

Artículos de Investigación

Histeroscopia quirúrgica: Experiencia, resultados y complicaciones según clasificación Clavien-Dindo.

Surgical hysteroscopy: Experience, results and complications according to Clavien-Dindo classification.

Daniela Aichele P.¹, Catalina Maldonado M.², Fiorella Castillo V.³, Rodrigo Carvajal G.^{4,6}, Cristian Miranda V.⁴, Ignacio Miranda-Mendoza.^{4,5}

¹ Servicio de Ginecología Oncológica. Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile.

² Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital San José, Santiago, Chile.

³ Clínica de Medicina Reproductiva Concebir. Lima, Perú

⁴ Unidad de Medicina Reproductiva e Infertilidad, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁵ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

⁶ Clínica IVI Santiago.

Contacto: Dr. Ignacio Miranda Mendoza.

imiranda@hcuch.cl

Departamento Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar la experiencia clínica, resultados y complicaciones según Clavien-Dindo de las histeroscopias quirúrgicas realizadas en pabellón. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las histeroscopias quirúrgicas realizadas entre el 1 de enero de 2012 y 1 de enero de 2018 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resultados: Hubo 613 histeroscopias quirúrgicas en el período analizado, de las cuales 593 cumplieron con los requisitos para incluirse en este estudio. Las indicaciones para realizar el procedimiento fueron: pólipo endometrial (56,3%), miomas uterinos (22,1%), sangrado uterino anormal (4,3%) y otras (17,7%). Hubo un 89,2% de concordancia entre el diagnóstico intraoperatorio y el estudio histopatológico. Se pesquisarón 11 hiperplasias endometriales sin atipias, 3 con atipias y 10 neoplasias malignas. Cabe destacar que, del total de pólipos resecaados, hubo 8 casos (2,5%) con potencial malignidad (atipias o neoplasia maligna). Según la clasificación Clavien Dindo, hubo 22 complicaciones intraoperatorias (3,7%) grado I o II, cuyo diagnóstico fue realizado en el acto quirúrgico. No hubo complicaciones grado III o más (severas, con reintervención).

Conclusión: La tasa de éxito, correlación histeroscópica – anatomopatológica final y complicaciones fue similar a lo publicado en la literatura disponible. El diagnóstico intraoperatorio de la lesión y su reparación en el mismo acto quirúrgico, disminuye el riesgo de morbilidad de las pacientes, haciéndolo similar al de una paciente sin complicación. Utilizar la clasificación Clavien Dindo para evaluar las complicaciones nos permitirá en adelante, objetivar, mejorar aspectos del procedimiento quirúrgico y plantear estrategias de prevención y manejo de dichos eventos adversos.

Palabras claves: Histeroscopia quirúrgica, complicaciones, histeroscopia, Clavien-Dindo.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the clinical experience, results and complications according to Clavien-Dindo of surgical hysteroscopies performed in the ward. **Methods:** Retrospective descriptive study of surgical hysteroscopies performed between January 1, 2012 and January 1, 2018 at the Hospital Clínico of the University of Chile.

Results: There were 613 surgical hysteroscopies in the analyzed period of which 593 fulfilled the requirements to be included in this study. The indications to perform the procedure were: endometrial polyp (56.3%), uterine fibroids (22.1%), abnormal uterine bleeding (4.3%) and others (17.7%). There was an 89.2% agreement between the intraoperative diagnosis and the histopathological study. Eleven endometrial hyperplasias without atypia, 3 with atypia and 10 malignant neoplasms were investigated. It should be noted that, of the total of resected polyps, there were 8 cases (2.5%) with potential malignancy (atypia or malignant neoplasm). According to the Clavien Dindo classification, there were 22 intraoperative complications (3.7%) grade I or II, the diagnosis of which was made during surgery. There were no grade III or more complications (severe, with reoperation).

Conclusion: The success rate, final hysteroscopic-pathological correlation and complications was similar to that published in the available literature. The intraoperative diagnosis of the lesion and its repair in the same surgical act, reduces the risk of morbidity and mortality of the patients, making it similar to that of a patient without complication. Using the Clavien Dindo classification to assess complications will henceforth allow us to objectify, improve aspects of the surgical procedure and propose strategies for the prevention and management of such adverse events.

Keywords: Surgical hysteroscopy, complications, hysteroscopy, Clavien-Dindo.

