

# Polipectomia endometrial histeroscópica: tratamento ambulatorial *versus* convencional

Hysteroscopic endometrial polypectomy: outpatient *versus* conventional treatment

Angela Mendes Bergamo<sup>1</sup>, Daniella de Batista Depes<sup>2</sup>, Ana Maria Gomes Pereira<sup>2</sup>, Taciana Cristina Duarte de Santana<sup>3</sup>, Umberto Gazi Lippi<sup>2</sup>, Reginaldo Guedes Coelho Lopes<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar resultados da polipectomia histeroscópica endometrial efetuada ambulatorialmente, sem anestesia, com polipectomia histeroscópica convencional sob anestesia, em centro cirúrgico, avaliando taxa de sucesso, tempo de procedimento e complicações. Mensurar dor aferida pela paciente nos dois grupos.

**Métodos:** Estudo transversal observacional de 60 pacientes com diagnóstico histeroscópico de pólipos endometrial divididas em dois grupos: Grupo Ambulatorial, composto por pacientes submetidas à polipectomia histeroscópica ambulatorial, utilizando-se pinça endoscópica em histeroscópio operatório ambulatorial de fluxo contínuo, por meio de vaginoscopia sem anestesia, e Grupo Convencional com pacientes submetidas à polipectomia histeroscópica em centro cirúrgico, utilizando-se ressectoscópio monopolar sob anestesia. **Resultados:** Os grupos foram similares quanto a idade, paridade, tipo de parto e presença ou não de menopausa. Ambos os grupos apresentaram 100% de eficácia na exérese dos pólipos. O tempo médio de procedimento foi de 7 minutos no Grupo Ambulatorial e 35,16 minutos no Grupo Convencional. No Grupo Ambulatorial, as pacientes após a menopausa ( $p=0,04$ ) e aquelas com pólipos  $>1\text{cm}$  ( $p=0,01$ ) apresentaram tempo de procedimento maior. Durante o procedimento, a média de dor referida pelas pacientes, segundo a Escala Analógica Verbal de Dor, no Grupo Ambulatorial, foi de 2,93 e, após efeito anestésico do procedimento no Grupo Convencional, foi de 1,42 pontos. Não houve complicações no Grupo Ambulatorial. No Grupo Convencional, registraram-se um caso de perfuração uterina e um de falso trajeto. **Conclusão:** A polipectomia histeroscópica realizada em regime ambulatorial, sem anestesia, é um procedimento bem tolerado. Quando comparada ao tratamento convencional, apresenta a mesma eficácia, porém com menor tempo gasto no procedimento e menor índice de complicações.

**Descritores:** Pólipos; Histeroscopia; Medição da dor; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; Endométrio; Anestesia

## ABSTRACT

**Objective:** To compare results of hysteroscopic polypectomy of the endometrium performed in an outpatient clinic, under no anesthesia, to conventional hysteroscopic polypectomy under anesthesia in the operating theatre, assessing success rate, procedure time and complications; and to measure pain referred by patients in both groups. **Methods:** An observational cross-sectional study of 60 patients with hysteroscopic diagnosis of endometrial polyps, divided into two groups: the Outpatient Group, comprising patients submitted to outpatient's hysteroscopic polypectomy by continuous flow vaginocopy using endoscopic forceps under no anesthesia, and the Conventional Group with patients submitted to hysteroscopic polypectomy in the operating theater, using a monopolar resectoscope under anesthesia. **Results:** The groups were similar as to age, parity, mode of delivery and menopausal status. Both groups presented 100% efficacy in exeresis of polyps. The mean time of procedure was 7 minutes in the Outpatient Group and 35.16 minutes in the Conventional Group. In the Outpatient Group, menopausal patients ( $p=0.04$ ) and those with polyps  $>1\text{cm}$  ( $p=0.01$ ) had longer procedures. Using the Verbal Analog Scale of Pain, the mean score of pain referred by patients during the procedure was 2.93 in the Outpatient Group and, after anesthetic effect, 1.42 in the Conventional Group. There were no complications in the Outpatient Group. There was one case of uterine perforation and one case of false passage in the Conventional Group. **Conclusion:** Hysteroscopic polypectomy performed in an outpatient setting under no anesthesia is a well-tolerated procedure. As compared to conventional treatment, it displays the same efficacy, but the procedure time is shorter and the complication rate is lower.

