

Hysteroscopy Newsletter

Vol 7 Issue 2

- Editorial* 2
Laura Nieto Pascual
- Pólipos Endometriales: Visión General* 3
Luis Alonso Pacheco / Ana Merino Márquez
- Evaluación de la Cavidad Uterina y Diagnóstico de los Pólipos Endometriales* 5
Salvatore Giovanni Vitale
- Clasificación Histeroscópica de los Pólipos Endometriales*
Alicia Úbeda
- Pólipos Endometriales y TRA* 10
Jamal Fikri
- Polipectomía Histeroscópica en el Consultorio* 14
Carlos Arturo Buitrago Duque
- Polipectomía Histeroscópica en Quirófano* 18
Sushma Deshmukh
- Pólipos en Menopausia* 22
Thiago Guazzelli
- Pólipos de Localización Atípica. Vaginales, Cervicales y Tubáricos* 24
Emma Márquez / Jose Carugno



TEAM COODINATORS

L. Alonso
J. Carugno

EDITORIAL COMMITTEE

SPAIN

E. Cayuela
L. Nieto

ITALY

G. Gubbini
A. S. Laganà

USA

L. Bradley

MEXICO

J. Alanis-Fuentes

BRASIL

Thiago Guazzelli

ARGENTINA

A. M. Gonzalez

VENEZUELA

J. Jimenez

SCIENTIFIC COMMITTEE

A. Tinelli (Ita)

O. Shawki (Egy)

A. Úbeda (Spa)

A. Arias (Ven)

A. Di Spiezio Sardo (Ita)

E. de la Blanca (Spa)

A. Favilli (Ita)

M. Bigozzi (Arg)

S. Haimovich (Spa)

E. Xia (Cn)

R. Lasmar (Bra)

A. Garcia (USA)

J. Dotto (Arg)

R. Manchanda (Ind)

M. Medvediev (Ukr)

M. Elessawy (Ger)

X. Xiang (Cn)

G. Stamenov (Bul)

Peter Török (Hun)

HYSTEROSCOPY Editorial teaM

Queridos amigos histeroscopistas,

En marzo de 2015, tuve la oportunidad de escribir el primer editorial de Hysteroscopy Newsletter. ¡¡ Qué gran honor !!

Un fragmento de aquel editorial decía: “Hysteroscopy Newsletter surge de la necesidad de tener una publicación con la que los diferentes profesionales de todo el mundo compartan su trabajos, comentarios y opiniones sobre Histeroscopia. Surge una publicación bimensual con difusión inicial a través de internet y con la valiosa colaboración de relevantes profesionales en el mundo de la histeroscopia”

7 años después, echo la vista atrás y contemplo orgullosa cómo ha evolucionado y crecido el Newsletter en estos años sin perder su verdadera esencia: **HISTEROSCOPIA REAL PARA TODOS**

Gratuito, sin publicidad y siempre difundiendo conocimientos. Un lugar para todos: desde los grandes expertos mundiales hasta los histeroscopistas que se inician.

Llegar hasta marzo de 2021 ha sido gracias al enorme esfuerzo de Luis Alonso, Tony Carugno y la colaboración de todos vosotros, que habéis participado y seguís participando activamente en el contenido del Newsletter. Eso, sumado a la enorme difusión de forma activa, de boca en boca, a través de redes sociales, etc... han situado al Newsletter donde se encuentra ahora mismo. Por ello hago un llamamiento a todos: Mantengamos esta publicación y no dejemos de darle difusión, ¡por muchos años más de Hysteroscopy Lovers!

Y para finalizar, me gustaría compartir unas palabras de Miches Serres que el Dr. Agustín Rubal compartió con nosotros hace unos días, y que creo que definen perfectamente el sentido de esta publicación:

“Si usted tiene un pan y yo tengo un euro, y yo voy y le compro el pan, yo tendré un pan y usted un euro, y verá un equilibrio en ese intercambio, esto es: A tiene un euro y B tiene pan, y a la inversa, B tiene el pan y A el euro. Este es, pues, un equilibrio perfecto. Pero si usted tiene un soneto de Verlaine, o el teorema de Pitágoras, y yo no tengo nada, y usted me los enseña, al final de ese intercambio yo tendré el soneto y el teorema, pero usted los habrá conservado. En el primer caso, hay equilibrio. Eso es mercancía. En el segundo, hay crecimiento. Eso es cultura.”

Eso es.... HYSTEROSCOPY NEWSLETTER

Dra. Laura Nieto

All rights reserved.

The responsibility of the signed contributions is primarily of the authors and does not necessarily reflect the views of the editorial or scientific committees.

If you are interested in sharing your cases or have a hysteroscopy image that you consider unique and want to share, send it to hysteronews@gmail.com

Pólipos endometriales: visión general

Luis Alonso Pacheco / Ana Merino Marquez. Centro Gutenberg. Málaga. Spain

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

Los pólipos endometriales son zonas de crecimiento del tejido endometrial en la cavidad uterina, están compuestos por estroma, glándulas y vasos sanguíneos y se hallan recubiertos de endometrio. Los pólipos son la patología más frecuentemente encontrada durante la realización de la histeroscopia diagnóstica y son los causantes de la mayoría de las histeroscopias quirúrgicas.

Normalmente son procesos benignos, aunque en un 20% de los pólipos sintomáticos se aprecian áreas de hiperplasia y entre un 0,5% al 1% son malignos.

CLASIFICACIÓN

Podemos dividir los pólipos en:

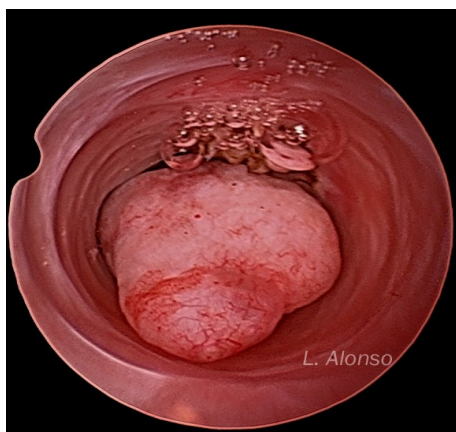
1-Funcionales o Típicos (20%): con aspecto similar al endometrio normal y con cambios proliferativos o secretores. A su vez se subdividen en glandulares y en fibrosos, dependiendo de si predomina en ellos el componente glandular o el estromal.

2-Hiperplásicos (35%): con cambios similares a los que encontramos en la hiperplasia endometrial.

3-Atróficos (44%): con cambios regresivos o atróficos, son los pólipos que solemos encontrar en las pacientes menopaúsicas.

4-Malignos (1%): con células cancerosas en el pólipo.

Hay dos conceptos que nos parece interesante recalcar, la malignización del pólipo y el pseudopólipo. La malignización del pólipo, concepto que debemos atribuírselo al Dr F. Coloma, hace referencia a pólipos en los que encontramos células malignas pero que su base, así como el resto de la cavidad son completamente normales. Pseudopólipo hace referencia a zonas endometriales engrosadas con aspecto de pólipo, menores de 1 cm y que desaparecen tras la menstruación ya que no poseen vasos nutricios propios.



SÍNTOMAS

La mayoría de los pólipos son asintomáticos y se suelen diagnosticar en el transcurso de una exploración ginecológica rutinaria. Si en algún momento se hacen sintomáticos, generalmente producen sangrados uterinos anormales, escaso sangrado postcoital, dolor leve con la regla e infertilidad.

EPIDEMIOLOGÍA

Debido al avance en el uso de la ecografía transvaginal y de la histeroscopia diagnóstica, está aumentando el diagnóstico de esta patología. La frecuencia de aparición de los pólipos es difícil de establecer, aunque se estima que lo presentan un 1% de las mujeres asintomáticas y alrededor de un 25% de las mujeres que tienen sangrado uterino anormal.

DIAGNÓSTICO

Una vez sospechada su existencia o durante una exploración por otro motivo, las pruebas de imagen son las más sensibles en el diagnóstico de la patología intrauterina, destacando sobre todo la ecografía. La ecografía puede diagnosticar la existencia de un pólipo endometrial, bien por la visualización directa del mismo y su vascularización mediante doppler-color, o bien indirectamente al apreciarse una zona de engrosamiento endometrial.

Otras técnicas que pueden ayudarnos al diagnóstico son la histerosalpingografía, también conocida como radiografía de las trompas, y la sonohisterografía o ecografía con infusión de líquido dentro del útero. La realización de un legrado uterino puede dejar sin diagnosticar más del 10% de los pólipos.

La prueba más específica para el diagnóstico de los pólipos endometriales en la histeroscopia, que además de la visualización directa del pólipo, nos permite la toma de biopsia del mismo e incluso su exéresis en el mismo momento del diagnóstico.

Los pólipos se muestran como zonas de crecimiento en la cavidad uterina que presentan generalmente un aspecto esponjoso con ausencia de vascularización superficial llamativa, lo que los diferencia de los miomas submucosos. Pueden ser únicos o múltiples, pediculados o sésiles, de menos de 1 cm de tamaño hasta varios cm, y pueden localizarse en cualquier zona del útero.

TRATAMIENTO

En general está indicada la exéresis de cualquier pólipo que sea sintomático, es decir, que produzca sangrado o infertilidad. En pólipos totalmente asintomáticos, parece adecuado simplemente mantener una actitud expectante, con controles ecográficos cada 6 meses para evaluar su crecimiento.

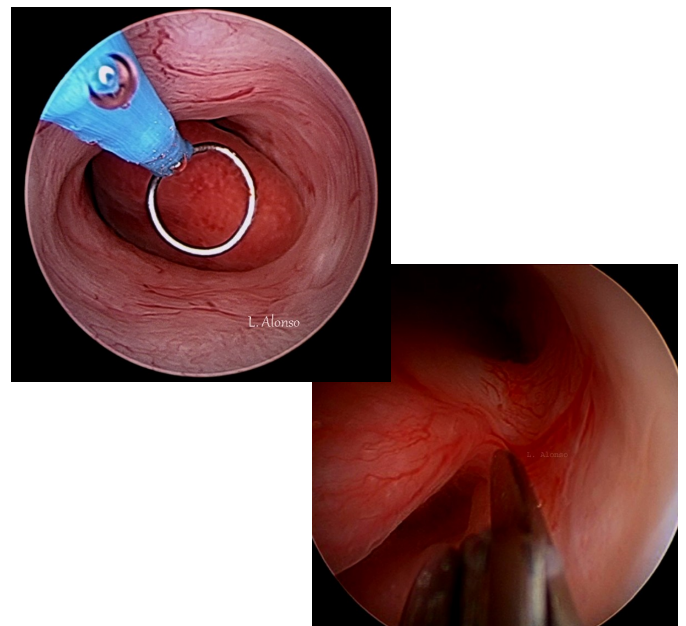
La técnica de la polipectomía histeroscópica varía dependiendo del tamaño del pólipo y del material que dispongamos. Es importante recalcar que los pólipos son zonas de crecimiento derivado del endometrio por lo que no invaden el miometrio, así la polipectomía es una técnica limitada al interior de la cavidad uterina.

1-Polipectomía histeroscópica con medios mecánicos: que puede ser realizada con tijeras de histeroscopia o con pinzas de biopsia. Se utiliza para pólipos de pequeño tamaño y puede ser realizada en consulta.

2-Polipectomía histeroscópica con Versapoint®: electrocirugía bipolar que permite el corte de la base del pólipo. En pólipos grandes hay que recurrir a la fragmentación del mismo para facilitar la salida del pólipo en pequeñas piezas.

3-Polipectomía con resector: Es necesario una dilatación cervical y se realiza en quirófano con anestesia general. Habitualmente se reserva para pólipos de gran tamaño.

4-Fragmentador o morcelador de pólipos: dispositivo de nueva generación que permite la fragmentación y salida de los fragmentos del pólipo de forma sencilla.



CONSEJOS POSTQUIRÚRGICOS

La polipectomía histeroscópica es una técnica sencilla, que se realiza habitualmente de manera ambulatoria o por hospital de día. La paciente puede presentar escaso sangrado genital durante algunos días tras la intervención, así como molestias leves que suelen ceder con tratamiento con antiinflamatorios (AINE). La mayoría de las pacientes vuelven a su vida cotidiana en 24 horas.

Evaluación de la cavidad uterina y diagnóstico de los pólipos endometriales

Salvatore Giovanni Vitale, M.D. Ph.D.

Obstetrics and Gynecology Unit, Department of General Surgery and Medical Surgical Specialties, University of Catania, Catania, Italy.

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

Los pólipos endometriales representan una de las patologías ginecológicas que más frecuentemente causan sangrado uterino anormal y / o manchado intermenstrual, aunque la mayoría de las pacientes con pólipos endometriales son asintomáticas. Los pólipos endometriales suelen ser benignos, pero se debe considerar el riesgo de malignidad cuando estos aparecen en mujeres posmenopáusicas, especialmente si causan sangrado vaginal. Un manejo expectante es adecuado en algunos casos, sin embargo, deben eliminarse cuando son sintomáticos, grandes o múltiples. La polipectomía histeroscópica es la técnica adecuada para el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con pólipos endometriales.

La incidencia de complicaciones quirúrgicas durante la polipectomía histeroscópica es baja, lo que hace que la polipectomía histeroscópica sea un procedimiento factible y seguro.

