

LA CULDOSCOPIA EN GINECOLOGIA Y ESTERILIDAD

Doctor Javier Hoyle Cox

La Culdoscopia es un paso más de avance por la escabrosa senda del diagnóstico preciso de las afecciones del tracto genital. A veces es difícil, hasta casi imposible, asegurar la naturaleza de la afección ginecológica por los procedimientos habituales, tales como la anamnesis, el examen bimanual y los análisis auxiliares incluyendo el radiológico; es aquí donde entra a jugar papel de gran importancia el examen visual directo de los genitales internos, por medio de la Culdoscopia, llamada también Pelvioscopia transvaginal o Dou-lascopia.

MATERIAL

Para el examen culdoscópico se requiere de los siguientes elementos de trabajo: (Figs. 1 y 2).

El Culdoscopio de Decker, que consiste en un telescopio con un sistema de lentes e iluminación de 0.26 pulgadas de diámetro por $10\frac{3}{4}$ pulgadas de largo por el que las imágenes enfocadas disminuyen su tamaño conforme se aleja el lente de su objetivo.

El "troncar" con su cánula, que tiene un collar circular de $1\frac{1}{4}$ pulgada de la punta, el que fija su límite de penetración cuando se ha perforado el fondo del saco.

, El soporte o "stand" (Figs. 3 y 4) ideado por A. R. Abarbanel que colocado sobre la mesa de examen ayuda a mantener a la paciente en una posición fija y adecuada.

Los demás instrumentos los enumeraré sin describirlos:

La batería de pilas productora de corriente, una valva de Sinms, la pinza de cuello, una cánula de Kann, una jeringa de 10 cc. con aguja larga de visel corto, pinza de curación vaginal, guantes de goma, campos estériles. Al lado de estos instrumentos se tendrá Novocaína al 2%: 2 cc. y azul de metileno al 1%: 10 cc.

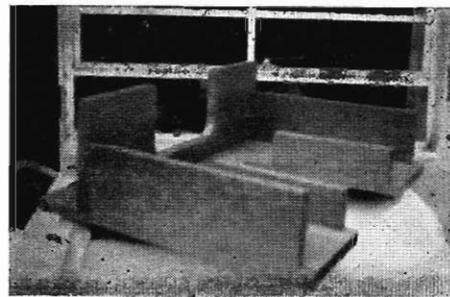
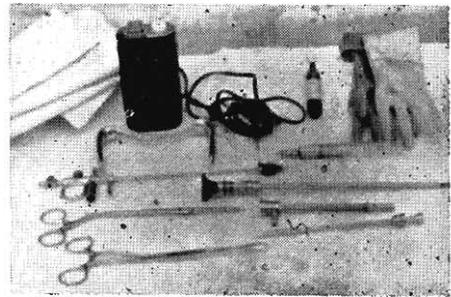
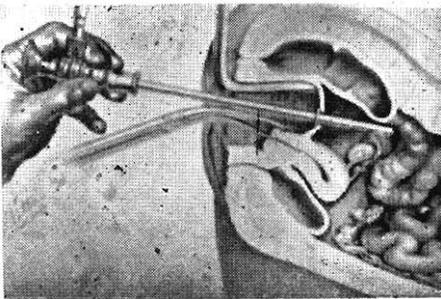
TECNICA

Se indica una medicación preoperatoria con la aplicación de una ampollita de Demerol, media hora antes de la intervención y la indicación de evacuación del recto y vejiga.

La paciente es colocada en el soporte o "stand" de Abarbanel que va

encima de la mesa lo que le permite adoptar la posición genupectoral; de esa manera se logra el desplazamiento de las vísceras que normalmente rodean a los genitales internos e impiden su visualización; así la punción del Douglas se hará sin el riesgo de tocar alguno de estos órganos.

Se procede a la desinfección cuidadosa de los genitales externos y vagina con los antisépticos usuales y se coloca el separador de Sims levantando el periné y con una pinza de cuello de un garfio se coge el labio posterior de éste, el que es traccionado hacia abajo y a los lados con el objeto de ver si alguna formación tumoral está deformando el Douglas, lo que haría fracasar la penetración del trocar.