COMENTARIO

La histeroscopia es una técnica quirúrgica diagnóstica y terapéutica que permite la visualización directa de la cavidad uterina ante la sospecha de una patología endometrial como sangrado uterino anormal, pólipos, miomas, cáncer, cuerpo extraño, y en el estudio de pareja infértil ⁽¹⁾.

La histeroscopia puede ser ambulatoria conocida internacionalmente como "office hysteroscopy" o en pabellón quirúrgico. La técnica ambulatoria usualmente se realiza sin anestesia, espéculo, ni dilatación cervical; consiste en la introducción de un histeroscopio de calibre muy delgado a través del cuello uterino, distendiendo la cavidad con un medio líquido, lo que permite un diagnóstico por visión directa y eventual tratamiento quirúrgico ⁽²⁾. Esta técnica se utiliza para reseca pólipos o miomas pequeños, tomar biopsias o retirar dispositivos intrauterinos (DIU). Por otra parte, la histeroscopia que se realiza en pabellón quirúrgico, requiere de un resectoscopio, dilatación cervical y anestesia. Es la forma de elección para tratar patologías uterinas fuera

del alcance de la técnica ambulatoria ⁽¹⁾, como miomas uterinos o pólipos mayores a 2 cm., ablación endometrial, indicación simultánea de laparoscopia, septo uterino extenso y tratamiento de sinequias intrauterinas ⁽³⁾, sin embargo cuenta con un mayor riesgo de complicaciones que la técnica ambulatoria. En Chile, Corvalán et al. ⁽⁴⁾, analizó 20 histeroscopias quirúrgicas donde se realizó resección endoscópica con estudio histológico del material extraído. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento, ni en los controles a los 7 y 30 días. También, Catalán et al. ⁽⁵⁾, describe el resultado de 160 histeroscopias quirúrgicas con diagnóstico de pólipo endometrial, confirmando esta técnica como el estándar de elección para el manejo de dicha patología.

Según la literatura disponible, la patología endometrial más frecuente tratada con histeroscopia y resectoscopia son los pólipos endometriales, miomas y adherencias ⁽⁶⁾.

Las complicaciones asociadas a la histeroscopia quirúrgica son en general poco frecuentes, y se describen desde 1 al 10% según el tipo de patología que se intenta resolver. Es así como, para la resección

de pólipos y biopsias, pueden variar entre un 1 a 3%, sin embargo se describen hasta un 10% en las metroplastías, ablaciones o miomectomías^(1,3,7,8,9,10). En la literatura se describen complicaciones leves y severas. Dentro de las complicaciones leves encontramos desgarros cervicales, perforaciones uterinas, sangrado e infección⁽¹⁾. Las complicaciones graves pueden ser perforación uterina con lesión visceral intestinal, vesical o vascular; y por otra parte, las que se generan por medios de distensión hipotónicos, usados con resectoscopios monopolares. Estos líquidos sin electrolitos, pueden producir hiponatremia y compromiso neurológico secundario durante o después de la realización del procedimiento^(3,10).

Existen numerosas clasificaciones de los incidentes adversos durante los procedimientos quirúrgicos en general, lo que hace difícil analizarlos, unificar criterios a nivel nacional e internacional y finalmente progresar en su prevención. Actualmente existe la clasificación Clavien Dindo⁽¹¹⁾, utilizada por varias especialidades en cirugía general. Ésta se basa en el diagnóstico y tratamiento post operatorio de las complicaciones, lo cual permite objetivarlas de mejor forma y evaluar el procedimiento entre diferentes centros⁽¹¹⁾.

Nuestro objetivo es analizar las histeroscopías quirúrgicas realizadas con un resectoscopio en pabellón quirúrgico, entre los años 2012 y 2018, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh); describiendo las características del procedimiento, sus resultados, y principales eventos adversos diagnosticados en el intra y post operatorio, analizados mediante la clasificación Clavien Dindo (Tabla 1).

Métodos y Pacientes

Estudio retrospectivo descriptivo de las histeroscopías quirúrgicas realizados en el pabellón del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1 de enero de 2012 y 1 de Enero de 2018.

Se incluyeron en el estudio todas las pacientes sometidas a histeroscopia quirúrgica en el período descrito con información completa del procedimiento en sus fichas clínicas.