El tamaño de los pólipos varía desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros, y su morfología puede ser sésil, con base de implantación grande, o pediculada. Están compuestos por tres elementos: glándulas endometriales, estroma y vasos sanguíneos. Los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de pólipos endometriales son edad avanzada (30-50), hipertensión, obesidad, uso de tamoxifeno y terapia hormonal de reemplazo, afecciones genéticas como el síndrome de Cowden o Lynch y alteraciones cromosómicas (cromosomas 6 y 20). El riesgo de desarrollar pólipos endometriales aumenta desde la menarquia hasta el final de la edad reproductiva, pero aún no está clara la incidencia de novo de pólipos endometriales durante la menopausia. Los pólipos endometriales pueden ser asintomáticos y, cuando causan síntomas, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen hemorragia uterina anormal (incluida la posmenopáusica, poscoital o manchado) y, con menor frecuencia, infertilidad.

En ciertas ocasiones, los pólipos uterinos, especialmente los de cierto volumen, desencadenan de forma “refleja” contracciones uterinas que los desplazan progresivamente hacia el cuello uterino, provocando en ocasiones su completa expulsión de la cavidad con el consiguiente dolor y sangrado.

Desde el punto de vista histológico podemos distinguir: hiperplásicos, funcionales, adenomiosomatosos con y sin atipia, atróficos y pseudopólipos con diferentes implicaciones terapéuticas clínicas. La transformación maligna es rara y ocurre en 0% a 12,9% de los casos.

Hay varias opciones disponibles para el diagnóstico de pólipos endometriales.

TRANSVAGINAL ULTRASONOGRAPHY (TVUS)

La herramienta principal para el diagnóstico inicial de pólipos endometriales es la ecografía transvaginal (TVUS). Los pólipos endometriales aparecen como una lesión hiperecogénica con contornos regulares. Las glándulas quísticas pueden ser visibles dentro del pólipo. Los pólipos endometriales se ven como una masa focal o engrosamiento inespecífico del endometrio. Sin embargo, estos hallazgos no son específicos de los pólipos, ya que los leiomiomas (miomas), en particular las formas submucosas, pueden tener las mismas características.



Figura 1. Imagen ecográfica transvaginal de un gran pólipo endometrial en la cavidad uterina.

En comparación con la ecografía 2D (TVUS) (Figura 1), la TVUS-3D con Doppler color tiene una mayor precisión diagnóstica al resaltar la vascularización endometrial y subendometrial; además al combinar la ecogenicidad, el grosor y el volumen del endometrio con 3D TVUS (Figura 2) mejoramos lo que ofrece la medición con 2D TVUS en la detección de los pólipos endometriales.

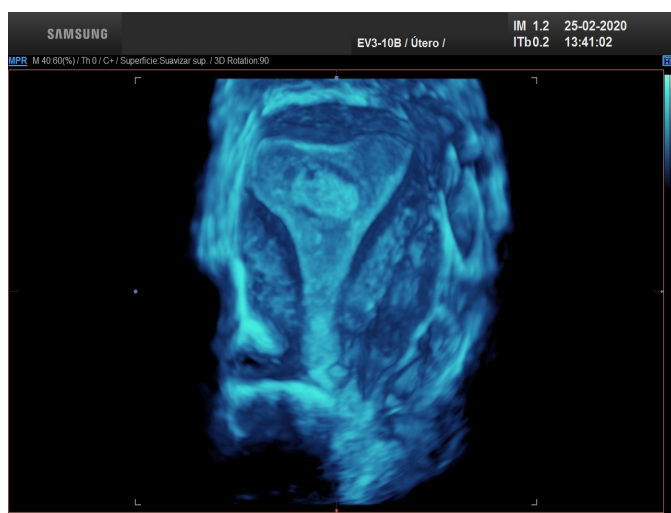


Figura 2. Imagen de ecografía 3D que muestra un pólipo endometrial en la pared posterior del cuerpo uterino.

Para obtener una mayor precisión diagnóstica, se debe realizar el examen ecográfico durante la fase proliferativa del ciclo menstrual. De hecho, la ecografía transvaginal tiene un rango de entre 19% al 96% y una especificidad entre el 53% y el 100%, con un valor predictivo positivo (VPP) del 75% al 100% y un valor predictivo negativo (VPN) del 87% al 97% para el diagnóstico de pólipos endometriales en comparación con la histeroscopia y la biopsia dirigida. La escasez de evidencia de nivel I, así como los estudios con un tamaño de muestra pequeño, podrían explicar este amplio espectro de datos. En un único estudio grande de nivel II-2, la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de TVUS reportados fueron 86%, 94%, 91% y 90%, respectivamente.

SONOGRAFÍA DE INFUSIÓN SALINA (SIS) O SONOHISTEROGRAFÍA (SHG)

La ecografía con infusión de solución salina (SIS) o la sonohisterografía (SHG) son bien toleradas por los pacientes y se realizan generalmente cuando el endometrio en la TVUS es anormal. Primero se coloca un pequeño catéter en la cavidad uterina a

través del canal cervical y se instila una pequeña cantidad de solución salina usando una jeringa en mientras se realiza una ETV. La solución salina proporciona un medio de contraste, por lo que las lesiones focales del endometrio se identifican fácilmente. En comparación con la TVUS sola, la sonohisterografía con infusión salina parece ser algo superior a la TVUS simple para el diagnóstico de patología intrauterina. Con esta técnica, las formaciones polipoides se ven como lesiones hiperecoicas intracavitarias móviles durante la inyección de líquido (Figura 3).

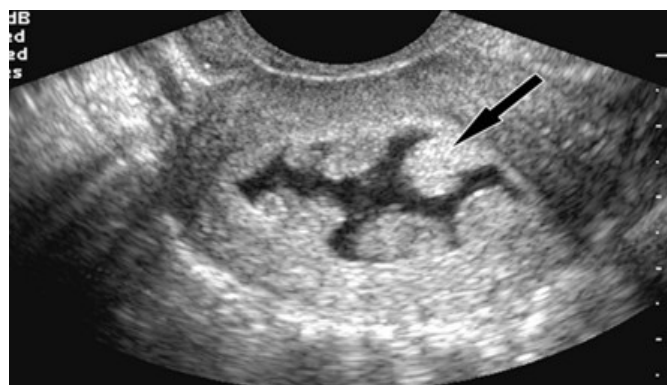


Figura 3. Tras la instilación de suero fisiológico se pueden distinguir mejor los múltiples pólipos que ocupan la cavidad uterina.

HISTEROSCOPIA

Entre los distintos métodos de diagnóstico para investigar la patología endometrial, la histeroscopia tiene la mayor eficacia diagnóstica. La histeroscopia con biopsia dirigida representa el gold standard en el diagnóstico de los pólipos endometriales (Figura 4). La principal ventaja de la histeroscopia es la capacidad de visualizar y eliminar pólipos al mismo tiempo.

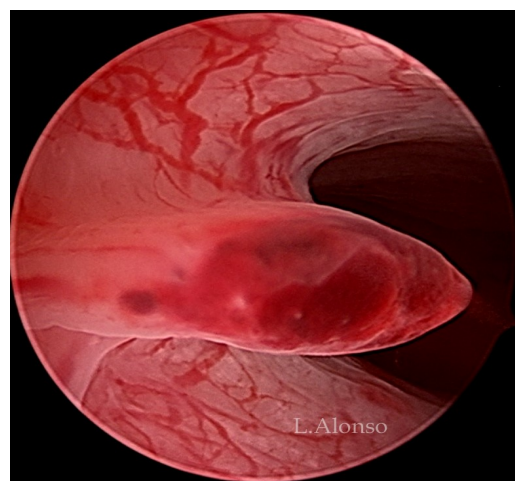
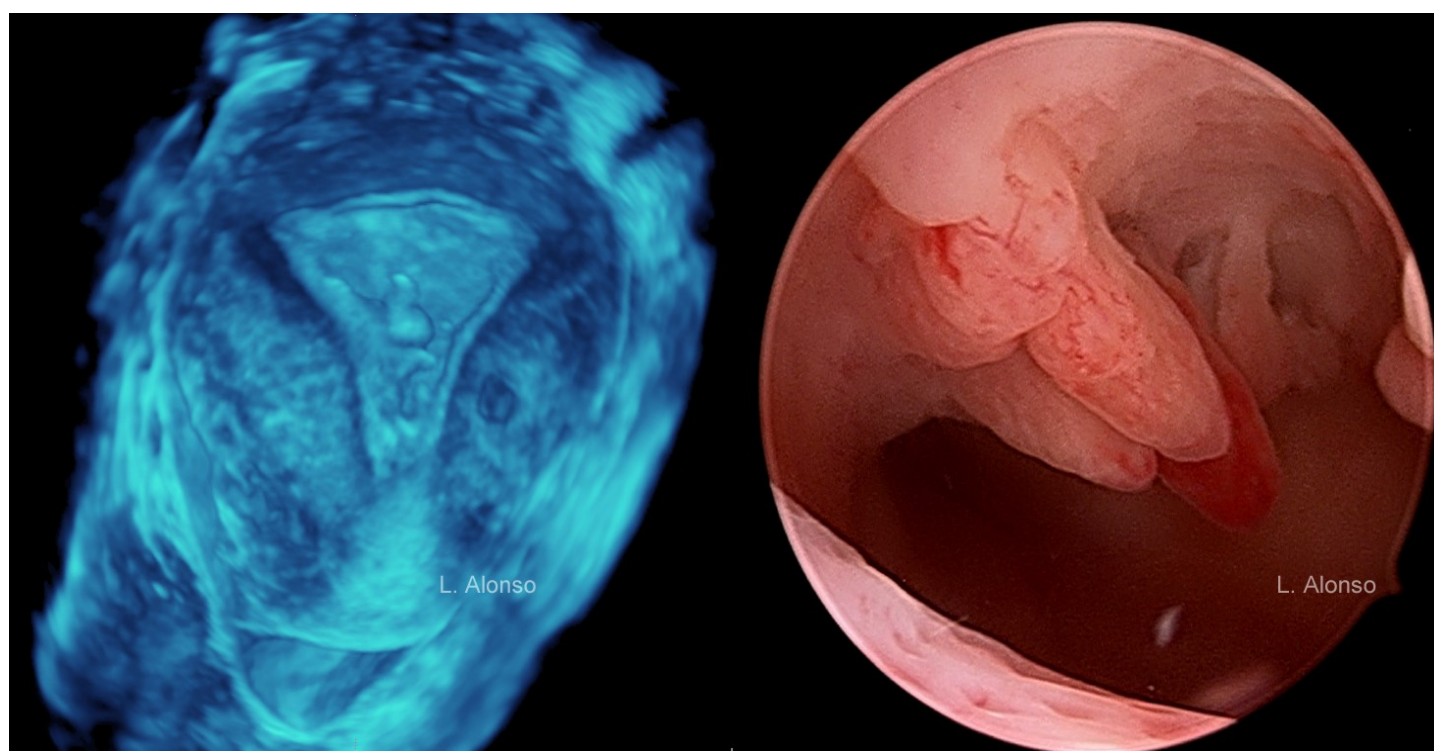


Figura 4. Con un histeroscopio, se resalta un pólipo endometrial pediculado en la pared lateral del cuerpo uterino.



Correlación ecografía 3D / histeroscopia en un caso de pólipo endometrial

La histeroscopia diagnóstica sola (sin biopsias adicionales) permite una evaluación subjetiva del tamaño y las características de la lesión con sensibilidad informada del 58% al 99%, especificidad del 87% al 100%, VPP del 21% al 100% y VPN de 66 % a 99% en comparación con la histeroscopia con biopsia guiada.

Es importante incluir en la evaluación histeroscópica de los pólipos endometriales algunas características como: número, tamaño, ubicación, consistencia, vascularización y base del implante, todas características que se pueden evaluar con la histeroscopia.

RESONANCIAMAGNÉTICANUCLEAR (RMN)

La resonancia magnética es moderadamente sensible para detectar pólipos endometriales, mostrando características que no son sensibles, pero pueden ser específicas, como estroma de tejido fibroso denso, que refleja un núcleo fibroso T2 oscuro; canales vasculares de paredes gruesas, correspondientes a un área con realce

marcado y la visualización de glándulas endometriales dilatadas, correspondientes a quistes intratumorales. Se ha demostrado que la intensidad de la señal T2 predominante de los pólipos es similar a la del endometrio subyacente.

En un estudio retrospectivo, que analizó las características de los pólipos endometriales en 40 pacientes sometidas a resonancia magnética pélvica, la intensidad de señal predominante en la imagen ponderada en T2 (T2WI) fue puntual a hipointensa para el endometrio subyacente. Hricak et al, en un estudio que analizó la detección y caracterización de lesiones endometriales en la RM, mostraron una intensidad de señal indistinguible de la del endometrio hiperintenso normal en T2WI en 7 de los 7 pólipos endometriales. Otra característica clave es el tamaño, ya que los pólipos menores de 5 mm pueden ser muy difíciles de distinguir del endometrio adyacente. Por lo tanto, la resonancia magnética no se obtiene típicamente para evaluar pólipos endometriales.

Clasificación Histeroscópica de los Pólipos Endometriales

Alicia Úbeda. Hospital Universitari Quirón Dexeus. Barcelona. Spain

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

A pesar de ser un hallazgo altamente frecuente en la exploración histeroscópica, clasificar los pólipos endometriales no ha suscitado nunca un interés especial. Posiblemente, la facilidad con la que se accede a su diagnóstico y tratamiento histeroscópicos ha desmotivado en ese sentido, aunque sean causa demostrada de sangrado anómalo o subfertilidad (1,2,3).

