

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA: POR QUE E QUANDO INDICAR?



A histeroscopia tornou-se parte importante da propedêutica ginecológica. A evolução do método e do equipamento, permitiu que o exame pudesse ser realizado ambulatorialmente, com boa acurácia na avaliação da cavidade uterina. Porém, por ser um exame invasivo, tem indicações de realização precisas.



Objetivos:

Apresentar as indicações de histeroscopia, bem como as orientações e contraindicações para sua realização.



Introdução

- A histeroscopia diagnóstica é considerada o método padrão-ouro para a avaliação endoscópica da cavidade uterina.
- A introdução de histeroscópios com menores diâmetros possibilitou que o exame e pequenos procedimentos pudessem ser realizados em consultório.
- Os procedimentos histeroscópicos ambulatoriais permitem que as mulheres retomem às atividades normais rapidamente.
- A conveniência da abordagem “ver e tratar” de um problema ginecológico deve ser ressaltada, e muitas vezes evita o inconveniente de ir ao centro cirúrgico e se submeter à anestesia.



Introdução

Procedimentos ambulatoriais, além da histeroscopia diagnóstica, incluem:

- Biópsia endometrial sob visualização direta
- Polipectomia
- Lise de sinéquias intrauterinas
- Ressecção de pequenos miomas submucosos
- Metroplastia uterina
- Retirada de corpo estranho ou DIU sem fio visível
- Retirada de produtos da concepção retidos na cavidade uterina

Todo ginecologista e médico da Atenção Básica deve estar familiarizado com as indicações do procedimento.



Indicações de histeroscopia

Sangramento uterino
anormal

Espessamento
endometrial

Infertilidade
(suspeita de causa
uterina ou cervical)

Sinéquia intrauterina

Suspeita de
malformações
müllerianas

Recuperação de DIU
ectópico

Produtos da concepção
retidos (restos ovulares
e placentários)

Avaliação de achados
anormais em outros
exames de imagem
(histerossalpingografia,
etc)



Sangramento uterino anormal (SUA)

É uma desordem multifatorial que pode ser resultado de anormalidades estruturais, como pólipos endometriais ou miomas, e etiologia não-estruturais, como disfunção ovulatória ou coagulopatias.

- O grande número de causas de SUA reforça a necessidade da boa anamnese e exame físico cuidadoso, evitando-se assim exames subsidiários desnecessários.
- A histeroscopia é uma ferramenta valiosa na investigação da etiologia do SUA nas mulheres na pré e pós-menopausa.
- Comparada com a ultrassonografia transvaginal, a histeroscopia tem melhor sensibilidade e especificidade para avaliação de patologias endometriais.



Sangramento uterino anormal (SUA)

- Na avaliação do sangramento uterino pós-menopausa, uma espessura endometrial maior do que 4mm requer uma histeroscopia para afastar malignidade (biópsia do endométrio sob visualização direta).
- Em pacientes com câncer endometrial em estágio inicial, o risco potencial de disseminação de células endometriais cancerosas através das tubas uterinas durante a histeroscopia é considerado irrelevante, pois não afeta o prognóstico, não havendo diferença nas taxas de recorrência ou sobrevida global quando comparada à biópsia endometrial ou curetagem uterina para diagnóstico.
- Em casos de sangramento uterino pós-menopausa persistente, mesmo com biópsia endometrial negativa, é necessário realizar nova avaliação diagnóstica.



Infertilidade

- Atualmente, a visualização direta com histeroscopia é considerada a técnica padrão-ouro para investigação do fator uterino para infertilidade.
- A avaliação de alterações da cavidade uterina e do endométrio, que possam interferir na implantação do embrião, constitui um aspecto importante da investigação primária.
- As lesões intrauterinas são mais comuns em mulheres inférteis do que em mulheres férteis, e a remoção de miomas submucosos e pólipos endometriais melhora as taxas de gravidez e os resultados reprodutivos.
- A capacidade de resolução imediata, com pequenos procedimentos à nível ambulatorial, só realça a importância da histeroscopia.



Pólipos endometriais

- Os pólipos endometriais representam uma das etiologias mais comuns do SUA em mulheres na pré e pós-menopausa, podendo também ser assintomáticos.
- Tem um pico de incidência em torno dos 40 a 50 anos de idade, sendo menos frequentes após os 60.
- Estão associados à obesidade e hipertensão arterial.
- Apresentam baixo potencial para malignidade, com características atípicas ou malignidade oculta em 1-2% das lesões em mulheres pré-menopáusicas e 4-5%, nas pós-menopáusicas.



