

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Fístulas arteriovenosas uterinas tras legrado. Manejo histeroscópico

Luis Alonso Pacheco^{a,*}, Miguel Rodrigo Olmedo^a, Isidoro Narbona Arias^b y Jose V. Hijano Mir^c

^a Unidad Endoscopia, Centro Gutenberg, Málaga, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

^c Unidad de Reproducción, Clínica Victoria, Málaga, España

Recibido el 7 de mayo de 2013; aceptado el 12 de junio de 2013

Disponible en Internet el 31 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Fístula arteriovenosa uterina;
Histeroscopia;
Legrado;
Metrorragia

KEYWORDS

Uterine arteriovenous malformation;
Hysteroscopy;
Curettage;
Bleeding

Resumen Las fístulas arteriovenosas uterinas o malformaciones arteriovenosas uterinas constituyen una de esas afecciones extrañas y poco conocidas que dan lugar a cuadros de metrorragia que pueden llegar a comprometer la vida de la paciente. Estas pueden ser congénitas o adquiridas. Queremos revisar en este artículo las fístulas arteriovenosas adquiridas que acontecen tras la realización de un legrado uterino, su incidencia y el manejo histeroscópico, hasta donde nosotros conocemos, los distintos tratamientos se han limitado a manejo expectante o con ergotínicos, embolización o histerectomía, sin valorar la opción histeroscópica. Pensamos que la resolución de esta afección por vía histeroscópica puede abrir una nueva vía de terapia para las fístulas arteriovenosas uterinas adquiridas producidas tras la realización de un legrado uterino.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Uterine arteriovenous malformations after curettage. Hysteroscopic management

Abstract Uterine arteriovenous malformations are uncommon entities that may lead to life-threatening genital bleeding. These malformations can be congenital or acquired. In this article, we review uterine arteriovenous malformations occurring after curettage, their incidence, and their hysteroscopic management. To our knowledge, the distinct therapeutic options are limited to expectant management with or without methylergometrine maleate, embolization and hysterectomy, without considering hysteroscopy. We believe that hysteroscopic management could be a new treatment option for uterine arteriovenous malformation occurring after curettage.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

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

Introducción

Las fístulas o malformaciones arteriovenosas (AV) uterinas constituyen una afección rara y potencialmente grave, que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los cuadros de metrorragia abundante y/o continua tras la realización de un legrado uterino.

El diagnóstico suele hacerse por la clínica y por la ecografía, siendo la arteriografía el gold standard para el diagnóstico definitivo de las fístulas AV. La sintomatología clínica se relaciona con sangrado persistente tras la realización del legrado y en algunos casos con esterilidad secundaria. La ecografía muestra áreas hipoeoicas tortuosas a nivel intramiometrial; con la utilización del estudio Doppler color, se observa el típico ovillo vascular con flujos de alta velocidad (fig. 1)

El tratamiento habitual o estándar consiste en el manejo expectante con o sin ergotínicos, la embolización o la histerectomía, estando el legrado uterino completamente contraindicado, ya que puede desencadenar cuadros de sangrado muy profuso. Apenas existen artículos que hablen de la utilización de la histeroscopia en estos casos y los pocos publicados no acometen la resolución de esta afección por esta vía.

Presentamos en el siguiente artículo, 3 casos de fístula AV uterina tras la realización de un legrado en los que esta fístula AV se asocia a la persistencia de restos intrauterinos. El presente artículo describe la resolución histeroscópica de estos 3 casos utilizando el resectoscopio. Hasta donde conocemos, son los primeros casos de resolución de dicha afección por vía histeroscópica.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente de 32 años de edad, G1A1, remitida a nuestra consulta con cuadro de metrorragia persistente tras la realización de legrado uterino 32 días antes por aborto incompleto en la semana 7+1 de gestación. La paciente fue tratada con tratamiento ergotínico debido al sangrado persistente y a la existencia de una masa ecogénica intrauterina observada durante la realización de una ecografía de control. La ecografía realizada en nuestra consulta muestra un área heterogénea intrauterina de 1,8 cm junto con áreas hipervascularizadas tanto intrauterinas como intramiometriales. Se somete a la paciente a una histeroscopia quirúrgica con resectoscopio Karl Storz 26 Fr, con glicina como medio de distensión. procediéndose a la exéresis del tejido gestacional

retenido y a la exéresis de parte de tejido miometrial en el área de implantación, donde se aprecia una altísima vascularización, con vasos tortuosos visibles por endoscopia (fig. 2). Posteriormente, se realiza una ecografía de control a las 3 semanas posquirúrgicas, en la que se aprecia una leve hidrometra, que desaparece espontáneamente en nueva eco de control a las 2 semanas.

Caso 2

Paciente de 33 años. G5P5, acude tras realización de legrado por aborto retenido en la semana 11. Presenta sangrado genital en cantidad similar a regla tras 15 días sin sangrado poslegrado. En la exploración en consulta, sangrado similar a regla y la eco demuestra área heterogénea intrauterina de 2 x 1,6 cm cm junto con áreas hipervascularizadas intramiometriales. Se realiza una histeroscopia quirúrgica con resectoscopio Karl Storz 26 Fr, utilizando glicina como medio de distensión para la exéresis de restos intrauterinos que se hallaban firmemente adheridos al miometrio, precisando de resección superficial miometrial para su extracción completa. Eco control a las 3 semanas, normal.

Caso 3

Paciente de 33 años de edad, G2C1A1, acude tras la realización de un legrado por aborto retenido a la semana 8 + 3 de gestación; posteriormente, fue sometida a un segundo legrado por persistencia de restos intracavitarios. Persiste el sangrado genital y está en tratamiento con ergotínicos. La ecografía realizada en consulta presenta área compatible con restos intrauterinos y áreas hipervascularizadas a nivel intramiometrial. Se procede a resectoscopia quirúrgica con resectoscopio Karl Storz 26 Fr y glicina como medio de distensión; se realiza exéresis del área de restos intrauterinos y exéresis superficial del área de implantación, que presenta consistencia dura al tacto (fig. 3) con el asa del resector. Eco de control a las 3 semanas, normal.

Discusión

Las fístulas AV o malformación AV uterina constituyen una afección muy poco frecuente y potencialmente grave debido al sangrado anormal que se origina en las comunicaciones anómalas entre arterias y venas.

Pueden ser congénitas o adquiridas, pensamos que debe reservarse el término de fístula AV para los casos adquiridos y

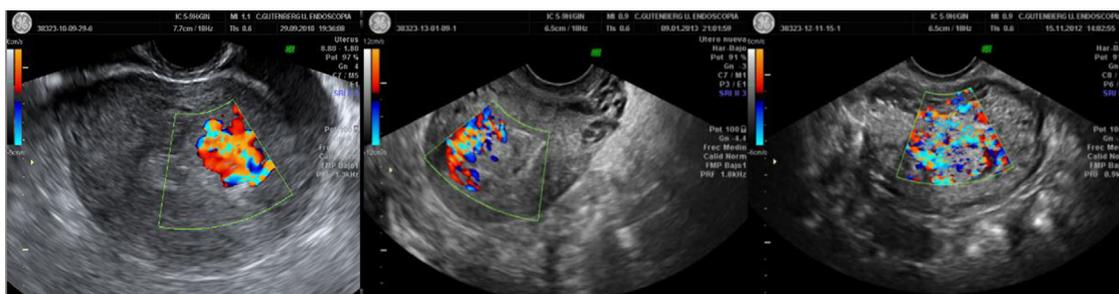


Figura 1 Ecografía de los 3 casos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968850>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968850>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)