

**INSTITUTO MATERNO-INFANTIL DE PERNAMBUCO
(IMIP)**

**RESULTADOS INTRA E PÓS-OPERATÓRIOS E A FRE-
QUÊNCIA DE COMPLICAÇÕES EM PACIENTES PRÉ
E PÓS-MENOPAUSADAS SUBMETIDAS À HISTEROS-
COPIA CIRÚRGICA NO IMIP**

**INTRA AND POSTOPERATIVE RESULTS AND THE FRE-
QUENCY OF COMPLICATIONS IN PRE AND POSTMENOPAU-
SAL PATIENTS UNDERGOING SURGICAL HYSTEROSCOPY
AT IMIP**

ÁREA TEMÁTICA: SAÚDE DA MULHER

Artur Lício Rocha Bezerra Júnior

Orientação de Dr. Aurélio Costa

RECIFE – 2019

Pesquisadores:

Artur Lício Rocha Bezerra Júnior

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (081) 99999-5487

E-mail: arturliciojr@gmail.com

Fonte de auxílio: bolsa de pesquisa da CNPq

Guilherme Corrêa de Araújo Moury Fernandes

Estudante de medicina da 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (081) 99790-0573

E-mail: gui.moury@hotmail.com

João Victor Silva Clementino dos Santos

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (081) 99623-7532

E-mail: joavictorcncjc@gmail.com

Thiago Medeiros Pereira

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tel: (082) 99942-0615

E-mail: thiagomedeirosp96@gmail.com

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Mestre em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP

RG 3220987 Tel: 32225716CPF 67047920404

R Jornalista Edmundo Bittencourt, 75, apt 401/B

Boa Vista, Recife, PE

E-mail: aureliorecife@gmail.com

**RESULTADOS INTRA E PÓS-OPERATÓRIOS E A FREQUÊN-
CIA DE COMPLICAÇÕES EM PACIENTES PRÉ E PÓS-MENO-
PAUSADAS SUBMETIDAS À HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA
NO IMIP**

Este trabalho será o PIBIC dos estudantes da Faculdade Pernambucana de Saúde:

Artur Lício Rocha Bezerra Júnior (autor do PIBIC)

Guilherme Corrêa de Araújo Moury Fernandes (colaborador do PIBIC)

João Victor Silva Clementino dos Santos (colaborador do PIBIC)

Thiago Medeiros Pereira (colaborador do PIBIC)

RESUMO

OBJETIVO: Descrever os resultados intra e pós-operatórios e a frequência de complicações em pacientes pré e pós-menopausadas submetidas à histeroscopia cirúrgica no IMIP.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo descritivo de coorte transversal no Instituto IMIP, entre julho de 2018 e Agosto de 2019, envolvendo 26 mulheres pré e pós-menopausadas submetidas à histeroscopia cirúrgica. As variáveis estudadas mais relevantes foram: diagnóstico, indicação, dor e sangramento pré e pós-operatórias, dados intra-operatórios (vela de Hegar limite para dilatação passiva, facilidade de dilatação ativa, duração do procedimento de dilatação cervical) e complicações (perfuração uterina, laceração cervical, falso trajeto). Na análise, foram utilizadas tabelas de frequência e medidas de tendência central.

RESULTADOS: A principal indicação foi pólipos endometriais em 61,6% dos casos. O diagnóstico final mais encontrado foram pólipos endometriais com 46,6% dos casos. A dor no internamento esteve presente em 58% dos casos e teve mediana de 4 na EVA. O sangramento pré-operatório esteve presente em 65,38% da população, dentre as quais 47% relataram ser intenso, 11,7% moderado e 41% leve. Foi encontrado uma mediana da vela de Hegar para dilatação passiva de 6 cm e uma mediana de 4,5 na escala de Likert para dilatação ativa. A duração da dilatação teve uma mediana de 2,5 minutos. Complicações aparecerem em 11,54% das pacientes. A complicação mais comum foi laceração cervical, representando 100% dos casos de complicações e em segundo lugar falso trajeto, com 33%.

A dor no pós-operatório esteve presente em 53,8% e teve uma mediana de 1 na EVA. O sangramento no pós-operatório aconteceu em 38.5% das pacientes, sendo leve em 70% dos casos e moderado em 30%.

