

El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos

*Miguel Ángel Alarcón Nivia**

INTRODUCCIÓN

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas. El término cureta viene del francés *curer* que a su vez viene del latín *curare* y significa curar.

NOTA HISTÓRICA

La utilización de elementos para examinar la vagina y manipular el útero data de épocas muy antiguas. Durante el Siglo I en las ruinas de Pompeya, pequeña ciudad de la provincial de Nápoles, destruida en el año 79 de nuestra era, por la erupción del volcán Vesuvio, se hallaron espéculos metálicos, de diseño no muy lejano al actual.

En 1723, René Croissant diseña una cucharilla para limpiar heridas de la piel mediante raspado. Recamier le daría nueva forma y diferente uso un siglo después. A inicios del siglo XIX el examen de los genitales aún era visto como algo inmoral. Los exámenes eran realizados con la paciente en la posición de pies. En 1828, Samuel Lair usa un estilete para explorar el fondo uterino (Figura1). En 1846 el cirujano y ginecólogo francés Joseph Claude Anthélme Recamier

del Hôtel Dieu de Paris, introduce la cureta con la forma con la cual se conoce actualmente, para el raspado de la cavidad uterina. C. Ruge y J. Veit en el año 1878 sugieren que el curetage puede ser utilizado con fines diagnósticos (Figura 2). En 1886 se introducen los dilatadores del cuello elaborados en metal. Durante el siglo XX, en el año 1924, Howard Atwood Kelly inicia la era de legrados en el consultorio, con sedación o sin ningún tipo de anestesia. Emil Novak diseña su cánula o cureta de pequeño calibre y punta aserrada para hacer biopsias en 1935. Ese mismo año, Novak diseña un sistema de aspiración y legrado, mediante la utilización de un vacuum conectado a tubos aserrados (de mayor calibre a la cureta de Novak). De esta manera se inicia la modalidad de aspiración y legrado de la cavidad endometrial. En 1982, Cornier diseña una cureta flexible para conectar a un aspirador llamado vabra. Ya para el año 1986 se inicia la histeroscopia diagnóstica, con eventos aislados de biopsia o extirpación de masas polipoideas.

TIPOS DE LEGRADO OBSTÉTRICO Y GINECOLÓGICO

Hay dos tipos de legrado, el obstétrico y el ginecológico. El que se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea, para limpiar la cavidad endometrial, es el que se denomina obstétrico. El legrado ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación (Tabla 1).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL LEGRADO

Suele olvidarse la firma de un consentimiento informado para este procedimiento. Sin embargo, se

*MD ginecobstera. Profesor asociado. Departamento de Ginecología-Obstetricia. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia

Correspondencia: Dr. Alarcón. Departamento de Ginecología-Obstetricia, Bucaramanga. Colombia. e-mail: alarcon@intercable.net.co

Artículo recibido el 25 de enero de 2007 y aceptado para publicación el 25 de mayo de 2007.

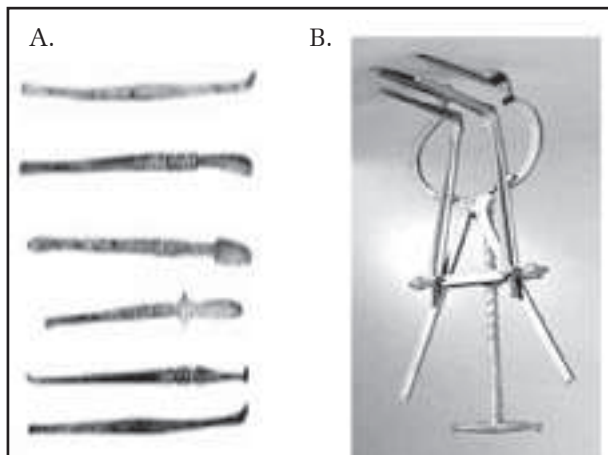


Figura 1. A: Instrumentos para curetage utilizados en la antigua Roma. B: Espécúlo hallado en las ruinas de Pompeya

hace muy notoria su ausencia cuando se presenta una complicación y la paciente o su familia o su abogado, alegan que no conocían los riesgos inherentes al legrado. Por esta razón el consentimiento informado debe contener la firma de la paciente, más información sobre la utilidad y los riesgos inherentes a este evento quirúrgico.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, LEGALES, ÉTICOS Y ECONÓMICOS DEL LEGRADO

EL CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO Y EL PRECIO

El legrado obstétrico y el ginecológico tienen diferente código puesto que su valor es diferente. El obstétrico tiene mayor costo que el ginecológico (revisar las tarifas de los diferentes regímenes administrativos) (Figura 3).