Hasta la fecha no hay ninguna publicación que, de forma sólida y desde un punto de vista histeroscópico, se haya aventurado a clasificar los pólipos endometriales. Se me ocurren dos posibles razones:

El diagnóstico se ha basado tradicional y popularmente en la ecografía.

Las clasificaciones, en el caso de otras patologías, como los miomas submucosos o las adherencias intrauterinas, nacieron con el objetivo de correlacionar extensión o gravedad con el resultado clínico y/u obstétrico o la probabilidad de recurrencia.

En Hysteroscopy Newsletter (vol 1 Issue 3) se publicó una clasificación funcional, sin contemplar sintomatología ni riesgos de recidiva (Tabla 1).

Funcionales o Típicos (20%)	Con aspecto similar al endometrio normal
Hiperplásicos (35%)	Con cambios que indican un crecimiento acelerado
Atróficos (40%)	Con cambios con tendencia al crecimiento retardado o en regresión, son los pólipos típicos de las pacientes menopaúsicas
Malignos (1-5%)	Con células cancerosas en el pólipo

Table 1. Clasificación de los pólipos endometriales

La FIGO en 2011 los incluye como causa de Sangrado Uterino Anómalo, y aunque en la misma publicación introduce una clasificación de los miomas uterinos, no lo hace así con los pólipos endometriales (4).

De forma grosera, se han categorizado según (5):

- Base de implantación: sésiles o pediculados. (Fig 2)
- Lugar de implantación: fundus, regiones cornuales, paredes laterales, pared anterior, pared posterior o istmo. (Fig 3)
- Número: único o múltiples. (Fig 4)
- Forma: esférico o cilíndrico.
- Histología: simple endometrio, hiperplasia (con o sin atipias) o neoplasia. (Figs 5 y 6)



Fig 1. Pólipo endometrial pediculado localizado en la región cornual izquierda.



Fig 2. Pólipo en la pared uterina lateral derecha.



Fig 3. Múltiples pólipos endometriales.

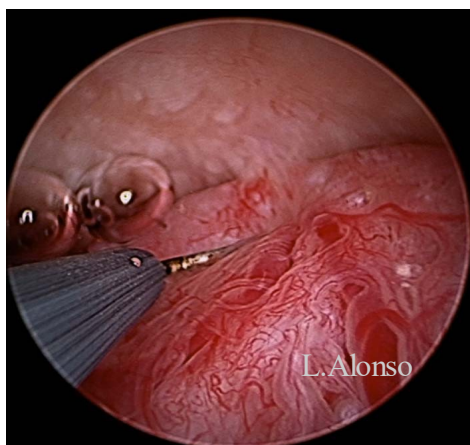


Fig 4. Cambios neoplásicos en un pólipo endometrial.

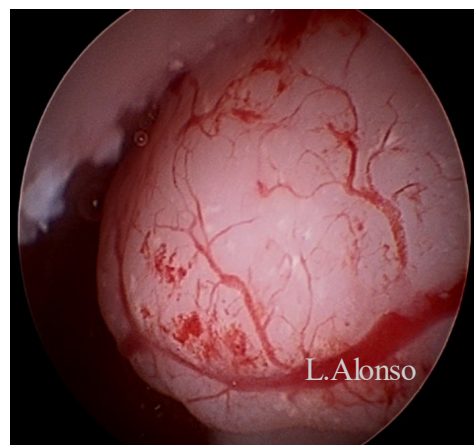


Fig 5. Pólipo endometrial neoplásico.

En cualquier caso, queda demostrado que la mejor herramienta diagnóstica es la histeroscopia comparada con la ecografía o la histerosonografía en un meta análisis de 11 estudios de diseño adecuado (6).

Atendiendo a criterios clínicos, de tasa de recurrencia y de histología, y como propuesta personal de clasificación simple, los pólipos endometriales podrían clasificarse en:

TIPO	
I	Benignos, únicos o múltiples pero < 4 y asintomáticos
II	Benignos, múltiples >4 y sintomáticos (infertilidad o sangrado anómalo)
III	Benignos, con base de endometrio polipoide
IV	Premalignos o malignos

Está demostrado que a mayor número de pólipos y a mayor tiempo de seguimiento (sobre todo a partir de dos años), mayor tasa de recurrencia, del mismo modo que si nacen de un endometrio aberrante (hipertrófico o hiperplásico) (7). En el tratamiento, las técnicas mecánicas presentan una mayor tasa de recurrencia que las eléctricas por no reseca de forma efectiva la capa endometrial basal (8). La localización no parece afectar las tasas de recurrencia ni la presencia o no de sintomatología, por lo que no se ha incluido en la propuesta de clasificación (9).

REFERENCIAS

1-Peterson WP, Novak ER. Endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 1956;8(1):40-49. 2-Dreisler E, Stampe Sorensen S, Ibsen PH et al. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33(1):102-108. 3-Perez-Medina, T., et al. (2005). "Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study." *Hum Reprod* 20(6): 1632-1635. 4- Munro, M. G., et al. (2011). "The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding: Malcolm G. Munro, Hilary O.D. Critchley, Ian S. Fraser, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders." *Int J Gynaecol Obstet* 113(1): 1-2.5-Nijkang NP et al. *SAGE Open Med* 2019;7:2050312129848247. 6- , Kaveh, M., et al. (2020). "Comparison of diagnostic accuracy of saline infusion sonohysterography, transvaginal sonography, and hysteroscopy in evaluating the endometrial polyps in women with abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis." *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 15(3): 403-415. 7-Yang, J. H., et al. (2015). "Factors Influencing the Recurrence Potential of Benign Endometrial Polyps after Hysteroscopic Polypectomy." *PLoS One* 10(12): e0144857. 8 Preuthipan, S. and Y. Herabutya (2005). "Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women." *Fertil Steril* 83(3): 705-709. 9-Paradisi R et al. Recurrence of endometrial polyps. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;78:26-32.

Pólipos endometriales y TRA

Jamal Fikri. Head of ART unit clinic Al Boustane-Rabat-Morocco

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

INTRODUCCIÓN

En el campo de la reproducción, los resultados en término de tasa de nacidos vivos aumentaron progresivamente con la introducción de los análogos de GnRH, los protocolos de estimulación nuevos y más seguros, la mejora de las condiciones de cultivo de embriones que producen embriones de buena calidad y su transferencia bajo guía ecográfica.

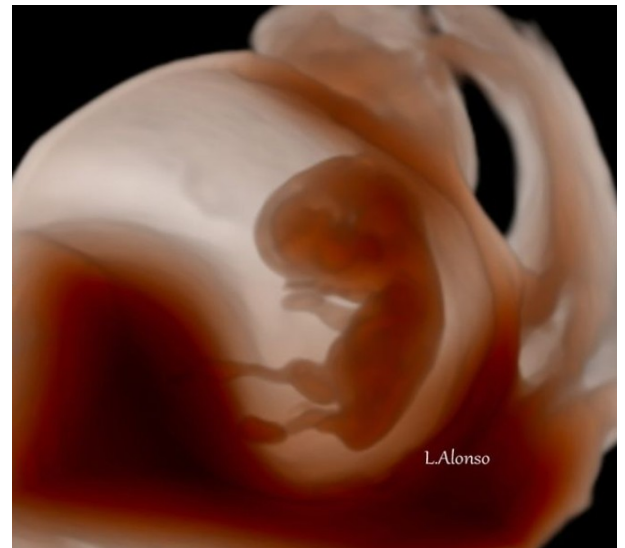
Sin embargo, la tasa de implantación está aún lejos de ser satisfactoria ya que se necesitan más de 10 embriones para lograr un nacimiento. La tasa de partos oscila entre el 19,8% y el 32,2% para los ciclos frescos y la tasa acumulada de nacidos vivos alcanza el 23,5% al 48,7% (ICMART)

El desarrollo del DGP que permite la transferencia de embriones euploides no resolvió la problemática del fracaso de la implantación, que en realidad es el mayor desafío a abordar para hacer que las TRA sean más eficientes, con el fin de acortar el tiempo hasta el embarazo. De hecho, existen bajas tasas incluso cuando el sistema de atención de salud ofrece varios intentos gratuitos. (1)

Las patologías intrauterinas son muy comunes en pacientes infértiles y la tasa llega al 22,9% (2). Los pólipos son muy comunes en la población general y particularmente en caso de sangrado uterino anormal. Se estima que la prevalencia es del 20-30%.

Los pólipos endometriales son generalmente un hallazgo incidental en pacientes subfértiles. Se cree que la incidencia varía del 15 al 25% en esta población, pero la relación sigue siendo incierta. En el grupo específico de pacientes sometidos a FIV / ICSI, los pólipos se detectan en un amplio rango entre el 6 y el 32% y son más frecuentes en pacientes de edad avanzada o con endometriosis (3, 4).

Los mecanismos probables de asociación entre pólipos y subfertilidad carecen de pruebas sólidas. Puede ser inflamación, alteración del transporte de espermatozoides, alteración de la implantación del embrión



e inflamación. La expresión de algunos genes y la producción de proteínas involucradas en la implantación de embriones se ven afectadas por la presencia de pólipos.

Los embriones se implantan en la cavidad uterina y su evaluación es de vital importancia para buscar cualquier patología que pueda dificultar la implantación. De los diversos métodos disponibles para la evaluación de la cavidad uterina, la histeroscopia es el gold standard (5).

RECEPTIVIDAD ENDOMETRIAL Y PATOLOGÍAS UTERINAS

Muchas patologías que afectan con frecuencia en pacientes infértiles provocan cambios estructurales de la cavidad uterina que podrían afectar la implantación. Otro contribuyente importante a la receptividad endometrial que se ve afectada por esas patologías es la contractilidad uterina.

Al llegar a la cavidad uterina, el embrión necesita encontrar un medio favorable, en particular un endometrio rigurosamente sincronizado que permita una comunicación cruzada eficaz que conduzca a la implantación y al desarrollo temprano del embrión.

Durante el ciclo menstrual, el desarrollo del endometrio se establece por la exposición al estradiol durante aproximadamente 2 semanas y cuando ocurre la ovulación se libera progesterona y promueve el complejo proceso de decidualización. Más allá de los cambios histopatológicos clásicos, existe un conjunto complejo y rigurosamente coordinado de eventos moleculares que juegan un papel importante en la receptividad endometrial. Entre ellos:

- Los genes Homeobox (HOX) y particularmente HOX-A10 y HOX-A11 juegan un papel crucial en la implantación. Ambos se expresan en el endometrio durante la fase proliferativa del ciclo bajo la influencia de la progesterona e influyen en factores posteriores relacionados con la receptividad endometrial, activando o reprimiendo genes diana.

- Producción aumentada de prostaglandinas y factores de crecimiento del epitelio vascular (VEGF)

- Extravasación de células inmunes, particularmente macrófagos y natural killer (NK)

- Los pantópodos y las moléculas de adhesión celular, como las integrinas y la osteopontina, se expresan en la superficie del endometrio.

Muchas patologías intrauterinas interrumpen este complejo proceso que conduce a la implantación embrionaria y al desarrollo embrionario temprano (4) En la fase de secreción media, la presencia de pólipos se asocia con niveles reducidos de IGFBP-1, TNF, osteopontina y glicodelina que se revierten después de la polipectomía histeroscópica. HOXA-10 y HOXA-11, uno de los principales genes implicados en la receptividad endometrial, muestra una expresión alterada (6,7,8,9).

Un estudio reciente (10) reportó un 92,8% de endometritis crónica comprobada por análisis inmunohistoquímico del biomarcador de células plasmáticas CD138 y reportó una alta tasa de recuperación después de polipectomía con y sin tratamiento antibiótico agregado.

EVALUACIÓN DE LA CAVIDAD UTERINA

Las patologías intrauterinas están presentes en el 10% de los pacientes que buscan fertilidad (5) y el 43.3% de los pacientes infértiles programados para FIV / ICSI con HSG y TVS normales (11)

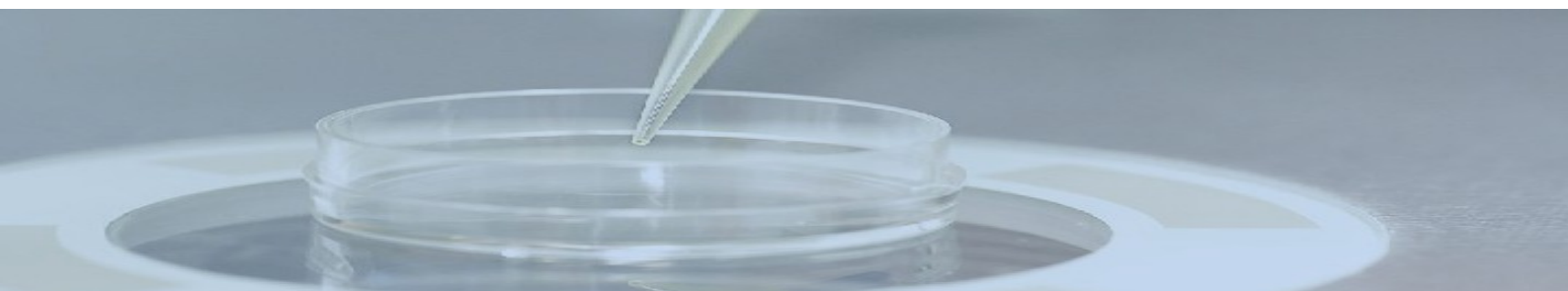
Karayalcin (2) llevó a cabo un estudio prospectivo amplio que incluyó a 2500 pacientes programados para FIV / ICSI. Se realizó histeroscopia a todas y se halló un 22,9% de anomalías. La patología más frecuente encontrada fue pólipos 7,68%, fibromas 3,84%, endometrio polipoide 1,24%, adherencias intrauterinas 1,08% y septos uterinos 2,92%.

