

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Medicina
Trabalho de Conclusão de Curso

Indicações e complicações da histeroscopia: uma revisão de literatura

Gama-DF

2021



(61) 3035-3900



www.uniceplac.edu.br



Área Especial para Indústria
Lote nº 02, Bloco A, Sala 304,
Setor Leste, Gama, Brasília, DF
CEP 72.445-020

**IDACIR FRANÇA BOTTOLI
THOMAS RAFAEL BATISTA SOTELO**

Indicações e complicações da histeroscopia: uma revisão de literatura

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Prof. Me. Dayse Flores Guedes Dangelo

Gama-DF

2021



**IDACIR FRANÇA BOTTOLI
THOMAS RAFAEL BATISTA SOTELO**

Indicações e complicações da histeroscopia: uma revisão de literatura

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama, 10 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Me. Dayse Flores Guedes Dangelo
Orientadora

Prof. Me. Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Examinador

Prof. Me. Flavio Jose Dutra de Moura
Examinador



Indicações e complicações da histeroscopia: uma revisão de literatura

Idacir França Bottoli¹

Thomas Rafael Batista Sotelo²

Resumo:

A histeroscopia é um procedimento hospitalar essencial para avaliar patologias intrauterinas. Esse procedimento visualiza o canal endocervical, cavidade endometrial e óstios das trompas. A histeroscopia operatória abranje o uso de instrumentos eletrocirúrgicos, a laser e mecânicos para tratar a patologia intracavitária e executar procedimentos de esterilização histeroscópica. Pela sua possível visualização direta da cavidade uterina viabiliza a biópsia de lesões suspeitas. Apesar de ser um procedimento invasivo, com o avanço da tecnologia é possível realizar esse procedimento ambulatorial e sem anestesia. Apesar de existirem diferentes recursos para o estudo em mulheres que apresentam alguma suspeita de anormalidade cavitária uterina, este trabalho tem como objetivo levantar as indicações e complicações associadas ao procedimento histeroscópico a partir de uma revisão de literatura. A partir da análise feita nesse trabalho conclui-se que não há consenso sobre os benefícios do uso da histeroscopia devido a escassez de estudos, em relação às complicações, elas são mínimas, sendo a maior causa de não conclusão adequada do procedimento realizado ambulatorialmente a intolerância da paciente ou dificuldade de passagem no canal cervical.

Palavras-chave: Histeroscopia. Complicações, Indicações.

Hysteroscopy is an essential hospital procedure for evaluating intrauterine pathologies. This procedure visualizes the endocervical canal, endometrial cavity, and fallopian tube ostia. Operative hysteroscopy encompasses the use of electrosurgical, laser, and mechanical instruments to treat intracavitary pathology and perform hysteroscopic sterilization procedures. Due to its possible direct visualization of the uterine cavity, it enables the biopsy of suspicious lesions. Despite being an invasive procedure, with the advancement of technology it is possible to perform this procedure outpatiently and without anesthesia. Although there are different resources for studying women who have some suspicion of uterine cavity abnormality, this study aims to raise the indications and complications associated with the hysteroscopic procedure based on a literature review. From the analysis carried out in this study, it is concluded that there is no consensus on the benefits of using hysteroscopy due to the scarcity of studies, in relation to complications, they are minimal, with intolerance being the biggest cause of non-adequate conclusion of the procedure performed in an outpatient setting of the patient or difficulty in passing through the cervical canal.

Keywords: Hysteroscopy. Indications. Complications.

¹Graduando do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: idacirbottoli12@gmail.com.

² Graduando do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: thomassotelo1@gmail.com.



1 INTRODUÇÃO

Milhares de mulheres todos os anos procuram seus ginecologistas para avaliação de sangramento uterino anormal um distúrbio multifatorial resultante de anormalidades estruturais como por exemplo pólipos endometriais, miomas disfunção ovulatória e coagulopatias. Geralmente esse tipo de sangramento pode trazer experiência negativa para as pacientes como efeitos negativos no trabalho, na função social e sexualmente (Salazar, Isaacson, 2018).

A técnica de histeroscopia é um procedimento maravilhoso na investigação da etiologia de sangramento uterino anormal (SUA) nas mulheres que se encontram na pré e pós-menopausa e para identificar patologias que podem ser tratadas. Quando se compara com outras modalidades de diagnóstico, como por exemplo ultrassom transvaginal, a histeroscopia tem melhor sensibilidade e especificidade para avaliar a patologia endometrial (Salazar, Isaacson, 2018).