Las pacientes recibieron anestesia raquídea más sedación o anestesia general. Se utilizó espéculo vaginal, pinzamiento y dilatación cervical con bujías de Hegar y un resectoscopio Storz® (Karl Storz,

Alemania) de 26 o 28 Fr., con óptica de 12° y asa quirúrgica monopolar o bipolar. Se pesquisó el medio de distensión utilizado y si hubo o no preparación cervical con Misoprostol.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Para el análisis estadístico de los datos se usó el programa Graph Pad 5.0®. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar, las discontinuas como mediana \pm intercuartiles y las cualitativas como frecuencia expresada en porcentajes. Se determinó como significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

I.- Generalidades

Hubo 613 histeroscopías quirúrgicas en el período analizado, de las cuales 593 cumplieron con los requisitos para incluirse en este estudio. La media de la edad fue 44,3 años (17 - 86 años).

Las indicaciones fueron pólipo endometrial (56,3%), miomas uterinos (22,1%), sangrado uterino anormal (4,3%), engrosamiento endometrial (3,8%), y otras (13,5%). El detalle de estas indicaciones puede observarse en la tabla 2.

En cuanto al tipo de energía, en el 49,7% de los casos se utilizó energía monopolar y en el 50,3% bipolar. El tiempo operatorio promedio fue de 34,8 minutos (5-155 minutos), sin diferencia significativa según tipo de energía utilizada.

El 71,5% de los procedimientos se realizó con anestesia regional y el 28,5% con anestesia general. No hubo problemas anestésicos durante o después del procedimiento.

Se utilizó Misoprostol prequirúrgico en dosis de entre 200 y 400 μ g. en el 8,9% de las pacientes.

El promedio de estadía hospitalaria fue de 1,4 días (1-4 días) y no se registraron ingresos hospitalarios por complicaciones ni reintervenciones.

En 589 casos (98,8%) hubo entrada a la cavidad uterina y resolución de su patología. Hubo 4 casos (1,2%) en que por falsa vía o cérvix infranqueable no se pudo realizar el procedimiento; en 3 de ellos, se perdió el seguimiento ambulatorio en el hospital. Sólo una de las pacientes mantuvo sus controles en nuestro Centro y prefirió una resolución quirúrgica definitiva (histerectomía), la que se realizó sin incidentes, con diagnóstico de pólipo endometrial. Hubo 1 caso en que se realizó la histeroscopia

quirúrgica pero, dado el hallazgo de un mioma de gran tamaño, se decidió conversión a histerectomía. No se describen casos de resección incompleta en el resto de los procedimientos revisados.

II.- Diagnóstico Histopatológico

La concordancia entre el informe anatomopatológico final y los diagnósticos intraoperatorios (registrados en la orden de biopsia) fue 89,2%. Los casos discordantes fueron en su mayoría diagnóstico intraoperatorio de pólipo endometrial versus diagnóstico final histopatológico de mioma uterino (5,3%) y de mioma uterino versus diagnóstico final de pólipo (9,1%).

Se pesquizaron 11 hiperplasias endometriales sin atipías y 3 con atipías. De estas últimas, 2 tenían diagnóstico preoperatorio de pólipo endometrial y una de endometrio engrosado, cuya biopsia endometrial aspirativa preoperatoria fue frustra por dolor durante el procedimiento. Hubo 10 neoplasias malignas. Dentro de ellas, 6 pólipos endometriales; 5 de estos con diagnóstico final de adenocarcinoma endometrial y 1 carcinosarcoma. Hubo 1 caso de metrorragia persistente sin engrosamiento endometrial, cuyo diagnóstico histopatológico fue adenocarcinoma endometrial. 2 casos de hematometra, uno de ellos por sinequia cervical, ambos con diagnóstico final de carcinoma escamoso. Finalmente, hubo 1 caso de engrosamiento endometrial preoperatorio, cuyo diagnóstico anatomopatológico final fue adenocarcinoma endometrial. En esta paciente el procedimiento se realizó por muestra escasa y no concluyente en la biopsia aspirativa. Es importante destacar que en total hubo 8 pólipos (2,5%) con potencial malignidad (atipías o neoplasia maligna). El detalle del diagnóstico anatomopatológico se detalla en la tabla 3.

III.- Eventos Adversos

Estos fueron clasificados según su diagnóstico intraoperatorio y postquirúrgico (Clavien-Dindo).