Kilic Y. (12) en un estudio prospectivo no aleatorizado reportó un 41% de anomalías detectadas por histeroscopia en pacientes con HSG y TVUS normales. Los pólipos representan aproximadamente la mitad de esas patologías.

Parece que esas patologías causan resultados reproductivos adversos porque interfieren con el transporte de espermatozoides y la implantación de embriones, o porque aumentan la tasa de abortos.

La ecografía transvaginal (TVS) es la continuación natural de cualquier examen del tracto genital. Es una herramienta costo-efectiva para evaluar el útero permitiendo la visualización de su contorno externo, el miometrio, el endometrio y el flujo sanguíneo. La TVS tienen una sensibilidad del 84 al 100% y una especificidad del 96,3 al 98% para el diagnóstico de patología uterina. La precisión se ve reforzada por el uso de la sonohisterografía con infusión salina (SIS) para mejorar el diagnóstico de la enfermedad endometrial (13).

La HSG es parte del estudio básico de la infertilidad, pero se considera una técnica muy dolorosa e invasiva y tiene algunas limitaciones. Su sensibilidad es del 75,21% y la especificidad del 41,14% en comparación con los hallazgos histeroscópicos (estudio transversal) (14). En un estudio retrospectivo que incluyó a 359 pacientes sometidos a FIV, Taskin (9) comparó los hallazgos de la HSG con la histeroscopia y encontró que la HSG tiene una tasa de falsos negativos del 78,43% y una tasa de falsos positivos del 16,23% (15).



TVS es el procedimiento de primera línea para evaluar la cavidad uterina y cuando se combina con SIS mejora la precisión. En un estudio prospectivo, ciego y controlado, Grimbizis (16) comparó los rendimientos de TVS, SIS e histeroscopia diagnóstica en la detección de lesiones intracavitarias. Utilizando el análisis de la curva ROC, la comparación de las áreas bajo la curva muestra que la histeroscopia tiene una precisión estadísticamente significativa para el diagnóstico de cualquier patología endometrial que TVS y SIS (AUCs: TVS = 0.725, SIS = 0.759, H = 0.953) y particularmente para miomas y pólipos que representan la principal condición patológica encontrada en pacientes infértiles sometidos a TAR. Observando que SIS era más preciso que TVS. La sensibilidad fue del 89,04% para TVS, 91,78% para SIS y 97,26% para histeroscopia; La especificidad fue 56,00% para TVS, 60,00% para SIS y 92% para histeroscopia.

Un estudio de cohorte prospectivo encontró que la precisión de TVS 2D es insuficiente con baja sensibilidad. El área bajo la curva ROC (AUROC) fue del 70,69% para la precisión de TVS en comparación con OH (17). El Comité de Práctica de la ASRM considera la histeroscopia como el método de elección para la evaluación de la cavidad uterina (5). La mayoría de las patologías intrauterinas pueden diagnosticarse con precisión mediante histeroscopia y tratarse simultáneamente en un consultorio.

PÓLIPOS Y FERTILIDAD ESPONTÁNEA

Diversos estudios sugieren que los pacientes con infertilidad inexplicable pueden beneficiarse de la polipectomía histeroscópica. Shokeir y col. (18) informaron una tasa de embarazo espontáneo del 50% después de la polipectomía en tales pacientes.

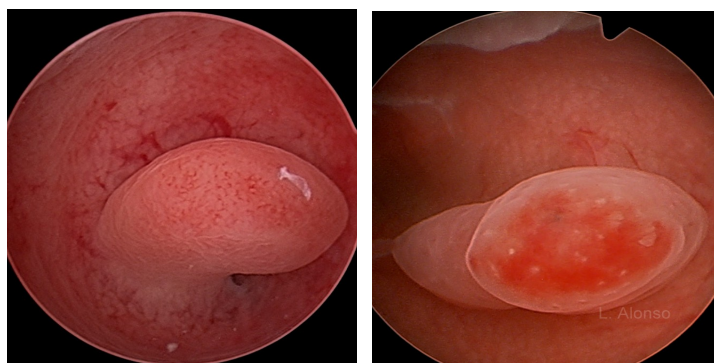
PÓLIPOS E INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (IA)

Para pacientes con pólipo y sometidas a IA, dos ensayos controlados aleatorizados demostraron una mejoría significativa en la tasa de embarazo en el grupo de polipectomía comparado con el grupo expectante. Pérez-Medina (19) asignó al azar a 215 mujeres infértiles, con pólipos endometriales diagnosticados por ecografía sometidas a IIU, a polipectomía histeroscópica en el grupo de estudio o histeroscopia diagnóstica y biopsia de pólipos en el grupo de control. La tasa de embarazo acumulada después de cuatro ciclos de IA fue del

51,4% en el grupo de estudio y del 25,4% en el grupo de control ($P < 0,001$) y el 65% de los embarazos en el grupo de estudio se obtuvieron antes del primer ciclo de IIU. Otro ensayo aleatorizado realizado por Shohayeb A. informó hallazgos similares (20).

PÓLIPOS Y FIV/ICSI

Clásicamente, cuando los pólipos se detectan antes del comienzo de la estimulación, la gran mayoría de los centros recomiendan realizar una polipectomía histeroscópica previa.



Cuando se detecta durante el ciclo de FIV, los datos sobre el impacto de los pólipos en los resultados de la FIV son contradictorios.

Lass A. (21) investigó retrospectivamente a 83 mujeres con pólipos < 2 cm identificados ecográficamente y las dividió en dos grupos antes de la extracción de ovocitos. Cuarenta y nueve mujeres completaron el tratamiento estándar de FIV y transferencia de embriones, y 34 mujeres se sometieron a polipectomía histeroscópica tras la extracción de ovocitos y los embriones se criopreservaron y transfirieron en un ciclo posterior. Ambos grupos mostraron una tasa de embarazo similar a las obtenidas en el mismo período en el centro, pero se observó una mayor pérdida de embarazo en el grupo sin polipectomía. (27,3 frente a 10,7%, $p = 0,08$)

En un estudio retrospectivo, Isikoglu M. (22) comparó 15 pacientes con pólipos < 15 mm diagnosticados durante la estimulación y que se dejaron (grupo 1) con 40 pacientes que se sometieron a polipectomía y el ciclo de ICSI se realizó en el ciclo posterior (grupo 2) y 956 pacientes sin pólipo (grupo 3). No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la tasa de embarazo clínico y la tasa de implantación y se concluyó que la presencia de pólipos endometriales < 15 mm no afecta los resultados de los ciclos de ICSI.

La polipectomía durante la FIV sin cancelación del ciclo parece ser una alternativa. Madani T. (23) informó una serie de 9 polipectomías seguidas de transferencia de embriones frescos que resultaron en 5 embarazos (4 en curso). En otra serie de casos (24) de 6 pacientes que se sometieron a polipectomía con asa fría sin cancelación del ciclo, informaron 3 embarazos en curso.

¿AFECTA LA POLIPECTOMÍA A LOS RESULTADOS DE LA ICSI?

En un estudio de casos-control, Yang j. (25) comparó 56 pacientes con pólipos endometriales diagnosticados durante el ciclo de ICSI que se sometieron a polipectomía histeroscópica en asa fría y la transferencia de embriones en el ciclo posterior con 112 controles emparejados seleccionados al azar con transferencia de embriones frescos. La tasa de embarazo fue mayor en el grupo de polipectomía (63% versus 41%, $p = 0,009$). La comparación de la transferencia de embriones frescos con congelados fue la principal limitación del estudio, pero los resultados excluyen cualquier efecto dañino de la polipectomía.

Muchos estudios dan resultados contradictorios sobre el efecto de la polipectomía en el resultado de la FIV, la mayoría son series pequeñas que incluyen solo pólipos pequeños, con un diseño diferente y sin un uso sistemático de la histeroscopia para confirmar el diagnóstico.

En caso de fallo repetido de implantación, los pólipos también son prevalentes y representan hasta el 20-25% de la patología encontrada. 2 RCT que no abordan específicamente los pólipos endometriales (Demiroglu 26 y Ramaraju 27) con 421 y 520 pacientes, informaron una mejora significativa de la tasa de embarazo clínico después de la corrección histeroscópica de la patología encontrada. Por el contrario, el estudio TROPHY (28) no demostró ningún beneficio.

MOMENTO DE LA POLIPECTOMÍA HISTEROSCÓPICA ANTES DE LA FIV

Aunque los datos actuales apoyan en general la resección de los pólipos endometriales antes de los tratamientos de fertilidad, el momento óptimo para la intervención quirúrgica no está claro. Un estudio que analizó un intervalo de más de 6 meses y menos de 6 meses entre la polipectomía histeroscópica y la FIV no encontró diferencias en los resultados, incluida la tasa de embarazo clínico

(29). De manera similar, un estudio más reciente demostró que comenzar la FIV después de uno, dos o más de tres ciclos menstruales después de la polipectomía, no ofrecía diferencia en términos de embarazo clínico o tasas de nacidos vivos (30)

En una revisión sistemática publicada en 2018, se confirmó el efecto positivo de la polipectomía en el resultado de la IA, pero para la FIV / ICSI se informó de cierta mejora, pero no se pudo sacar una conclusión firme (31).

CONCLUSIÓN

La histeroscopia es el gold standard para evaluar la cavidad uterina, permitiendo un diagnóstico preciso de los pólipos endometriales, que son la patología más comúnmente encontrada al estudiar pacientes infértiles, particularmente aquellas con edad avanzada. A pesar de los datos contradictorios con respecto al uso sistemático de la histeroscopia antes de intentar los procedimientos de ART, existe una fuerte razón de ser del beneficio potencial de la polipectomía histeroscópica, particularmente en consultorio.

Dado que la polipectomía histeroscópica es un procedimiento quirúrgico menor con complicaciones intraoperatorias y postoperatorias insignificantes, y dado que puede tener un beneficio adicional debido a la dilatación cervical y / o la disrupción endometrial, estas son razones adicionales para realizar este procedimiento terapéutico.

El costo monetario de la FIV, es sustancial. Sin contar con el desgaste emocional y físico de los ciclos repetidos de FIV, que también deben tenerse en cuenta en el costo de no optimizar un ciclo de FIV mediante la evaluación y el tratamiento de la patología intrauterina antes de la transferencia de embriones.

Numerosos RCT y revisiones sistemáticas destacaron una mejora de los resultados de las TRA. Además, hay que tener en cuenta que la corrección de cualquier anomalía puede conducir a un posible embarazo espontáneo con el tiempo.

REFERENCIAS

- 1- Brandes, M., et al. (2009). "When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population." *Hum Reprod* 24(12): 3127-3135.
- 2- Karayalcin, R., et al. (2010). "Results of 2500 office-based diagnostic hysteroscopies before IVF." *Reprod Biomed Online* 20(5): 689-693
- 3- Di Spiezio Sardo, A., et al. (2015). "Hysteroscopy and treatment of uterine polyps." *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 29(7): 908-919.
- 4- Al Chami, A. and E. Saridogan (2017). "Endometrial Polyps and Subfertility." *J Obstet Gynaecol India* 67(1): 9-14.
- 5- Practice Committee of the American Society for Reproductive, M. (2015). "Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion." *Fertil Steril* 103(6): e44-50.
- 6- Munro, M. G. (2019). "Uterine polyps, adenomyosis, leiomyomas, and endometrial receptivity." *Fertil Steril* 111(4): 629-640.
- 8- Perez-Medina, T., et al. (2005). MORE

Polipectomía histeroscópica en el consultorio

Carlos Arturo Buitrago Duque. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín Colombia. .

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

Desde el año 2000 la histeroscopia se considera el estándar de oro para la evaluación de la cavidad uterina y permite hacer diagnóstico, tratamiento y tener muestra patológica para estudio en un solo procedimiento. La sospecha de pólipos endometriales (PE) (Figura 1) requiere de una comprobación visual, y actualmente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a ciegas no tienen ninguna utilidad.

La histeroscopia en el consultorio es la que se realiza totalmente en ambiente de consultorio sin ningún tipo de sedación o medicación durante el procedimiento. Desarrollada por el *Dr. Stefano Bettocchi* desde el año 1995, gracias a la miniaturización y cambios en el diseño de los equipos de histeroscopia disponibles hasta esa época, generando un importante ahorro de costos y tiempo en el manejo de las patologías de la cavidad uterina.

Con el desarrollo de instrumentos de trabajo con energía monopolar, bipolar, láser y energía electro-mecánica (morceladores), se ha aumentado en número y grado de complejidad los tratamientos que se pueden realizar en ambiente de consultorio.