**Keywords:** Polyps; Hysteroscopy; Pain measurement; Outpatients' surgical procedures; Endometrium; Anesthesia

Trabalho realizado no Setor de Endoscopia Ginecológica, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Setor de Endoscopia Ginecológica, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Curso Acadêmico de Medicina, Universidade Cidade de São Paulo – UNICID, São Paulo (SP), Brasil; Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Angela Mendes Bergamo – Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO – Rua Pedro de Toledo, 1.800 – Vila Clementino – CEP: 04039-901 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: (11) 5088-8085 – E-mail: angelmbergamo@hotmail.com

Data de submissão: 14/7/2011 – Data de aceite: 24/1/2012

Conflitos de interesse: não há.

## INTRODUÇÃO

O pólipos endometrial é uma hiperplasia focal da camada basal do endométrio, que origina um tumor localizado e é recoberto por epitélio glandular. Histologicamente, é reconhecido por glândulas de aspecto variado, estroma fibroso e vasos com paredes espessadas<sup>(1)</sup>. Os pólipos podem ser classificados histologicamente como funcionais, atróficos ou hiperplásicos, de acordo com o trofismo do epitélio que os reveste<sup>(1)</sup>. Entretanto, essa classificação praticamente não tem relação com o quadro clínico da paciente e não implica conduta ou prognóstico<sup>(2)</sup>. A patogênese do pólipo endometrial é semelhante à da hiperplasia endometrial. A concentração de receptores de estrogênio e progesterona no pólipo do endométrio é maior no epitélio glandular do que no estroma dos mesmos e do que no endométrio normal<sup>(3)</sup>. Os pólipos podem ser únicos ou múltiplos, de tamanhos variados, sésseis ou pediculados, e sua base vascularizada pode exteriorizar-se pelo colo do útero<sup>(1)</sup>. São responsáveis por aproximadamente um quarto dos casos de sangramento uterino anormal (SUA) em mulheres antes e após a menopausa.

A metrorragia é o sintoma mais frequente. Sintomas menos frequentes incluem menorragia e exteriorização do pólipo pelo canal cervical. No entanto, a maioria dos pólipos é assintomática<sup>(4)</sup>. Nos últimos anos, o acesso facilitado à cavidade uterina, por meio da ultrassonografia transvaginal e da histeroscopia, aumentou a frequência de diagnóstico dos pólipos endometriais.

Sua prevalência em mulheres com SUA varia entre 10 e 30%. São raros na fase pré-puberal, e a maior incidência ocorre entre 51 e 70 anos de idade<sup>(5)</sup>.

No período reprodutivo, o diagnóstico de pólipo endometrial é realizado, na maioria das vezes, em pacientes sintomáticas com SUA, ou em pacientes inférteis submetidas à histeroscopia diagnóstica<sup>(2)</sup>. Após a menopausa, 70 a 75% das pacientes com pólipo endometrial são assintomáticas e apresentam como único achado um espessamento endometrial, geralmente focal, diagnosticado pela ultrassonografia transvaginal<sup>(6)</sup>.

Os pólipos endometriais raramente sofrem transformação maligna. A hiperplasia endometrial com atipia ocorre em aproximadamente 3,1% das pacientes<sup>(5)</sup>. A frequência de malignidade associada a pólipos endometriais varia de 0,59 a 3,2%<sup>(7)</sup>. O risco de malignidade parece ser maior em mulheres após a menopausa, com idade superior a 60 anos ou com SUA. A associação desse risco com o diâmetro do pólipo maior que 1cm, obesidade, hipertensão ou diabetes tem sido relatada em alguns estudos<sup>(8,9)</sup>.

