Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 junio;87(6):392-396.

Diagnóstico y tratamiento histeroscópico de una paciente posmenopáusica con fístula arteriovenosa uterina

Hysteroscopy diagnosis and management of uterine arterio-venous fistula in a postmenopausal woman.

Lourdes Gabasa-Gorgas, Ana Pérez-Muñoz, Beatriz Procas-Ramón, Laura Polo-Oliveros, Dolores Jiménez-Martínez, Mercedes Sobreviela-Laserrada

Resumen

ANTECEDENTES: La fístula arteriovenosa uterina es una de las malformaciones vasculares más frecuentes. El sangrado vaginal abundante es un signo sugerente de este tipo de alteración.

CASO CLÍNICO: Paciente de 51 años, acudió al servicio de Urgencias debido a un sangrado vaginal abundante de un mes de evolución. En la exploración física se objetivaron los genitales externos y la vagina normales, y el útero ligeramente aumentado de tamaño. La ecografía transvaginal con Doppler color solo reportó aumento de la vascularización uterina. La histeroscopia diagnóstica confirmó la coexistencia de una fístula arteriovenosa uterina. La histeroscopia quirúrgica se practicó con espéculo, pinza de Pozzi, dilatación con tallos de Hegar (9'5), coagulación con histeroscopio Storz, asa de Collins, con energía bipolar a 45 watt y suero fisiológico como medio de distensión. La malformación arteriovenosa se coaguló en diversas zonas anatómicas, hasta conseguir la obstrucción completa de la fístula. El posoperatorio trascurrió sin contratiempos. El seguimiento de la paciente fue satisfactorio, hasta la fecha no manifiesta síntomas adicionales de la alteración.

CONCLUSIONES: La histeroscopia es un método efectivo, de mínima invasión y con escasa morbilidad para establecer el diagnóstico y tratamiento de las malformaciones vasculares uterinas.

PALABRAS CLAVE: Fístula arteriovenosa; malformaciones uterinas vasculares; histeroscopia.

Abstract

BACKGROUND: Uterine arterio-venous fistula is one of the most frequent vascular malformations. A heavy vaginal bleeding should make us suspect the presence of this type of vascular malformation.

CLINICAL CASE: A 51-years-old patient was admitted in Emergency Service for heavy vaginal bleeding of one month of evolution. On physical examination, external genitalia and vagina were normal but uterus had slightly increased in size. A transvaginal ultrasound with color Doppler was performed where an increase in uterine vascularization was shown. Subsequently, an office hysteroscopy was carried out confirming the diagnosis of uterine arterio-venous fistula. After a correct anesthetic evaluation, a surgical hysteroscopy was performed, using speculum, Pozzi clamp, dilation with Hegar stems up to number 9.5, coagulation resectoscope Storz Gyrus with Collins loop handle with bipolar energy at 45 watt of coagulation and physiological saline, as a means of relaxation. The arterio-venous malformation was coagulated at several levels until the obliteration of the fistula was completed. The postoperative period was favorable. In the subsequent follow-up in consultation, the patient continues asymptomatic.

CONCLUSION: Hysteroscopy is an effective, minimally invasive method with low morbidity to establish the diagnosis and treatment of vascular malformations.

KEYWORDS: Arterio-venous uterine fistula; Uterine vascular malformations; Hysteroscopy.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Recibido: octubre 2018
Aceptado: marzo 2019

Correspondencia
Lourdes Gabasa Gorgas
lourdesgabasa@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Gabasa-Gorgas L, Pérez-Muñoz A, Procas-Ramón B, Polo-Oliveros L, Jiménez-Martínez D, Sobreviela-Laserrada M. Diagnóstico y tratamiento histeroscópico de una paciente posmenopáusica con fístula arteriovenosa uterina. Ginecol Obstet Mex. 2019 junio;87(6):392-396.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i6.2667

ANTECEDENTES

Las lesiones vasculares uterinas son poco frecuentes en la práctica diaria y su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica. Estas alteraciones pueden ser congénitas o adquiridas, casi siempre provocadas por procedimientos quirúrgicos obstétricos. En la mayoría de los casos desaparecen espontáneamente, por lo que su incidencia real se desconoce.[1,2]

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés para el padecimiento actual. Como antecedentes ginecoobstétricos refirió un aborto y menopausia a los 49 años. En 2014 registró la última visita al servicio de Ginecología, donde estableció el diagnóstico de mioma uterino subseroso de 2 cm.