CONCLUSÃO: Pólipos endometriais foram as principais indicações. Dor e sangramento estiveram presentes na maioria das pacientes no momento do internamento. Encontrou-se uma mediana de 6 para vela de Hegar na dilatação passiva e as dilatações ativas foram consideradas em sua maioria bastante fáceis. Complicações ocorreram em uma minoria de pacientes, sendo laceração cervical a mais frequente entre estas. A dor pós-operatória aconteceu na maioria das pacientes enquanto o sangramento, na minoria.

Palavras-chave: Ginecologia; Histeroscopia; Complicações.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe intra and postoperative results and the frequency of complications in pre and postmenopausal patients undergoing surgical hysteroscopy at IMIP.

METHODS: We conducted a descriptive cross-sectional cohort study at the Mother and Child Institute of Pernambuco (IMIP) from July 2018 to August 2019 involving 26 pre and postmenopausal women undergoing surgical hysteroscopy.

RESULTS: The main indication was endometrial polypus in 61,6% of cases.. Pain in admission was present in 58% of cases and after the surgery, in 53,8%. Preoperative bleeding was present in 65,38% of the population. We found a median of the Hegar's dilators for passive dilation of 6 and had a 4.5 median on the Likert scale for active dilation. The time required for dilation had a 2,5 median. Complications appeared in 11,54% of patients. The most common complication were cervical laceration, representing 100% of the cases.

CONCLUSION: Endometrial polypus were the main indication Pain and bleeding were referred by most inpatient. A median of 6 for Hegar's dilator was found in passive dilation and most active dilations were considered very easy. Complicações occurred in a minority of patients, with cervical laceration being the most frequent among them. Postoperative pain occurred in most patient while bleeding affected the minority..

Keywords: Gynecology; Hysteroscopy; Complications.

INTRODUÇÃO

A histeroscopia é um procedimento endocavitário ginecológico minimamente invasivo através do qual é possível fazer uma avaliação crítica das patologias que acometem a cavidade uterina. Sua utilidade é ampla, podendo ser usado como exame diagnóstico, nesse caso, a histeroscopia diagnóstica ou ambulatorial, ou como procedimento terapêutico, a histeroscopia cirúrgica, sendo realizada no centro cirúrgico e com sedação.¹

Com o desenvolvimento tecnológico das ópticas, das lentes e, sobretudo do meio de insuflação e distensão uterina, a performance das histeroscopias melhorou, tornando-a um dos mais importantes métodos diagnóstico e terapêutico de doenças intra-uterinas. Na atualidade, ablações endometriais, secção de septos intrauterinos e polipectomia são rotina em programas de cirurgia endoscópica ginecológica.²

De uma forma geral, a histeroscopia é um procedimento seguro. A histeroscopia cirúrgica apresenta, naturalmente, mais riscos do que a diagnóstica, logo, maior número de possíveis complicações. Entre essas, as mais relatadas são relacionadas ao método de distensão uterina, perfuração uterina e hemorragia. Entretanto, a literatura mostra que a taxa de procedimentos sem nenhuma complicação chega a 96%.³

Na histeroscopia cirúrgica, a mais frequente complicação é a perfuração uterina. Normalmente, é tratada de forma conservadora e raramente causa lesões em outras vísceras.⁴ Outras complicações relatadas são relacionadas a lesões térmicas pelo uso do cauterio, infecções tardias ou até mesmo embolização aérea que, embora seja bastante rara, torna-se válido a documentação devido a sua gravidade.⁵

Devido a grande importância diagnóstica e terapêutica em conjunto com uma alta frequência de casos, esse estudo objetiva descrever e analisar as possíveis complicações

que ocorrem no intra e pós-operatórios das histeroscopias cirúrgicas em mulheres pré e pós-menopausadas no IMIP.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo de coorte transversal que irá compor parte do banco de dados do projeto âncora “Misoprostol versus placebo para amadurecimento cervical prévio à histeroscopia cirúrgica em pacientes pré e pós-menopausadas: Ensaio clínico randomizado duplamente mascarado” onde serão comparados grupos de pacientes pré e pós menopausadas que se submeterão a dilatação cervical para histeroscopia cirúrgica, usando previamente misoprostol ou placebo para preparo de colo uterino.

O estudo em questão teve caráter unicêntrico sendo a seleção dos sujeitos e o seguimento realizados no seguinte hospital-escola situado na cidade de Recife: O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). O estudo foi realizado no período compreendido entre Julho de 2018 à Agosto de 2019 e a coleta de dados entre dezembro de 2018 a maio de 2019.