Os pólipos endometriais podem ser diagnosticados por ultrassonografia, histerossonografia, histerossalpin-

gografia, biópsia endometrial e curetagem uterina, mas a histeroscopia diagnóstica é considerada o método de maior sensibilidade e especificidade, com valores de 95,3 e 95,4%, respectivamente<sup>(10)</sup>. Esse exame identifica facilmente as lesões polipoides e permite a biópsia dirigida da lesão. Embora avalie com detalhes toda a cavidade uterina, pode não diferenciar os pólipos benignos dos malignos<sup>(2)</sup>. Apesar de serem consideradas lesões benignas, ainda não há consenso sobre a melhor conduta em relação a tal doença. Há autores que sugerem sua remoção sistemática<sup>(7)</sup>. Outros propõem condutas mais conservadoras, recomendando sua remoção somente em casos sintomáticos, como, por exemplo, no SUA e na infertilidade<sup>(11)</sup>.

O tratamento dos pólipos endometriais assintomáticos tem sido discutido por diversos autores. Ben-Aire et al.<sup>(12)</sup> concluíram que os pólipos assintomáticos, após a menopausa, devem ser removidos e que os pólipos pequenos, assintomáticos, na menacme, podem ser observados. No entanto, Lieng et al. sugeriram a ressecção histeroscópica de pólipos endometriais em mulheres sintomáticas e assintomáticas, devido à similar taxa de malignidade entre esses dois grupos<sup>(13)</sup>. A polipectomia histeroscópica convencional, realizada em ambiente cirúrgico, requer dilatação cervical e anestesia, o que aumenta o risco de complicações<sup>(14)</sup>. Após a década de 1990, o desenvolvimento de histeroscópios com menor diâmetro, fluxo contínuo e canais acessórios de trabalho, possibilitou a utilização de instrumentos cirúrgicos para tratamento de afecções uterinas durante o diagnóstico, como a polipectomia no ambulatório, sem a necessidade de dilatação cervical e de anestesia<sup>(14-16)</sup>.

Diversos estudos têm demonstrado que a polipectomia histeroscópica ambulatorial é um procedimento eficaz, com altos índices de satisfação para a paciente, quando comparado ao procedimento realizado em hospital dia<sup>(14,17,18)</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi comparar os resultados da polipectomia endometrial histeroscópica ambulatorial sem anestesia aos da polipectomia endometrial convencional, realizada sob anestesia, em centro cirúrgico, avaliando a eficácia do procedimento, o tempo gasto no mesmo, a dor referida pela paciente durante ou após o procedimento e as complicações.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal observacional com 60 pacientes atendidas no Setor de Endoscopia

Ginecológica do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” (HSPE-FMO), com diagnóstico histeroscópico de pólipos endometriais. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE).

Foram avaliadas 30 pacientes submetidas à polipectomia endometrial histeroscópica realizada no ambulatório de histeroscopia, denominado Grupo Ambulatorial (GA), e 30 pacientes submetidas à polipectomia histeroscópica convencional, realizada no centro cirúrgico, denominado Grupo Convencional (GC). Todos os procedimentos foram realizados por uma médica ginecologista com habilitação em endoscopia ginecológica.

O estudo incluiu mulheres de diferentes faixas etárias, com diagnóstico histeroscópico de pólipos endometriais com tamanho  $\leq 2$ cm e em número máximo de três. O procedimento foi explicado detalhadamente para cada paciente antes de sua realização e a mesma assinou um termo de consentimento livre e informado, autorizando sua inclusão no estudo.

Todas as pacientes responderam a um questionário aplicado pela equipe médica no momento da admissão, com o objetivo de avaliar dados epidemiológicos, como idade, número de gestações, tipo de parto e presença ou não da menopausa. Além disso, foram registradas informações a respeito do ato cirúrgico, como localização, tamanho e número dos pólipos, ressecção completa ou incompleta e tempo de procedimento. As complicações também foram relatadas.

A quantificação de dor foi realizada por meio da Escala Analógica Verbal de Dor (EVD)<sup>(19,20)</sup> quantitativa discreta, que varia de 0 a 10 (equivalentes a nenhuma dor e à pior dor já experimentada, respectivamente). As pacientes do GA quantificaram a dor imediatamente após o término do procedimento. Já no GC, a dor foi avaliada antes da alta hospitalar, após o término do efeito da raqui anestesia.