La paciente acudió al servicio de Urgencias Ginecológicas en tres ocasiones durante una semana debido a sangrado vaginal abundante, de varios días de evolución, en cantidad superior a la de un ciclo menstrual. A la exploración física se objetivó la vagina con restos hemáticos, cuello uterino correspondiente al de una paciente nulípara y útero ligeramente aumentado de tamaño. Se inició tratamiento con ácido tranexámico, a dosis de 1000 mg cada 8 horas durante 5 días.

La biopsia de endometrio reportó un aspecto atrófico; la ecografía ginecológica: útero en anteflexión, de 60 x 34 x 47 mm, con cavidad endometrial levemente dilatada y ocupada por líquido (sangre). Se apreciaron dos miomas: el mayor de 28 mm en la cara posterior-canto derecho subseroso y el menor de 10 mm, intramural-submucoso, en el canto izquierdo (**Figura 1**). Intensa vascularización intramiometrial, con vasos de 4-5 mm de diámetro, que se extendían hasta un varicocele lateral (**Figura 2**).

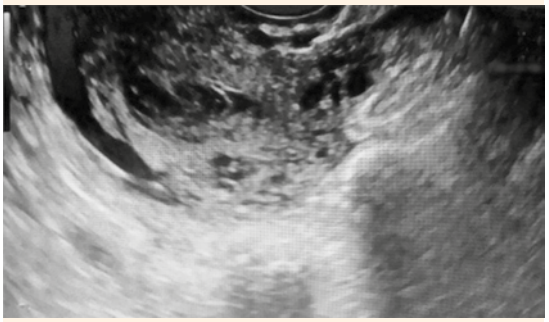


Figura 1. Útero en anteflexión, con visualización de vasos alrededor y cavidad endometrial ocupada por contenido líquido.

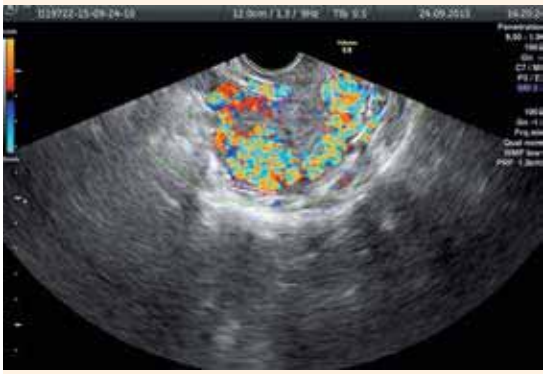


Figura 2. Doppler color que muestra vascularización, compatible con varicocele.

Aparentemente, un vaso rectilíneo atravesaba desde la cara posterior el miometrio y se comunicaba con la cavidad endometrial. Con estos hallazgos se sospechó una fístula arteriovenosa endometrial (**Figura 3**). En la histeroscopia diagnóstica ambulatoria se visualizó, en la cara posterior uterina, un vaso sanguíneo pulsátil, con sangrado después del contacto con fórceps. El endometrio se observó atrófico y los ostium eran visibles. **Figuras 5,6**

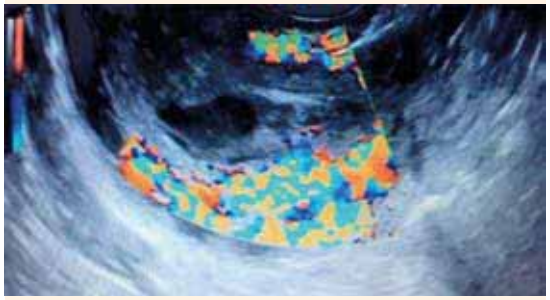


Figura 3. Vaso rectilíneo en la cara posterior, que penetra al miometrio, con flujo de alta velocidad.



Figura 4. Histeroscopia diagnóstica que muestra el endometrio atrófico y ambos ostium visibles.



Figura 5. Al disminuir la presión intrauterina de la histeroscopia diagnóstica en la cara posterior del útero se encontró una imagen pulsátil, eritematosa.



Figura 6. Visión histeroscópica de la masa vascular pulsátil en la cara posterior y protrusión de los vasos uterinos asociada con la fístula arteriovenosa.