En seguida se procede a buscar la localización conveniente para la anestesia, en la pared posterior de la vagina, a cuatro o cinco centímetros del pliegue que forma la inserción de la vagina en el cuello, o también puede tomarse como referencia la mayor concavidad que forma la pared vaginal entre los dos ligamentos úteros-sacos. Esta anestesia local de Novocaína al 2%, se aplica en cuatro puntos, teniendo cuidado de que la aguja solamente atraviese la mucosa y sobre ésta forme una pequeña pápula, pues si se inyecta mucha cantidad de la solución se separarán las dos hojas (peritonéo y pared vaginal) con lo que no alcanzaría a perforar, el "trocar" hasta cavidad libre.

La punción del fondo de saco es el momento más difícil en el examen;

para ello el Ayudante tiene que tirar fuertemente de la valva levantando el periné, el Operador tira la pinza de cuello hacia abajo y de esa manera queda tensa la pared. Puesto el trocar en el sitio elegido y anestesiado, se hace presión hacia adelante y abajo con lo que se logra fácilmente la perforación pero si se encuentra una resistencia ésta nos está indicando que está mal dirigido el punzón.

Una vez efectuada la punción, se retira el "trocar", dejando la cánula puesta y se oye un ruido de aire característico por la penetración de éste a la cavidad la cual tiene presión negativa; después de unos pocos minutos de espera se oscurece el cuarto y se introduce el Culdoscopio el cual se ha mantenido previamente, en solución desinfectante y cuyo sistema de iluminación ha sido debidamente chequeado.

Para hacer el examen pelvioscópico se localiza primero el útero examinándolo en su cara anterior y posterior, empujando o tirando de la pinza que sujeta el cuello; luego se examinan los anexos derecho e izquierdo para lo que, necesariamente, el Operador tiene que valerse de una mano para hacer presión sobre el abdomen inferior permitiendo así, poner frente al lente las estructuras que pudieran estar ocultas o poco visibles.

Después del reconocimiento minucioso de todos los órganos pélvicos, si el objeto del examen es una obstrucción tubaria, se coloca en el orificio externo del cuello la cánula de Kahn y se inyecta azul de metileno, entonces se ve por el culdoscopio la coloración azul que adquieren las trompas en el momento en que está penetrando esta sustancia colorante, la que cae libremente a la cavidad cuando hay permeabilidad de trompas o, en caso contrario, se detiene en el sitio de la obstrucción distendiendo la porción proximal.

En todos nuestros casos esta sustancia ha producido siempre una sensación de ardor molesta.

Terminado el examen se coloca a la paciente en posición decúbito ventral con una almohada bajo el abdomen con el objeto de extraer la mayor cantidad de aire que ha penetrado en éste y luego se tira de la cánula.

Después del examen, la paciente queda tranquila y puede regresar a su casa por sus propios medios; se le indica no hacerse duchas vaginales ni tener coito por una semana. Los analgésicos y antibióticos son condicionales según el caso. No es necesario suturar el ojal dejado por la punción.

COMPLICACIONES

Como complicaciones algunos autores señalan la pelvipерitonitis, molestias por el neumoperitoneo y las hemorragias en el lugar de la punción; de estas complicaciones solamente hemos tenido un caso: el de pérdida sanguínea en el que no pudo penetrar el "trocar" por adherencias post-operatorias; la hemorragia cedió a simple taponamiento.

CONTRAINDICACIONES

- 1.—Infecciones vaginales;
- 2.—Enfermedades generales graves o cardiopatías;
- 3.—Que esté ocupado el Douglas;
- 4.—Estrechez del Orificio Vulvar o vagina.
- 5.—Integridad del himen.

INDICACIONES EN GINECOLOGIA

- 1.—Estudio de los ovarios en sus caracteres macroscópicos y actividad folicular, o presencia de quistes funcionantes o tumores.
- 2.—Visualizar las trompas para poner de manifiesto su patología.
- 3.—Cuando se sospecha un embarazo ectópico, antes de su ruptura.
- 4.—En T. B. C. peritoneal sospechada.
- 5.—Procesos pélvicos de difícil diagnóstico.
- 6.—Inflamaciones repetidas o infecciones crónicas.
- 7.—Neoformaciones pélvicas indefinidas.
- 8.—Síndrome de Stein Leventhal.
- 9.—Dismenorreas de aparición sin causa determinada.
- 10.—Diagnóstico diferencial de cuadros dolorosos del abdomen inferior.
- 11.—Dolores pélvicos de diagnóstico dudoso.
- 12.—Historia de dolores apendiculares a repetición, o apendicectomía en la que se dejó drenaje.
- 13.—Cuando se desea aclarar el diagnóstico post-laparatomía y no hay datos del tipo de intervención.

