

ALTA PRECOZ EN LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

Augusto Díaz, Edgar Gurreonero

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la casuística y evaluar el manejo laparoscópico ginecológico durante el año 1998 en el Programa Central de Especialidades (PCE) de EsSalud. **MATERIAL Y MÉTODOS:** De las 4 460 operaciones realizadas por el PCE en 1998, se evalúa 792 casos correspondientes a las intervenciones quirúrgicas ginecológicas mediante laparoscopia. Las pacientes fueron hospitalizadas dos horas antes de la operación y dadas de alta a las 24 horas promedio. **RESULTADOS:** De las 792 intervenciones, 308 fueron por infertilidad, 153 quiste ovárico, 117 enfermedad pélvica inflamatoria, 79 poliquistosis ovárica, 62 síndrome adherencial, 24 miomatosis, 13 embarazo ectópico, 11 quiste paraovárico, nueve quiste dermoide, seis hidrosálpinx. Hubo complicaciones en 1,5% de los casos: seis de ellos por omalgia, cuatro infección de herida operatoria, uno abdomen agudo y uno laceración de recto sigmoides. **CONCLUSIÓN:** La menor incidencia de complicaciones, menor estancia hospitalaria y bajo índice de morbilidad en nuestra casuística, nos ha permitido disminuir los costos y gozar de aceptación de las pacientes.

Palabras clave: Laparoscopia ginecológica, atención quirúrgica ambulatoria, complicaciones.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (2): 148-151

SUMMARY

OBJECTIVE: To acknowledge the cases and results of gynecological laparoscopy performed during 1998 at EsSalud Specialties Central Program (SCP). **MATERIAL AND METHODS:** From 4,460 surgical interventions performed by the SCP during 1998, we reviewed 792 cases of gynecological laparoscopic interventions. Patients were hospitalized 2 hours before the intervention and discharged after 24 hours average. **RESULTS:** From the 792 interventions, 308 were for infertility, 153 ovarian cyst, 117 pelvic inflammatory disease, 79 polycystic ovary, 62 intrapelvic adhesions, 24 uterine myomatosis, 13 ectopic pregnancy, 11 paraovarian cyst, 9 dermoid cyst, 6 hydrosalpinx. There were 1,5% complications: 6 due to omalgia, 4 wound infection, 1 acute abdomen and 1 laceration of rectosigmoides. Average hospital stay was 34 hours and recovery was satisfactory. **CONCLUSION:** Less complications incidence, less hospital stay and low morbidity in our cases has permitted to lower expenses and to have good acceptance from the patients.

Key words: Gynecological laparoscopy, ambulatory surgical care, complications.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (2): 148-151

INTRODUCCIÓN

EsSalud, a través del Programa Central de Especialidades (programa itinerante), lleva tecnología de punta a todos sus centros hospitalarios del interior del país. Dentro de ella, la cirugía laparoscópica en todas sus modalidades. El programa fue creado en 1991 con el nombre de UMIR

Programa Central de Especialidades- EsSalud
Edgar Gurreonero Briceño y Augusto Díaz Sánchez
Dirección: José Pardo de Zela 455 Dpto. 301, Lince, Lima, Perú.
Teléfonos 470-8053/ 970-6179



(Unidad Médica de Intervenciones Rápidas); en 1992 toma el nombre de EMIR (Equipo Médico de Intervención Rápida), dos años después (1994) pasa a ser Gerencia de Especialistas del Instituto Peruano de Seguridad Social (GEIPSS) hasta 1997, cuando adquiere la categoría de Programa Central de Especialidades del IPSS (PCE-IPSS). A la fecha, por Ley N° 27056 se crea el Seguro Social de Salud-EsSalud; por ende pasa a ser Programa Central de Especialidades EsSalud (PCE-EsSalud), siempre con el mismo objetivo: transferencia tecnológica, docencia asistencial especializada y cirugía de corta estancia, con tecnología de punta para la población asegurada y no asegurada a nivel nacional. Asimismo, capacitación constante en servicio para el personal médico y paramédico, en todas sus modalidades.