Os grupos foram compostos, em sua maior parte, por mulheres após a menopausa (76,6%), com média de idade de 58,2 anos. A idade média da menopausa foi semelhante nos dois grupos: 48,52 anos no GA e 47,61 anos no GC, e não houve diferença na frequência de pacientes após a menopausa entre os dois grupos. Do total, 73% das pacientes tinham dois ou mais partos anteriores e 5,9% eram nulíparas. A maior parte das pacientes (60%) teve pelo menos um parto vaginal prévio. O número médio de gestações e a frequência de pacientes com parto vaginal e parto cesáreo foram semelhantes entre os dois grupos estudados (Tabela 1).

Nas pacientes do GA, a polipectomia histeroscópica foi efetuada imediatamente após o diagnóstico de

**Tabela 1.** Número de pacientes com parto vaginal e parto cesáreo nos Grupos Ambulatorial e Convencional

Variável	População total n (%)	GA n (%)	GC n (%)	Valor de p
Pacientes com parto vaginal	36 (60)	19 (63,3)	17 (56,6)	0,2778*
Pacientes com parto cesáreo	23 (38,3)	10 (33,3)	13 (43,3)	0,6345*

\* Teste do  $\chi^2$ ; GA: Grupo Ambulatorial; GC: Grupo Convencional.

pólipos endometriais, com tamanho  $\leq 2$ cm e em número máximo de três. Esse procedimento foi realizado no ambulatório de histeroscopia, sem anestesia ou analgesia. A técnica utilizada foi a vaginoscopia, descrita por Bettocchi e Selvaggi<sup>(21)</sup>, que consiste na realização do exame sem toque vaginal prévio e sem a utilização de espéculo ou pinça de Pozzi para tração do colo. Utilizou-se a ótica de 2,9mm, com ângulo de 30°, com camisa interna de influxo, diâmetro final de 4mm e extremidade distal ovalada (histeroscópio de Bettocchi, Karl Storz®, Alemanha). Para a distensão vaginal e uterina, utilizou-se soro fisiológico a 0,9%, em temperatura ambiente, com pressão determinada por gravidade e enchimento de manguito de pressão ao redor de frasco flexível, com pressão suficiente para adequada visualização do canal cervical e da cavidade uterina<sup>(21)</sup>. A imagem foi transmitida para um monitor de TV, e a fonte de luz utilizada foi a de xênon de 300W. A polipectomia foi realizada com pinça de apreensão e/ou tesoura, sem uso de corrente elétrica. Com a pinça de apreensão, pinçou-se o pólipo em sua base, empurrando-o em direção ao fundo uterino, com movimentos repetitivos, até seu destacamento por completo. Já com a tesoura, seccionou-se a base, tracionando-o com a pinça de apreensão até seu destacamento<sup>(16)</sup>. A contagem do tempo de procedimento no GA iniciou-se com a vaginoscopia até a retirada da ótica, incluindo o tempo da histeroscopia diagnóstica.

No GC, a polipectomia foi executada em centro cirúrgico, com os mesmos critérios em relação ao número e ao tamanho de pólipos do grupo anterior. Essas pacientes já tinham diagnóstico de pólipo endometrial em uma histeroscopia diagnóstica prévia. As pacientes do GC foram submetidas à raqui anestesia. Após assepsia, antisepsia e colocação de campos estéreis, foi realizada sondagem vesical de alívio, toque vaginal combinado, passagem de espéculo vaginal, localização do colo uterino e tração do mesmo com pinça de Pozzi. Realizou-se, então, a dilatação cervical com velas de Hegar progressivamente, até a de número 9,5. Para o procedimento histeroscópico propriamente dito, utilizou-se ótica de 4,0mm, com ângulo de 30°, acoplada à alça de ressecção por corrente elétrica e inserida em ressectoscópio monopolar, constituído de camisa interna com válvula

de influxo e camisa externa com válvula de drenagem, totalizando diâmetro de 9,3mm. O meio de distensão utilizado foi a glicina a 1,5%, em temperatura ambiente, com pressão e fluxo determinados por histerodistensor<sup>(16)</sup>. A imagem foi transmitida para um monitor de TV, e a fonte de luz utilizada foi a de xênon de 300W. O tempo do procedimento incluiu a dilatação do colo com as velas de Hegar até o final da polipectomia.