A população do estudo foi constituída pelas pacientes pré e pós-menopausadas internadas no referido serviço entre o período de dezembro de 2018 a maio de 2019, oriundas da RMR ou do interior do estado, com indicação de tratamento através de histeroscopia cirúrgica e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Critérios de inclusão: pacientes internadas no hospital citado (IMIP), com indicação de abordagem histeroscópica cirúrgica que requeira dilatação cervical; paciente não apresentar contraindicações para o uso de prostaglandinas. Critérios de exclusão: Paciente com história de incompetência istmo-cervical; paciente com câncer ginecológico; pacientes em uso de terapia de reposição hormonal sistêmica ou uso vaginal de estradiol ou em tratamento com análogos do GnRH.

A captação dos dados foi realizada, em sua maior parte, no Centro Cirúrgico do IMIP, Oscar Coutinho. Abordávamos as pacientes internadas que seriam submetidas a histeroscopia cirúrgica, segundo o mapa de cirurgia diário enquanto elas estavam na sala de espera. Fazíamos uma breve explanação acerca da nossa pesquisa e, após verificarmos se a paciente se enquadrava nos critérios de inclusão, e da mesma assinar o TCLE, iniciávamos o preenchimento dos formulários, nosso instrumento de coleta de dados. O questionário era respondido tanto antes quanto depois do procedimento cirúrgico, por meio de comunicação oral e consulta ao prontuário das pacientes e também durante a cirurgia, ao consultar o médico encarregado do procedimento.

As variáveis estudadas foram: idade, queixa principal (incluindo sangramento e presença de dor), DUM, tempo de menopausa, fase do ciclo menstrual, nº de gestações, nº de partos, nº de abortos, antecedentes patológicos incluindo obesidade, hipertensão e diabetes, volume uterino, diagnóstico e indicação, dados do pré-operatório imediato (sangramento ou dor) e dados intra-operatórios (vela de Hegar limite para dilatação passiva, facilidade de dilatação ativa, sangramento durante a dilatação, duração do procedimento de dilatação cervical e comprimento do colo). Também observamos se houve abandono do procedimento por falha de dilatação e a presença das seguintes complicações: perfuração uterina, laceração cervical e falso trajeto. Por fim, analisamos a presença de sangramento ou dor no pós-operatório imediato.

O volume uterino assim como o diagnóstico e indicação da histeroscopia foram obtidos por meios ecográficos e análise de prontuário. A duração da dilatação foi medida a partir do momento em que era introduzida a primeira vela de Hegar até o momento em que era possível utilizar o ressectoscópio e iniciado o procedimento.

A facilidade da dilatação ativa foi medida através da escala de Likert, onde o médico encarregado do procedimento estimava entre 1 a 5 o nível de dificuldade da dilatação ativa, sendo 1 extremamente difícil e o 5 extremamente fácil. Tanto o sangramento durante a dilatação como o comprimento do colo foram obtidos através da análise subjetiva do doutor responsável pelo ato cirúrgico. A falha na dilatação foi definida como impossibilidade de proceder-se a histeroscopia cirúrgica por dificuldade que impedia a completa dilatação cervical até 10mm. A intensidade da dor no internamento, dor pré-operatória e dor pós-operatória imediata foi mensurada de acordo com a avaliação subjetiva da paciente, em valores variando de zero a 10 de acordo com a Escala Visual Analógica.

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o programa EPI INFO versão 3.5.1. A partir disso, foi criado o banco de dados definitivo, na forma de tabelas, que foi utilizado para análise de estatística. Em relação às variáveis numéricas, obteve-se a média, mediana e os percentuais 25 e 75 para testar sua normalidade, quanto às variáveis nominais, foram obtidas as suas frequências. No caso em que as variáveis pesquisadas não apresentaram distribuição normal, foi utilizada a mediana como medida de tendência central. Em todas as etapas da análise, foi considerado significativo um erro alfa menor que 5%.

O presente estudo atende às normas da Resolução 510/17 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

RESULTADOS

A população total do estudo incluiu 26 pacientes submetidas ao procedimento de histeroscopia cirúrgica, internadas no centro cirúrgico do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, das quais a maioria natural da RMR (73,08%). A idade das pacientes variou entre 31 a 82 anos, sendo a mediana 54 anos.

Somente 15,38% das pacientes tinham uma história prévia positiva de necessidade de dilatação cervical e 61% estavam na menopausa. Das pacientes em pré-menopausa, 60% se encontravam na fase lútea, 10% na fase folicular, 20% em ovulação e 10% estavam em uso de ACO.

