



¿DEBERÍA ADMINISTRARSE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN HISTEROSCOPIA?

Gurrea Almela E, Martínez Vicente L, Muñoz Contreras M, Lorca Alfaro S, Izquierdo Sanjuanes B, Fernández Salmerón R, Noguera Marín MC, Machado Linde F
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN:

La histeroscopia permite el diagnóstico y tratamiento de patología uterina diversa. Las tasas de complicaciones en este tipo de intervención es, en general, baja. Siendo estas la perforación uterina y lesión de órganos adyacentes (0,12%), sangrado (0,03%), síndrome de sobrecarga hídrica (0,06%), síndrome de Asherman y las infecciones (endometritis 0,01%)^[1,3].

Dada la baja incidencia de infecciones post-histeroscopia, existe escasa información disponible sobre la prevención de estos procesos y sobre la necesidad, o no, de establecer profilaxis antibiótica, y la pauta a seguir. Por ello, hemos seleccionado un caso, con el fin de revisar la bibliografía disponible.

CASO CLÍNICO:

Paciente nulípara de 52 años, que había consultado por sangrado postmenopáusico. Como antecedentes cabe destacar una quistectomía laparoscópica de un endometrioma en 2011, con posterior seguimiento en nuestro servicio por endometriosis y un hidrosálpinx izquierdo asintomático.

Se realizó inicialmente una histeroscopia en consulta, con profilaxis antibiótica con azitromicina 1gr vo, que resultó insatisfactoria por dolor. Se practica, posteriormente, en quirófano histeroscopia (Fig 1), tomando biopsia de mioma submucoso y de endometrio. Durante la intervención se administra profilaxis antibiótica con cefazolina 2gr iv.

