

Comunicación Corta

LAPAROSCOPIA Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Angélica Del Castillo

RESUMEN

Se presenta un estudio de 96 pacientes sometidos a laparoscopia ginecológica en la Clínica San Pablo y Hospital Vitarte, EsSalud, en Lima Perú, por dolor pélvico crónico, quienes no respondieron al tratamiento médico, evaluándose la eficacia de esta metodología, la cual demuestra su aceptabilidad y confiabilidad.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46: 75-79

SUMMARY

A study of 96 patients with chronic pelvic pain non responsive to medical treatment and submitted to laparoscopy at Lima San Pablo Clinic is presented. Efficacy and acceptability of this methodology is determined.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46: 75-79

INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas, la cirugía endoscópica ginecológica ha tenido un gran desarrollo, puesto que ella se ha ido aplicando cada vez más y con buen éxito a las más variadas patologías ginecológicas. La videolaparoscopia es un procedimiento que, en el área ginecológica, es frecuentemente utilizada en Norteamérica y que nosotros venimos aplicando en el Perú desde junio 92. Ella permite un acceso a la cavidad peritoneal tanto para fines diagnósticos como para la realización de muchas intervenciones quirúrgicas, que antes sólo se las realizaba por laparotomía.

Haciendo una revisión histórica del tema, podemos decir que en 1805 Bozzini fue censurado por su Facultad de Medicina por "su curiosidad" al observar en un paciente vivo el interior de la uretra, usando para el efecto un tubo simple y una vela como fuente de iluminación. Esta fue la primera experiencia en ese sentido y este procedimiento podría ser catalogado como un primer intento endoscópico.

La evolución de la endoscopia en los diferentes campos de la Medicina ha sido rápida, principalmente desde la década de los 50. Sin embargo, Jacobeus (Suecia 1910)¹ fue el primero en observar la cavidad peritoneal usando para ello un trócar. Utilizó una cánula para inducir el neumoperitoneo, para luego introducir un cistoscopio a través de la misma cánula.

En 1947, Raúl Palmer² publicó sus primeros 250 casos de endoscopias. La laparoscopia y otros procedimientos endoscópicos tuvieron una mejor aceptación y definición con la introducción en 1952, también en Francia, de la luz fría conceptualizada por Fourestier, Glady y Vulmiere. Esta innovación permitió grandes mejoras al confeccionarse los equipos. Ese mismo año Hopkins y Kapany en Inglaterra introdujeron la fibra óptica en el campo de la endoscopia. A los esfuerzos y publicaciones de Palmer, la gran aceptación de la laparoscopia ginecológica en Europa fue debida a Franzenheim en Alemania³ y Albano y Cittadini⁴ en Italia, quienes publicaron textos sobre laparoscopia en 1959 y 1962, respectivamente, en sus propios idiomas.

* Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica San Pablo, Lima Perú



Hacia 1967, Steptoe⁵ en Inglaterra publicó la primera monografía sobre el tema y luego Cohen⁶ el primer texto sobre el particular en los Estados Unidos de Norteamérica.

La mejoría de los equipos y calidad cada vez mayor de las lentes han permitido un gran desarrollo del procedimiento en las últimas tres décadas.

La repercusión de la videolaparoscopia en Medicina en general y en particular en ginecología ha sido notable; en efecto, su campo de aplicación ha sido cada vez mayor, los costos se han reducido y muchos problemas e incógnitas han sido resueltas.

En este sentido debemos manifestar que es un método seguro, útil para el diagnóstico de endometriosis y en el tratamiento de liberación de adherencias a pacientes con dolor pélvico crónico.

El diagnóstico clínico de la enfermedad inflamatoria pélvica es a veces realmente difícil. Siguiendo una metodología que incorpore en ella la videoendoscopia se puede obtener especímenes para evaluación bacteriológica y su consecuente indicación terapéutica específica.

Le exéresis de quistes paratubáricos, así como quistes de ovario, son otras patologías a las que podemos tener acceso mediante este procedimiento.

En ciertas circunstancias es posible la extirpación de ciertos miomas uterinos por videolaparoscopia.

En 1989, Reich GH y colaboradores comunicaron el primer caso de histerectomía por videolaparoscopia en una paciente con hemorragia uterina disfuncional.

Lo señalado anteriormente no hace otra cosa que mostrarnos una metodología que debe tenerse en cuenta y que forma parte del gran arsenal médico para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con afecciones ginecológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La casuística que se presenta comprende 96 casos operados con cirugía laparoscópica en el lapso de enero 1996 a mayo 1998, en la Clínica San Pablo y Hospital Vitarte de EsSalud, de Lima Perú.