El presente estudio señala la incidencia de patología quirúrgica ginecológica durante el año 1998 en los establecimientos de EsSalud de la Red Asistencial Nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evalúa 792 casos de cirugía laparoscópica ginecológica realizada durante el año 1998 por el PCE.

Las actividades de dicho año comprenden, entre otras, 103 589 consultas especializadas, 4 460 intervenciones quirúrgicas y 10 módulos de capacitación de cirugía laparoscópica ginecológica a nivel nacional. De este universo se ha recopilado los 792 casos del presente estudio.

Las pacientes fueron evaluadas con historia clínica, ecografía pélvica sectorial, riesgo quirúrgico, hemoglobina, coagulación y sangría, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh y sedimento urinario. Fueron intervenidas laparoscópicamente cuando lo requerían y sin selección de casos.

Fueron hospitalizadas dos horas antes de la intervención quirúrgica y su alta se determinó a las 24 horas promedio, excepción de las histerectomías, cuya alta se indicó a las 48 horas. Se prescribió aminoglicósidos como antibiótico de elección a las pacientes que ameritaban su uso.

Se hizo uso de tres trócares para el abordaje. Uno de 10 mm a nivel umbilical, dos de 5 mm a nivel de la línea media mamaria en el hemiabdomen izquierdo. Por vía vaginal se usó un elevador uterino, contando con equipo de laparoscopia e instrumental apropiado para cada caso a intervenir.

En las pacientes con diagnóstico de infertilidad, se realizó cromotubación con azul de metileno a través de una sonda Foley N° 12 en el 30% de casos y a través de la cánula de Cohen en 70% de los casos.

El uso de electrocauterio fue monopolar, a una intensidad de 25 mv, y bipolar a una intensidad de 30 mv para la hemostasia e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia.

La pieza operatoria, en el caso del útero, fue extraída por colpotomía posterior por vía vaginal; en los otros casos, a través de uno de los trócares auxiliares, colocando previamente un guante dentro de la cavidad abdominal, el que ejerce la función de bolsa, donde se introduce la pieza operatoria.

En todas las pacientes sin excepción se realizó cateterismo vesical con sonda Nelathon N° 14. En el caso de las histerectomías se usó sonda Foley N° 16, que se procede a retirar al término de la intervención quirúrgica.

En la terapéutica postoperatoria, se prescribe hidratación, analgésicos y antibióticos a las pacientes que lo necesitan, durante las primeras 12 horas; luego dieta blanda y movilización, alta a las 24 horas.

Cuando se trata de una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, el tratamiento es hidratación durante las primeras 12 horas, después de lo cual se prescribe dieta líquida a voluntad, movilización y alta a las 48 horas, con analgésico condicional. Esta forma de manejo postoperatorio se debe al tipo de anestesia empleada (anestesia raquídea) durante nuestras intervenciones quirúrgicas.

Dada de alta, a la paciente se le cita a su control al quinto día postoperatorio, para su evaluación y retiro de puntos.

**Tabla 1.** Relación de pacientes por diagnóstico

| Diagnóstico | Casos | % |
|-----------------------------------|-------|-------|
| • Infertilidad primaria | 172 | 21,7 |
| • Infertilidad secundaria | 136 | 17,2 |
| • Quiste de ovario menor de 6 cm | 134 | 16,9 |
| • Enfermedad pélvica inflamatoria | 117 | 14,8 |
| • Poliquistosis ovárica | 79 | 10,0 |
| • Síndrome adherencial | 62 | 7,8 |
| • Quiste de ovario mayor de 6 cm | 29 | 3,7 |
| • Miomatosis uterina | 24 | 3,0 |
| • Embarazo ectópico | 13 | 1,6 |
| • Quiste paraovárico | 11 | 1,4 |
| • Quiste dermoide | 9 | 1,1 |
| • Hidrosálpinx | 6 | 0,8 |
| Total | 792 | 100,0 |

RESULTADOS

Durante el año 1998, en el Programa Central de Especialidades se intervino quirúrgicamente 792 pacientes a nivel nacional, con los diagnósticos consignados en la Tabla 1.