Conforme a tabela 1, que documenta a queixa principal envolvendo dor ou sangramento, foi relatado que a mediana da dor teve valor 4 na EVA, das 15 que apresentaram dor. Já o sangramento esteve presente em 65,38% da população, dentre as quais 47% relataram ser intenso, 11,7% moderado e 41% leve na avaliação subjetiva da própria paciente.

Os dados técnicos obtidos por exames ecográficos e análises de prontuário se encontram na tabela 2 e descrevem as principais indicações, diagnósticos e também volume uterino. Este teve uma mediana de 81,95 cm³ e os percentis foram de 50 e 140 cm³. Entre as indicações do procedimento, a que mais se sobressaiu foi a de pólipos endometriais com 61,6%, seguida de miomas uterinos com 30,8%. As duas condições em conjunto foram encontradas em uma paciente, representando 3,85% dos casos, assim como septo uterino. O diagnóstico final mais encontrado foram pólipos endometriais com 46,6% dos casos, em segundo, mioma uterino (30,8%), em terceiro espessamento endometrial (11,5%), e empatados em quarto lugar útero septado, nódulo hiperecogênico em parede posterior e útero multinodular, cada um representando 3,85% dos casos.

No presente estudo foi constatado, ainda, que 30,8% das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica tinham um histórico de dilatação cervical prévia, na maioria dos casos, para realização de curetagem. Tal resultado ratifica os números encontrados no estudo de Barcaite, realizado na Kaunas University of Medicine, na Lituânia, no ano de 2005, onde foi encontrado um percentual de dilatação prévia de 29,6% nas pacientes entrevistadas. Esse dado se torna relevante pois acredita-se que uma história de dilatação prévia possa estar relacionada com uma maior facilidade na preparação cervical. Um dado que reforça isso é o fato de que, em nosso estudo, a mediana da vela de Hegar para dilatação passiva nas pacientes com história prévia de dilatação cervical foi de 6, enquanto nas que não a tinham foi de 4,5.

Na tabela 3, observa-se os dados pré-operatórios imediatos e intra operatórios, excetuando-se as complicações. Em nosso estudo, nenhuma paciente apresentou sangramento no pré-operatório imediato. Na análise subjetiva do comprimento do colo uterino, obtivemos uma mediana de 3 cm, e os percentis ficaram entre 2 e 4. Foi encontrado uma mediana da vela de Hegar para dilatação passiva de 6 cm, com os seus percentis variando entre 4 e 8 conforme referido pelos doutores.

Na dilatação ativa, em que foi usado a escala de Linkert, os médicos descreveram que, na maioria das vezes, o procedimento foi extremamente fácil (moda de 5). A mediana foi encontrada foi de 4,5 (fácil). A duração total da dilatação, que envolve as partes passivas e ativas, teve os percentis entre 1 e 5 minutos, na qual a mediana foi de 2,5 minutos. Não houve falha na dilatação em nenhuma das 26 pacientes. Foi observado sangramento durante a dilatação em 11 pacientes (42,3%), entre as quais o sangramento foi descrito como leve em 9 (81,8%), moderado em 1 (9,1%) e intenso também em 1 (9,1%).

Por último, em 88,46% das pacientes não houve nenhum tipo de complicação. Só obtivemos 2 tipos de complicações em nosso estudo, laceração cervical e falso trajeto.

Laceração cervical esteve presente em todos os casos (100%) e o falso trajeto ocorreu em conjunto com a laceração em uma paciente, representando 33,33% das complicações e 3,85% do total de pacientes conforme mostra a tabela 4. A dor no pós-operatório imediato (até 24 horas), referida por 14 pacientes teve a mediana de 1 e os percentis entre 0 e 4 na Escala Visual Analógica. Adicionalmente, o sangramento esteve presente em 10 pacientes (38,5% da população). Este foi relatado como leve por 7 pacientes (70% dos casos) e moderado por 3 (30%).

DISCUSSÃO

Poucos estudos foram realizados descrevendo os resultados intra e pós-operatórios em pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica. No estudo em questão, verificou-se que a maioria das pacientes eram menopausadas, cerca de 61,5% foram sujeitas ao procedimento, semelhante ao que fora achado no estudo realizado em 2001, no CISAM da Universidade de Pernambuco, coordenado por Costa e Alencar, onde observou-se uma taxa de 57,7%.⁶ Isto se dá provavelmente pela similaridade entre as populações estudadas a respeito de seus aspectos ginecológicos.