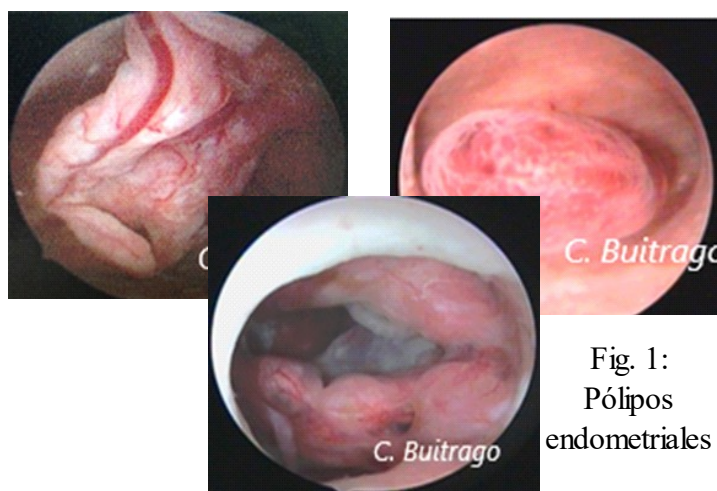


Fig. 1:
Pólipos
endometriales

UNIDADES DE HISTEROSCOPIA

Las unidades de la histeroscopia de consultorio se pueden clasificar hoy en día en (Figura 2):

Servicios de baja complejidad: Son aquellos que cuentan con el equipamiento básico, que consiste en:

- Ginecólogo con entrenamiento mínimo en histeroscopia.
- Asistente.
- Histeroscopio con canal de operatorio, y sus camisas.
- Instrumental mecánico (tijera y *grasper*)
- Equipo de irrigación y evacuación del medio de distensión.
- Sistema de monitor y captura de imágenes.

En este tipo de servicios, se podrá realizar casi el 100% de los diagnósticos, toma de biopsias de endometrio y puede ser terapéutica en un 30 a 40% de los casos con patología estructural.

Servicios de alta complejidad: requiere además de lo anterior, lo siguiente:

- Ginecólogo con entrenamiento en histeroscopia avanzada
- Energías electro-quirúrgicas con herramientas de trabajo miniaturizadas (de 5 a 16 Fr), laser, morceladores histeroscópicos, miniresectoscopios, etc.

Finalmente, la complejidad de los procedimientos realizados en el consultorio, incluido la polipectomía, dependerá de la habilidad del histeroscopista, la tecnología disponible y la tolerancia individual de cada paciente. Por ello, no existe una medida específica que limite la decisión de hacerlo en consultorio, aunque la dificultad está relacionada directamente con el tamaño del pólipo.

TIPOS DE POLIPECTOMÍA

La polipectomía la podemos realizar de las siguientes maneras (Figura 3):

- 1-Resección con *grasper*.
- 2-Resección con tijera.
- 3-Resección con electrodos de energía monopolar o bipolar.
- 4-Resección con láser.
- 5-Resección con miniresectoscopio
- 6-Resección con morcelador.



1. Resección con grasper: es la forma más simple y frecuentemente usada para la resección de PE pequeños menores de un centímetro, preferiblemente con pedículo, muy útil también en los PE atroficos de pacientes postmenopáusicas que se desprenden fácilmente sin producir sangrado. La técnica consiste en tomar firmemente la base del pólipo y hacer tracción lateral o cefálica que permita visualizar y controlar el desprendimiento completo, posteriormente se extrae todo el histeroscopio visualizando el paso por el canal.

2. Resección con tijera: Se recomienda corte con tijeras desde la base para evitar recidivas- En caso de superar el tamaño del orificio cervical se sugiere adelgazar o fragmentar con cortes el pólipo antes de resecar la base. Luego de su liberación se pasa una pinza de grasper o preferiblemente un tenáculo histeroscópico para su extracción en conjunto con el histeroscopio, verificando el paso de la patología por el canal.

3. Resección con energía:

a. Monopolar: Se caracteriza por su bajo costo. Tiene como ventajas la poca generación de burbujas durante la activación sobre el tejido, sin embargo, requiere la utilización de medios de distensión no electrolíticos, los cuales aumentan el riesgo de complicaciones asociadas a las soluciones hipotónicas, aunque para el escenario de consultorio, este riesgo prácticamente desaparece. Obliga a la utilización de una placa de retorno sobre el paciente con los riesgos de quemadura asociados.

b. Bipolar: Actualmente son los preferidos para el uso en cirugía histeroscópica, tanto en consultorio como en quirófano. Este tipo de energía puede usarse en ambiente de consultorio con electrodos de 5 Fr. a través del canal de trabajo o con miniresectoscopios de hasta 13 Fr.

Electrodos de 5 Fr.

Ventajas: Excelente en consultorio, permiten hemostasia y cortes limpios, no hay que cambiar de instrumento. **Desventajas:** Produce gran cantidad de burbujas, no asegura la extracción de la pieza de la cavidad endometrial, puede ocasionar daños por quemaduras o perforaciones.



4. Resección láser: El uso de láser en histeroscopia no es nuevo, sin embargo, solo en los últimos 10 años ha venido ganando protagonismo en su aplicación práctica de la cirugía histeroscópica. Se han utilizado láser de CO₂, Nd:YAG, KTP, He:Ne, argón, y recientemente láser diodo, el cual parece ser el más versátil y económico en comparación con los demás tipos de láser, y el que cuenta con mayor cantidad de evidencia para su aplicación en el manejo de pólipos y miomas submucosos. El láser diodo tiene una longitud de onda de 980 a 1470 nm, espectro que le da una especial afinidad por el agua y la hemoglobina, permitiendo un excelente control de hemostasia y vaporización o corte sobre el tejido endometrial y miometrial. Con una penetración que no supera los 3 mm, dando así mucha seguridad en el entorno de consultorio.

Ventajas: es menos dolorosa, menos costosa si la fibra es reusable, y más versátil para su uso en consultorio, excelente hemostasia, es bueno para vaporizar, hay evidencia de menor tasa de recidivas, pocas burbujas, siempre funciona con la misma potencia, fibra óptica delgada que permite un flujo de líquido mayor, mejorando la visual. **Desventajas:** no está disponible en la mayoría de los centros, existe poco entrenamiento entre los ginecólogos, y no asegura la extracción de muestra la cavidad endometrial.

5- Miniresectoscopios : utilizan energía para la resección tanto monopolar como bipolar.

Ventajas: Excelente en consultorio, permite hemostasia y cortes limpios, permite extracción del tejido resecaado al destruir la lesión en pequeños fragmentos o "chips". Se ha descrito extracción completa en 96,15% con excelente tolerancia .
Desventajas: Produce gran cantidad de burbujas, puede ocasionar daños eléctricos, requiere cambio de instrumento, requiere sistema especial de irrigación-aspiración, requiere generador especial con capacidad de producir energía de plasma.



6- Resección con morceladores

Permiten la destrucción del tejido a través de cuchillas rotatorias integradas a un sistema de flujo del medio de distensión con el que se puede recuperar el tejido destruido de forma limpia y organizada. La recuperación del tejido en histeroscopia siempre ha constituido una de las mayores dificultades, principalmente para operadores novatos. Esta dificultad se supera con entrenamiento y el instrumental adecuado.

Su eficiencia dependerá del sistema utilizado, el tamaño de ventana, las revoluciones por minuto, presiones de vacío de cada equipo y la experiencia del operador. Es reutilizable. Alto éxito incluso en pólipos mayores de 2cm (96,92% Vs 97,53% en menores de 2cm) sin complicaciones y excelente tolerancia en consultorio. **Desventajas:** más costosa (costo de los desechables: cuchillas, tubos), su rendimiento disminuye a medida que las cuchillas se van gastando, no disponible en la mayoría de los centros, no hace hemostasia (excepto los modelos que tiene corte con energía bipolar asociado). Requiere cambio de instrumento y sus diámetros aún son altos para el entorno de consultorio (6-7 mm).

DISCUSIÓN

La histeroscopia es el método más eficiente para el diagnóstico de los pólipos endometriales superando a la ecografía transvaginal y la histerosonografía. Adicionalmente permite ver y tratar inmediatamente los hallazgos. El valor predictivo del método diagnóstico más usado: la ecografía transvaginal, dista de ser preciso pues de 100 pólipos reportados en la ecografía, 20 a 40% pueden ser falsos positivos, obligando a los médicos y las pacientes a incurrir en estudios adicionales para su confirmación.

Un RCT que comparó el tratamiento histeroscópico en consultorio con el manejo en quirófano, no mostró diferencias significativas en cuanto al alivio de los síntomas; 73% en consultorio y 80% en quirófano, concluyendo que la polipectomía ambulatoria no era inferior a la polipectomía en quirófano, para aliviar la hemorragia uterina anormal, mostrando ser un procedimiento seguro, factible y rentable. Sin embargo, advierten que las pacientes deben saber que, es más probable que no se extirpe el pólipo con el procedimiento ambulatorio y que la aceptabilidad del procedimiento puede ser menor. La tasa de recurrencia es baja; (0% a 15%) después de una polipectomía, independiente del método utilizado.

La polipectomía ambulatoria se asoció con un riesgo mínimo, pero significativamente mayor de pólipos endometriales residuales en comparación con la polipectomía hospitalaria. Por el contrario, la polipectomía hospitalaria se asoció con un riesgo considerablemente mayor de complicaciones como la perforación uterina en comparación con la histeroscopia en consultorio. Debido a los menores

riesgos intraoperatorios y la mayor rentabilidad, la histeroscopia en el consultorio puede considerarse, siempre que sea posible, como la técnica estándar de oro para eliminar los PE.

La extirpación de pólipos endometriales en un consultorio mediante instrumentos mecánicos, electrodo bipolar o un morcelador histeroscópico proporciona tejido adecuado para el diagnóstico histológico, y no hay diferencia entre estas tres técnicas para la evaluación de la muestra

patológica, a pesar de los efectos de la lesión térmica o la fragmentación del tejido.

AlHilli y Colaboradores encontraron que la Morcelación intrauterina puede estar asociada con una menor recurrencia de pólipos endometriales. Sin embargo, la incidencia de sangrado uterino anormal recurrente es independiente del método de polipectomía.

En una revisión sistemática encontraron que la morcelación, se asocia con una mayor tasa de éxito quirúrgico y un tiempo quirúrgico menor que la resectoscopia. y que *el versapoint*® (15,16)

En general todos los trabajos coinciden en mostrar que la Morcelación tiene como ventajas: más eficaz para lograr una polipectomía completa, disminución significativa en el tiempo operatorio total, curva de aprendizaje más corta, más rápido, menos doloroso y más aceptable. Como desventajas se encuentran: el requerimiento de histeroscopia específica para el morcelador, lo que obliga a cambiar de instrumento de trabajo, la necesidad de mangueras y bomba de infusión, y el grosor del morcelador.

La polipectomía con láser de diodo produjo menos recaídas (2,2% vs 32,6%; P = 0,001) y una mayor tasa de satisfacción con el procedimiento en comparación con *versapoint*® a los 3 meses, sin diferencias de éxito, tolerancia, tiempo quirúrgico o complicaciones.

Los factores de riesgo encontrados para la recurrencia de los pólipos endometriales son la duración del seguimiento, la presencia de hemorragia uterina anormal y tamaño mayor de 15mm. Otros estudios muestran a la endometriosis como factor de riesgo; que aumenta la incidencia y recidiva de los pólipos a 2 años en un 23.08%, y a 5 años en un 56.41%, sin embargo el tipo de polipectomía no se ha relacionado como factor de riesgo para recurrencia .

En cuanto a fertilidad aún no se conoce cuál sea el mejor método para tratamiento, ya que no se ha demostrado superioridad por alguno de métodos (24,25)

Finalmente, el análisis de costoefectividad, aunque son específicos de cada institución. Se ha demostrado que el costo total de la polipectomía

histeroscópica es notablemente mayor cuando se usa equipos desechables en comparación con equipos reutilizables, tanto en el quirófano como en consultorio. La cirugía con resección de electrodo de asa reutilizable es el enfoque más rentable en cada entorno, pero requiere cirujanos experimentados. El tiempo quirúrgico más corto de los morceladores debe tenerse en cuenta debido más a la comodidad de la paciente que al ahorro de costos (26)

CONCLUSIONES

La histeroscopia de consultorio, en el abordaje de los PE, no solo es una herramienta diagnóstica sino terapéutica. Como prueba diagnóstica tiene un mejor desempeño en sensibilidad y especificidad frente a otros diagnósticos por imagen, y tiene la posibilidad de dar tratamiento inmediato y eficaz (filosofía del ver y tratar) en el mismo procedimiento, evitando el dilema del seguimiento para los pólipos endometriales pequeños o asintomáticos. Requiere inversión en tecnología y entrenamiento, y cuenta con un creciente volumen de evidencia sobre su relación costo-beneficio y costo-efectividad para la paciente y para los sistemas de salud. Se invita a abandonar definitivamente el curetaje a ciegas, tanto para diagnóstico como para tratamiento en el manejo de las pacientes con sospecha de pólipos endometriales, y en general de toda la patología de la cavidad endometrial, prefiriendo la histeroscopia de consultorio antes que la histerosonografía o la histeroscopia de quirófano, ya que dan una confirmación de la patología, características de los pólipos y son terapéuticas en un porcentaje alto.