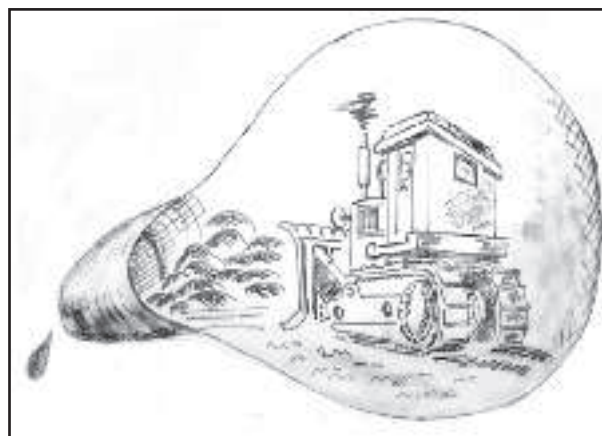


Figura 2. Caricatura "El legrado" por M.A. Alarcón N.

Tabla 1. Indicaciones de cada tipo de legrado

LEGRADO OBSTÉTRICO	LEGRADO GINECOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto incompleto • Mola hidatiforme • Otras formas de enfermedad trofoblástica • Embarazo anembrionado • Retención de restos placentarios • Endometritis puerperal • Aborto provocado • Embarazo ectópico (El sangrado genital que acompaña al ectópico da el signo histológico de Arias-Stella en el material endometrial obtenido). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia uterina anormal (HUA) o disfuncional (HUD) • Diagnóstico del sangrado genital post-menopáusico • Para fechado endometrial (criterios de Noyes) • Diagnóstico de patología endometrial: Hiperplasia, cáncer, etc • Extracción de DIU retenido • Extracción de pólipos y otras masas endometriales • Diagnóstico del endometrio en la paciente post-menopáusica cuyo endometrio mide más de 4 mm

ASPECTOS LEGALES

Este procedimiento puede ser realizado por un médico gineco-obstetra, un médico general, un residente supervisado, un médico interno supervisado, y por un estudiante de pregrado supervisado. El médico que supervisa a un estudiante debe ser graduado, y debe tener la calidad de docente.

LUGAR DEL PROCEDIMIENTO

Aunque parece muy fácil de hacer y exento de peligros, el legrado debe hacerse en un recinto habilitado para tal fin y reconocido por el correspondiente Servicio de Salud. Debe recordarse que es una cirugía, con riesgo de espasmo laríngeo, sangrado, perforación, etc. Estos riesgos se manejan mejor en un quirófano, con la ayuda de un anesthesiólogo, de una enfermera, y demás personal capacitado.

LEGRADO ILEGAL

Ningún médico debe realizar legrados con fines abortivos pues viola el artículo 122 de la ley 599 (Nuevo Código Penal Colombiano).

DILATACIÓN DEL CUELLO ANTES DEL LEGRADO O DURANTE EL MISMO

La dilatación del cuello puede ocurrir de manera espontánea como parte de los eventos que acompañan

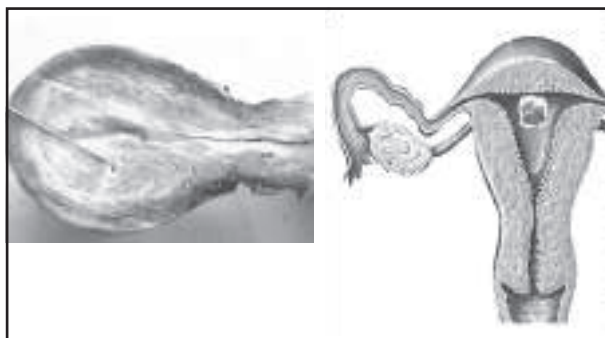


Figura 3. Causas frecuentes de sangrado uterino: hiperplasia endometrial y aborto incompleto.

el aborto, o puede realizarse mediante maniobras bioquímicas o físicas.

