

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

Javier Bacini Colán,
Alejandro Sin Au.
Luz Jefferson C.,
Víctor Díaz H.,
Carlos Muñoz T.

INTRODUCCION

El renovado interés en el uso de la laparoscopia en la década del año 1950, hace que el ginecólogo cuenta dentro de sus recursos con una técnica diagnóstica que hasta el momento es inigualable en la exploración de los órganos pélvicos y que, además, permite la obtención de tejidos por intermedio de biopsias. Así mismo, ejecutar algunos procedimientos quirúrgicos, incluso bloqueo tubario para la esterilización femenina.

Los pioneros en este procedimiento fueron los europeos, siendo los alemanes, franceses e ingleses quienes difundieron este método. En E.E.U.U. N.A., cobró auge en la década de los 60 y, entre 1965 y 1975, se realizó alrededor de 175,000 laparoscopías (9). En nuestro medio, también ha sido puesto en boga en muchos centros en la Capital de la República, —como el H.M.I. "San Bartolomé", Hospital Cayetano Heredia, Hospital Maternidad, Hospitales de la Seguridad Social, Hospital San Juan de Dios del Callao y Hospital Militar—. Igualmente, algunas instituciones hospitalarias importantes de provincias, como Arequipa, Trujillo, Ica, Piura y Cuzco, cuentan con equipos y personal médico especialmente adiestrado. En nuestro hospital empleamos este procedimiento endoscópico desde el año 1978 (2), (3), (11), (12), (15) para precisar el diagnóstico de diversos problemas ginecológicos; ello ha mejorado la exactitud del diagnóstico de procesos pelvianos en aspectos relacionados con la esterilidad femenina, embarazo ectópico crónico, endometriosis peritoneal y tubo-ovárica, tumores de origen genital, la enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas, etc. Cabe anotar que este recurso técnico debe utilizarse como complemento de una adecuada investigación clínica y no como sustituto de ella; más aún, si es que se trata de centros de formación académica, en los cuales con mayor razón se debe exigir el ejercicio clínico y el respeto al orden de los procedimientos para el manejo de los casos que requieren el uso del laparoscopio.

Finalmente, debemos tener en cuenta que esta técnica no debe ser considerada como una panacea. No es la solución definitiva a los problemas diagnósticos, debiendo emplearse con cautela y por personal médico convenientemente entrenado. El laparoscopista es, por tanto, un especialista en endoscopia pélvica.

El presente trabajo recopila los hallazgos laparoscópicos en las mujeres a las que se les sometió a esta exploración.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, la laparoscopia se efectúa de acuerdo a normas establecidas y ocupa un lugar importante en el estudio de diversas ginecopatías, siendo el objetivo de la presente comunicación el análisis de 156 casos de mujeres que consultaron por diversos problemas ginecológicos y a las que se les efectuó laparoscopia entre enero de 1977 y julio de 1981.

El equipo utilizado para el estudio pelviscópico es el laparoscopio K.L.I. Modelo V—H, tricontrol, con estabilizador de corriente. Como fuente de luz, utiliza luz fría transmitida por fibra de vidrio.

Las pacientes estudiadas proceden de los consultorios de ginecología general y esterilidad matrimonial del Servicio de Ginecología de nuestro hospital. A las segundas, previamente se les ha estudiado los diferentes factores de esterilidad matrimonial.

Una vez cumplida las normas de preparación preoperatoria, son hospitalizadas preferentemente en el periodo pre-menstrual (18).

El procedimiento seguido en nuestro servicio, esquemáticamente resumido en el siguiente (7):

- a) Paciente en sala de operación, se coloca en posición ginecológica. Se suministra anestesia local o general según indicación.
- b) Limpieza y desinfección de la zona umbilical y vulvo-vaginal; cateterismo vesical.
- c) Colocación de la cánula de Rubin, fijada en una pinza de garfios al canal cervical.
- d) Colocada la paciente en posición de Trendelenburg, se realiza el neumoperitoneo a través de una aguja de Touhy o Verres, según el caso, la que es introducida por el borde inferior de la cicatriz umbilical, previa punción con bisturí. Luego se insufla CO₂ en un volumen que fluctúa de 2 a 3 litros según la morfología de la pelvis de la paciente.
- e) Penetración de la cavidad abdominal, que se realiza con el trocar y su respectivo manguito, el cual queda cuando se retira el trocar.