A análise estatística foi realizada pelo programa de estatística Epi-Info 3.3.2. Todas as variáveis foram analisadas descritivamente e, para as variáveis quantitativas, foram calculados os valores mínimos e máximos, médias e desvio-padrão. Para as variáveis qualitativas, calcularam-se frequências absolutas e relativas. Para a comparação de médias dos dois grupos, utilizaram-se os testes *t* de Student e o exato de Fisher, pois ocorreram frequências esperadas menores de 5. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

## RESULTADOS

Foram realizadas 87 polipectomias. O pólipos foi diagnosticado como único em 63,3% das pacientes, e o número médio de pólipos por paciente foi de 1,43 no GA e de 1,46 no GC. Essa média foi semelhante em ambos os grupos.

O tamanho médio dos pólipos ressecados foi de 1,39cm. Os pólipos ressecados no ambulatório apresentaram tamanho médio de 1,15cm e os ressecados no centro cirúrgico, de 1,65cm.

Quanto à localização, a maioria dos pólipos foi encontrada na parede posterior (29%), seguido pela parede lateral direita (20,3%). A frequência da localização dos pólipos também foi semelhante nos dois grupos.

Em todas as pacientes, a exérese dos pólipos foi realizada de maneira completa. Duas pacientes (6,7%) do GC tiveram complicações: um caso de perfuração uterina e um falso trajeto. Ambas ocorreram durante a dilatação mecânica do colo com vela de Hegar. O procedimento foi interrompido, os instrumentos foram removidos do útero e a paciente teve seus parâmetros vitais monitorizados. Não houve lesão de vísceras e nem instabilidade hemodinâmica. Essas duas pacientes receberam alta hospitalar no mesmo dia.

No GA, não ocorreram complicações. A média de tempo de cirurgia nesse grupo foi de 7 minutos (variação de 2 a 20 minutos) e, no GC, foi de 35,16 minutos (variação de 15 a 70 minutos) ( $p < 0,0000001$ ). No entanto, se considerado também o tempo do procedimento anestésico, a média de tempo para a realização do procedimento no GC foi de 48 minutos. No GA, o tempo de procedimento foi superior nas pacientes após

a menopausa ( $p=0,04$ ) e com pólipos  $>1\text{cm}$  ( $p=0,01$ ). Não houve diferença estatística quando se comparou o tempo de procedimento com o número de pólipos e a presença de parto vaginal anterior (Tabela 2). No GC, a fase da vida reprodutiva, o número e tamanho dos pólipos e a presença ou ausência de parto vaginal anterior não influenciaram o tempo de cirurgia (Tabela 3).

A média de dor no GA, referida imediatamente após o término do exame, por meio da EVD, foi de 2,93 pontos. Quando a dor foi estratificada em leve (EVD entre 0 e 4), moderada (EVD entre 5 e 7) e intensa (EVD entre 8 e 10), observou-se que 66,6%<sup>(20)</sup> das pacientes referiram a dor como leve, 26,6%<sup>(8)</sup> como moderada, e 6,7%<sup>(2)</sup> como dor intensa (Figura 1). Não houve significância estatística quando comparada a média de dor entre as pacientes que estavam na menacme (2,66) e após a menopausa (3,04;  $p=0,4002$ ). Outros fatores que poderiam modificar o índice de dor, como número e tamanho do pólipo, gestações e partos vaginais anteriores, não mostraram influência sobre os resultados. A média de dor referida pelas pacientes do GC foi de 1,42 pontos, com mínimo de 0 e máximo de 8. Do total, 28 pacientes (93,3%) referiram dor leve, 1 (3,3%) referiu dor moderada e 1 (3,3%) referiu dor intensa.