Las edades de las pacientes fluctúan de los 15 a 75 años, (Tabla 2) no habiéndose realizado selección de algún tipo. La mayoría de las pacientes correspondieron a edades de 25 a 39 años (75,3%)

Las intervenciones quirúrgicas son mostradas en la Tabla 3, consignándose sólo para fines expositivos la intervención quirúrgica principal, ya que en un elevado porcentaje se aprovecha la cirugía laparoscópica para realizar más de una intervención.

Tabla 2. Número de pacientes por grupo etáreo

| Edad (años) | Casos | % |
|-------------|-------|-------|
| • 15-19 | 20 | 2,5 |
| • 20-24 | 64 | 8,0 |
| • 25-29 | 182 | 23,0 |
| • 30-34 | 210 | 26,5 |
| • 35-39 | 204 | 25,8 |
| • 40-44 | 68 | 8,6 |
| • 45-49 | 18 | 2,3 |
| • 50 a más | 26 | 3,3 |
| Total | 792 | 100,0 |

Tabla 3. Intervenciones quirúrgicas ginecológicas por vía laparoscópica

| Intervención quirúrgica | Casos | % |
|----------------------------------|-------|-------|
| • Micropunción ovárica | 160 | 20,2 |
| • Adhesiolisis | 150 | 18,9 |
| • Cuña ovárica quiste menor 6 cm | 120 | 15,2 |
| • Histerectomía asistida | 60 | 7,5 |
| • Miomectomía | 50 | 6,3 |
| • Ablación de uterosacos | 50 | 6,3 |
| • Plastia tubárica | 48 | 6,1 |
| • Cuña ovárica quiste mayor 6 cm | 42 | 5,3 |
| • Quistectomía simple | 40 | 5,1 |
| • Ablación de endometriosis | 40 | 5,1 |
| • Salpingotomía | 20 | 2,5 |
| • Salpinguectomía | 12 | 1,5 |
| Total | 792 | 100,0 |

Del total de pacientes operadas, cuatro (0,5%) presentaron infección de herida operatoria en zona umbilical, seis pacientes omalgia (0,8%), abdomen agudo una paciente (0,1%)—reoperada por vía laparoscópica a las 24 horas—, conversión en una paciente por laceración del recto sigmoides, siendo el índice de conversión 0,1 % (Tabla 4).

El PCE-EsSalud utiliza el sistema de alta precoz y visita domiciliaria, por lo que nuestras estancias hospitalarias son menores a las informadas por otros autores. Además, cuando se trata de videocirugía, nuestras estancias hospitalarias se reducen aun más, como se observa en la Tabla 5.

Tabla 4. Porcentaje de complicaciones

| Complicación | Casos | % |
|----------------------------------|-------|-----|
| • Infección de herida operatoria | 4 | 0,5 |
| • Omalgia | 6 | 0,8 |
| • Abdomen agudo | 1 | 0,1 |
| • Laceración de recto sigmoides | 1 | 0,1 |
| Total | 12 | 1,5 |



Tabla 5. Estancia promedio

| Tipo de cirugía | Casos | Hospitalización promedio |
|-----------------|-------|--------------------------|
| • Laparoscópica | 792 | 34 h |
| • Abierta | 3668 | 50 h |

DISCUSIÓN

El 70% de nuestras pacientes acude a consulta externa del servicio de ginecología por presentar dolor pélvico crónico, el 30% restante por sintomatología diversa, siendo el hallazgo ecográfico, quiste de ovario, poliquistosis ovárica, entre otros. En lo que se refiere a dolor pélvico, las pacientes venían recibiendo tratamiento médico con antibióticos y antiinflamatorios en forma periódica (uno a dos años), por lo que se le sugirió videolaparoscopia.