- f) Introducción del laparoscopio a través del manguito conectado con la fuente de luz y exploración visual de la cavidad.
- g) Terminada la exploración, se retira el laparoscopio, se extrae el gas a través del manguito y, previa colocación del trocar, se extrae éste. Se sutura la herida con catgut crómico "oo" con un sólo punto subdérmico.
- h) Confección del informe operatorio en una hoja impresa, especialmente diseñada.

RESULTADOS

Las indicaciones para la realización de la laparoscopia, han sido las siguientes: Esterilidad femenina, 123 pacientes, 78.7o/o de los casos, de los cuales la esterilidad primaria tuvo 73 casos, 46.7o/o y la esterilidad secundaria 50 casos, el 32.0o/o. Otras indicaciones fueron, dolor pélvico, tumoración genital, bloqueos tubarios y amenorrea. (Ver Tabla 1).

TABLA No. 1

INDICACIONES PARA LA LAPAROSCOPIA

INDICACIONES	No.	o/o
Esterilidad	73	46.7
Esterilidad secundaria	50	32.0
Dolor pélvico	13	8.3
Tumoración genital	6	3.8
Bloqueo tubario	6	3.8
Amenorrea primaria	4	2.6
Amenorrea secundaria	4	2.6
TOTAL	156	100.0

El estudio abarcó a mujeres cuyas edades fluctuaron entre los 17 y 50 años, con un promedio de 30.7 años.

Los antecedentes médicos patológicos que presentaron fueron: TBC—pulmonar 18 casos, 56.3o/o; infección de vías urinarias, tifoidea, parotiditis, peritonitis, TBC renal, comunicación intraventricular y hepatitis. (Tabla No. 2).

TABLA No. 2

ANTECEDENTES MEDICO—PATOLOGICOS

ANTECEDENTES	No.	o/o
TBC pulmonar	18	56.2
Infección de vías urinarias	3	9.3
Tifoidea	3	9.3
Parotiditis	3	9.3
Peritonitis	2	6.2
TBC renal	1	3.1
Comunicación interventricular	1	3.1
Hepatitis	1	3.1
TOTAL	32	100.0

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, éstos fueron gineco-obstétricos 25 casos, 60.9o/o; y no gineco-obstétricos 16 casos, 39.0o/o; en total 41 casos.

De los 25 casos quirúrgicos gineco-obstétricos, la quistectomía presentó 14 casos, 56o/o. (Tabla No. 3)

TABLA No. 3

ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECO—OBSTETRICOS

TIPO	No.	o/o
Quistectomía	14	56
Salpinguectomía	5	20
Cesárea	4	16
Ligamentopexia	1	1
Cura quirúrgica de prolapso genital	1	1

En los 16 casos quirúrgicos no gineco-obstétricos, la apendicectomía figuró con 11 casos, 68o/o. (Tabla No. 4).

TABLA No. 4

ANTECEDENTES QUIRURGICOS NO GINECO—OBSTETRICOS

TIPO	No.	o/o
Apendicectomía	11	68.7
Colecistectomía	1	6.2
Laparoscopia exploradora	1	6.2
Nefrectomía	1	6.2
Herniorrafía	1	6.2
Mastectomía	1	6.2
TOTAL	16	100.0

TABLA No. 5

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

HALLAZGOS	No.	o/o
— Adherencias pélvicas	43	27.5
— Hidrosalpinx	27	17.3
— Signos inflamatorios anexiales y fimosis del ostium	26	16.6
— Imágenes sospechosas de TBC	25	16.0
— Pelvis normal	18	11.5
— Endometriosis	13	8.3
— Quiste de ovario	8	5.1
— Mioma uterino	5	3.2
— Ovarios compatibles con síndrome Stein-Leventhal	4	2.5
— Obstrucción tubaria bilateral por bloqueo quirúrgico	4	2.5

— Enfermedad inflamatoria pélvica	4	2.5
— Varicocele pelviano	4	2.5
— Obstrucción tubaria bilateral sin otras alteraciones	2	1.2
— Hipoplasia uterina	2	1.2
— Embarazo ectópico	2	1.2
— Ovarios poliquísticos	1	0.6
— Hipoplasia de ovarios	1	0.6
— Utero didelfo	1	0.6
— Agenesia de ovario	1	0.6
— Retroflexión uterina	1	0.6