**Tabela 2.** Tempo de procedimento no Grupo Ambulatorial e características das pacientes

Condição	Tempo (minutos)	Valor de p
Pós-menopausa	7,85	0,04* **
Menacme	5	
Tamanho do pólipo $>1\text{cm}$	9,58	0,01***
Tamanho do pólipo $\leq 1\text{cm}$	5,27	
Número de pólipos =1	6,21	0,2358**
Número de pólipos $>1$	8,36	
Presença de parto vaginal anterior	7,52	0,4334**
Ausência de parto vaginal anterior	6,09	

\* Com significância estatística; \*\* teste t para duas amostras independentes.

**Tabela 3.** Tempo de cirurgia e valor de p, no Grupo Convencional

Condição	Tempo (minutos)	Valor de p
Pós-menopausa	36,4 (15 a 70)	0,3456*
Menacme	29 (15 a 40)	
Tamanho do pólipo $>1\text{cm}$	34,78	0,8139*
Tamanho do pólipo $\leq 1\text{cm}$	36,42	
Número de pólipos =1	36,41	0,6080*
Número de pólipos $>1$	33,18	
Presença de parto vaginal anterior	35,58	0,8705*
Ausência de parto vaginal anterior	34,61	

\* Teste t para duas amostras independentes.

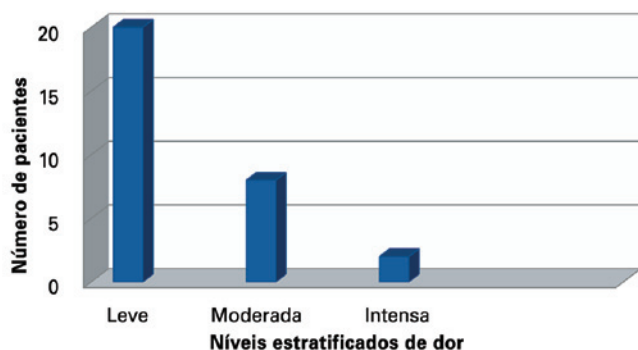


Figura 1. Estratificação da dor referida pelas pacientes do Grupo Ambulatorial, segundo Escala Visual Analógica

## DISCUSSÃO

A histeroscopia é atualmente o exame padrão-ouro para diagnóstico e tratamento das anormalidades intrauterinas<sup>(15,22)</sup>. Nos últimos 10 anos, o avanço tecnológico tem permitido diagnosticar e tratar simultaneamente (“ver e tratar”) no ambulatório, sem a necessidade de dilatação cervical e anestesia<sup>(22)</sup>.

Evidências sugerem que a polipectomia ambulatorial apresenta vantagens econômicas e é preferida pelas mulheres, em comparação com a realizada em centro cirúrgico<sup>(18)</sup>. Os exames histeroscópicos ambulatoriais têm se tornado menos dolorosos e melhor tolerados pelas pacientes, o que aumenta a aceitabilidade desse procedimento e permite a realização de procedimentos histeroscópicos terapêuticos em ambiente ambulatorial, reservando as histeroscopias convencionais, em ambiente cirúrgico, para o tratamento de afecções uterinas mais complexas<sup>(23,24)</sup>.

A polipectomia histeroscópica é um procedimento minimamente invasivo, que permite a retirada da lesão sob visão direta. O instrumental utilizado depende basicamente da experiência do cirurgião, do tamanho e da localização da doença<sup>(25)</sup>. No entanto, esse procedimento apresenta excelente eficácia, independentemente da técnica utilizada, melhorando os sintomas em 75 a 100% das pacientes<sup>(26)</sup>.

O tempo médio de procedimento no GA foi de 7 minutos – semelhante ao encontrado por outros autores<sup>(27)</sup>. Esse tempo foi significativamente inferior ao tempo no GC, que apresentou média de tempo de 35,16 minutos. Preutthipan e Herabutya descreveram um tempo médio de cirurgia, com uso do ressectoscópio, de 31,9 minutos<sup>(25)</sup>. O maior diâmetro do ressectoscópio impõe a necessidade de dilatação mecânica do colo uterino, o que prolonga o tempo cirúrgico e aumenta as chances de complicações. Litta et al. avaliaram os limites e as vantagens da polipectomia histeroscópica ambulatorial, utilizando histeroscópio de 5,2mm, sem analgesia ou