Las complicaciones intraoperatorias fueron las siguientes:

a.- Perforación uterina: De las 593 histeroscopías quirúrgicas, hubo 10 casos (1,7%) en que se sospechó esta complicación. Ninguna de ellas utilizó Misoprostol para preparación cervical.

En 8 pacientes con sospecha de perforación se completó el procedimiento y luego se decidió observar, con evolución satisfactoria y alta al primer o

segundo día post operatorio, sin requerir una nueva hospitalización o reintervención.

En los 2 casos restantes, se realizó una laparoscopia exploradora, comprobándose la perforación uterina en una de ellas. Se trató de una paciente de 45 años que ingresó con indicación de histeroscopia por mioma uterino sintomático y al finalizar la resección del mioma se sospechó la complicación. Se realizó la laparoscopia, evidenciando una lesión en la serosa intestinal a nivel rectal por lo que, en conjunto con un Coloproctólogo, se practicó una prueba neumática sin observar solución de continuidad intestinal, decidiéndose conducta expectante con una evolución favorable y alta al segundo día postoperatorio, sin reintervención.

b.- Desequilibrio hidroelectrolítico: 3 pacientes (0,5%) lo presentaron, manifestándose como leve dificultad respiratoria en el intraoperatorio; una de ellas además con deterioro neurológico leve. Todas se manejaron con tratamiento médico (oxígeno, diuréticos, sonda urinaria y electrolitos plasmáticos) monitorización sala de recuperación con evolución favorable posterior. El caso de la paciente que presentó compromiso neurológico leve durante el intraoperatorio, fue una paciente de 38 años en que se realizó una miomectomía de 65 minutos de duración, en la cual se utilizó energía bipolar, suero fisiológico como medio de distensión, con balance positivo de 3500 cc. Tuvo una evolución favorable con manejo médico de acuerdo a la literatura, antes descrito, sin requerimiento de manejo en Unidad de Cuidados Intensivos, ni complicación neurológica posterior, dándose de alta al primer día post operatorio. En el protocolo operatorio de las otras dos pacientes, se describe haber utilizado glicina como medio de distensión hipotónico y energía monopolar. Se trató de pacientes en las que se utilizó anestesia regional y durante el procedimiento presentaron leve dificultad respiratoria sin otros síntomas con alta habitual al día siguiente.

c.- Sangrado intraoperatorio: 7 pacientes (1,2%) presentaron esta complicación. Destaca una paciente de 33 años, con diagnóstico de mioma submucoso y enfermedad de Von Willebrand, que se sometió a una miomectomía por resectoscopia, presentando un sangrado abundante intraoperatorio, que fue manejado con sonda Foley intrauterina, con adecuada respuesta, sin necesidad de transfusión ni complicaciones posteriores. En cuanto a las otras 6 pacientes que presentaron sangrado intraoperatorio,

se trató de un procedimiento indicado por presencia de mioma uterino (3 pacientes) o pólipo endometrial (3 pacientes), de entre 2 y 4 cm. Ninguna de las pacientes presentaba alguna comorbilidad asociada y todas ellas fueron manejadas con sonda Foley intrauterina, con adecuada respuesta y sin necesidad de reintervención o transfusión. Las sondas se retiraron al día siguiente.

Complicaciones según clasificación Clavien Dindo

Éstas se basan en el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico realizado durante el postoperatorio del paciente. En nuestra serie de casos se registraron 22 casos de complicación grado I o II (3,7%) es decir, pacientes que requirieron tratamiento médico farmacológico pero que no alteraron su post operatorio habitual. No se registraron complicaciones grado III o más que implican morbilidad severa e incluyen reintervenciones durante el post operatorio de 30 días.

Discusión

La indicación más frecuente para realizar una histeroscopia en pabellón en nuestra casuística fueron los pólipos endometriales seguido de miomas uterinos, de entre 2 y 4 cm., en concordancia con los trabajos disponibles en la literatura⁽³⁾.

Se utilizó Misoprostol preoperatorio en el 8,9% de los casos. Existe información controversial en la literatura disponible sobre la preparación cervical con Misoprostol, esto debido a que se presentan series con diferentes vías de administración (oral, vaginal), y diferentes tipos de histeroscopia (ambulatoria o quirúrgica) ^(12,13). En particular, en esta serie, se realizó preparación cervical en un pequeño porcentaje de pacientes, por lo cual no es posible concluir la significancia real de su utilidad al administrarlo previo al procedimiento.