- Prostaglandinas: La prostaglandina F2-alfa y Dinoprostone.
- Misoprostol (Cytotec® o Sulprostone®): es un antagonista H2 de histamina en la mucosa gástrica. Además es un análogo sintético de la prostaglandina E-1 (por esto es un prostanoides). Dilata el cuello y aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas^{2,3}.
- Laminaria⁴: Las variedades de esta alga marina de mayor utilidad para dilatar el cuello son la Laminaria digitata y la Laminaria japónica. Pertenecen a la familia de las laminariáceas, que tienen la propiedad de absorber agua de manera relativamente rápida (4 a 8 horas, con una media de 4,6 horas), lo cual aumenta su volumen seis veces. Esta característica se aprovecha para dilatar el canal cervical de manera paulatina al aplicar los talos desecados para que absorban los líquidos del cuello y la vagina, aumenten el calibre del conducto cervical hasta 0,5 cm y permitan evacuar el contenido de la cavidad endometrial. El uso de la laminaria puede producir infección por arrastre de bacterias desde la vagina hasta la cavidad endometrial, por falta de esterilización de esta planta o por desplazamiento de la misma hasta la cavidad uterina.
- Esponja de polivinil acetal (Lamicel®): El lamicel es un polímero osmótico sintético, con forma de cilindro adaptable al canal cervical, impregnado con sulfato de magnesio (sal de Epsom), que tiene propiedades higroscópicas similares a la laminaria, respecto a su capacidad de absorber agua del cuello para dilatarlo. El lamicel aumenta su volumen y dilata el canal cervical hasta 4cm en un lapso de 4 a 10 horas⁵.

- Dilapan-S®: Es un bastoncillo de polímero hidrófilo, de origen sintético, utilizado para dilatar y madurar el cérvix.
- Tienda de hidrogel (A-rod®): Esta sustancia sintética, con forma tubular tiene las mismas características hidrofílicas de la Laminaria y del Lamicel. Absorbe la humedad del canal cervical, dilata el cérvix hasta 6 mm en 5 horas y permite la evacuación del contenido de la cavidad uterina⁶.
- Dilatadores de Hegar: Son elementos metálicos utilizados para forzar la apertura del canal cervical antes de introducir las curetas.

MANERAS DE REALIZAR EL LEGRADO

- Con curetas o legras. Se da detalle de esta técnica posteriormente.
- Ablación endometrial con asas de electrocirugía. Requiere la realización de histeroscopia y dilatación de la cavidad con un líquido que no conduzca la electricidad (por ej. sorbitol, glicina, manitol, etc). El asa utiliza los mismos principios físicos del electrobisturí.
- Ablación endometrial con roller ball.
- Ablación endometrial con therma choice: consiste en la colocación de un balón en la cavidad endometrial, que se hincha hasta ponerse en estrecho contacto con el endometrio. Luego se calienta hasta una temperatura que destruye el endometrio; se desinfla el balón y se retira de la cavidad.
- Ablación hidrotermal: Es una técnica en investigación, que consiste en la infusión de un líquido caliente en la cavidad endometrial, que hace un proceso similar a la cocción de la capa endometrial.
- La aspiración manual endouterina es una variante de este procedimiento que utiliza un instrumento de plástico o de metal que ejecuta aspiración y curetaje al mismo tiempo con una presión negativa realizada con jeringa de Karman.

EL PROCEDIMIENTO PASO A PASO EN EL LEGRADO CON CURETA

Una vez que se ha hecho una historia clínica completa y se deja clara la necesidad del legrado, se lleva la paciente al procedimiento bajo anestesia general, con ayuno mínimo de 8 horas (de acuerdo a la urgencia se puede realizar con ayuno de 6 horas).

1. Se hace un tacto bimanual para evaluar el tamaño uterino y su posición en la pelvis (anteversoflexión, neutro o en retroversoflexión) (Figura 4).



Figura 4. : Evaluación del tamaño y posición del útero, antes de iniciar el legrado