Es importante mencionar que nuestra incidencia de complicaciones en relación a las comunicaciones de otros autores es baja, llega a sólo 1,5%, comprendiendo en esto absceso de pared 0,5%, en la zona umbilical; abdomen agudo 0,1% en una paciente de 26 años, operada de quiste de ovario por vía laparoscópica (resección en cuña), quien fue reoperada a las 24 horas por la misma vía, encontrándose en cavidad líquido seroso (exudado) 2 500 mL, sin lesión en estructuras vecinas; sólo se realizó lavado con suero fisiológico, dejándose dren tubular en el fondo de saco de Douglas, que fue retirado a las 24 horas del postoperatorio; su recuperación fue rápida, indicándosele el alta a las 72 horas. En dicho caso se planteó la posibilidad de peritonitis química a consecuencia del glutamaldehído. En relación a la conversión por laceración del recto sigmoides, a la exploración de la víscera durante la laparotomía exploradora se constató que la lesión no requería mayor tratamiento, pero su conveniencia estaba justificada como prevención de la salud de la paciente.

Las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico ingresaron por el servicio de emergencia. En 20 pacientes se realizó salpingotomía lineal, para conservar la trompa y preservar la fertilidad, y en 12 pacientes se practicó salpinguectomía por estallamiento o hematoma de la trompa. En ambos casos, para una mejor exposición de la trompa afectada, usamos un elevador uterino. Cabe mencionar también que en ninguna de las pacientes se dejó dren y que su recuperación fue rápida.

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia se realizó en pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, adenomiosis, hiperplasia endometrial, hemorragia uterina disfuncional, usando electrocoagulación monopolar y bipolar. Se retiró la pieza operatoria por colpotomía posterior, suturando la cúpula vaginal con vicril 0 con puntos separados.

Las miomectomías fueron realizadas en pacientes en edad fértil, con la finalidad de preservar la fertilidad y regular la función menstrual, con una morfología uterina normal, reduciendo al mínimo el traumatismo tisular y la pérdida hemática; se suturó el lecho del mioma con crómico 0 y la serosa con crómico 00, para evitar la formación de adherencias.

El tratamiento quirúrgico en los quistes de ovario fue resección en cuña con retiro de cápsula, quedando la anexectomía para los quistes paraováricos. Asimismo, se realizó la micropunción (*drilling*) ovárica en pacientes con diagnóstico de poliquistosis ovárica, con buenos resultados.

La anestesia raquídea empleada permitió un mejor manejo de las pacientes, disminución de costos y más rapidez entre paciente y paciente durante su preparación preanestésica, y evitó el uso de sala de recuperación postanestésica, salvo algunos casos.

En todas nuestras intervenciones quirúrgicas por quiste de ovario, no hemos encontrado alguna neoplasia, lo que fue confirmado por el servicio de anatomía patológica del centro hospitalario respectivo.

En resumen, la incidencia de complicaciones en nuestras manos es menor, lo que permite a las pacientes un rápido retorno a su actividad rutinaria. Tanto las estancias hospitalarias como los índices de morbilidad son reducidos y no se ha registrado mortalidad alguna. El mayor porcentaje de estas intervenciones se realizó en mujeres entre los 25 y 39 años, en edad fértil. El sistema de alta precoz debe acompañarse de visita domiciliaria para una mejor monitorización de las pacientes.

Para concluir, mencionaremos que en el PCE de EsSalud somos tres médicos ginecólogos laparoscopistas, cada uno con su propia casuística y escuelas de formación. No hemos tenido alguna complicación severa. Nuestras pacientes han tenido recuperación rápida y no se ha registrado muertes. La cirugía laparoscópica no es una nueva técnica, si no una nueva vía de acceso, que puede traer consecuencias fatales sin un buen entrenamiento