Para el análisis de los resultados, se ha revisado cuidadosamente los datos consignados en las historias clínicas de la especialidad.

Se tomó muestras para estudio citológico y bacteriológico.

Asimismo, se ha revisado en forma minuciosa la bibliografía que sobre este tópico existe y es verdaderamente destacable cómo la técnica va alcanzando cada vez mayores niveles de desarrollo y aceptación, así como los beneficios a los pacientes en lo que respecta a una mejor evolución postoperatoria y reducción de los costos y estancia hospitalaria.

RESULTADOS

El presente estudio comprende 96 casos que fueron sometidos a una videolaparoscopia porque presentaban dolor pélvico crónico, en la Clínica San Pablo y en el Hospital de Vitarte de EsSalud en Lima Perú, entre agosto 92 y febrero 96.

En la Tabla 1 podemos observar el predominio de la patología de dolor pélvico entre los 21 y 40 años (74,8%), período en el cual la actividad hormonal de la mujer es mayor.

En relación con los antecedentes patológicos más saltantes, en la Tabla 2 podemos observar que 8 pacientes (8,9%) habían tenido una apendicectomía previa, y 3 (3,4%) habían sido sometidas a cirugía cardíaca.

Aparte de ellos, en cuanto a los antecedentes específicamente ginecológicos, 7 pacientes (7,9%) referían problemas de infertilidad, 6 (6,7%) eran portadoras de una enfermedad inflamatoria pélvica crónica, 5 (5,6%) habían sido cesareadas, 5 (5,6%) habían padecido de quistes de ovario y 4 (4,5%) mostraban sintomatología comparable con endometriosis. Como se puede ver, la cirugía laparoscópica se llevó a cabo en pacientes con anteceden-

Tabla 1. Laparoscopia y dolor pélvico crónico. Edad (n = 96)

Edad	Total	%
• < 20	8	8,4
• 21 - 30	22	23,1
• 31 - 35	29	30,5
• 36 - 40	21	21,2
• > 41	16	16,9



Tabla 2. Antecedentes

	Total	%
Antecedentes patológicos		
• Apendicectomía	8	8,4
• Ovario	9	10,11
• Cirugía cardíaca	3	3,4
• Asma	4	4,5
• Infección urinaria	4	4,5
• Hepatitis	2	2,2
• Otros	11	12,3
Antecedentes obstétricos		
• Quistes de ovario	9	10,11
• Infertilidad	7	7,9
• Enfermedad inflamatoria pélvica	6	6,7
• Cesáreas	5	5,6
• Endometriosis	4	4,5
• Ligadura tubárica	2	2,2
• Miomectomía	1	1,1

tes de cirugía previa en hemiabdomen inferior, haciéndonos ver ello que la última no es contraindicación absoluta para realizar este procedimiento operatorio.

El dolor se presentó en el hemiabdomen inferior, fue crónico y con mayor localización en el hipogastrio y, con menor frecuencia, en la fosa ilíaca derecha y la fosa ilíaca izquierda.

En la Tabla 3 observamos los hallazgos operatorios, pudiéndose ver claramente que la patología de trompas fue la más frecuente (41,7%).

La Tabla 4 referente al procedimiento llevado a cabo, nos muestra la variedad de procedimientos quirúrgicos empleados en las pacientes que conforman nuestra serie.

La estancia preoperatoria fue de menos de 1 día en 92 de las 96 pacientes (95,5%).

Tabla 3. Hallazgos operatorios

Hallazgos operatorios	Total	%
• Enfermedad inflamatoria pélvica	40	41,7
• Endometriosis	23	23,9
• Miomatosis uterina	11	11,4
• Quistes de ovario	8	8,3
• No alteraciones	6	6,3
• Síndrome adherencial	5	5,2
• Ovario poliquístico	3	3,1

Tabla 4. Procedimientos quirúrgicos (n = 96)

Procedimiento operatorio	Total	%
• Extirpación de quiste	8	8,3
• Fulguración de focos endometriósicos	23	23,9
• Salpingectomía	20	20,8
• Toma de muestra bacteriológica	20	20,8
• Adhesiolisis	5	5,2
• Cuña de ovario bilateral	3	3,1

La Tabla 5 muestra la estancia hospitalaria postoperatoria, la cual coincide con la de otros centros de mayor experiencia en este tipo particular de cirugía. En el 66,3% de los casos (64 pacientes), la alimentación fue establecida antes de las 12 horas y ello correspondió a una dieta blanda o general.