Este método atualmente é considerado o padrão ouro para avaliação da cavidade uterina. Muito frequente ele é utilizado para avaliação de sangramento uterino anormal sem ou com quadro de infertilidade. (Salazar, Isaacson, 2018).

As indicações para a histeroscopia são várias, podemos citar a SUA, infertilidade, avaliação do DIU, dor pélvica e dispareunia como também controle pré e pós-operatório. A rigor como refere Labastida, qualquer processo patológico intracavitário pode beneficiar-se do diagnóstico histeroscópico, além de oferecer resultados muito superiores aos obtidos pela dilatação e curetagem (Crispi, Machado 2017).

Para os cirurgiões a histeroscopia é vista como uma grande conquista, pois possibilita a remoção seletiva de patologias intrauterinas, evitando um grande número de histerectomias. Outra vantagem da histeroscopia é tratar achados patológicos no momento da avaliação (Piecak, Milart, 2017).

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS



Para a realização do levantamento das indicações e complicações relacionadas a histeroscopia e anexar os dados em uma revisão de literatura, foi feita uma busca de artigos, nas principais bases de dados em saúde (SciELO, Cochrane, PubMed – Medline, BIREME, LILACS) utilizando os termos “hysteroscopy”, “hysteroscopy and indications”, “hysteroscopy and complications”, “surgical hysteroscopy”, “office hysteroscopy”, e suas respectivas traduções nas bases em português.

Foram excluídos os artigos que tratavam de comparações entre as técnicas histeroscópicas, comparações entre tratamento medicamentoso e técnicas cirúrgicas, também como estudos que tinham embasamento no controle da dor durante o procedimento, avaliação da ansiedade da paciente e outros casos. Relato de casos foram excluídos do levantamento, assim como capítulos de livros, teses, dissertações, trabalho de conclusão de curso, resumos e qualquer outra diferente das citadas a cima.

Incluiu-se sete (7) estudos analisados no presente trabalho, sendo que todos eles abrangem o conteúdo sobre indicações e/ou complicações da histeroscopia. Dentre os estudos inseridos três (3) tratam-se de revisão de literatura, um (1) artigos de meta análise e três (3) artigos de estudos clínicos controlados.

Tabela 1: artigos selecionados para discussão desse trabalho com seu tipo de estudo.

Estudos Incluídos	Tipo de estudo
SALAZAR, Christina Alicia; ISAACSON, Keith B. Office operative hysteroscopy: an update. <i>Journal of minimally invasive gynecology</i> , v. 25, n. 2, p. 199-208, 2018.	Revisão
EL-KHAYAT, Waleed; ELSADEK, Mostafa; SABER, Waleed. Comparing the effect of office hysteroscopy with endometrial scratch versus office hysteroscopy on intrauterine insemination outcome: a randomized controlled trial. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , v. 194, p. 96-100, 2015.	Estudo Controlado
SARDO, Attilio Di Spiezio et al. Review of new office-based hysteroscopic procedures 2003–2009. <i>Journal of Minimally Invasive Gynecology</i> , v. 17, n. 4, p. 436-448, 2010.	Revisão
FATEMI, H. M. et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. <i>Human Reproduction</i> , v. 25, n. 8, p. 1959-1965, 2010.	Estudo Controlado



Estudos Incluídos	Tipo de estudo
GORDTS, Stephan; GRIMBIZIS, Grigoris; CAMPO, Rudi. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. <i>Fertility and sterility</i> , v. 109, n. 3, p. 380-388. e1, 2018.	Revisão
DI SPIEZIO SARDO, Attilio et al. Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. <i>Human reproduction update</i> , v. 22, n. 4, p. 479-496, 2016.	Meta Análise
LIN, Xiao-Na et al. Randomized, controlled trial comparing the efficacy of intrauterine balloon and intrauterine contraceptive device in the prevention of adhesion reformation after hysteroscopic adhesiolysis. <i>Fertility and sterility</i> , v. 104, n. 1, p. 235-240, 2015.	Estudo Controlado
BOSTEELS, Jan et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , n. 2, 2015.	Revisão