INDICACIONES EN ESTERILIDAD

- 1.—Ausencia de embarazos después de un año de terapéutica en estériles.
- 2.—Ciclos irregulares con curva de temperatura basal atípica.
- 3.—Mujer mayor de 28 años que ha intentado concebir por más de tres años.
- 4.—Sospecha de infección pélvica.
- 5.—Aborto anterior espontáneo o repetido tres o más veces.
- 6.—Curva anormal repetida a la persuflación.
- 7.—Cuando se sospecha un factor peritoneal clínicamente o a la Histerosalpingografía.
- 8.—Antes de una laparatomía para justificar su proceder.

CASOS CLINICOS

En el Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial hemos realizado, durante el último año, treintiún culdoscopías, habiéndose encontrado muchos casos en los que, por ese método, se ha obligado a un diagnóstico poco sospechado; y en otros casos, ha servido para ratificar lo que clínicamente se suponía.

Caso N° 1.—Paciente de 28 años. Esterilidad primaria. Sin antecedentes.

tes de importancia.

Examen clínico y biopsia de endometrio: negativos.

A la Histerosalpingografía se encuentran trompas "en rosario", por lo que se indica:

Culdoscopia: que demostró micronódulos de color amarillo en la superficie del útero y trompas, ovarios derecho normal con adherencias; el izquierdo libre. Trompas gruesas.

Diagnóstico: T. B. C. genital.

Caso N° 2.—De 26 años. E. P.

D. C. e histerosalpingográfico: obstrucción tubaria.

Culd.: dos miomas en el fondo uterino. Ovario quístico derecho.

Quiste inflamatorio del Douglas. Pabellón derecho cerrado y trompas gruesas. Ovario izquierdo englobado por masa adherencial. Múltiples adherencias velamentosas.

Operación: quistes inflamatorios del Douglas. Adherencias. Anexo izquierdo formando una masa con el ovario y trompa y una formación dura en su interior como un mioma. La trompa derecha gruesa que terminaba en dedo de guante y un nódulo amarillento pegado al ovario de contenido caseoso.

Diagnóstico: quistes inflamatorios. Factor peritoneal. T. B. C. y miomas.

Caso N° 3.—De 29 años. E. P.

Ant.: T. B. C.

D. C.: obstrucción tubaria distal.

Culd.: no hay T. B. C. Utero normal. Ovario derecho con un pequeño quiste folicular. Ovario izquierdo quístico de color oscuro. Las trompas terminan en saco cerrado (hidrosalpinx). Adherencias velamentosas que cubren el anexo izquierdo. El azul de metileno no pasa a la cavidad.

Diagnóstico: hidrosalpinx. Factor peritoneal. Ovario quístico.

Caso N° 4.—De 21 años. E. P.

D. C.: obstrucción tubaria. Ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Ovario izquierdo liso. Ovario derecho pequeño. Trompa derecha termina en dedo de guante, dilatada (hidrosalpinx). Trompa izquierda filiforme, no se ve el pabellón. Gran cantidad de adherencias.

Diagnóstico: hidrosalpinx. Factor peritoneal.

Caso N° 5.—De 29 años. E. P.

D. C.: obstrucción tubaria en cuernos.

Culd.: útero con dos miomas en el fondo. Con un foco de endometriosis en el lado derecho. Ovarios normales. Trompa derecha termina en dedo de guante. Adherencias en el izquierdo.

Operación: trompa derecha engrosada y termina en dedo de guante y un engrosamiento a nivel del cuerno. La izquierda cerrada en pico con engrosamiento en el cuerno y una zona rojiza en dicho cuerno. Dos miomas en el fondo.

Diagnóstico: mioma. Hidrosalpinx. Endometriosis.

Caso N° 6.—De 35 años. E. S.

Ant.: infección post-parto.