Con los hallazgos ecográficos y la histeroscopia diagnóstica se confirmó el diagnóstico de fístula arteriovenosa uterina y se propuso a la paciente la histeroscopia quirúrgica, efectuada dos meses después. Para el procedimiento quirúrgico se administraron 400 µg de misoprostol por vía vaginal. Cinco horas después se efectuó la intervención con anestesia general. La paciente fue colocada en posición de litotomía y mediante un espéculo metálico e individualización del cuello uterino con pinza de Pozzi se realizó la dilatación del orificio cervical, con tallos de Hegar hasta 9'5. Posteriormente, se introdujo el histeroscopio Storz en la cavidad uterina, con la aplicación de suero fisiológico como medio de distensión. La coagulación se aplicó

https://doi.org/10.24245/gom.v87i6.2667

en varios puntos de la malformación arteriovenosa uterina, mediante resectoscopio Gyrus, con asa de Collins y energía bipolar a 45 watt. Por último, se disminuyó la presión intrauterina para comprobar la obstrucción completa de la fistula arteriovenosa y la ausencia de sangrado espontáneo (**Figuras 7 y 8**). Luego de 24 horas del posquirúrgico, la paciente fue dada de alta de la unidad de Ginecología, sin complicaciones.

A 30 días del procedimiento no se percibió sangrado y en la ecográfica se observó disminución considerable de la vascularización endometrial. En la actualidad permanece asintomática y en amenorrea.

DISCUSIÓN

La fístula arteriovenosa uterina es una alteración ginecológica poco frecuente, pero potencialmente grave, pues puede generar sangrado vaginal anormal, por la comunicación anómala que se produce entre venas y arterias.[3] El origen de la fístula arteriovenosa adquirida suele relacionarse con el antecedente de afección corioplacentaria (enfermedad trofoblástica, acretismo placentario, etc.) y cirugía uterina previa (legrado y cesárea, principalmente).

Hasta la fecha existen poco más de 100 casos publicados de fístulas arteriovenosas uterinas. Algunos autores sugieren que se trata de una alteración mucho más frecuente de lo que se piensa y en la mayoría de las pacientes se diagnostica erróneamente.[4]

El diagnóstico se establece por los hallazgos clínicos y ecográficos. Las pacientes manifiestan episodios de sangrado persistente después de alguna cirugía uterina, además de dolor pélvico. El inicio de los síntomas es variable, incluso pueden aparecer años después del procedimiento quirúrgico. La esterilidad asociada con la fístula arteriovenosa uterina puede deberse a la hipervascularización que altera la implantación de la placenta.[5]

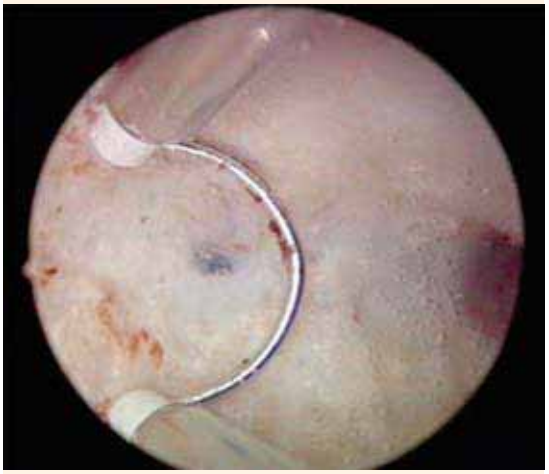


Figura 7. Histeroscopia quirúrgica. Coagulación con resectoscopio y asa de Collins de los trayectos fistulosos visualizados y después de disminuir la presión de distensión uterina.

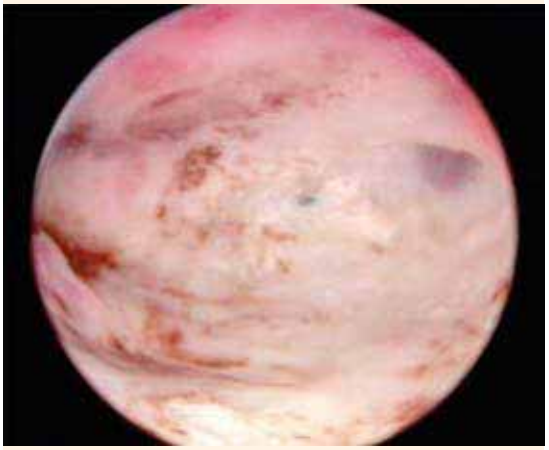


Figura 8. Endometrio atrófico y posmenopáusico al finalizar la cirugía. Se aprecia la obstrucción completa de la fístula arteriovenosa.