Neste estudo, a principal indicação cirúrgica encontrada foi a polipose endometrial, situação que foi encontrada em 65,3% das pacientes, concordando com a maior prevalência de polipectomia após a realização da histeroscopia cirúrgica no estudo realizado por Hidalgo, em um hospital universitário em Campinas, São Paulo, em 2008, onde foi encontrado um domínio dessa afecção em 71% das pacientes.⁷ Esse predomínio de tal manifestação nas pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica advém de um grande número de ecografias utilizadas como screening de câncer de endométrio, crescendo, significativamente, o diagnóstico de doenças benignas, sobretudo de pólipos endometriais. A histeroscopia cirúrgica é o procedimento indicado para a remoção de formações polipoides no útero, pelo fato da possível remoção da sua camada basal, prevenindo a persistência ou recorrência dessa patologia.

A segunda indicação cirúrgica mais frequente no estudo em questão foi a miomatose uterina, a qual ocorreu em 34,62% das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica. Valor aproximado de outros estudos prévios, como o coordenado por Kayatas, realizado na universidade de Istambul na Turquia, entre 2005 e 2012, que encontrou o mioma uterino como a segunda maior indicação de histeroscopia, representando 17,9% dos pacientes. Nesse presente estudo, ainda, fora identificado apenas um caso de septo uterino,

o qual corresponde a 3,85% do total de casos relatados, percentual semelhante ao que é encontrado na literatura atual.⁸

Quanto à frequência de metrorragia no pré-operatório, foi encontrado na literatura, uma revisão de casos coordenada por Gimpelson, no Missouri que constatou uma grande incidência de sangramento anormal, apresentando-se em 76% dos casos como a queixa principal das pacientes para realizar a histeroscopia. Em outro estudo realizado na Índia, apesar de ter reduzido sua amostra a miomectomias, o pesquisador Hallez encontrou o sangramento em 55,6% dos casos. No presente estudo, o número encontrado foi de 65,3% das pacientes. O sangramento foi classificado em leve (26,9%), moderado (7,6%) e intenso (30,7%). Assim, embora os estudos comparados acima tenham sido realizados em populações, épocas e através de métodos diferentes, o sangramento anormal mostra-se como importante indicação na histeroscopia.^{9,10}

No presente estudo analisamos a dilatação passiva do colo uterino da paciente. Dessa forma, determinou-se a resistência do colo uterino de cada paciente sujeita à histeroscopia através da passagem da vela de Hegar. Em nossos resultados foi encontrada uma mediana de 6 mm, resultado semelhante a média de 5mm, encontrado no estudo de Bercaite, na Universidade de Kaunas de Medicina, tais resultados por serem comparados entre duas medidas diferentes, a média e a mediana, podem contribuir com alguma discrepância, porém, não acreditamos em relevância clínica dessas diferenças, pelo fato desses dois indicadores serem considerados de tendência central. Quando comparado com as complicações, em nosso estudo obtivemos uma mediana da vela de Hegar na dilatação passiva de 6 no grupo das pacientes que não tiveram complicações quando comparado com uma mediana de 3 no grupo que obtiveram complicações. Este dado está condizente com o estudo citado acima que afirma que quanto maior for a vela de Hegar na dilatação passiva menor o possível número de complicações.¹¹

A facilidade no processo de dilatação ativa é uma variável subjetiva e, para ser avaliada, foi requisitado ao médico responsável pela histeroscopia a descrição da dificuldade da dilatação através da escala Likert, que vai de 1 (muito difícil) a 5 (extremamente fácil). Como resultado, encontrou-se uma mediana de 4,5, com os percentis variando de 4 a 5, o que reflete o bom desempenho geral no processo. Tal resultado difere um pouco do que já existe na literatura, como no trabalho canadense de 2002, comandado por Thomas em Toronto. Nele, foi utilizada uma escala Likert invertida, onde o número 1 representa o mais fácil e 5 o mais difícil. Talvez, pelo maior número da amostra, seus resultados demonstraram uma maior dificuldade referida pelos médicos na dilatação cervical: em média, encontraram um valor de 2,79, com desvio padrão de 1,4.¹²

Outro ponto importante em nosso estudo é o tempo de duração da dilatação total do colo uterino, o qual variou de 1 a 5 no percentil, com uma mediana de 2,5 min. Este resultado corrobora com o estudo realizado por S. Karakus na universidade de Cumhuriyet, e posteriormente, divulgado pelo *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*, no ano de 2015, que apresentou uma média de duração de 1,5 min em pacientes sem uso de misoprostol.¹³