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En el estudio laparoscópico, la indicación más común es la esterilidad, ya que las circunstancias señalan a menudo la presencia de los factores tubarios, ováricos y peritoneal en el compromiso de la función reproductora, por lo que es conveniente la visualización de los órganos pélvicos para confirmar o desvirtuar esta presunción (17). Nuestros hallazgos coinciden con dicha afirmación, pues encontramos que el 78o/o de ellas han sido por razones de estudios de fertilidad y, por ende, están en gran parte relacionados con su patología. En ellos encontramos que el 27.6o/o de los casos presentaban adherencias, porcentaje que es menor al reportado por Roland (13), que señala 50o/o, pero mayor que el porcentaje señalado por Barreda y col. (3). Debemos recalcar que en nuestra casuística ocupa el primer lugar. Así mismo, la patología tubaria, —bajo las formas de hidrosalpinx, signos inflamatorios y obstrucción tubaria, con o sin alteraciones morfológicas—, representan en conjunto un 34o/o, constituyendo un grupo bastante significativo. Dicha cifra concuerda con los hallazgos de Barreda (3) y Bautista (4), y está en íntima relación con el proceso adherencial. Otro hallazgo importante, dada las condiciones socio-económicas de nuestra población, es la cifra del 16o/o, de lesiones sospechosas de TBC tubo-peritoneal, porcentaje que está dentro de la frecuencia de varios autores (1), pero que difiere de lo reportado por Benain Pinto (6). La endometriosis la encontramos en un 8.3o/o, que es una frecuencia relativamente baja en relación a la señalada por García (8) y Kelly (10), pero teniendo en cuenta que nuestro estudio no sólo abarcó indicaciones para estudios de fertilidad, sino también de otros problemas como los endocrinológicos no relacionados con esterilidad, lo que hace que este porcentaje sea menor.

En el grupo de pacientes con endocrinopatías, las indicaciones fueron por amenorrea primaria y secundaria. Los hallazgos fueron: ovarios semejantes a los descritos por Stein-Leventhal, hipoplasia uterina y ovárica y otras alteraciones morfológicas.

En cuanto a otras indicaciones, éstas fueron casos de emergencia ginecológica donde la precisión del diagnóstico era importante; se encontró: quistes de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, mioma uterino.

El síndrome de dolor pélvico crónico, el cual constituye una importante indicación para la laparoscopia

diagnóstica, tuvo 13 casos; en la mayoría estaba relacionado con endometriosis.

El resto de los hallazgos correspondió a 18 casos, 11.5o/o, de pelvis ginecológicamente normal. La tercera parte de ellos tenían como antecedente bloqueo tubario y se esperaba obtener ese resultado debido a que forman un grupo de pacientes que en algún momento de su vida se sometieron a bloqueo tubario y posteriormente, cambiando de opinión, solicitaron recanalización tubaria; la laparoscopia en ellas constituyó una excelente evaluación del estado tubario previo a la cirugía. El resto estuvo repartido en indicaciones para esterilización translaparoscópica.

La retroflexión uterina y el varicocele pelviano estuvieron en el grupo de pacientes cuya indicación para la laparoscopia fue el dolor pélvico crónico.

CONCLUSIONES

1. La laparoscopia en ginecología en manos expertas es un procedimiento seguro y de fácil realización que permite precisar diagnósticos.
2. La indicación más frecuente de este procedimiento es en el manejo de la mujer estéril.
3. Este método es de ayuda invaluable en el estudio del síndrome doloroso pélvico, endometriosis y algunas emergencias ginecológicas.
4. Los hallazgos patológicos más frecuentes están en relación a: adherencias pélvicas, 27.5o/o; hidrosalpinx, 17.3o/o; signos inflamatorios anexiales y fimosis del ostium, 16.6o/o; imágenes sospechosas de TBC, 16o/o y endometriosis, 8.3o/o.

RESUMEN

La laparoscopia en ginecología, como procedimiento seguro y de fácil realización en manos expertas, constituye un aporte importante en cuanto a técnicas diagnósticas en la especialidad.

Su indicación en la mayoría de mujeres a las cuales se les sometió a este procedimiento eran por razones de esterilidad. Ello explica la alta incidencia de hallazgos relacionados a ese problema, como son las adherencias pélvicas y patología tubo-ovárica.

El resto de la patología encontrada correspondieron a diversas indicaciones de problemas ginecológicos en general.

Existe un grupo importante cuyo diagnóstico fue pelvis normal; parte de ellas eran mujeres que en algún momento de su vida se sometieron a bloqueo tubario y, posteriormente, cambiando de opinión solicitaron recanalización tubaria. La laparoscopia en ellas constituyó un excelente medio de evaluación del estado tubario previo a cirugía reparadora. El resto de este grupo lo constituyeron mujeres cuya indicación fue el síndrome doloroso pélvico y otras que pidieron ser sometidas a bloqueo translaparoscópico.