anestesia. O diâmetro dos pólipos variou de 0,5 a 5cm, e o tempo médio de procedimento foi de 10 minutos, variando de 3 a 30 minutos. Concluíram que a polipectomia ambulatorial é viável e segura e deve ser realizada em pacientes com pólipos endometriais de até 2cm de diâmetro e com tempo de procedimento inferior a 15 minutos, independentemente de a paciente estar ou não na pós-menopausa ou da presença de parto vaginal anterior. Os pólipos >2cm tiveram que ser fatiados, o que aumentou o tempo cirúrgico e causou aumento significativo de desconforto para a paciente<sup>(27)</sup>.

A maioria das pacientes deste estudo (66,6%) tratadas no ambulatório referiu dor ausente ou leve. Esses dados foram semelhantes aos encontrados por Marsh et al., em que 65% das mulheres submetidas à polipectomia ambulatorial referiram ausência de dor ou dor leve<sup>(18)</sup>. A polipectomia histeroscópica ambulatorial revelou-se um método seguro e sem complicações. Já no GC, observou-se uma taxa de complicação de 6,7%. A perfuração uterina é a complicação mais comum da histeroscopia e ocorre mais frequentemente durante a dilatação mecânica do colo ou durante a inserção do histeroscópio<sup>(28)</sup>. A maioria dos estudos descreve uma taxa de perfuração uterina durante a polipectomia histeroscópica de 0,8 a 1,6%<sup>(28,29)</sup>. Preutthipan et al. avaliaram a polipectomia histeroscópica em 240 mulheres na pré e pós-menopausa e encontraram uma frequência de complicações de 8,8%, sendo estenose cervical 5,8%, falso trajeto 2,1% e 0,4% de perfuração uterina<sup>(25)</sup>. Nesse mesmo estudo, comparando os diferentes instrumentos utilizados durante a polipectomia, o uso do ressectoscópio necessitou de mais tempo para completar o procedimento e maior absorção de glicina quando comparado aos outros instrumentos, como ponteira elétrica, tesoura e pinça endoscópica ( $p < 0,05$ )<sup>(25)</sup>.

Uma vantagem adicional da polipectomia histeroscópica ambulatorial, não avaliada nesse estudo, seria a redução de custos. Pesquisa recente comparou o custo de três modelos de histeroscopia: histeroscopia ambulatorial “ver e tratar”, histeroscopia ambulatorial diagnóstica seguida por histeroscopia cirúrgica com anestesia geral e histeroscopia “ver e tratar” com anestesia geral. Concluiu-se que o grupo de histeroscopia ambulatorial “ver e tratar” teve menor custo de tratamento, independentemente da idade da paciente, das características da fase reprodutiva e da indicação do procedimento<sup>(30)</sup>. Marsh et al.<sup>(18)</sup>, em estudo randomizado controlado com 40 pacientes, compararam a polipectomia histeroscópica realizada no ambulatório com aquela realizada em hospital dia, realizada com anestesia geral, e demonstraram que o procedimento no ambulatório pode ser bem-sucedido, com mínimo

desconforto, menor tempo fora de casa e retorno mais rápido ao trabalho, sendo este método preferível pelas mulheres quando comparado à polipectomia realizada em hospital dia.

## CONCLUSÃO

A polipectomia histeroscópica realizada em regime ambulatorial, sem anestesia, é um procedimento bem tolerado pelas pacientes e apresenta alta eficácia, semelhante à encontrada no procedimento realizado sob anestesia em centro cirúrgico. O tempo do procedimento e as complicações foram menores, quando realizada em ambulatório.