Hubo dos casos de complicación posoperatoria (2,2%); una paciente tuvo marcadas náuseas; este hecho lo había presentado en cirugías anteriores; otra presentó seroma a nivel de la incisión del trocar Nº 2 de 10 mm en la línea pararectal derecha.

Es conveniente hacer resaltar a los ginecólogos que el conocimiento y experiencia en cirugía pélvica adquirido con la cirugía convencional es un requisito fundamental para su aplicación en la cirugía laparoscópica, dado que en caso contrario se podría ocasionar morbimortalidad.

La cirugía laparoscópica es empleada en el momento actual en una gran variedad de procesos abdominopelvianos.

Con la ayuda de mejores y más sofisticados instrumentos y la utilización de la autosutura podremos adquirir una experiencia mucho mayor y aplicar este procedimiento a un mayor número de patologías susceptibles de cirugía.

Tabla 5. Estancia postoperatoria

Estancia postoperatoria	Total	%
• Menor de 1 día	60	62,5
• Menor de 2 días	36	37,5



DISCUSIÓN

La cirugía ginecológica puede ser realizada endoscópicamente en 30% a 80% de las pacientes que son candidatas a una laparotomía.

La cirugía endoscópica es un método, a la vez de tener un valor diagnóstico, terapéutico, facilitando la disminución de adherencias pélvicas^{8,9}; la adhesiolisis por videolaparoscopia igualmente es un buen método y además seguro¹⁰⁻¹². La técnica se emplea en varias patologías, como por ejemplo la extirpación de quistes de ovario¹³⁻¹⁵, en la tumorección anexial, así como también en el síndrome de dolor pélvico¹⁶.

El tratamiento videolaparoscópico de la poliquistosis ovárica con electrocauterio es una alternativa terapéutica más²⁵⁻²⁸. En los casos de endometriosis, también su aplicación tiene buenos resultados, tanto para su diagnóstico como para su tratamiento²⁹⁻³¹.

En cuanto a las complicaciones, podemos señalar que la Asociación Americana de Laparoscopistas Ginecólogos realizó una evaluación en 1988³⁷, señaló una incidencia de 15,4% de complicaciones mayores, teniendo que realizar 4,2% laparotomías por traumatismo quirúrgico, 2,1% debido a hemorragia y 1,6% por daño de vías urinarias o intestino. En nuestra serie no tuvimos complicaciones mayores. No se presentaron complicaciones de anestesia, pero debemos recordar los problemas de intubación y la posición de Trendelenburg, cuando hay un aumento del riesgo de regurgitación del contenido gástrico³⁸.

Las complicaciones infecciosas se presentaron en un caso de nuestra serie y confirma aquello que señala que la laparoscopia es una operación limpia de contaminación; de ahí que infecciones de heridas ocurren en 0,8% a 1,3% de los casos³⁷.

Creemos que la laparoscopia operatoria es un reto para el diagnóstico de dolor pélvico crónico para el ginecólogo, quien no deberá abandonar la práctica de la cirugía clásica tradicional⁴².

De otra parte, hay ventajas económicas que este procedimiento nos ofrece a largo plazo, pues al margen de disminuir la estancia hospitalaria y la reincorporación pronta a las actividades usuales, nos permite una menor posibilidad de infección

de la pelvis y/o herida operatoria, así como también un menor gasto en antibióticos.