Fonte: FEBRASGO - Manual de Orientação
Endoscopia Ginecológica, 2011



Pólipos endometriais

- Mulheres na pré-menopausa com exposição ao tamoxifeno, possuem maior risco de formação de pólipos, hiperplasia e atipias, embora não haja aumento do risco de câncer endometrial.
- Acredita-se que os pólipos endometriais interferem na receptividade uterina e no implante de embriões, afetando negativamente a fertilidade.
- Recomenda-se a retirada de todos os pólipos sintomáticos (sangramento, infertilidade) - Nível de evidência 1C.¹
- Recomenda-se remoção dos pólipos assintomáticos de qualquer tamanho em pacientes com fatores de risco para hiperplasia e câncer endometrial (nível de evidência 2C) e em mulheres idosas, principalmente acima 60 anos.¹



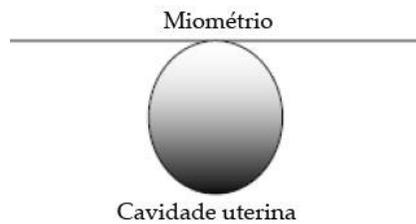
Miomas submucosos

- Os leiomiomas uterinos são os tumores pélvicos benignos mais comuns nas mulheres e têm uma apresentação clínica variada, dependendo do seu tamanho, número e localização.
- Os miomas submucosos alteram a vascularização do endométrio e inibem a capacidade contrátil uterina, sendo identificados como uma etiologia em 23% das mulheres com SUA.
- Podem se apresentar com aumento do fluxo menstrual ou problemas relacionados à perda recorrente de gravidez e infertilidade, pois além de alterar a vascularização endometrial e contratilidade uterina, têm efeito deletério na implantação embrionária.

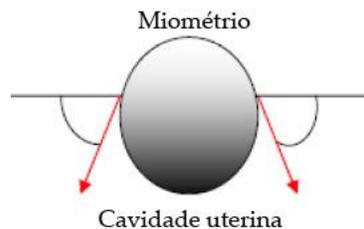


Miomas submucosos

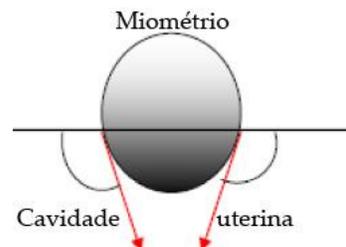
- Segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Européia de Endoscopia Ginecológica, os miomas submucosos são classificados em:



- Nível 0: o mioma submucoso se encontra totalmente na cavidade uterina, sem qualquer penetração no miométrio.



- Nível 1: o mioma submucoso tem um componente miometrial, no entanto, mais de 50% dele permanece dentro da cavidade uterina. O ângulo de contato com a parede uterina é menor que 90°.



- Nível 2: existe um grande componente intramural, estando mais de 50% do nódulo dentro do miométrio, e o ângulo de contato com a parede uterina é maior que 90°.



Sinéquias intrauterinas

- As sinéquias intrauterinas podem comumente se apresentar como hipomenorréia ou amenorréia, sendo a curetagem uterina a causa etiológica mais frequente.
- Também estão associadas à infertilidade e perda gestacional recorrente.
- Embora a história clínica possa levantar a suspeita de sinéquia intrauterina, a histeroscopia é considerada o método padrão ouro para o diagnóstico, pois permite definir a localização, a extensão e o seu tipo.
- O tratamento histeroscópico é recomendado se a paciente tiver anormalidades menstruais ou problemas reprodutivos.
- A adesiólise histeroscópica é muito eficaz, com 95% das mulheres atingindo a restauração da menstruação normal e menos de 30% de recorrência da doença.

Hanstede et al., 2015



Malformações müllerianas (malformações uterinas)

Malformações uterinas congêntas são falhas do desenvolvimento do ducto mülleriano durante a fase embrionária e acredita-se que ocorram em 5,5% da população geral.

- Dependendo do tipo, podem ter impacto significativo nos resultados reprodutivos femininos, como taxas mais altas de aborto e parto prematuro.
- Podem ser assintomáticas e passar despercebidas por vários anos.
- Devido à impossibilidade da histeroscopia em avaliar o contorno externo do útero, o diagnóstico preciso permanece desafiador, e a classificação errônea de um útero arqueado como septado no momento do exame pode levar a tratamento desnecessário.
- A metroplastia melhora o resultado reprodutivo e está indicada para aumentar as chances de sucesso nas pacientes com infertilidade.



Orientações para a realização da Histeroscopia

Em mulheres na pré-menopausa, com ciclos menstruais regulares, a fase proliferativa (primeira metade do ciclo) é a melhor época para visualização da cavidade uterina.

Na fase secretora (segunda metade do ciclo), a espessura do endométrio pode mimetizar pequenos pólipos e atrapalhar no diagnóstico.

Em mulheres na fase reprodutiva com sangramento irregular, o momento ideal do exame é imprevisível, assim, na presença de sangue na cavidade uterina que prejudique uma adequada visualização, estas devem ser orientadas e o procedimento, reagendado.