REFERENCIAS

- 1- Munro, M. G. and G. Southern California Permanente Medical Group's Abnormal Uterine Bleeding Working (2014). "Investigation of women with postmenopausal uterine bleeding: clinical practice recommendations." *Perm J* 18(1): 55-70.
- 2- Bettocchi, S., et al. (2001). "Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage." *Fertil Steril* 75(4): 803-805.
- 3- Clark, T. J., et al. (2015). "A randomised controlled trial of Outpatient versus inpatient Polyp Treatment (OPT) for abnormal uterine bleeding." *Health Technol Assess* 19(61): 1-194.
- 4- Salazar, C. A. and K. B. Isaacson (2018). "Office Operative Hysteroscopy: An Update." *J Minim Invasive Gynecol* 25(2): 199-208.
- 5- Diwakar, L., et al. (2016). "An economic evaluation of outpatient versus inpatient polyp treatment for abnormal uterine bleeding." *BJOG* 123(4): 625-631.
- 6- Operative hysteroscopy <https://elearning.rcog.org.uk/uterine-cavity-surgery/operative-hysteroscopy>
- 7- Bettocchi, S., et al. (2004). "Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments." *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 11(1): 59-61.
- 8- Dealberti, D., et al. (2016). "Feasibility and Acceptability of Office-Based Polypectomy With a 16F Mini-Resectoscope: A Multicenter Clinical Study." *J Minim Invasive Gynecol* 23(3): 418-424.
- 9- Rovira Pampalona, J., et al. (2015). "Outpatient Hysteroscopic Polypectomy: Bipolar Energy System (Versapoint(R)) versus Mechanical Energy System (TRUCLEAR System(R)) - Preliminary Results." *Gynecol Obstet Invest* 80(1): 3-9.
- 10- Nappi, L., et al. (2016). "The use of laser in hysteroscopic surgery." *Minerva Ginecol* 68(6): 722-726.
- 11- Ceci, O., et al. (2019). "Office treatment of large endometrial polyps using truclear 5C: Feasibility and acceptability." *J Obstet Gynaecol Res* 45(3): 626-633.
- 12- Grimbizis, G. F., et al. (2010). "A prospective comparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonohysterography, and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of endometrial pathology." *Fertil Steril* 94(7): 2720-2725.
- 13- Cooper, N. A., et al. (2015). "Outpatient versus inpatient uterine polyp treatment for abnormal uterine bleeding: randomised controlled non-inferiority study." *BMJ* 350: h1398. View more

Polipectomía histeroscópica en quirófano

Dr Sushma Deshmukh, Director of Central India Test Tube Baby Centre. Nagpur. India

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

INTRODUCCIÓN

El pólipo es una de las anomalías endometriales más comunes que está presente en el 9-25% de la población general y es una de las causas más frecuentes de sangrado uterino anormal (SUA). En el manejo de pólipos, la literatura menciona tanto el manejo expectante como el quirúrgico. La histeroscopia es una herramienta muy útil y precisa para diagnosticar y tratar los pólipos. El pólipo se puede extirpar mediante histeroscopia utilizando tijeras histeroscópicas, pinzas de agarre, electrocirugía monopolar o bipolar, resectoscopio, láser o morceladores histeroscópicos.

La polipectomía histeroscópica realizada de forma ambulatoria sin anestesia, es un procedimiento bien tolerado por los pacientes y muestra un alto nivel de eficacia, similar a cuando realizamos el procedimiento bajo anestesia en quirófano. Se precisa de quirófano para la polipectomía en quirófano si el pólipo es grande y con base ancha.

¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS NECESITAMOS QUIRÓFANO PARA LA POLIPECTOMÍA?

- Los pólipos grandes y de base ancha necesitan resectoscopio y quirófano para su extracción.

- A veces, para casos múltiples y recurrentes, el resectoscopio es la mejor opción.

- D.Andia Ortiz et al (1) mencionaron el abordaje activo en el que la resección de pólipos se realiza en quirófano con la ayuda de resectoscopio. Su ventaja se debe a que por un lado trata la HUA, y por otro porque el pólipo puede presentar una transformación maligna en su base o punta que puede pasar desapercibida si no se reseca por completo.

- En muchos países en desarrollo, a veces es muy difícil educar y preparar al paciente para la histeroscopia en el consultorio. Muchos pacientes exigen anestesia.



Fig.1 Ecografía abdominal

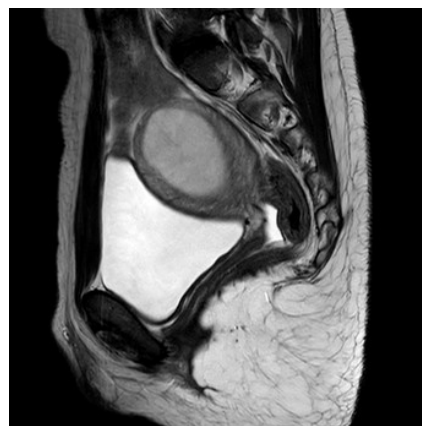


Fig.2 RMN pelvis

SELECCIÓN DE PACIENTES

- Todos los pacientes de AUB y PMB (sangrado posmenopáusico) con pólipos más grandes o más diseminados.

- Pólipos más grandes con posibilidad de malignidad.

- Pólipos grandes y / o múltiples en pacientes tratados con tamoxifeno, letrozol, tibolona de larga duración.

- Paciente que no desea el procedimiento en consultorio, niñas y mujeres vírgenes (especialmente comunidad religiosa de mujeres).

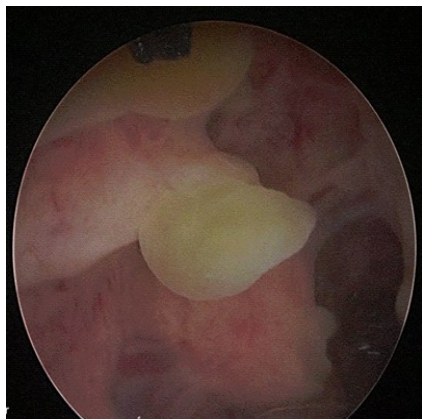


Fig.3 Pólipo en cara lateral



Fig 4 Pólipos en cara anterior



Fig.5 Cara posterior



Fig.6 Pólipo cara lateral derecha

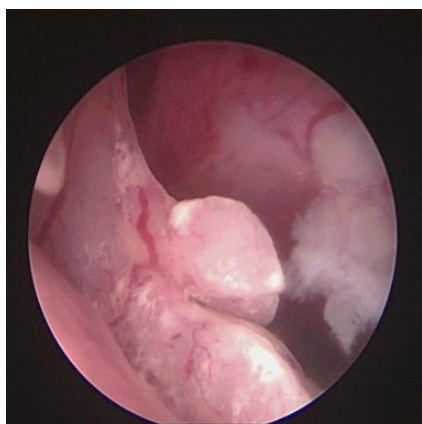


Fig. 7 Múltiples pólipos

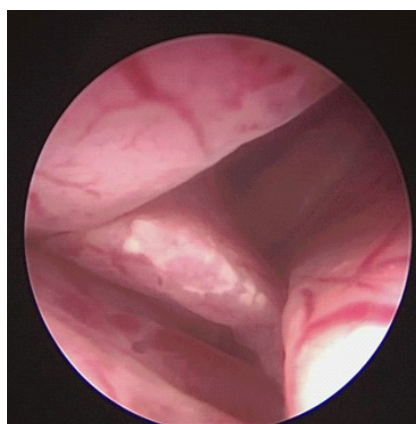


Fig.8 Endometrio polipode

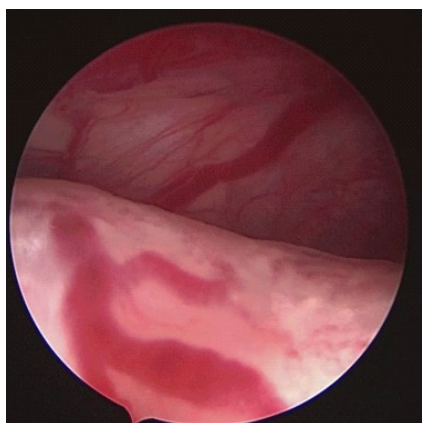


Fig.9- Gran pólipo

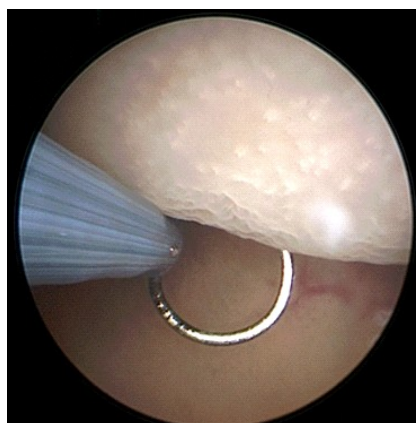


Fig.10, Miniresector de Gubбини
(Cortesía Dr. Gubбини)

- Pacientes con pólipo y se envían para laparoscopia por otro motivo.
- Pacientes con estenosis cervical severa con bajo umbral de dolor o vaginismo.
- Pacientes con cualquier combinación de los anteriores.



Fig. 11 Pólipo ocupando la cavidad endometrial

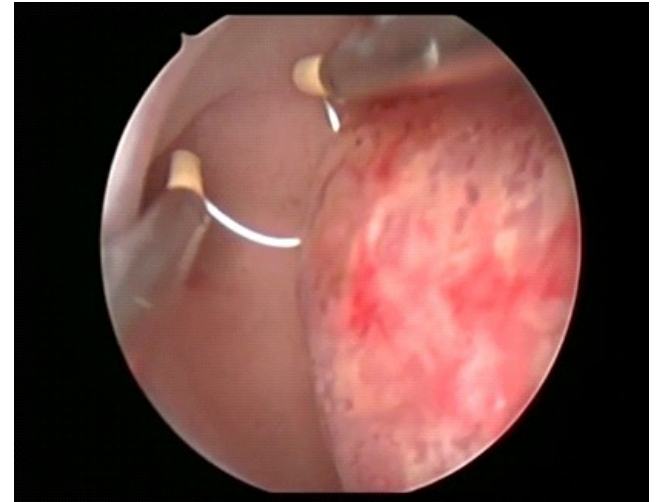


Fig. 12 Polipectomía con resector



Fig. 13 Pólipo maligno en mujer de 76 años.
Visión por vaginoscopia



Fig.14 Morcelación de pólipo
(cortesíaDr Milind Telang)

PLANTEAMIENTO QUIRÚRGICO

En pacientes premenopáusicas, es mejor realizar la cirugía durante la fase folicular del ciclo, al terminar la menstruación. No hay evidencia suficiente como para recomendar la preparación cervical de rutina antes de la histeroscopia, pero podría considerarse en aquellas pacientes con un alto riesgo de estenosis cervical o con gran dolor durante el procedimiento quirúrgico.²

A veces con chicas jóvenes utilizamos el histeroscopia. Caso clínico: chica de 13 años con menarquia muy dolorosa y con sangrado muy abundante desde el primer día del ciclo menstrual y que no responde a ningún tratamiento, ni con hormonas ni sin hormonas. La ecografía y la RMN mostraban un gran pólipo intrauterino (Fig.1)(Fig.2). Se programó una histeroscopia bajo anestesia. La totalidad de la cavidad estaba ocupada por múltiples pólipos (Fig. 3,4 y 5). Se realizó polipectomía con tijeras.

Otra joven de 35 años, casada desde hace 10 años, con infertilidad primaria y hemorragia uterina severa. Tenía además vaginismo. Ella tampoco permitió el examen. La pareja no pudo consumir desde el matrimonio. Presentaba un gran pólipo que fue resecado con tijeras en quirófano (Figura 6).

Las mujeres que toman tamoxifeno tienen un riesgo específico de desarrollar pólipos endometriales, endometrio polipoide o endometrio hiperémico. Pueden presentarse con HUA por poliposis múltiple. (Fig. 7,8,9) Estas pacientes pueden requerir resectoscopia.

2- Resectoscopio. Es una opción válida para pólipos muy grandes o pólipos de base amplia. (Hoy en día, los resectoscopios vienen en varios tamaños, desde 16 fr. hasta 27). El 16 French 00 de Gubbini es una muy buena alternativa y requerirá una dilatación mínima o nula (Figura 10). En la resectoscopia, los pólipos se extirpan con la técnica del slicing (Figura 11.12)

Algunas pacientes con sangrado posmenopáusico por carcinoma de endometrio pueden presentarse como un pólipo (Figura 13). Muchas publicaciones describieron la relación del pólipo con el carcinoma de endometrio. Y, a veces, pueden producirse informes de falsos negativos si no se detecta el carcinoma en la base del pólipo. Karakaya y col. informaron de una prevalencia de cáncer de endometrio del 9% de las mujeres geriátricas con pólipos endometriales.

3- Morceladores histeroscópicos. Son una muy buena opción para pacientes con pólipos muy grandes. Reducirá las complicaciones como la sobrecarga de líquidos ya que el tiempo del procedimiento es muy inferior (Fig., 14)

Para la cirugía histeroscópica en quirófano de forma rutinaria, debemos considerar el manejo de los medios de distensión, la fuente de luz óptima para una visualización adecuada y la corriente eléctrica. En la actualidad, la mayoría de los centros utilizan bipolar con suero fisiológico.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

La histeroscopia en el consultorio se asoció con un mayor riesgo de extirpación de pólipos fallida o incompleta. Por otro lado, la polipectomía por histeroscopia hospitalaria se asoció con un mayor riesgo de complicaciones que pueden deberse a pólipos difíciles, anestesia, perforaciones, sobrecarga de líquidos. En pacientes con comorbilidades como enfermedad cardiopulmonar, la polipectomía es mejor en quirófano bajo anestesia. También en pacientes con procedimientos de consultorio fallidos o no tolerados, es la mejor opción.

CONCLUSIÓN

Se plantea la resección de pólipos en quirófano con resectoscopio para tener mayor seguridad de su resección completa. En comparación con la resección mecánica, el tiempo operatorio de la cirugía resectoscópica es mucho más prolongado. En última instancia, ambas técnicas dan como resultado la resolución de los síntomas y una baja tasa de recurrencia.