2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nas últimas décadas foram desenvolvidos vários métodos para o diagnóstico de doenças uterinas, incluindo ultrassonografia transvaginal (USTV), sonohisterografia (SH) e histeroscopia. A histeroscopia é, entre eles, o que tem maior acurácia, no entanto não é o exame de primeira escolha. Essa técnica possibilita a visualização da cavidade uterina e alterações patológicas relevantes. Além disso, pode ser realizada avaliação, biópsia e tratamento no mesmo procedimento (DI SPIEZIO, et al., 2010). A técnica de histeroscopia pode ser realizada dentro de um centro cirúrgico ou no ambulatório, sendo que esta última fornece vantagens como riscos reduzidos, com anestesia, economia de tempo e custo, recuperação mais rápida (DI SPIEZIO, et al., 2010)

Até a década de 90 a histeroscopia ambulatorial era realizada apenas para fins de diagnóstico, nos casos em que as pacientes precisavam remover ou tratar as lesões eram encaminhadas para o centro cirúrgico. No início dos anos 90, com o desenvolvimento de histeroscópios de menor diâmetro tornou possível o tratamento de algumas doenças uterinas e cervicais em consultório, sem dilatação cervical e, conseqüentemente sem anestesia geral reduzindo riscos (DI SPIEZIO, et al., 2010).



Esta revisão mostra que procedimentos histeroscópicos anteriormente realizados apenas em sala de cirurgia, como a esterilização tubária e metroplastia podem ser realizados com segurança e eficácia em um ambiente ambulatorial e várias doenças uterinas raras bem como alterações cervicais e vaginais podem ser diagnosticadas e tratadas por meio da histeroscopia ambulatorial, com mínimo desconforto e taxa de complicações insignificante, sendo a dor durante a introdução do histeroscópio através do canal cervical o principal fator limitante (DI SPIEZIO, et al., 2010).

Com a evolução da tecnologia médica e a disponibilidade de miniendoscópios de alta resolução e a introdução de uma técnica para a inserção sem trauma do histeroscópio na parte externa do orifício uterino tornou a técnica quase indolor, rápida e sem complicações e na maioria das vezes não a indicação para o uso de analgésico (DI SPIEZIO, et al., 2010).

A histeroscopia de ambulatório tem sido cada vez mais recomendada como procedimento de rotina na investigação da infertilidade. O estudo realizado por Fatemi, HM. Et al, 2010, teve como objetivo verificar a prevalência de anormalidades inesperadas, como pólipos endometriais pequenos miomas submucosos, aderências e septos, diagnosticada pela triagem histeroscópica ambulatorial em um grupo de mulheres assintomáticas, indicadas para um primeiro ciclo de fertilização in vitro. A prevalência de tais anormalidades intra-uterinas inesperadas, diagnosticadas pela histeroscopia antes da fertilização in vitro, tem sido descrita entre 20% e 45 % (FATEMI, ET AL., 2010).

De junho de 2007 a setembro de 2008, um total de 684 mulheres foram submetidas a histeroscopia, a USTV não revelou nenhuma das anormalidades predefinidas em 678 casos. Nos outros seis, um mioma deformador da cavidade foi detectado. Portanto, a investigação da cavidade uterina foi adequadamente concluída em 670 casos (99%). Os principais motivos de falha foram a intolerância da visão pouco clara ou incapacidade de conseguir a passagem do óstio interno. A anestesia local foi usada durante oito dos procedimentos e resultou em um exame histeroscópico bem-sucedido em seis casos. Uma infecção após a histeroscopia ocorreu em um caso e foi tratada



ambulatorialmente com recuperação rápida. Nenhuma outra complicação ocorreu (FATEMI, et al., 2010).

A acurácia do USTV na avaliação da integridade da cavidade uterina em pacientes inférteis foi relatada como bastante decepcionante. A sensibilidade e especificidade são referidas como 79-98% e 15-82% respectivamente. A USTV, por outro lado, especificamente quando realizada na fase folicular tardia, fornece excelente imagem uterina e anormalidades endometriais. Surge a questão, que é saber se essa prevalência apoia o uso de uma histeroscopia no consultório como exame de rotina antes do tratamento da fertilização in vitro (FATEMI, et al., 2010).

Tratando-se de adenomiose, a avaliação histeroscópica da superfície endometrial pode detectar alterações, cujas lesões sutilmente tenham valor patológico, porém ainda não comprovado, mas pode ser descrito como possível, embora não sejam sinais patognomônicos de alterações adenomioticas no miométrio (GORDTS, GRIMBIZIS, CAMPO, 2018).