Em mulheres na pós-menopausa, o exame pode ser realizado a qualquer momento.



Orientações para a realização da histeroscopia

Em mulheres na pós-menopausa com estenose cervical (colo uterino), um tratamento prévio com estrogênio tópico (por via vaginal), por 2 semanas, pode facilitar a passagem do histeroscópio pelo canal endocervical.

Dados da literatura médica suportam que o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), prévio ao exame, não diminui a dor durante o procedimento. Porém, o uso de AINEs está associado à redução da dor pós-histeroscopia.

Uma recente metanálise sugere que o uso de tramadol é seguro, eficaz e fornece resultados favoráveis na redução da dor durante e após a realização da histeroscopia diagnóstica.



Possíveis complicações inerentes à Histeroscopia

Síndrome Vasovagal

É tipicamente associada a um pródromo de tontura, sudorese, náusea, bradicardia e palidez. O manejo inclui a remoção do estímulo (o histeroscópio), colocação da paciente na posição supina com pernas elevadas ou em Trendelenburg, e avaliação dos sinais vitais (pulso, saturação de O₂). A maioria dos casos se recupera em questão de minutos, no entanto, se a recuperação não for imediata e a bradicardia for persistente, pode ser necessária a administração parenteral de atropina.



Possíveis complicações inerentes à Histeroscopia

Falso Trajeto

Úteros extremamente retrovertidos ou antevertidos, estenose cervical e sinéquias intrauterinas aumentam o risco dessa complicação. Os sinais da ocorrência de um falso trajeto incluem a falta de marcos anatômicos e a incapacidade de se conseguir uma distensão adequada. O reconhecimento imediato evita a perfuração inadvertida e a lesão das estruturas pélvicas circundantes.



Possíveis complicações inerentes à Histeroscopia

Perfuração Uterina

É uma complicação rara, e pode ser identificada pela perda súbita de distensão intracavitária adequada e visualização do tecido adiposo mesentérico. O manejo da perfuração uterina durante a histeroscopia depende da localização da lesão.



Contraindicações para Histeroscopia

- Gravidez intrauterina viável
- Infecção pélvica aguda
- Diagnóstico atual de câncer uterino ou cervical

Apesar de não constituírem contraindicações absolutas, as seguintes condições devem ser avaliadas com cautela:

- Sangramento uterino excessivo no momento do exame, pois prejudica a visualização da cavidade.
- Doenças graves associadas (como, por exemplo, doença coronariana e diátese hemorrágica), que possam comprometer a estabilidade hemodinâmica durante um exame invasivo.



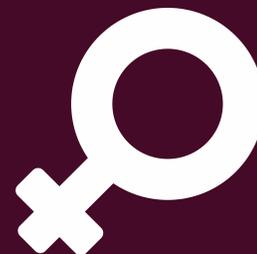
A histeroscopia traz uma abordagem minimamente invasiva aos problemas ginecológicos mais comuns. As melhorias na técnica e no equipamento permitiram seu uso diagnóstico e terapêutico a nível ambulatorial. Saber quando indicar o exame é importante tanto para o ginecologista, como para o médico da Atenção Básica.



Referências

- Brasil. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. Endoscopia Ginecológica. 2011.
- Salazar CA, Isaacson KB. Office Operative Hysteroscopy: An Update. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Feb;25(2):199-208. doi: 10.1016/j.jmig.2017.08.009. Epub 2017 Aug 10. Review. PubMed PMID: 28803811.
- Crispi CP. Tratado de Videoendoscopia e Cirurgia Minimamente Invasiva em Ginecologia. 2ª ed. Revinter; 2007. 1148 p.
- Daniilidis A, Pantelis A, Dinas K, Tantanasis T, Loufopoulos PD, Angioni S, et al. Indications of diagnostic hysteroscopy, a brief review of the literature. Gynecol Surg. 2012;9(1):23–8.
- Hanstede MM, van der Meij E, Goedemans L, Emanuel MH. Results of centralized Asherman surgery, 2003-2013. Fertil Steril. 2015 Dec;104(6):1561-8.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.039. Epub 2015 Oct 1. PubMed PMID: 26428306.
- Ahmad G, Saluja S, O'Flynn H, Sorrentino A, Leach D, Watson A. Pain relief for outpatient hysteroscopy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 10. Art. No.: CD007710. DOI: 10.1002/14651858.CD007710.pub3.
- Mattar OM, Abdalla AR, Shehata MSA, Ali AS, Sinokrot M, Abdelazeim BA, et al. Efficacy and safety of tramadol in pain relief during diagnostic outpatient hysteroscopy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Fertil Steril. 2019;111(3):547–52.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA: POR QUE E QUANDO INDICAR?

Material de 28 de março de 2019

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.