Outra variável estudada por nós foi a falha na dilatação cervical. Nesse aspecto, foi obtido um resultado bem interessante, não tivemos problema com nenhuma das 26 pacientes que participaram do estudo, o que denota um bom preparo das pacientes associado à capacitação do serviço em questão. No entanto, o fato da nossa amostra ter sido pequena em relação ao grande número de procedimentos histeroscópicos que ocorrem no IMIP, provavelmente, pode ter influenciado nesse fato, já que, outros estudos anteriores, como evidenciado por Uckuyu, em Ankara, Turquia no ano de 2008, mostram uma taxa relevante de falha na dilatação com a vela de Hegar, principalmente em pacientes que

havam tido uma cesariana prévia. Nesse referido estudo, foi encontrada uma taxa de falha na dilatação do colo uterino com a vela de Hegar de 25%.¹⁴

No presente estudo, as complicações estiveram presentes em 19,23% das pacientes. No estudo realizado no Brigham and Women's Hospital, situado em Boston, nos Estados Unidos, onde A. Propst verificou um número total de 925 histeroscopias cirúrgicas entre 1995 e 1996 encontrou-se complicações em 2,7% das pacientes.¹⁵ Acreditamos que essa diferença nos achados provavelmente ocorreu pelo número limitado da população em nosso estudo, pelo fato de o procedimento ter sido realizado em todas as ocasiões por residentes na área de ginecologia e obstetrícia que, embora supervisionados pelo médico atendente, têm menos experiência que os mesmos, o que deve ser considerado, além do fato de que as pacientes do estudo serem majoritariamente de baixa renda, o que normalmente atrasa o serviço médico, resultando em procedimentos mais complexos uma vez que podem se encontrar doenças em estado mais avançado.

Entre as complicações, laceração cervical esteve presente em todos os casos, representando 11,57% de total de pacientes. O estudo realizado por F. Jansen, onde foram relatadas 13,600 histeroscopias de 82 hospitais, incluindo diagnósticas e cirúrgicas, nos Estados Unidos, no ano de 1997 assim como o realizado por A. Agostini, em Marseille, na França, onde foram analisadas 2,116 histeroscopias cirúrgicas entre 1990 e 1999 relatam que a complicação mais frequente entre os procedimentos cirúrgicos foi a perfuração uterina, com 0,76% e 1,61% dos casos, respectivamente, 2/3.^{16,17} Já o estudo de A. Propst relata que a complicação mais frequente esteve relacionada ao meio de distensão uterina com 0,014 dos casos de histeroscopia cirúrgica.¹⁵

Para análise desses dados, torna-se importante ter em mente que os questionários preenchidos em nosso estudo tiveram complicações específicas, mais relacionadas ao

processo de introdução do histeroscópio e amadurecimento do colo do que do procedimento em si, uma vez que ajudaria a servir como base de dados para o projeto Âncora: Misoprostol versus placebo para amadurecimento cervical prévio à histeroscopia cirúrgica em pacientes pré e pós-menopausadas: Ensaio clínico randomizado duplamente mascarado, o que justifica a ausência de pesquisa de complicações relacionadas ao processo de distensão uterina. O alto número de lacerações cervicais está respaldado na literatura quando a pesquisa realizada por F. Jansen e revisada por Linda D. Bradley em 2002 relata que mais da metade das complicações da histeroscopia cirúrgica estavam relacionadas à técnica de entrada na cérvix.^{16,3} Acreditamos que a ausência de perfuração uterina em nosso estudo seja justificada pelo tamanho da amostra.

Em uma revisão sistemática, realizada pela The Cochrane Collaboration, no ano de 2015, que avaliou o amadurecimento do colo uterino prévio à realização da histeroscopia cirúrgica, foi avaliado o risco assumido de possíveis complicações após o procedimento. Foram determinadas como principais complicações: a possibilidade de falso trajeto em 4%, seguido por 2,9% de perfuração uterina e 2,5% de laceração cervical.¹⁸ Por outro lado, no nosso estudo, os resultados destoaram um pouco dessa tendência. Houve laceração cervical em 11,5%, falso trajeto em 3,8% e não foi encontrado nenhum caso de perfuração. Provavelmente, os diferentes resultados relacionam-se às distintas amostras, já que a revisão sistemática publicada na Cochrane apresenta um número de pacientes consideravelmente maior do que o presente estudo.