2. Se coloca el espéculo y se identifica el cuello. Se limpia la vagina con yodopovidona utilizando una pinza de Bozemann.
3. Se pinza el cuello con la pinza de Pozzi. Existen varias formas de hacerlo: en el labio anterior, en el labio posterior, introduciendo una rama de la pinza dentro del canal cervical, o con ambas ramas por fuera del canal. No existe una forma “correcta”. Cada médico se acostumbra a una forma de pinzar el cuello. Quien escribe esta guía prefiere tomar el labio posterior con una rama dentro del canal cervical, pues facilita la visibilidad, la tracción del útero hasta la posición neutra y la introducción de las curetas. (Figura 5). Si al limpiar la vagina se encuentran partes fetales, deben recogerse para estudio histopatológico (Figura 5).
4. Se dilata el cuello con dilatadores de Hegar (si aún el cuello está cerrado al momento del legrado). Es preferible inducir la dilatación con una prostaglandina o con un prostanoides (como el misoprostol). La dilatación con elementos metálicos debe ser la excepción y no la norma. En todos los casos en los cuales sea posible, debe dilatarse el cuello con medios farmacológicos pues la instrumentación produce riesgo de perforación uterina y de incontinencia cervical para futuros embarazos. Cuando se trata de un embarazo mayor de 8 semanas, debe esperarse hasta que expulse el feto para realizar el procedimiento.
5. Se introduce la cureta de manera cuidadosa y se empieza el legrado, haciendo énfasis en las caras anterior y posterior de la cavidad endometrial (Figura 5).

LEGRADO DIFÍCIL

Aún para ginecólogos expertos, hay legrados muy difíciles, sin embargo, el médico general debe aprender a reconocerlos cuando la anatomía del cuello o del útero está alterada, cuando el útero está infectado y la paciente tiene alto riesgo de perforación, cuando el cuello no está preparado para un legrado.

En todos los casos anteriores debe pensarse en postergar el procedimiento o en remitir la paciente a un centro médico donde se disponga de los recursos humanos y técnicos adecuados para el caso.

COMPLICACIONES DEL LEGRADO

Las complicaciones más probables son la perforación y la infección post-legrado. La perforación uterina puede ocurrir durante las maniobras abortivas o durante la realización del legrado. La lesión del útero puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis.

La infección post-legrado o endometritis se asocia a la presencia de tejido placentario remanente o a la utilización de elementos no estériles durante el procedimiento (Figura 6).

MANEJO LAS COMPLICACIONES RECIENTES

Las perforaciones pequeñas suelen cerrar espontáneamente. Utilice antibióticos, oxitocina y

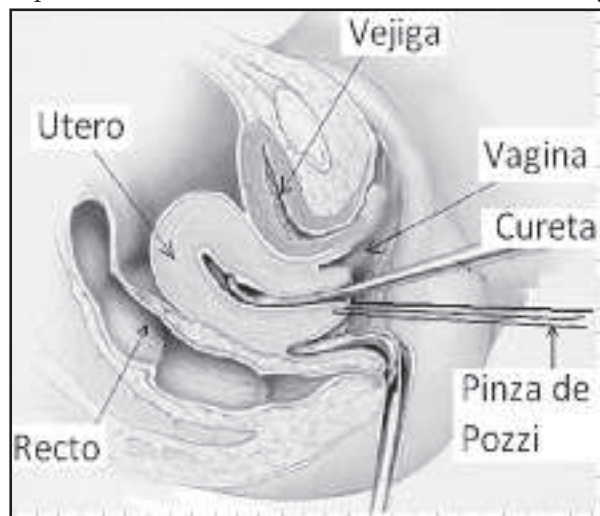


Figura 5: Pinzamiento del cuello, dilatación e introducción de las

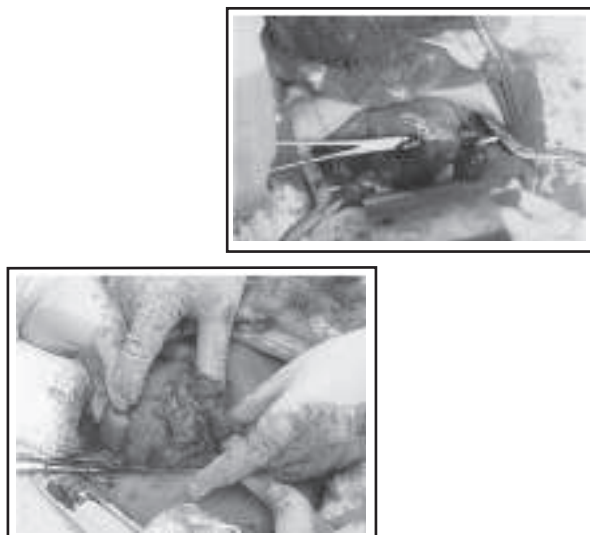


Figura 6. Perforación uterina por maniobras abortivas o durante el legrado. En la figura A se aprecia doble perforación. En la fig B hay salida de la placenta por la lesión.

observe la evolución sin aplicar analgésicos. Si la paciente hace signos de peritonitis debe ser llevada a laparotomía para sutura del útero y evaluación de otras lesiones.