D. C.: obstrucción tubaria en cuernos.

Culd.: útero normal. Ovarios normales cubiertos por adherencias filamentosas. Trompa izquierda termina en dedo de guante, gruesa y la derecha no se ve por adherencias.

Diagnóstico: hidrosalpinx. Factor peritoneal.

Caso N° 7.—De 34 años. E. S.

Ant.: Embarazo ectópico izquierdo.

D. C.: obstrucción tubaria en cuernos. Ciclos anovulatorios.

Culd.: Ovario izquierdo normal con adherencias a la pared y un gran velo adherencial a las asas intestinales. Utero normal. Ovario derecho más grande con signos de ovulación englobado por la trompa que lo rodea y se ve dilatada, del grosor de un dedo. Hidátide de Morgani izquierdo.

Diagnóstico: hidrosalpinx. Factor peritoneal.

Caso N° 8.—De 37 años. E. P.

Ant: pleuresía.

D. C.: obstrucción tubaria.

Culd.: no hay T. B. C. ni adherencias. Ovario izquierdo pequeño alargado irregular con signos de ovulación. Pequeño quiste en ovario derecho. Trompa izquierda terminada en dedo de guante.

Diagnóstico: hidrosalpinx y quiste de ovario.

Caso N° 9.—De 34 años. E. S.

D. C.: obstrucción tubaria.

Culd.: útero y ovarios normales. Trompas cerradas a nivel de su pabellón.

Diagnóstico: obstrucción tubaria en pabellones.

Caso N° 10.—De 26 años. E. P.

Ant.: T. B. C.

D. C.: obstrucción tubaria con estenosis.

Culd.: útero normal. Ovario derecho normal. Trompa derecha tortuosa con nodulaciones en el pabellón que es pequeño y estrangulado con adherencias al ovario. Trompa izquierda no se ve. Ovario izquierdo quístico pegado al útero y con adherencias.

Diagnóstico: salpingitis nodular y factor peritoneal. Ovario poliquístico.

Caso N° 11.—De 31 años. E. S.

Ant.: Aborto.

D. C.: obstrucción tubaria. Factor peritoneal.

Culd.: útero normal. Ovarios fijos enclavados, el izquierdo con signos de ovulación. Trompa derecha: se ve el pabellón normal. Trompa izquierda con un estrangulamiento en el istmo y parte media normal. Múltiples adheren-

cias del útero a los anexos que forman amplios velos.

Diagnóstico: Factor peritoneal.

Caso Nº 12.—De 28 años. E. S.

D. C.: factor peritoneal.

Culd.: ovario derecho pequeño con adherencias filamentosas a la pared. Utero normal. El anexo izquierdo no se ve por estar cubierto por adherencias.

Operación: trompa derecha arrojando azul de metileno pero cubierta por adherencias. La izquierda igualmente cubierta por adherencias, la que liberada deja ver un hidrosalpinx y un ovario poliquístico.

Posteriormente hubo gestación.

Diagnóstico: factor peritoneal.

Caso Nº 13.—De 20 años. E. P.

D. C.: estenosis tubaria.

Culd: útero y ovarios normales. Trompa izquierda cerrada en el pabellón. Trompa derecha aparentemente normal con adherencias del epiplon.

Diagnóstico: factor peritoneal.

Caso Nº 14.—De 26 años. E. P.

D. C.: obstrucción tubaria.

Culd.: útero normal. Ovario izquierdo normal. Trompa izquierda cerrada en dedo de guante con adherencias. Ovario derecho muy pequeño cubierto, lo mismo que la trompa, por una masa adherencial.

Diagnóstico: factor peritoneal. Hidrosalpinx.

Caso Nº 15.—De 28 años. E. P.

D. C.: Ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Ovario derecho con adherencias filiforme a la pared y una velamentosa. Folículo de Graf en su estroma. Pabellón derecho normal. Ovario izquierdo más grande con adherencias. No se ve la trompa izquierda.

Diagnóstico: factor peritoneal.

Caso Nº 16.—De 28 años. E. P.

Ant.: T. B. C.

D. C.: estenosis tubaria. T. B. C. tubaria.

Culd.: ovario derecho poliquístico y grande. Ovario izquierdo normal. Trompas con pabellones normales. Adherencias del epiplon al parametrio derecho y cara posterior del útero.