Alterações endometriais como hiper vascularização, padrão de morango, defeitos endometriais e cistos hemorrágicos submucosos são sugestivos de adenomiose. Com a crescente evidência da importância do interior do miométrio, a exploração uterina em pacientes com infertilidade, sangramento uterino anormal e dor não devem ser restringidos a cavidade uterina, devendo-se incluir a avaliação das estruturas miometriais internas e externas (GORDTS, GRIMBIZIS, CAMPO, 2018).

Em 2018, Salazar e Isaacson publicaram uma atualização das indicações, equipamentos e procedimentos de histeroscopia ambulatorial e revisão sobre as estratégias para o manejo da dor e/ou complicações que possam surgir. No estudo foi relatado que as indicações mais frequentes incluem histeroscopia diagnóstica, biópsia endometrial com visualização histeroscópica direta, polipectomia endometrial, lise de aderências intra-uterinas, ressecção de pequenos leiomiomas submucosos, colocação de implantes contraceptivos permanentes, remoção de objetos estranhos ou DIUs desalojados, remoção de produtos retidos da concepção e metroplastia uterina (SALAZAR, ISAACSON, 2018).



Os autores sugerem que para avaliação do sangramento pós-menopausa, as estratégias recomendadas em mulheres com espessura endometrial ≥ 4 mm envolvem amostragem endometrial para descartar malignidade. Em casos de sangramento pós-menopausa persistente com achados negativos é necessária uma análise diagnóstica adicional, pois a biópsia tecidual por histeroscopia melhora a precisão do diagnóstico de câncer endometrial (SALAZAR, ISAACSON, 2018).

Devido a indiferença nas taxas de recaída e sobrevida geral quando se faz a comparação com a biópsia endometrial ou curetagem uterina, para diagnóstico, em mulheres com câncer endometrial em estágio inicial, o risco potencial de se espalhar células endometriais cancerígenas pelas tubas uterinas durante a histeroscopia é considerado irrelevante pois não altera o prognóstico (SALAZAR, ISAACSON, 2018).

Outra aplicação da histeroscopia foi tratada por Lin XN e col., 2015, que fizeram uma correlação entre a síndrome de Asherman, adenomiólise e a aplicação da histeroscopia. Na síndrome de Asherman são produzidas aderências que resultam na obstrução parcial ou completa da cavidade uterina e/ou do canal cervical. Em consequência, acarreta anormalidades menstruais, em geral amenorréia ou hipomenorréia, infertilidade, perda recorrente da gravidez, placenta prévia e acumulada. O resultado do tratamento da síndrome de Asherman melhora significativamente com histeroscopia. No entanto, o principal desafio da adesiólise histeroscópica neste caso é o alto índice de recorrência, principalmente nos casos graves, nas quais a taxa pode chegar a 62,5%. (Lin XN e col., 2015).

Em um estudo controlado e randomizado Lin XN e col., 2015 por meio da histeroscopia foi realizado 250 procedimentos de adesiólise intrauterina para a síndrome de Asherman. A severidade e extensão das aderências intra-uterinas foram pontuadas de acordo o recomendado pela American Fertility Society (AFS) (versão de 1988). A taxa de recorrência de adesão entre o grupo que usou balão de Foley no pós histeroscopia não foi muito diferente do grupo que usou DIU. (Lin XN e col., 2015)



As recorrências foram avaliadas por histeroscopia após cerca de 7 dias (nos casos do uso de balão) e cerca de 2 meses (uso de DIU). A complicação mais frequente nestes casos, e que amplamente é reconhecida como um fator causal na origem das aderências intrauterinas é a infecção. Para evitar isto foi administrado antibiótico de amplo espectro por 1 semana após o procedimento. (Lin XN e col., 2015).

El-Khayat W, Elsadek M, Saber W., 2015, realizaram um estudo com um grupo de pacientes candidatas à inseminação intrauterina (IUI), para avaliar o efeito da lesão endometrial provocada no ciclo que antecede a IUI na taxa de gravidez clínica, taxa de gravidez em curso, taxa de nascidos vivos e taxa de aborto (EL-KHAYAT, ELSADEK, SABER, 2015).

Foi um estudo prospectivo, randomizado e controlado, que incluiu 332 mulheres inférteis com indicação de IUI, divididas aleatoriamente em grupo A (n = 166) as que foram submetidas à histeroscopia com lesão endometrial com pinça dentada (POZZI), enquanto o grupo B (controle) (n = 166) foi submetido à histeroscopia sem lesão endometrial (EL-KHAYAT, ELSADEK, SABER, 2015).

