reproducir la técnica descrita fue el área de endometrio visualizado tras la introducción del histeroscopio, así como la amplitud de la cavidad intracervical. Esto nos llevó a replantear la cirugía y a realizar una ablación del tejido endometrial residual con asa monopolar con un minirresectoscopio de 22 Fr. La realización de una ablación del tejido endometrial restante, en vez de la vaporización del mismo, nos permite ser más efectivos, disminuyendo así la posibilidad de dejar tejido residual que continúe produciendo el cuadro de sangrado.

Hasta donde sabemos, se trata del primer caso publicado con ablación del tejido endometrial restante tras histerectomía subtotal para corregir el sangrado cíclico persistente y pensamos que podría tratarse de una alternativa válida a la traquelectomía en estos casos (figs. 1–4).

Bibliografía

1. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med.* 2002;347:1318–25.
2. Zupi E, Fulvio Z, Marconi D, Sbracia M, Pellicano M, Solima E, et al. Hysteroscopic endometrial resection versus laparoscopic

- supracervical hysterectomy for menorrhagia: a prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:7–12.
3. Van der Stege JG, Van Beek JJ. Problems related to cervical stump at follow-up in laparoscopic supracervical hysterectomy. *J Soc Laparosc Surg.* 1999;3:335–6.
 4. Hilger WS, Pizarro AR, Magrina JF. Removal of the retained cervical stump. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:2117–21.
 5. Ghomi A, Hantes J, Lotze EC. Incidence of ciclical bleeding after laparoscopic supracervical hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12:201–5.
 6. Schmidt T, Eren Y, Breidenbach M, Fehr D, Volkmer A, Fleisch M, et al. Modifications of laparoscopic supracervical hysterectomy technique significantly reduce postoperative spotting. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18:81–4.
 7. Pontrelli G, Landi S, Siristatidis CH, Di Spiezio Sardo A, Ceci O, Bettocchi S. Endometrial vaporization of the cervical stump employing an office hysteroscope and bipolar technology. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14:767–9.