REFERENCIAS

- 1- Outcomes of endometrial-polyp treatment with hysteroscopy in operating room; 01 September 2007; . . . , & ;Gynecological Surgery volume 5, pages35-39(2008)
- 2- Committee on Gynecologic Practice, *Number 13, September 2018* AAGL Practice Guidelines Committee in collaboration with the ACOG; Linda C. Yang, MD, MSc and AAGL member Angela Chaudhari, MD
- 3- J Minim Invasive Gynecol. Nov-Dec 2017;24(7): f.jmig.2017.08.645. Epub 2017 Aug 24. Resectoscopic Surgery for Polyps and Myomas: A Review of the Literature , Kirsten J Sasaki , Aarathi Cholkeri-Singh

PÓLIPOS EN MENOPAUSIA

Dr Thiago Guazzelli, Hospital MMEVN Cachoeirinha, São Paulo, Brasil

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

INTRODUCCIÓN

Los pólipos endometriales son una de las causas más frecuentes de sangrado genital anormal tanto en mujeres premenopáusicas como en postmenopáusicas [1-3]. También pueden ser asintomáticos. La gran mayoría de los pólipos endometriales son benignos, pero en algunos casos son malignos [2]. En mujeres postmenopáusicas con sangrado uterino anormal, la biopsia endometrial puede no ser fiable para la evaluación de la patología endometrial, sobre todo en casos de crecimiento focal [4].

EL TAMAÑO IMPORTA

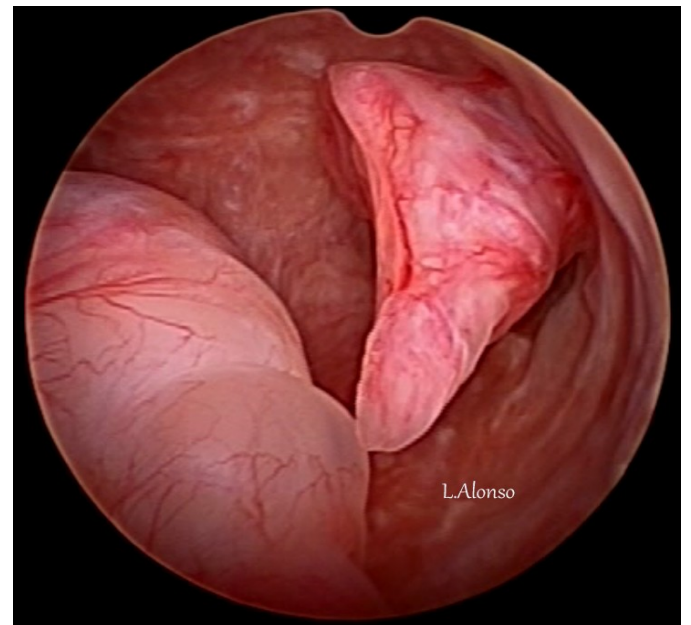
Una revisión sistemática halló que los resultados no eran claros con respecto a si el incremento en el tamaño del pólipo se asociaba a malignidad [7]. Diversos estudios que incluyen a más de 400 mujeres que apoyan esta asociación, han concluido que la histología premaligna o maligna se asocia con pólipos de más de 1,5 cm de diámetro [9].

Según nuestra experiencia, es poco probable que los pólipos múltiples y los pólipos prolapsados desaparezcan, mientras que si que es probable que se vuelvan sintomáticos. Además, los pólipos prolapsados se extirpan fácilmente de forma ambulatoria [8].

¿A QUIÉN DEBEMOS CONTROLAR?

Aproximadamente el 95 por ciento de los pólipos endometriales son benignos [7]. Una revisión sistemática de 17 estudios observacionales que incluyeron a más de 10,000 mujeres informó que la incidencia de pólipos malignos o hiperplásicos fue significativamente mayor en las mujeres posmenopáusicas en comparación con las premenopáusicas (5.4% versus 1.7%) y aquellas con sangrado en comparación con aquellas sin sangrado (4.2% versus 2.2%) [2]. Es de destacar que estas características también se relacionan con un mayor riesgo de malignidad endometrial también en pacientes sin pólipos. [8]

Baiochi et al., demostraron que las pacientes mayores con hemorragia menopáusica e hipertensión tienen un mayor riesgo de pólipos premalignos y malignos. Cuando se consideraron las variables clínicas, la edad de la paciente, la menopausia, la presencia de sangrado uterino anormal y la hipertensión, fueron características estadísticamente significativas relacionadas con patología premaligna y maligna.



Además de los factores mencionados anteriormente, Gregoriou et al., incluyeron la obesidad y la diabetes como factores de riesgo de malignidad de pólipos endometriales en un estudio que incluyó 516 casos.

	group 1	group 2	group 3
	0.625 mg conjugated estrogen + 2.5 mg medroxyprogesterone	2 mg estradiol + 1 mg norethisterone	2.5 mg tibolone
polyps	5	10	2
recurrence of polyps	1	3	

	significant differences	polyps	significant differences	Recurrence of polyps
group 1 X group 2	x	P < 0.05		P > 0.05
group 2 x group 3	X	P < 0.05		P > 0.05
group 1 X group 3		P > 0.05		P > 0.05

TERAPIA HORMONAL

Oguz et al., evaluaron el efecto iatrogénico de diferentes protocolos de terapia hormonal (TH) sobre la formación de pólipos endometriales ajustando los efectos de confusión de otros factores como edad, paridad, peso corporal y estado menopáusico.

Después de los primeros 18 meses, las pacientes tuvieron su primera histeroscopia en el consultorio y se repitió en serie cada 6 meses durante un período de 3 años con el objetivo de investigar la prevalencia de pólipos endometriales nuevos y recurrentes.

Observaron que la formación de pólipos endometriales puede depender del tipo y la dosis de estrógeno y progestágeno utilizados. Especialmente un progestágeno con alta actividad antiestrogénica puede desempeñar un papel preventivo importante en el desarrollo de pólipos endometriales.

Maia et al., demostraron que la TH puede causar la involución de los pólipos endometriales al disminuir la proliferación y estimular la apoptosis, por lo que debe reconsiderarse el uso de progestagenos como protección ideal del endometrio. [13,14]

TAMOXIFENO

El diagnóstico de pólipo se realizó en 2 a 36% de las mujeres posmenopáusicas tratadas con tamoxifeno. Los pólipos en estas mujeres pueden

ser grandes (> 2 cm), múltiples o mostrar alteraciones moleculares. Los datos de un gran ensayo aleatorizado de quimiopprofilaxis del cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas encontraron que la incidencia de pólipos fue mayor en mujeres tratadas con tamoxifeno en comparación con raloxifeno (2,1% frente a 0,6%, riesgo relativo 0,30, IC 95% 0,25-0,35) [8, 11, 12].

¿CIRUGÍA PARA TODOS?

Para las mujeres posmenopáusicas, recomendamos la extirpación de todos los pólipos endometriales. El riesgo de complicaciones asociadas con la polipectomía es bajo, y el riesgo de malignidad en un pólipo es mayor en esas mujeres, especialmente en aquellas que presentan sangrado [8,9].

REFERENCIAS

- Lieng, M., et al. (2010). "Treatment of endometrial polyps: a systematic review." *Acta Obstet Gynecol Scand* **89**(8): 992-1002.
- Lee, S. C., et al. (2010). "The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis." *Obstet Gynecol* **116**(5): 1197-1205.
- GL, Nucci, MR, Robboy SJ. Endometritis, metaplasias, polyps, and miscellaneous changes. In: Robboy's Pathology of the Female Reproductive Tract, 2nd ed., Robboy SJ, Mutter GL, Prat J, et al (Eds), Churchill Livingstone Elsevier, Oxford 2009. p.343.
- Brooks, P. G. and S. P. Serden (1988). "Hysteroscopic findings after unsuccessful dilatation and curettage for abnormal uterine bleeding." *Am J Obstet Gynecol* **158**(6 Pt 1): 1354-1357.
- Oguz, S., et al. (2005). "The role of hormone replacement therapy in endometrial polyp formation." *Maturitas* **50**(3): 231-236.
- Salim, S., et al. (2011). "Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature." *J Minim Invasive Gynecol* **18**(5): 569-581.
- Baiocchi, G., et al. (2009). "Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience." *Am J Obstet Gynecol* **201**(5): 462 e461-464.
- Stewart EA, et al. Endometrial polyps. Literature review current through: Jan 2021. | This topic last updated: Feb 05, 2021. Uptodate. **9** - Arie A, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; **115**(2):206.
- O., et al. (2009). "Clinical parameters linked with malignancy in endometrial polyps." *Climacteric* **12**(5): 454-458.
- Cohen, I. (2004). "Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment." *Gynecol Oncol* **94**(2): 256-266.
- Runowicz, C. D., et al. (2011). "Gynecologic conditions in participants in the NSABP breast cancer prevention study of tamoxifen and raloxifene (STAR)." *Am J Obstet Gynecol* **205**(6): 535 e531-535.

Pólipos de localización atípica. Vaginales, cervicales y tubáricos

Emma Marquez MD, Carugno Jose MD

University of Miami. Minimally Invasive Gynecology Division. University of Miami. Miller School of Medicine.

Hysteroscopy Newsletter Vol 7 Issue 2

INTRODUCCIÓN

Los pólipos endometriales son una causa muy frecuente de sangrado uterino anormal tanto en premenopáusicas como en postmenopáusicas. Los pólipos del tracto genital femenino se localizan sobre todo dentro de la cavidad uterina y son generalmente benignos. Sin embargo, también se pueden hallar pólipos en vagina, cérvix y trompas de Falopio, aunque los pólipos en vagina y trompas son bastante infrecuentes. A menudo, esos pólipos pueden diagnosticarse y tratarse por vía histeroscópica, pudiendo enviarse posteriormente para estudio anatomopatológico si es preciso.

EMBRIOLOGÍA

El Sistema reproductor femenino deriva del mesodermo, de células germinales primordiales, del epitelio celómico y del mesénquima (Moncada-Madrado, 2020). El útero deriva de los conductos de Müller que dan lugar también al tercio superior de la vagina, al cérvix y a ambas trompas de Falopio. Debido a este origen embriológico, los pólipos que se desarrollan en el útero, en cérvix y en las trompas de Falopio deberían ser estructuralmente similares.

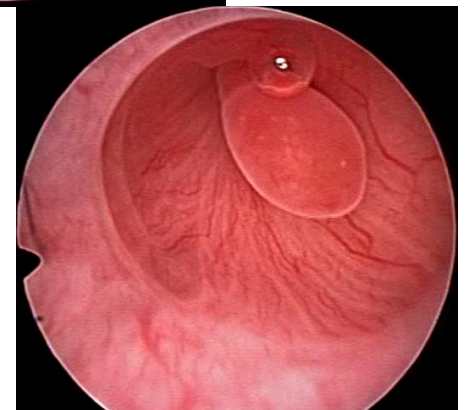
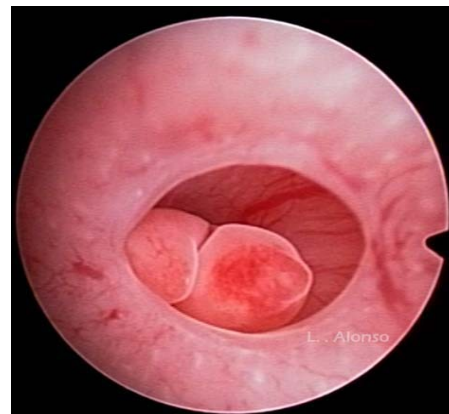
PÓLIPOS TUBÁRICOS

Los pólipos tubáricos son proliferaciones benignas de tejido endometrial conectadas por un pequeño pedículo a la mucosa de la trompa de Falopio (Heatley, 2001, Chung, 1990). Los pólipos tubáricos son extremadamente raros y se sabe muy poco de su significado clínico, así como de su impacto, si es que existe, en la fertilidad.

A menudo, los pólipos tubáricos son diagnosticados por histerosalpingografía o histeroscopia dentro del estudio de una paciente con infertilidad (Wansaicheong, 1998). A finales de los 90, dos revisiones publicaron que la prevalencia

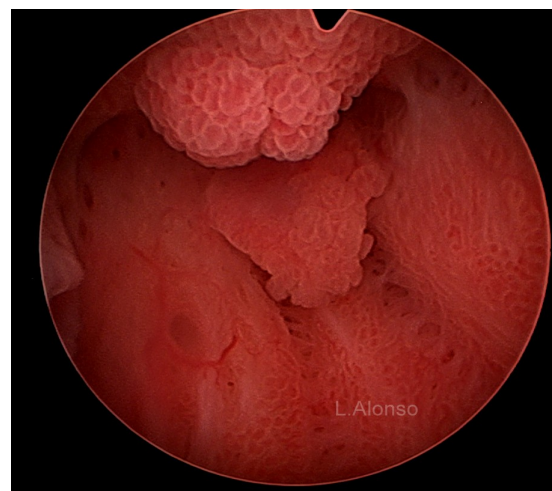
de los pólipos tubáricos estaba entre 3.8 y 11,3% de las mujeres que se sometían a una histerosalpingografía por infertilidad (Wansaicheong, 1998, Lee, 1997). La exéresis de esos pólipos puede realizarse con facilidad por histeroscopia (Stangel, 1981, Guo, 2018).