Não houve grande diferença na taxa de gravidez clínica entre os grupos e também não foram relatados efeitos colaterais incluindo sangramento vaginal excessivo, infecção pélvica aguda ou dor significativa que requer intervenção em nenhum grupo (EL-KHAYAT, ELSADEK, SABER, 2015).

O ponto crítico do estudo é a realização da histeroscopia, que pode por si só, induzir lesão endometrial. Como este viés foi testado anteriormente por Shohayeb e El-Khayat a diferença entre apenas a histeroscopia e a histeroscopia com lesão endometrial e a taxa de gravidez foi estatisticamente significativa no grupo com lesões, pode assegurar que a histeroscopia sem lesão provocada pode ter um impacto mínimo nos resultados (EL-KHAYAT, ELSADEK, SABER, 2015).

Neste estudo o intervalo de confiança foi muito grande e, portanto, o estudo foi insuficiente para concluir que se há ou não efeito a intervenção. A conclusão do grupo é que não há evidência



de diferença significativa na taxa de gravidez clínica quando é provocada a lesão endometrial durante a histeroscopia é comparado com apenas a histeroscopia em mulheres submetidas a IUI (EL-KHAYAT, ELSADEK, SABER, 2015).

No entanto, os autores recomendam a realização de estudos mais precisos para chegar a uma resposta nítida em relação ao efeito da lesão endometrial na taxa de implantação e no resultado da gravidez para evitar a prática desnecessária do profissional que realizará a lesão endometrial na maioria de seus pacientes apenas por causa de alguns achados atraentes em um pequeno número de casos (EL-KHAYAT, ELSADEK, SABER, 2015).

Algumas das contraindicações da histeroscopia incluem gravidez intrauterina viável, infecção pélvica aguda, câncer uterino conhecido, mulheres hemodinamicamente instáveis, mulheres com sangramento intenso ativo entre outros (DI SPIEZIO, et al., 2016).

Em mulheres na pré-menopausa com estenose cervical, alguns dos efeitos colaterais do exame são dor abdominal, náusea, diarreia, febre e sangramento vaginal, laceração cervical e sobredilatação do colo uterino. Em mulheres na pós-menopausa com estenose cervical uma das dificuldades do procedimento é a passagem do histeroscópio pelo canal cervical sem laceração (DI SPIEZIO, et al., 2016).

Salazar e Isaacson se remetem ao estudo realizado por Bettocchi et al que é uma análise de mais de 31.000 histeroscopias realizadas entre 1996 e 2014, e descobriram que a avaliação completa de toda a cavidade uterina era possível em 94% das pacientes, sendo que os demais falharam devido a estenose cervical ou dor, sem benefício no uso de opioide oral durante o procedimento (SALAZAR, ISAACSON, 2018).

Visto que a dor é a principal razão para a falha em concluir os procedimentos de histeroscopia no ambulatório, o conhecimento das estratégias para o alívio da dor no consultório é fundamental. Uma revisão sistemática recente e metanálise das modalidades de manejo da dor exploraram esse problema e não encontraram evidências de benefício da administração de opioide oral durante a histeroscopia (SALAZAR, ISAACSON, 2018).



Embora a história clínica possa levantar a suspeita de aderências intrauterinas (AIU), a histeroscopia, também nestes casos, é considerada o padrão-ouro para diagnosticar e tratar sinéquias intrauterinas por permitir a caracterização da localização, extensão e tipo de doença adesiva. Tais aderências, também conhecidas como síndrome de Asherman, comumente causam hipomenorréia ou amenorreia, está associada à infertilidade e abortos recorrentes. Nestes casos o tratamento recomendado é a adesiólise histeroscópica, com 95% das mulheres obtendo restauração da menstruação e um risco geral de recidiva menor que 30% e taxas de concepção de até 48% (BOSTEELS, 2015).

Anomalias uterinas congênitas são falhas no desenvolvimento do ducto de Müller, dependendo do tipo, essas anomalias podem ter impactos significativos e ocasionar taxas mais altas de aborto, trabalho de parto prematuro e desenvolvimento fetal anormal. A remoção histeroscópica do septo uterino é recomendada pois reduz o risco de aborto espontâneo, aumenta a taxa de gravidez subsequente bem como a taxa de nascidos vivos. Nestes casos procedimento é simples, eficaz e seguro, com uma taxa de complicações menores que 2% (BOSTEELS, 2015).