La ecografía es un estudio capaz de identificar áreas hipoecoicas tortuosas intramiometriales; con el Doppler color se visualiza un ovillo vascular, con flujos turbulentos de alta velocidad. Sin embargo, hasta el momento no existen criterios ecográficos específicos para establecer el diagnóstico certero de pacientes con fístulas arteriovenosas uterinas.[6,7,8]

Las imágenes histeroscópicas suelen mostrar una masa vascular pulsátil dentro de la cavidad uterina.[9,10] En nuestra paciente se visualizó esa masa, que inició las pulsaciones cuando disminuyó la presión intrauterina. Esa imagen se ha reportado también en diversos estudios, como en el de Alonso y sus colaboradores, después de un legrado instrumentado.[11] Sánchez-Usabiaga y sus coautores reportaron una fístula arteriovenosa uterina mediante histeroscopia, indicándola como una nueva opción de tratamiento.[12] El reconocimiento de esta imagen es importante para establecer el diagnóstico certero.[13,14]

Existen pocos reportes del tratamiento histeroscópico en pacientes con fístula arteriovenosa uterina, incluso se limitan a la histeroscopia diagnóstica, sin plantear el protocolo terapéutico para esta técnica.[11]

CONCLUSIONES

La histeroscopia es un método efectivo para establecer el diagnóstico, plantear el tratamiento de las fístulas arteriovenosas uterinas, disminuir las complicaciones y la estancia hospitalaria, y acelerar la recuperación de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Hickey M, et al. Clinical implications of disturbances of uterine vascular morphlogy and function. Ballieres Clin Obstet Gynaecol 2000; 14:937-51. http://doi.org/10.1053/beog.2000.0136
2. Itoh H, et al. Spontaneous resolution of a postcesarean arteriovenous fistula of the uterine cervix: the usefulness of transvaginal color doppler scanning. J Obstet Gynecol 1997; 23:439-44.
3. Alessandrino F, et al. Uterine arteriovenous malformation. J Ultrasound 2013;16(1):41-44. http://doi.org/10.1007/s40477-013-0007-z
4. Machado LE, et al. La malformación arteriovenosa uterina. Una lesión más frecuente y grave de lo sospechado. Prog Obstet Ginecol 2010;53(1), 10–17. http://doi.org/10.1016/j.pog.2009.09.001
5. Sánchez-Usabiaga RA, et al. Implementación del diagnóstico de infertilidad en la primera visita al consultorio. Ginecol Obstet Mex 2016; 84:368-376. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/implementacion-del-diagnostico-de-infertilidad-en-la-primera-visita-al-consultorio/
6. Ore RM, et al. Uterine arteriovenous malformation, images, and management. Mil Med 2015;180(1): e177-80. http://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00145
7. Sayegh S, et al. 2079071 Uterine vascular abnormalities: uterine arteriovenous malformations and its mimics. Ultrasound Med Biol 2015;41(4): S122. https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2014.12.487
8. Scioscia M, et al. A suggestive diagnosis of uterine arteriovenous fistula based on ultrasonography and hysteroscopy. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology 2012;160(1):116-117. http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.09.019
9. Calzolari S, et al. Uterine Arteriovenous Malformation: Hysteroscopic Identification Is Possible. J Minim Invas Gynecol 2016;23(3):293-294. http://doi.org/10.1016/j.jmig.2015.10.007
10. Chittawar PB, et al. Hysteroscopic diagnosis and successful management of an acquired uterine arteriovenous malformation by percutaneous embolotherapy. J Midlife Health 2013;4(1):57-59. http://doi.org/10.4103/0976-7800.109641
11. Alonso-Pacheco L, et al. Fístulas arteriovenosas uterinas tras legrado. Manejo histeroscópico. Progres Obstet Ginecol 2014;57(3):126-129. http://doi.org/10.1016/j.pog.2013.06.003
12. Sánchez-Usabiaga RA, et al. Fístula arteriovenosa uterina-pólipo placentario: tratamiento histeroscópico. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2017;85(1):27-31. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/casos-clinicos/fistula-arteriovenosa-uterina-polipo-placentario-tratamiento-histeroscopico-reporte-de-un-caso/
13. Selby S, et al. Uterine Arteriovenous Malformation with Sudden Heavy Vaginal Hemmorhage. West J Emerg Med 2013;14(5):411-414. http://doi.org/10.5811/westjem.2012.12.13025
14. Taylor E, et al. Hysteroscopic identification of a uterine arteriovenous malformation. J Obstet Gynaecol Can 2009;31(12):1117-8.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i6.2667