En resumen, la elaboración de este trabajo constituye un afán de lograr mejores resultados en el tratamiento médico quirúrgico ginecológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jacobsen HC. Über die Möglichkeit, die Zystoskopie bei Untersuchung seröser Hohlungen anzuwenden. *Munich Med Wschr* 1910; 57: 2090-2.
2. Palmer R. Instrumentation et technique de la culdoscopie gynécologique. *Gynecol Obstet* 1947; 46: 422-9.
3. Frangenheim H. Tubal sterilization under visualization with the laparoscope. *Geburtsch u Frauenheilk* 1964; 24: 470-8.
4. Albano VF, Cittadini F. La celioscopia in ginecologia (monografía). Palermo: Denaro 1962; 1-420.
5. Steptoe PC. *Laparoscopy in Gynaecology*. Edinburgh, London: Livingstone 1967.
6. Cohen MR. *Laparoscopy, Culdoscopy and Gynecography: Technique and Atlas*. Philadelphia: Saunders; 1970.
7. Reich H, De Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surgery* 1989; 5: 213-6.
8. Luciano AA. A comparative study of postoperative adhesions. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 220-4.
9. Operative laparoscopy study group: postoperative adhesions development after operative laparoscopy: Evolution at early second look procedure. *Fertil Steril* 1991; 55: 700-4.
10. Steege JF. Resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lysis of adhesions. *Obstet Gynecol* 1991; 165(2): 278-81.
11. Hershlag A. Adhesiolysis. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34(2): 395-402.
12. Romer T. Results of laparoscopic lysis of adhesions in patients with chronic pelvic pain. *Zentralbl Gynecol* 1991; 113(6): 201-5.
13. Hasson H. Laparoscopic management of ovarian cysts. *J Reprod Med* 1990; 35: 863-7.
14. Johns A. Laparoscopic oophorectomy / oophorecystectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34(2): 460-6.
15. Chen JS. Operative laparoscopic in benign cystic teratoma of ovary. *Chung Hua I Hsueh Tsai Chih* 1992; 50(3): 194-7.
16. Rzempoluch J. Use of laparoscopy in Gynecology. *Gynekol Pol* 1992; 63: 611-4.
17. Letterie GS. Laparoscopy and minilaparotomy as operative management of ectopic pregnancy. *Milit Med (USA)* 1990; 155(7): 305-7.
18. Pasic R. Laparoscopy treatment of extrauterine pregnancy. *Jugosl Gynecol Perinatol* 1990; 30(3-4): 91-2.
19. Pouly JL. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopy treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. *Fertil Steril* 1991; 56(3): 453-60.
20. Nager CW. Ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34(2): 403-11.
21. Atala C. Treatment of tubal pregnancy by laparoscopy. *Rev Chil Obstet Gynecol*. 1989; 54(2): 71-5.
22. Zdanovskii VM. Surgical treatment of tubal pregnancy using a laparoscopic approach. *Akush Gynecol (Musk)* 1991; (1): 53-5.
23. Lunderf P. Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: A randomized trial versus laparotomy. *Fertil Steril* 1991; 55(5): 911-5.
24. Pouly JL. Ectopic pregnancy techniques and results of laparoscopic. *Rev Prat* 1991; 41(25): 2547-51.
25. Kovacs G. Treatment of anovulation due to polycystic ovarian syndrome by laparoscopic ovarian electrocautery. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98(1): 30-5.
26. Gjonnaess H. A simple treatment for polycystic ovarian syndrome. *World Health Forum* 1990; 11(2): 214-7.



27. Tasaka K. Electrocautery in polycystic ovary syndrome. *Horm Res* 1990; 33 Suppl 2:40-2.
28. Utsonimaya T. Hormonal and clinical effects of multifollicular puncture and resections on the ovaries of polycystic ovary syndrome. *Horm Res* 1990;33:Suppl 2:35-9.
29. Arumugam K. Efficacy of laparoscopy electrocoagulation in infertile patients with minimal or mild endometriosis. *Gynecol Scand* 1991; 70(2): 125-7.
30. Candiani EB. Conservative surgical treatment for severe endometriosis in infertile women: Are we making progress? *Obstet Gynecol Surv* 1990; 46(7): 490-8.
31. Martin DC. Laparoscopic treatment of ovarian endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34(2): 452-9.
32. Gren U. Laparoscopy sterilization of women by electrocoagulation. *Ugeskr Laeger* 1990; 152(40): 923-5.
33. Minelli L. Laparoscopy hysterectomy. *Minerva Gynecol* 1990; 42(12): 515-8.
34. Mage G. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; 21(4): 436-44.
35. Nezhat F. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med* 1992; 37(3): 247-50.
36. Summitt RL. Randomized comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in an outpatient setting. *Obstet Gynecol* 1992; 80(6): 895-901.
37. Peterson HB, Hulka JF. American Association of Gynecologic Laparoscopists' 1988 membership survey on operative laparoscopic. *J Reprod Med* 1990; 35: 590-1.
38. Borten M. *Laparoscopic Complications: Prevention and Management*. Philadelphia: BC Decker Inc; 1980.
39. Ohlgisser M, Sorkin Y, Heifetz M. Gynecologic laparoscopy: a review article. *Obstet Gynecol Surv* 1985; 40: 385-96.
40. Semm K. *Operative Manual for Endoscopic Abdominal Surgery*. Chicago. Year Book Medical Publisher, 1987.
41. Dingfelder JR. Direct laparoscope insertion without prior pneumoperitoneum. *J Reprod Med* 1978; 21: 45-7.
42. Tadir Y. Operative laparoscopy: a challenge for general gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(1): 7-12