Diagnóstico: factor peritoneal y ovario poliquístico.

Caso Nº 17.—De 33 años. E. P.

Ant.: metrorragia.

D. C.: ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Trompas normales. Ovario derecho grande, dos veces su tamaño normal con irregularidades. El ovario izquierdo tres veces más

grande que lo normal con pequeños quistes principalmente uno en el ángulo interno. Velo adherencial del ovario izquierdo a la pared.

Operación: quiste de ovario izquierdo y varios más pequeños. Ovario derecho más grande que lo normal y duro.

Diagnóstico: ovarios poliquísticos.

Caso N° 18.—De 32 años. E. P.

Ant.: operada de blastoma ovárico.

D. C.: adherencias post-operatorias.

Culd.: no hay adherencias ni T. B. C., ni endometriosis. Mioma en el fondo, pequeño. Trompa y ovario izquierdos libres. En el lado derecho formación quística del ovario.

Diagnóstico: quiste de ovario. Mioma.

Caso N° 19.—De 34 años. E. S.

Ant.: embarazo ectópico derecho.

D. C.: obstrucción tubaría bilateral. Ciclos anovulatorios.

Culd.: útero pequeño con un nódulo en el fondo. Ovario izquierdo con folículo quístico. Trompa izquierda parece normal. Trompa derecha no se ve.

Operación: hidrosalpinx izquierdo. Adherencias. Ovario poliquístico izquierdo. No hay trompa ni ovario derechos, terminando en un muñón duro.

Diagnóstico: ovario poliquístico.

Caso N° 20.—De 29 años. E. P.

D. C.: ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Ovario pequeño irregular en el lado derecho. Ovario izquierdo grande poliquístico. Trompa derecha normal.

Diagnóstico: ovario poliquístico.

Caso N° 21.—De 28 años. E. P.

D. C.: obstrucción tubaría.

Culd.: útero y ovarios normales. Adherencias del ovario izquierdo a la cara posterior del útero. Trompa derecha normal. Trompa izquierda termina en saco.

Diagnóstico: hidrosalpinx. Factor peritoneal.

Posteriormente al tratamiento: gestación.

Caso N° 22.—De 31 años. E. S.

D. C.: ciclos anovulatorios. Endometrio atrófico.

Culd.: útero normal. Ovario izquierdo pequeño, de superficie lisa sin signos de ovulación. Ovario derecho de superficie lisa, un poco más grande que el izquierdo, pero más chico que lo normal. Trompas normales.

Diagnóstico: ovarios atróficos.

Caso N° 23.—De 34 años. E. P.

D. C.: factor peritoneal.

Culd.: útero normal. Ovario izquierdo ligeramente aumentado de tamaño. Adherencias velamentosa de la pared al anexo izquierdo y brida del ova-

rio al recto. Una zona roja pequeña que puede corresponder a un foco de endometriosis en el Douglas. Anexo derecho no visible por adherencias.

Diagnóstico: endometriosis. Factor peritoneal.

Caso N° 24.—De 26 años. E. P.

D. C.: factor peritoneal.

Culd.: no hay T. B. C. Utero pequeño. Ovarios normales. Itsmo tubario normal. Pabellones no se ven, pero el azul de metileno pasa fácilmente, quedando libre la cavidad. Una adherencia filiforme del ovario a la pared.

Diagnóstico: hipoplasia uterina.

Caso N° 25.—De 26 años. E. P.

Ant.: T. B. C.

D. C.: obstrucción tubaria en cuernos. Ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Ovarios normales. Trompa izquierda normal y trompa derecha solo se ve parte de ella. No hay adherencias ni signos de T. B. C.

Diagnóstico: Normal.

Caso N° 26.—De 36 años. E. S.

Ant.: metroanexitis post-aborto.

D. C.: obstrucción tubaria.

Culd.: útero de caracteres normales y no hay adherencias. Se suspende por nerviosidad de la paciente.

Diagnóstico: Normal.

Caso N° 27.—De 21 años. E. P.

D. C.: estenosis tubaria. Ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Ovarios normales con signos de ovulación. Trompa izquierda normal. Trompa derecha estenosada en el pabellón.