En el 89,2% de los casos, hubo concordancia entre el diagnóstico presuntivo histeroscópico y el estudio diferido anatomopatológico, similar a las publicaciones disponibles al respecto. Hubo un 14,4% de discordancia entre el diagnóstico presuntivo y anatomopatológico entre miomas uterinos y pólipos endometriales que no afecta la conducta clínica en los pacientes, pero que a veces ha generado problemas

administrativos por la codificación del procedimiento quirúrgico y su cobertura en el seguro de salud.

Cabe destacar la importancia que cobra este procedimiento para el diagnóstico de patología maligna endometrial, ya que resulta de gran utilidad realizar biopsias dirigidas del tejido sospechoso de neoplasia y del canal cervical. Es importante enfatizar que hubo un 2,5% de pólipos con atipias o neoplasia maligna, similar a lo que se describe en la literatura disponible.^(14,15)

De igual manera, la histeroscopia se consolida como una gran herramienta en el diagnóstico de otras condiciones como son engrosamiento endometrial, aborto recurrente e infertilidad; donde además, de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios, es posible realizar un tratamiento en caso de ser necesario.

La incidencia de complicaciones intraoperatorias en nuestra serie fue de un 3,7%, similar a otras series publicadas ⁽¹⁰⁾.

Todas ellas fueron identificadas en el intraoperatorio y resueltas de forma inmediata, teniendo una evolución satisfactoria posterior. Cabe destacar la importancia de que el diagnóstico intraoperatorio de la lesión y su reparación en el mismo acto quirúrgico, disminuye el riesgo de morbimortalidad de las pacientes, haciéndolo similar al de una paciente sin complicación. Esto se refuerza ya que al clasificar las complicaciones según Clavien Dindo (diagnóstico y tratamiento postoperatorio), todas resultaron en grado I o II, es decir, se manejaron de manera médica, sin necesidad de una reintervención quirúrgica, ingreso a una de Unidad de Cuidados Intensivos o rehospitalización. Todas estas pacientes fueron dadas de alta entre el segundo y cuarto día postoperatorio. A nuestro entender, esta es la primera vez en Chile que se utiliza este tipo de clasificación de eventos adversos para histeroscopia, lo que permitirá en el futuro objetivar y mejorar aspectos del procedimiento quirúrgico.

De acuerdo a las guías clínicas de ACOG 2018 ⁽⁶⁾, es importante consignar en el protocolo operatorio, el balance hidroelectrolítico final, el medio de distensión, y el tipo de energía utilizada. Estos datos son muy importantes para el diagnóstico y manejo médico en caso de presentar eventos adversos. En nuestra serie, varios casos no disponían de estos datos, lo que ha ido mejorando estos últimos años al realizar un registro de acuerdo a lo sugerido por la ACOG, con lo cual esperamos una optimización del manejo médico en estas situaciones.

Conclusión

La revisión y análisis de las histeroscopías quirúrgicas realizados en durante el período evaluado, muestra resultados comparables a los descritos en la literatura internacional.

A nuestro entender, esta es la primera vez en Chile que se utiliza este tipo de clasificación de eventos adversos para histeroscopia. El diagnóstico intraoperatorio de la lesión y su reparación en el mismo acto quirúrgico, disminuye el riesgo de morbimortalidad de las pacientes, haciéndolo similar al de una paciente sin complicación. Utilizar la clasificación Clavien Dindo para evaluar las complicaciones nos permitirá en adelante, objetivar, mejorar aspectos del procedimiento quirúrgico y plantear estrategias de prevención y manejo de dichos eventos adversos.