No que diz respeito às queixas dolorosas no pós-operatório, analisadas através da Escala Visual Analógica, verificamos uma mediana de 1, com os percentis variando entre 0 e 4, correspondendo a uma dor leve. Na literatura, existe um estudo na Universidade de Catanzaro, na cidade italiana de Napoli, ocorrido entre 2000 e 2001, que avaliou a dor através da EVA sendo 0 sem dor e 5 dor intolerável. Como resultado, foi encontrada uma

média de 0,5, o que também corresponde a dor leve.¹⁹ Apesar de terem sido utilizadas escalas e medidas de análise diferentes, o que poderia ter influenciado no desfecho, foram observadas queixas de níveis semelhantes, o que provavelmente evidencia um bom preparo pré-operatório aliado a um bloqueio anestésico eficiente em ambos os serviços.

Outra variável avaliada nesse estudo foi o sangramento no pós-operatório imediato, que esteve presente em 38,46% das pacientes. Esse dado diverge um pouco de outro disponível na literatura, como o do estudo conduzido por Cooper, na Arizona School of Medicine, que encontrou um valor de 0,25% de sangramento e enfatizou o maior risco na retirada de miomas intramurais de 2 a 3%. Provavelmente, essa discrepância deve-se a algumas razões. Além do tamanho da amostra, é possível que os métodos de obtenção das informações e avaliação do sangramento tenham sido diferentes entre os dois estudos. No presente estudo, as pacientes recebiam alta algumas horas após a cirurgia e então nos informavam, por telefone, se havia sangramento ou não. Não foi informado neste outro estudo americano nem como a informação foi obtida, nem quais parâmetros serviram para avaliar o sangramento.²⁰

Nossas principais limitações foram a incompatibilidade de horários dos participantes da pesquisa, principalmente por conta de atividades curriculares da Faculdade Pernambucana de Saúde, com o horário das realizações das histeroscopias cirúrgicas no IMIP, resultando em uma amostra demasiadamente reduzida quando se compara com o número esperado no pré-projeto, assim como a impossibilidade, por ventura, de contactar as pacientes após os procedimentos com o intuito de obter os resultados pós-operatórios.

A importância do nosso estudo se dá principalmente por fazer parte da base de dados usada no projeto âncora “Misoprostol versus placebo para amadurecimento cervical prévio à histeroscopia cirúrgica em pacientes pré e pós-menopausadas: Ensaio clínico randomizado duplamente mascarado”, que irá elucidar vários fatores ainda discutíveis a

respeito do uso de misoprostol no preparo cervical de pacientes que necessitem dilatação cervical.

CONCLUSÃO

Das 26 pacientes estudadas verificou-se que a maioria é procedente da região Metropolitana de Recife. A polipose endometrial foi a principal indicação para a realização da histeroscopia cirúrgica, seguida da miomatose uterina e do septo uterino. O estudo teve um número mínimo de complicações, com laceração cervical se sobressaindo em relação as demais.

Encontrou-se um tempo médio de duração da dilatação um pouco inferior a cinco minutos. Foi relatado que a dilatação ativa na grande maioria das vezes foi de fácil realização. Constatou-se que dilatação passiva foi até a vela de Hegar de 6 mm.

Sangramento no pós-operatório ocorreu em quase metade dos casos, porém em maior parte de leve intensidade. A dor pós-operatória esteve em presente em um pouco mais da metade dos casos, entretanto, também de baixa intensidade.

PÁGINA DAS ILUSTRAÇÕES

Tabelas 1. Principais queixas das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica.

Queixa	MD ¹	Percentil
Dor (EVA)	4	0 - 8
Sangramento	N	%
Total	17	65,38
Leve	7	26,92
Moderado	2	7,69
Intenso	8	30,77

Fonte: IMIP, 2019

Tabela 2. Principais características pré-operatórias das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica.

Características	N	%
Indicação		
Pólipo	17	65,45
Mioma	9	34,65
Pólipo + Mioma	01	3,85
Septo uterino	01	3,85
Volume uterino (pré)⁶ (MD, 25 - 75)	81,95	50 - 140

Fonte: IMIP, 2019

Tabelas 3. Principais características pré e intra-operatórias das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica.