Já em úteros severamente retrovertido ou antevertido, colo estenótico e aderências intrauterinas aumentam o risco de formação de passagem falsa e perfurações. E, portanto, os sinais de perfuração incluem perda repentina de distensão intracavitária adequada e visualização de tecido adiposo mesentérico no útero. Caso ocorra no fundo uterino o procedimento é apenas a observação, se for na parede anterior ou posterior pode resultar em lesão da bexiga ou intestino e pode exigir uma cistoscopia ou proctoscopia. As perfurações laterais são preocupantes devido a possíveis lesões nos vasos uterinos ascendentes, com seguida formação de hematoma no ligamento largo. Se houver suspeita de lesão de órgãos pélvicos adjacentes, deve se considerar a realização da laparoscopia diagnóstica (BOSTEELS, 2015).

Em presença de sangramento uterino durante o procedimento, a contenção do sangue deve ser rápida, fazendo a inserção de um cateter balão de Foley. O balão é inflado até o sangramento



desaparecer e é deixado na cavidade uterina por um período entre 4 e 24 horas. Após a diminuição do sangramento o balão pode ser esvaziado e o cateter removido (BOSTEELS, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a literatura disponível, conclui-se que os avanços tecnológicos possibilitaram com que a histeroscopia se torna um procedimento passível de ser realizado em ambulatório sem anestesia e com mínimas complicações, esta técnica é indicada nos mais variados contextos sendo eles biopsia endometrial, adesiólise uterina, miomectomia, polipectomia ou qualquer patologia uterina que haja necessidade de visualização da cavidade uterina.

Não há consenso sobre os benefícios da utilização da histeroscopia na avaliação de infertilidade devido à escassez de estudo com alto grau de confiança, apesar dos resultados observados na prática clínica serem em geral positivos, melhorando a taxa de fertilidade.

Não existem grandes complicações na realização do procedimento independente da patologia associada, levando em consideração que o procedimento em centro cirúrgico está associado ao risco anestésico.

A maior causa de não conclusão adequada do procedimento realizado em ambulatório é a intolerância da paciente ou dificuldade da passagem do histeroscópio no canal cervical, tendo em vista que um dos problemas da realização ambulatorial é a dor que a paciente refere, muitas vezes sendo preferível a realização em centro cirúrgico.

Contudo, apesar de todas as hipóteses levantadas, vários dos autores conclui que são necessários mais estudos corretamente desenhados e conduzidos para que se possa ter a comprovação das teorias aqui expostas.

4 REFERÊNCIAS

SALAZAR, Christina Alicia; ISAACSON, Keith B. Office operative hysteroscopy: an update. *Journal of minimally invasive gynecology*, v. 25, n. 2, p. 199-208, 2018.



EL-KHAYAT, Waleed; ELSADEK, Mostafa; SABER, Waleed. Comparing the effect of office hysteroscopy with endometrial scratch versus office hysteroscopy on intrauterine insemination outcome: a randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 194, p. 96-100, 2015.

SARDO, Attilio Di Spiezio et al. Review of new office-based hysteroscopic procedures 2003–2009. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 17, n. 4, p. 436-448, 2010.

FATEMI, H. M. et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. *Human Reproduction*, v. 25, n. 8, p. 1959-1965, 2010.

GORDTS, Stephan; GRIMBIZIS, Grigoris; CAMPO, Rudi. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. *Fertility and sterility*, v. 109, n. 3, p. 380-388. e1, 2018.

DI SPIEZIO SARDO, Attilio et al. Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*, v. 22, n. 4, p. 479-496, 2016.

LIN, Xiao-Na et al. Randomized, controlled trial comparing the efficacy of intrauterine balloon and intrauterine contraceptive device in the prevention of adhesion reformation after hysteroscopic adhesiolysis. *Fertility and sterility*, v. 104, n. 1, p. 235-240, 2015.

BOSTEELS, Jan et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 2, 2015.

Agradecimentos

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus e as nossas famílias, pois em todos os momentos estes são a base de força para continuar persistindo em nossos sonhos. Gostaria também de dedicar aos professores do Uniceplac, que mesmo em meio a uma pandemia estão se esforçando ao máximo para entregar um ensino de qualidade. Em particular nossa orientadora Prof. Dayse Flores Guedes Dangelo, que ao lecionar, inspira muitos alunos. Muito obrigado.