REFERENCIAS

- 1.- Augusto A, Ruivo M, Oliveira C. Is pain better tolerated with mini-hysteroscopy than with conventional device? A systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* (2015) 292:987-994.
- 2.- Carvajal M, Pérez M, Miranda V, Carvajal A. Vaginhisteroscopia en consultorio: Histeroscopia de Bettocchi nueva técnica de diagnóstico y tratamiento ginecológico. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2008;19:220-25.
- 3.- Cooper NAM, Smith P, Khan KS, Clark TJ. Vaginoscopic approach to outpatient hysteroscopy: a systematic review of the effect on pain. *BJOG*. 2010;117(5):532-539.
- 4.- Corvalán J, Lopez M, Burgos P, San Martín R, Schwarze E. Experiencia preliminar en histeroscopia quirúrgica ambulatoria. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, Vol. 64, no. 5 (1999) p.381-4.
- 5.- Catalán A, Corvalán J, Pantoja V, García K, Godoy M. Pólipos endometriales: manejo con histeroscopia quirúrgica y correlación histológica. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2007; 72(2): 116-119.
- 6.- Carvajal R, Cortinez A, Soto C, Miranda C, Carvajal A, Gallegos M, Vantman D. Abordaje vaginoscópico para la realización de histeroscopia oficial: experiencia, resultados y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015; 80: 119-125.
- 7.- Tanha FD, Salimi S, Ghajarzadeh M (2013) Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical ripening before hysteroscopy: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 287(5):937-940.
- 8.- B. Aydeniz et al. A multicenter survey of complications associated with 21.676 operative hysteroscopies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 104 (2002) 160-164.
- 9.- Hysteroscopy. ACOG technology assessment in Obstetrics and Gynecology. VOL. 131, N° 5, MAY 2018.
- 10.- Munro M, Christianson L. Complications of hysteroscopic and uterine resectoscopic surgery. *Clinical obstetrics and gynecology* 2015; 58: 765-797.
- 11.- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004;240:205-13.
- 12.- Zhuo Z, Yu H, Jiang X. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on the effectiveness of cervical ripening with misoprostol administration before hysteroscopy. *Int J Gynaecol Obstet* 2016;132:272-7.
- 13.- Al-Fozan H1, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T. Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 23; (4):CD005998.
- 14.- Fernandez-Parra J, Rodriguez Oliver A, Lopez Criado S, et al. Hysteroscopic evaluation of endometrial polyps. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;95(2):144-8.
- 15.- Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, Levy R, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;115(2):206-10.

TABLAS

Tabla 1. Clasificación Clavien-Dindo; adaptación de texto original ⁽¹¹⁾.

Grado	Definición
I	Cualquier desviación del curso postoperatorio normal que no requiera tratamiento farmacológico, endoscópico, quirúrgico o de radiología intervencional. Se permite aplicación de tratamientos farmacológicos como antieméticos, antipiréticos, analgésicos, soluciones electrolíticas y fisioterapia. Incluye infección del sitio operatorio superficial tratable en la cama del paciente.
II	Requiere de tratamiento farmacológico con medicamentos diferentes a los anteriores. Incluye transfusión de hemoderivados y nutrición parenteral total.
III	Requiere intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica.
a	Sin anestesia general.
b	Con anestesia general.
IV	Complicación que amenaza la vida y requiere tratamiento en unidad de cuidados intermedios o intensivos.
a	Disfunción orgánica única.
b	Disfunción orgánica múltiple.
V	Muerte del paciente.
Sufijo 'd'	Si el paciente sufre una complicación al momento del alta, al grado respectivo se agrega sufijo 'd'. Esto indica necesidad de seguimiento para una correcta evaluación de la complicación.

Tabla 2. Indicación de Histeroscopia.

Diagnóstico con el cual se realizó la indicación del procedimiento a la paciente.

Diagnóstico preoperatorio	%
Pólipo	56,3%
Mioma uterino	22,1%
Sangrado uterino anormal	4,4%
Engrosamiento endometrial	3,9%
Malformación uterina	1,9%
Sinequia uterina	1,5%
Infertilidad	1,1%
Restos ovulares	0,8%
DIU desplazado	0,5%
Tabique vaginal	0,3%
Aborto recurrente	0,2%
Aborto retenido	0,2%
Tumor endometrial	0,2%
Embarazo cornual	0,2%
Istmocele	0,2%
Metaplasia ósea	0,2%
> 1 diagnóstico	6%

Tabla 3. Resultado del estudio anatomopatológico

Diagnóstico Anátomopatológico		
Diagnóstico	%	n=512
Pólipo Endometrial benigno	61,9%	317
Mioma uterino	25,3%	130
Endometrio proliferativo, secretor o atrófico	6%	31
Hiperplasia endometrial	2,8%	14
- Con atipías (21,4%)		3
- Sin atipías (78,6%)		11
Neoplasia maligna	2%	10
- Adenocarcinoma endometrio (90%)		9
- Carcinoma escamoso cervicouterino (10%)		1
Restos ovulares	1,8%	9
Enfermedad molar	0,2%	1