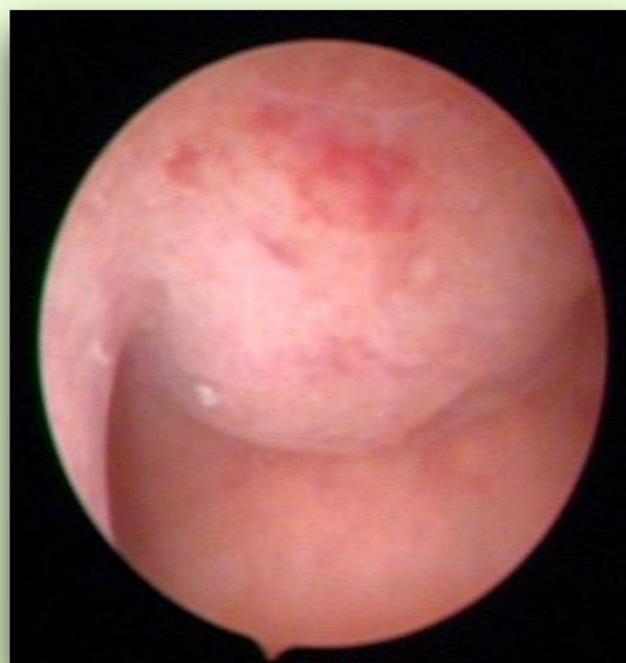


Fig 1. Visualización histeroscópica de mioma submucoso

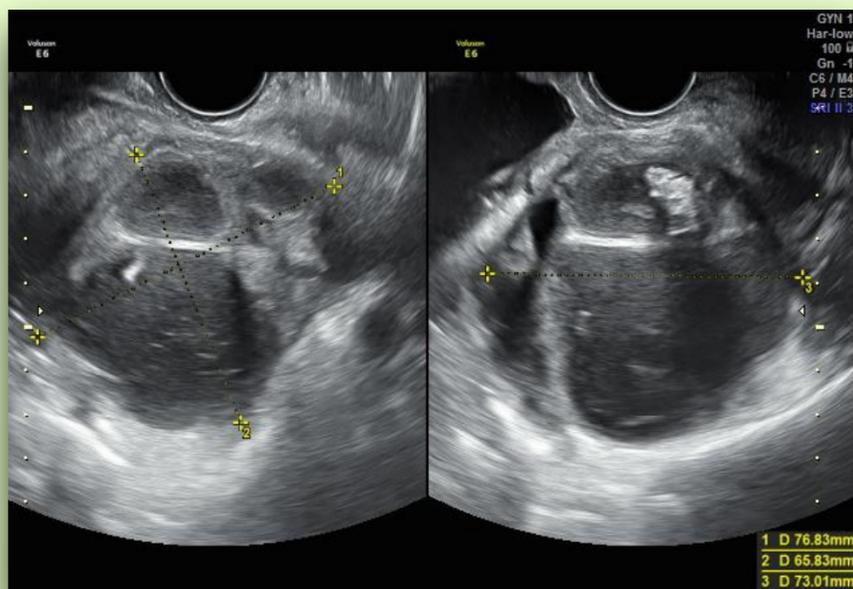


Fig 2. Imagen ecográfica de absceso tuboovárico

Tres semanas después, la paciente consulta en urgencias por dolor a nivel hipogástrico y fiebre. Mediante ecografía se observa formación de contenido heterogéneo compatible con absceso tuboovárico de 7cms (Fig 2). La paciente es ingresada con el diagnóstico de una EIP grado III. Se instaura tratamiento intravenoso con ampicilina, gentamicina y clindamicina, según el protocolo de nuestro hospital. Tras 48h de tratamiento antibiótico con persistencia de la clínica y de las alteraciones analíticas, se decide intervención.

Hallazgos quirúrgicos: útero bloqueado por síndrome adherencia grave que incluye asas de intestino delgado y grueso. Finalmente se realiza histerectomía subtotal laparotómica con doble anexectomía y apendicectomía. La intervención y el postoperatorio inmediato cursan sin incidencias, con mejoría clínica de la paciente. Es dada de alta tras 11 días de ingreso.

DISCUSION: La tasa de infección post-histeroscopia, se encuentra entorno al 0,01% pudiendo aumentar, según el estudio, hasta un 1%. Estos datos concuerdan con los obtenidos por nuestra unidad, ya que de 953 histeroscopias realizadas durante el periodo de 2016-2017, no se ha registrado ningún caso de EIP grave. Según la intervención realizada, la bibliografía atribuye una mayor incidencia de infección tras adhesiolisis respecto a las resecciones endometriales, de pólipos o fibromas. En cuanto al uso de profilaxis antibiótica para reducir esta complicación, una revisión recomiendan una reducción en el tiempo quirúrgico como principal método para reducir el riesgo de infección. Solamente sugieren el uso de una dosis única de profilaxis antibiótica en los casos de perforación uterina ^[1]. En un metanálisis en 2018, afirman que no se recomienda el uso de profilaxis antibiótica en histeroscopias ^[2].

En ningún artículo se recomienda el uso de profilaxis antibiótica de forma generalizada en las histeroscopias, aunque en la mayoría de casos no se concreta su utilización en casos especiales.

En nuestro hospital, el protocolo establece la administración de profilaxis en mujeres con antecedentes de esterilidad o con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, tanto si se realiza la histeroscopia en consulta como en quirófano. En estos casos la pauta consiste en azitromicina 1gr vo en aquellas pacientes intervenidas en consulta y cefazolina 2gr iv si la histeroscopia se realiza en quirófano. Para aquellas pacientes alérgicas a betalactámicos, la pauta sería clindamicina 600mg más gentamicina 240 mg.

BIBLIOGRAFÍA:

[1] Aydeniz B, Gruber I, Schauf B, Kurek R, Meyer A, Wallwiener D. A multicenter survey of complications associated with 21 676 operative hysteroscopies. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2002;104(2):160-164.

[2] Van Eyk N, van Schalkwyk J. No. 275-Antibiotic Prophylaxis in Gynaecologic Procedures. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018;40(10):e723-e733.

[3] Aas-Eng M, Langebrenne A, Hudelist G. Complications in operative hysteroscopy - is prevention possible?. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2017;96(12):1399-1403.

[4] Agostini et al. Operative hysteroscopy and infectious risk. *Fertility and Sterility*. 2002;77(4):766-768.