No debe ocultarse el problema ni hacerlo alarmante. Escribir las complicaciones en la historia clínica con lenguaje muy técnico (por si es leída por la paciente o sus familiares). Demostrar su interés por la mejoría de la paciente. Buscar asesoría de colegas de mayor experiencia. La amabilidad suele ser un antídoto contra las demandas.

Si la demanda es inminente no negociar personalmente con la paciente ni con la familia, hacerlo a través del seguro de riesgo profesional.

COMPLICACIONES TARDÍAS DEL LEGRADO

Son probables algunas complicaciones tardías como:

- Endometritis.
- Dolor pélvico por perforación pequeña inadvertida.
- Amenorrea por lesión de la capa basal del endometrio (Síndrome de Asherman).
- Trastorno de la fertilidad por la misma causa anterior.
- Lesión del cuello por desgarro durante el legrado.
- Incompetencia ístmico-cervical y aborto habitual por dilatación forzada durante el legrado.

- Dolor pélvico de origen psicógeno, asociado al legrado.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES TARDÍAS

Remita la paciente a un centro de III nivel, con un buen resumen de historia clínica. Suele requerirse el apoyo de especialistas en endocrinología, laparoscopia, cirugía avanzada, imágenes diagnósticas complejas, etc.

CÓMO ASIGNAR LA INCAPACIDAD LABORAL POST-LEGRADO

El legrado no complicado es un procedimiento que permite regresar rápido al trabajo. La incapacidad laboral debe fluctuar entre tres y diez días. Cuando el médico expide una incapacidad está firmando un cheque. Debe pensar quien paga el cheque, pues suele ser analizado por auditores, directores médicos, contadores, etc. Este documento le permite una recuperación adecuada a la paciente, pero debe recordar que genera costos para el empleador. El tiempo de incapacidad debe guardar equilibrio entre los intereses de la paciente y de la empresa que le da trabajo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Nineteenth century curette. Leonardo RA: History of gynecology, Plate XXV, New York, 1944, Theo. Gaus' & Sons, Inc.
2. Riddle, John M. .Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance. Harvard University Press; Reprint edition (April 1994)
3. Textos de Ginecología general: de Novak, de Botero, de Danforth, etc
4. Nuevo código penal y de procedimiento penal: ley 589 de Julio de 2000.
5. Aesculap (o similares). Catálogo de instrumentos quirúrgicos.
6. Atlante G. The clinical importance of gynecological curettage. Clin Obstet Gynecol. 1959 Aug;61:278-80.
7. Hui SK, Lee L, Ong C, Yu V, Ho LC. Intrauterine lignocaine as an anaesthetic during endometrial sampling: a randomised double-blind controlled trial. BJOG. 2006 Jan;113(1):53-7.
8. Gull B, Karlsson B, Milsom I, Granberg S. Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. Am J Obstet Gynecol 2003 Feb;188(2):401-8.
9. Debby A, Malinger G, Harow E, Golan A, Glezerman M. Transvaginal ultrasound after first-trimester uterine evacuation reduces the incidence of retained products of conception. Ultrasound Obstet Gynecol 2006 Jan;27(1):61-4.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noval E: A suction-curet apparatus for endometrial biopsy, JAMA 104;1497-98, 1935. Copyright 35, American Medical Association
2. Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol versus cervagem for the induction of labour to terminate pregnancy in the second and third trimester: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006 Feb 4.
3. Vejborg TS, Rorbye C, Nilas L. Management of first trimester miscarriage with 800 or 400 ug vaginal misoprostol. Int J Gynaecol Obstet 2006 Jan 19.
4. Edelman AB, Buckmaster JG, Goetsch MF, Nichols MD, Jensen JT. Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol. 2006 Feb;194(2):425-30.
5. Nicolaides KH, Welch CC, Koullapis EN, Filshie GM. Cervical dilatation by Lamicel--studies on the mechanism of action. Br J Obstet Gynaecol 1983 Nov;90(11):1060-4.
6. Molin A, Brundin J. Cervical dilatation before first trimester elective abortion: a comparison between laminaria and a newly developed hydrogel tent, the A rod. Gynecol Obstet Invest 1992;34(1):12-4.