Características	MD	25% - 75%
Comprimento do colo	03	02 - 3
Dilatação Passiva (HEGAR)	06	04 - 07
Dilatação Ativa (LIKERT)	4,5	04 - 05
Duração total da dilatação	2,5	01 - 45

Fonte: IMIP, 2019

Tabelas 4. Principais complicações intra pós-operatórias das pacientes submetidas à histeroscopia cirúrgica.

Características	N	%
Complicação intra-operatória		
Laceração	2	66,67%
Laceração e Falso trajeto	1	33,33%
Queixa pós-operatória imediata		
Dor	1	0 - 9
Sangramento	10	38,5%

Fonte: IMIP, 2019

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CF. Manual de Ginecologia. Histeroscopia Cirúrgica. Coimbra: Permanyer Portugal, 2011. p 511-532.
2. Pedrosa F, Meirelles Júnior HL, Silveira GPG. Histórico da endoscopia médica. In: Crispi CP, Oliveira FMM, Damian Júnior JC, Oliveira MAP, Ribeiro PAG, editor. Tratado de endoscopia ginecológica: cirurgia minimamente invasiva. Rio de Janeiro: Revinder (3a .ed); 2012. P 3-8.
3. Bradley LD. Complication in hysteroscopy: prevention, treatment and legal risk. Cleveland: Department of Obstetrics and Gynecology, Cleveland Clinic Foundation; 2002.
4. Tarneja P, Tarneja VK, Duggal BS. Complications of Hysteroscopic Surgery. Med J Armed Forces India. 2002;58(4):331–334.
5. Stankova T, Ganovska A, Stoianova M, Kovachev S. [COMPLICATIONS OF DIAGNOSTIC AND OPERATIVE HYSTEROSCOPY--REVIEW]. Akush Ginekol (Sofia). 2015
6. COSTA, Hélio de Lima Ferreira Fernandes et al . Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio para polipectomia endometrial: eficácia e segurança. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 371-376, July 2001
7. Hidalgo, Simone Ravacci. Avaliação de um serviço de histeroscopia cirúrgica em um hospital universitário/ Simone Ravacci Hidalgo. Campinas, SP 2008
8. Kayatas S, Meseci E, Tosun OA, Arinkan SA, Uygur L, Api M. Experience of hysteroscopy indications and complications in 5,474 cases. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014
9. Gimpelson, R. J., & Rappold, H. O. (1988). A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. American Journal of Obstetrics and Gynecology
10. Hallez, J. P. (1995). Single-stage total hysteroscopic myomectomies: indications, techniques, and results**Presented in part at the World Congress of Gynaecological Endoscopy, Bombay, India.
11. Barcaite, E., Bartusevicius, A., Railaite, D. R., & Nadisauskiene, R. (2005). Vaginal misoprostol for cervical priming before hysteroscopy in perimenopausal and postmenopausal women. International Journal of Gynecology & Obstetrics
12. Thomas, J. A., Leyland, N., Durand, N., & Windrim, R. C. (2002). The use of oral misoprostol as a cervical ripening agent in operative hysteroscopy: A double-blind, placebo-controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology

13. Karakus, S., Akkar, O. B., Yildiz, C., Yenicesu, G. I., Cetin, M., & Cetin, A. (2016). Comparison of Effectiveness of Laminaria versus Vaginal Misoprostol for Cervical Preparation Before Operative Hysteroscopy in Women of Reproductive Age: A Prospective Randomized Trial. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*.
14. Uckuyu, A., Ozcimen, E. E., Sevinc, F. C., & Zeyneloglu, H. B. (2008). Efficacy of Vaginal Misoprostol Before Hysteroscopy for Cervical Priming in Patients Who Have Undergone Cesarean Section and No Vaginal Deliveries. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*
15. Propst AM, Liberman RF, Harlow BL, Ginsburg ES. Complications of hysteroscopic surgery: predicting patients at risk. *Obstet Gynecol*. 2000 Oct
16. Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TC. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol*. 2000 Aug
17. Agostini A, Bretelle F, Cravello L, Ronda I, Roger V, Blanc B. [Complications of operative hysteroscopy]. *Presse Med*. 2003 May
18. Al-Fozan H, Firwana B, Al Kadri H, Hassan S, Tulandi T. Preoperative ripening of the cervix before operative hysteroscopy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr
19. Guida, M. (2003). Outpatient operative hysteroscopy with bipolar electrode: a prospective multicentre randomized study between local anaesthesia and conscious sedation
20. Cooper, J. M., & Brady, R. M. (2000). Intraoperative and early postoperative complications of operative hysteroscopy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*