## REFERÊNCIAS

- Dreisler E, Stampe Sorensen S, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(1):102-8.
- Nogueira AA. Pólipos endometriais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(5):289-92.
- Lopes RG, Baracat EC, Albuquerque Neto LC, Ramos JF, Yatabe S, Depes DB, et al. Analysis of estrogen- and progesterone-receptor expression in endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(3):300-3.
- Hassa H, Tekin B, Senses T, Kaya M, Karatas A. Are the site, diameter, and number of endometrial polyps related with symptomatology? *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(3):718-21.
- Savelli L, De Iaco P, Santini D, Rosati F, Ghi, T, Pignotti E, et al. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(4):927-31.
- Almeida EC, Nogueira AA, Reis FJ, Ramalho LN, Zucoloto S. Immunohistochemical expression of estrogen and progesterone receptors in endometrial polyps and adjacent endometrium in postmenopausal women. *Maturitas.* 2004;49(3):229-33.
- Bakour SH, Khan KS, Gupta JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(4):317-20.
- Wang JH, Zhao J, Lin J. Opportunities and risk factors for premalignant and malignant transformation of endometrial polyps: management strategies. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(1):53-8.
- Baiocchi G, Mancini N, Pazzaglia M, Giannone L, Burnelli L, Giannone E, et al. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(5):462.e1-4.
- Garuti G, Sambruni I, Colonnelli M, Luerti M. Accuracy of hysteroscopy in predicting histopathology of endometrium in 1500 women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001;8(2):207-13.
- Torrejon R, Fernandez-Alba JJ, Carnicer I, Martin A, Castro C, Garcia-Cabanillas J, et al. The value of hysteroscopic exploration for abnormal uterine bleeding. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997;4(4):453-6.
- Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, Levy R, Caspi B, Huszar M, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;115(2):206-10.
- Lieng M, Qvigstad E, Sandvik L, Jorgensen H, Langebrenne A, Istre O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(2):189-94.
- Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomized controlled trial. *BMJ.* 2000;320(7230):279-82.
- Di Spiezo Sardo A, Taylor A, Tsirkas P, Mastrogamvrakis G, Sharma M, Magos A. Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5,000 outpatient hysteroscopies. *Fertil Steril.* 2008;89(2):438-43.
- Bettocchi S, Nappi L, Cecci O, Selvaggi L. What does 'diagnostic hysteroscopy' mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003;15(4):303-8.
- Bettocchi S, Ceci O, Napp L, Di Venere R, Mascioppo V, Pansini V, et al. Operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11(1):59-61.
- Marsh FA, Rogerson LJ, Duffy SR. A randomized controlled trial comparing outpatient versus daycase endometrial polypectomy. *BJOG.* 2006;113(8):896-901.
- Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2003;10(4):390-2.
- Salo D, Eget D, Lavery RF, Garner L, Bernstein S, Tandon K. Can patients accurately read a visual analog pain scale? *Am J Emerg Med.* 2003;21(7):515-9.
- Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopy approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997;4(2):255-8.
- Serden SP. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000;27(2):277-86.
- Cicinelli E, Parisi C, Galantino P, Pinto V, Barba B, Schonauer S. Reliability, feasibility, and safety of minihysteroscopy with a vaginoscopic approach: experience with 6,000 cases. *Fertil Steril.* 2003;80(1):199-202.
- De Angelis C, Santoro G, Re ME, Nofroni I. Office hysteroscopy and compliance: mini-hysteroscopy versus traditional hysteroscopy in a randomized trial. *Hum Reprod.* 2003;18(11):2441-5.
- Preutthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. *Fertil Steril.* 2005;83(3):705-9.
- Nathani F, Clark TJ. Uterine polypectomy in the management of abnormal uterine bleeding: A systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13(4):260-8.
- Litta P, Cosmi E, Saccardi C, Esposito C, Rui R, Ambrosini G. Outpatient operative polypectomy using a 5 mm-hysteroscope without anaesthesia and/or analgesia: advantages and limits. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;139(2):210-4.
- Shveiky D, Rojansky N, Revel A, Benshushan A, Laufer N, Shushan A. Complications of hysteroscopic surgery: "Beyond the learning curve". *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(2):218-22.
- Umraniyar S, Umraniyar A, Cheong Y. Hysteroscopy and hysteroscopic surgery. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2010;20(6):167-73.
- Saridogan E, Tilden D, Sykes D, Davis N, Subramanian D. Cost-analysis comparison of outpatient see-and-treat hysteroscopy service with other hysteroscopy service models. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(4):518-25.