Un caso clínico de una mujer con un pólipo a nivel de la porción intersticial de la trompa demostró que este era causa de una obstrucción completa de la trompa en la histerosalpingografía (Guo, 2018). El pólipo fue posteriormente quitado por histeroscopia y la paciente quedó embarazada espontáneamente un año después. Además, en una pequeña serie de casos de mujeres con subfertilidad, la prevalencia de disovulación y anovulación fue más prevalente en mujeres con pólipos tubáricos grandes, que los autores definieron como mayores de 5 mm de diámetro (Alasiri, 2012).



Un comentario interesante: la endometriosis se asocia a la existencia de pólipos tubáricos tanto grandes como menores de 5 mm. Alasiri et al hipotizaron que la coexistencia de anovulación y endometriosis pueden facilitar la formación de pólipos tubáricos, ya que ambas circunstancias se asocian a proliferación endometrial (Alasiri, 2012). Esta teoría es bastante probable ya que otros autores han demostrado que los pólipos tubáricos tienen un origen endometrial (Chung, 1990).

Aunque raro, los pólipos tubáricos pueden visualizarse por histeroscopia, y si la paciente desea un embarazo, la exéresis del mismo mejora la fertilidad.



PÓLIPOS CERVICALES

Los pólipos cervicales son proliferaciones papilares de tejido epitelial alrededor de un eje estromal fibrovascular y que pueden tener epitelio escamoso o glandular (Levy, 2016). Habitualmente son pediculados, midiendo entre 2-30 mm y pueden aparecer en cualquier lugar dentro del canal cervical (Stamatellos, 2007). La etiología es desconocida, aunque se piensa que crecen a partir de áreas de hiperplasia asociada a inflamación crónica, a una respuesta anormal a unos niveles aumentados de estrógenos, o a una congestión local de los vasos a nivel cervical (Berzolla, 2007).

Los pólipos cervicales son generalmente asintomáticos aunque pueden causar sangrado intermenstrual, postcoital o sangrado postmenopáusico (manchado escaso) o un aumento del flujo vaginal (Tilapur, 2010, Stamatellos, 2007).

Los pólipos cervicales pueden diagnosticarse durante un examen ginecológico rutinario, por colposcopia, como defectos de relleno en la histerosalpingografía, por eco, o por biopsia endometrial (Stamatellos, 2007).



Los pólipos cervicales son proliferaciones benignas (muy raramente son malignas). Un estudio que evaluó 22.246 pólipos cervicales halló que sólo un 0,1% eran malignos. 0,5% presentaban displasia y se halló atipia en sólo un 1,6% (Berzolla, 2007). Sin embargo, se hallaron cambios inflamatorios benignos en hasta el 27,7%, metaplasia en el 13,6% e hiperplasia microglandular en el 6,8% (Berzolla, 2007). Otros estudios han reportado tasas más altas de displasia (2,2%) y hallazgos atípicos/malignos (1,6%) en los pólipos cervicales (Levy, 2016).

Existe también diferencia en cuanto a la tasa de malignidad entre los sintomáticos y los asintomáticos, presentando los sintomáticos más tendencia a ser malignos (Golan, 1994). Además, contrariamente a los pólipos endometriales, múltiples estudios han demostrado mayores tasas de displasia y atipia en las premenopáusicas que en las postmenopáusicas (Levy, 2016, Schnatz, 2009). Se piensa que las mujeres jóvenes tienen más posibilidades de padecer vaginitis, cervicitis, enfermedades de transmisión sexual y cambios inflamatorios relacionados con el HPV, dando como resultado una mayor prevalencia de atipia reactiva y metaplasia (Schnatz, 2009).

La localización, número y tamaño de los pólipos cervicales se determina mejor por histeroscopia (Stamatellos, 2007). Curiosamente, un estudio sobre la evaluación histeroscópica de los pólipos cervicales, halló que casi un 17% de los pólipos inicialmente diagnosticados como cervicales, se originaban en realidad en la cavidad endometrial (Spiewankiewicz, 2003). La histeroscopia está justificada en pacientes postmenopáusicas con sangrado postmenstrual y pólipo cervical.

También está aconsejada la evaluación de la cavidad endometrial dado que muchos pacientes con pólipos cervicales tendrán un pólipo endometrial coexistente (Coeman, 1993). Un estudio sobre 3046 histeroscopias diagnósticas halló que la posibilidad de tener pólipo endometrial ante la presencia de un pólipo cervical se incrementaba con la edad. En general, el 26,7% de las mujeres sin pólipos cervicales tenían también un pólipo endometrial, y aunque sólo el 10% de las mujeres por debajo de los 29 años tenían pólipo endometrial, casi el 86% de las mayores de 70 años tenían pólipo endometrial concomitante.

Los pólipos cervicales pueden quitarse en consulta por torsión o tracción (Stamatellos, 2007). Sin embargo, esos métodos dejan con frecuencia un pequeño fragmento de pólipo residual en el canal cervical que se puede asociar a una mayor tasa de recurrencia (tasa total de recurrencia del 6,2%-12,6%. Berzolla, 2007, Tirlapur, 2010). Por el contrario, la histeroscopia permite no solo una visualización perfecta del pedículo del pólipo, sino que permite al histeroscopista diagnosticar y tratar otra patología intrauterina concomitante.

PÓLIPOS VAGINALES

Los pólipos vaginales, al igual que los tubáricos, son raros con pocos casos publicados. Una revisión del tema halló solo 75 casos publicados de pólipos vaginales (Song, 2012).

Los pólipos vaginales parecen ser hormonodependientes, ya que habitualmente aparecen en mujeres embarazadas o en tratamiento con terapia hormonal que incluya progesterona (Song, 2012). En el estudio anatomopatológico a menudo expresan receptores estrogénicos o progestagénicos (Song, 2012). Además, en un caso de una embarazada con pólipos vaginales grandes se apreció una regresión espontánea de los mismo durante el postparto, llevando al autor a la conclusión de que eran hormonodependientes (Samal, 2015).

Esos pólipos vaginales a menudo tienen cambios hiperplásicos más que neoplásicos (Heller, 2017). Suelen presentar además hiperplasia estromal, atipia citológica e incremento de mitosis, lo que puede hacer que sean diagnosticados como sarcomas (Song, 2012). Los pólipos vaginales pueden tratarse mediante una escisión simple ya que su recurrencia es extremadamente rara (Heller, 2017).

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FUTURAS

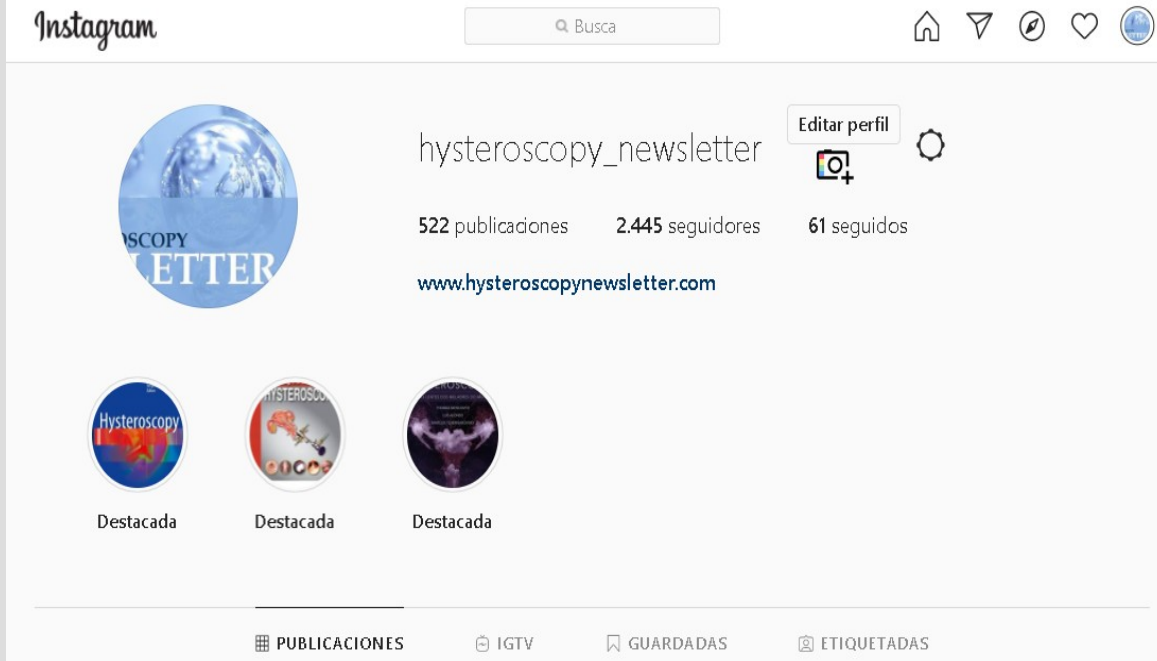
La mayoría de los pólipos que aparecen en el tracto genital pueden diagnosticarse y quitarse mediante histeroscopia. A menudo son necesarios tratamientos adicionales en los casos de tomas endometriales con pólipos cervicales o en caso de pólipos tubáricos para aumentar la fertilidad, haciendo al histeroscopista esencial en el tratamiento de esos pólipos.

Además, aunque es poco probable que estos pólipos sean malignos, la histeroscopia puede ayudar en el diagnóstico temprano de la hiperplasia endometrial o de malignidad en las trompas de Falopio. De hecho, algunos autores han sugerido el muestreo de las trompas de Falopio como un medio de detección precoz del cáncer de ovario (Gizzo, 2017). Hace falta más investigación para determinar la utilidad de la histeroscopia en la detección temprana de cáncer de ovario y trompas de Falopio.

REFERENCIAS

- Gizzo, S., et al. (2017). "A novel hysteroscopic approach for ovarian cancer screening/early diagnosis." *Oncol Lett* 13(2): 549-553.
- Moncada-Madrado M, Rodríguez Valero C. Embryology, uterus. StatPearls Web site. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547748/>. Updated 2020. Accessed February 25, 2021.
- Samal, S. K., et al. (2015). "Fibroepithelial Polyps of the Vagina in Pregnancy." *J Clin Diagn Res* 9(10): QJ01-02.
- Heller, A., et al. (2017). "Pseudosarcomatous Vaginal Polyp." *Int J Surg Pathol* 25(1): 54-55.
- Song, J. S., et al. (2012). "Cellular pseudosarcomatous fibroepithelial stromal polyp of the vagina during pregnancy: a lesion that is overdiagnosed as a malignant tumor." *Korean J Pathol* 46(5): 494-498.
- Tinelli, Andrea, Alonso Pacheco, Luis, Haimovich, Sergio, Atlas of hysteroscopy. Updated 2020.
- Schnatz, P. F., et al. (2009). "Cervical polyps in postmenopausal women: is there a difference in risk?" *Menopause* 16(3): 524-528.
- Spiewankiewicz, B., et al. (2003). "Hysteroscopy in cases of cervical polyps." *Eur J Gynaecol Oncol* 24(1): 67-69.
- Coeman, D., et al. (1993). "Hysteroscopic findings in patients with a cervical polyp." *Am J Obstet Gynecol* 169(6): 1563-1565.
- Golan, A., et al. (1994). "Cervical polyp: evaluation of current treatment." *Gynecol Obstet Invest* 37(1): 56-58.
- Berzolla, C. E., et al. (2007). "Dysplasia and malignancy in endocervical polyps." *J Womens Health (Larchmt)* 16(9): 1317-1321.
- Tirlapur, S. A., et al. (2010). "Clinico-pathological study of cervical polyps." *Arch Gynecol Obstet* 282(5): 535-538.
- Levy, R. A., et al. (2016). "Cervical polyps: Is histologic evaluation necessary?" *Pathol Res Pract* 212(9): 800-803.
- Stangel, J. J., et al. (1981). "Microsurgical resection of bilateral fallopian tube polyps." *Fertil Steril* 35(5): 580-582.
- Chung, C. J., et al. (1990). "Bilateral fallopian tube polyps: radiologic and pathologic correlation." *Urol Radiol* 12(2): 120-122.
- Kim, M. R., et al. (2003). "High frequency of endometrial polyps in endometriosis." *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 10(1): 46-48.
- Alasiri, S. A., et al. (2012). "Cornual polyps of the fallopian tube are associated with endometriosis and anovulation." *Obstet Gynecol Int* 2012: 561306.
- Brubaker, L. M. and R. L. Clark (2005). "Effects of interstitial fallopian tube polyps on isthmic tubal diameter." *Fertil Steril* 83(5): 1500-1503.
- Heatley, M. K. (2001). "Polyp of the fallopian tube." *Pathology* 33(4): 538-539.
- Brubaker, L. M. and R. L. Clark (2005). "Effects of interstitial fallopian tube polyps on isthmic tubal diameter." *Fertil Steril* 83(5): 1500-1503.
- Wansaicheong, G. K. and C. L. Ong (1998). "Intramural tubal polyps--a villain in the shadows?" *Singapore Med J* 39(3): 97-100.
- Guo, X., et al. (2019). "Interstitial Fallopian Tube Polyp." *J Minim Invasive Gynecol* 26(5): 794-795.

Hysteroscopy Newsletter es un portal abierto a todos aquellos que quieran compartir sus experiencias con la comunidad ginecológica global.



FIND US ON

-  www.facebook.com/hystronews
-  www.twitter.com/hystronews
-  [Hysteroscopy newsletter](#)
-  [HYSTEROscopy group](#)
-  [/hysteroscopy_newsletter/](#)