Diagnóstico: normal.

Caso N° 28.—De 30 años. E. P.

D. C.: estenosis tubaria.

Culd.: útero normal. Ovarios normales con signos de ovulación, el derecho más pequeño con folículo de Graf. Trompas normales con pasaje de azul de metileno a la cavidad.

Caso N° 29.—De 26 años. E. S.

Ant.: embarazo ectópico.

D. C.: adherencias post-operatorias. Ciclos anovulatorios.

Culd.: útero normal. Ovario derecho normal con adherencias. Ovario izquierdo pequeño liso sin signos de ovulación. Trompa izquierda normal.

Diagnóstico: normal.

Operación: ovario derecho grande con pequeños quistes. El izquierdo pequeño, duro y al corte con estroma compacto. Trompa izquierda normal, con una pequeña adherencia que la ha acodado.

Caso N° 30.—De 28 años. E. P.

D. C.: a la histerosalpingografía adherencias peritoneales.

Culd.: no hay T. B. C. Útero y anexos de caracteres normales. Ovario derecho con signos de ovulación.

Diagnóstico: normal.

Caso N° 31.—De 28 años. E. P.

Ant.: Operada de plastía tubaria y tumor de útero.

D. C.: estenosis tubaria.

Culd.: útero normal. Ovarios normales. Pabellón derecho normal y adherencias del anexo izquierdo.

Diagnóstico: factor peritoneal.

Caso N° 32.—No penetró el "trocar" para la punción, debido a retroflexión uterina.

Casos Nos. 33 y 34.—No penetró el "trocar" para la punción, debido a fijeza del cuerpo por adherencias post-operatorias.

Tenemos, pues, en los casos clínicos descritos, los siguientes diagnósticos comprobados por medio de la Culdoscopía:

Miomas subserosos	3
Hipoplasia uterina	2
T. B. C.	2
Hidrosalpinx	8
Obstrucción tubaria — salpingitis	2
Adherencias peritoneales	16
Ovarios poliquísticos y quistes de ovario	7
Ovarios atróficos	1
Endometriosis	2
Normales	6

CONCLUSIONES

- 1.—La Culdoscopía es de gran ayuda en el diagnóstico de las afecciones ginecológicas.
- 2.—Con el método empleado, el examen puede hacerse ambulatorio, en el Consultorio.
- 3.—Es inofensivo y las complicaciones que pueden presentarse son de mínima importancia.
- 4.—Se han practicado treintiún Culdoscopías, encontrándose: tres casos de miomas subserosos, dos de hipoplasia uterina, dos de T.B.C., ocho de hidrosalpinx, dos de obstrucción tubaria, salpingitis, dieciséis de adherencias peritoneales, siete casos de ovarios poliquísticos y quistes de ovario, uno de ovarios atróficos, dos de endometriosis y seis casos normales.

BIBLIOGRAFIA

- ABARBANEL, A. R.: Transvaginal Pelviscopy — Further Studies in Infertility. Proceedings of the Second World Congress on Fertility and Sterility. Vol. I. Naples (Italy). May. 18-26, 1956, pág. 1140.
- BOTELLA LLUSIA, JOSE: The Value of Culdoscopy in Diagnosis of Ovarian Function.
- DECKER, ALBERT.: A Method for Visual Diagnosis of Gynecologic Disease, Ciba Clinical Symposia. Vol. 4, Nº 6. Agt.-Set., 1952.
- DECKER, ALBERT: Culdoscopy — A New Technie in gynecologic and obstetric diagnosis. Libro publicado por W. B. Saunders Company, Londres, Philadelphia, 1952.
- DOYLE, JOSEPH BERNARD: Use of the Pelviscope in Culdotomy — Aid to Early Diagnosis and Relief of Pelvic Disorders. Reimpreso con adiciones, de "The Journal of the American Medical Association, Feb. 21, 1953, Vol. 151, pp. 605-608.
- ROMERO, JORGE y GONZALEZ GUTIERREZ, J. T.: Importancia del Método Endoscópico para la exploración y visualización de los órganos pélvicos, desde el punto de vista del Médico y Cirujano Generales. Memoria de III Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, III Congreso Latino Americano de Obstetricia y Ginecología, 8-14|VI|1958, pág. 491.