Finalmente cabe anotar que los ovarios compatibles con síndrome de Stein-Leventhal tuvieron como indicación del procedimiento, la amenorrea.

BIBLIOGRAFIA

- AURE, M. y COL.: Endocrinología de la mujer. Ed. Científico-médica, Barcelona, 1966.
- BACINI, J. y COL.: Estudio laparoscópico en mujeres estériles. Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
- BARREDA y COL.: Laparoscopia diagnóstica, Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
- BAUTISTA, F., LUDMIR A. y COL.: Factor tubario en el Hospital M.I. "San Bartolomé". Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
- BEDOYA, M.M. y COL.: Enfermedad inflamatoria pélvica, diagnóstico por laparoscopia. Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
- BENAIM PINTO, V.: Diagnóstico de la TBC genital. VII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Memoria 2, Quito, Ecuador, 1973.
- FRANGENHEIN, H.: Laparoscopia y culdoscopia en ginecología. Ed. Científico-médica, Barcelona, 1972.
- GARCIA, C.R.: Symposium on Long-Term safety of progestin estrogen combination absecon, nj, May 3, 1964.
- KEITHL: Annual Report, American Association of Gynecological Laparoscopists, Los Angeles, November 1974.
- KELLY, J.V., ROCKS: Culdoscopy for diagnosis in infertility. Am. J. Obstet. Gynecol. 72:534, 1959
- MARADIEGUE y COL.: Laparoscopia diagnóstica. Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
- PRAZAK, L.: El laparoscopio en el manejo de problemas ginecológicos. Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
- ROLAND, M. et.al.: Diagnosis of infertility. In Phillips J.M. (ed) Laparoscopy. Baltimore, Williams and Wilkins, 1977, pp. 206.
- SEEM, K.: Atlas de pelviscopia e histeroscopia. Ed. Toray-Masson Barcelona, 1977.
- STEPTOE, P.C.: Laparoscopy in gynecology. London, E. and S. Livingstone, 1967.
- WHEELLESS, C.R.: A rapid inexpensive and effective method of surgical sterilization by laparoscopy. Reprod. Med. 5:65, 1969.
- MATTINGLY, R.: Ginecología operatoria de R. Te Linde. Ed. El Ateneo, 5a. ed., 1980.
- PAREKH, M. ARROVET, G.M.: Diagnosis procedures and method specific reference to the pelvic organs with specific reference to infertility. Clinical. Obstet. Gynecol. 15: 1, 1972.

BLOQUEO TUBARICO TRANSLAPAROSCOPICO

Eduardo Maradiegue Méndez

En las últimas tres décadas ha habido un aumento notable en la anticoncepción definitiva. El año 1950 se reportó de 3 millones de parejas que habían preferido este método y en el año 1978 se incrementó a 80 millones.

La laparoscopia ocupa un lugar preponderante en la oclusión tubaria, en especial durante el período internatal o de intervalo, por ser un método eficaz, sencillo, rápido, económico y con escasas complicaciones. En 1935 Boesch en Suiza reportó los primeros bloqueos translaparoscópicos, los que se han incrementado en la última década con el descubrimiento de la fibra de vidrio. A Power y Barnes de EE.UU., Palmer de Francia, Frangenheim de Alemania y Steptoe de Inglaterra, se les debe la técnica actual de laparoscopia.

El bloqueo tubario debe realizarse cuando exista indicación médica u obstétrica para suspender en for-

ma definitiva la función reproductiva. Esta se deberá realizar con autorización de la pareja, en especial de la mujer, y de preferencia cuando tengan la cantidad y calidad de hijos que consideran convenientes. Son indicaciones de oclusión tubaria:

1. Médicas: Cardiopatías, nefropatías, hipertensión arterial, diabetes, trastornos psiquiátricos, leucemia crónica, carcinoma de mama.
2. Obstétricas: Cesáreas previas, gran multiparidad, enfermedad hemolítica, toxemia iterativa, edad de la madre.
3. Sociodemográfica.

En la autorización para la oclusión tubaria, requisito indispensable, deberá constar que es un procedimiento quirúrgico, que conocen la existencia de métodos temporales altamente efectivos y que no podrán concebir nunca más. Además, se realizará una junta médica con el especialista que solicitó la oclusión tubaria.