

COMPLICACIONES Y RIESGOS DE LA LAPAROSCOPIA

Victor Díaz Huamán

INTRODUCCION

La pelviscopia o endoscopia ginecológica (8) presentó un renovado interés a partir del decenio de 1950, permitiendo que el ginecólogo cuente con una técnica diagnóstica y quirúrgica inigualada en el presente, llevando ésta a un auge total, difundándose en nuestro país como lo hizo mundialmente en su oportunidad. Era de esperar, como cualquier otra técnica instrumentada, que con el uso cada vez mayor de este recurso, se describiera complicaciones, aún en manos experimentadas (8), (11), (12), (10), (6), (13), (4), (1), (2), (7). La mayoría de ellas ocurren cuando se emplea como recurso quirúrgico en la esterilización y en la toma de biopsias de órganos.

Inicialmente, gran parte de las complicaciones provenían del tipo de energía eléctrica usada para la iluminación endoscópica (8), (13); pero, con el transcurso del tiempo, esto fue superado, permitiendo mayor seguridad en el manejo de los instrumentos. Otras complicaciones son las posturales, por anestésicos, creación del neumoperitoneo, del trócar y camisa, en maniobras asociadas y en el post-operatorio (1).

Por lo anterior y, a pesar de sus ventajas, la laparoscopia no es un método inocuo y su técnica debe dominarse por medio de preparación adquirida gradualmente. Debe figurar como parte de la formación del especialista en ginecología durante el residentado (8). Además, el laparoscopista debe tener buena preparación en cirugía general para resolver en el acto los problemas que se presenten.

En el presente trabajo, como informe preliminar, reportamos los problemas que se han presentado en nuestra experiencia laparoscópica dentro del marco de las complicaciones generales (1), haciendo al mismo tiempo un repaso de las contingencias que se han presentado en la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS

Las laparoscopías fueron realizadas en el servicio de ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, en el periodo comprendido entre enero 1977 y julio 1981, habiéndose estudiado 156 pacientes .

La marca del equipo es K.L.I., modelo H.H., tri-control, utilizando como fuente la luz fría transmitida por fibra de vidrio.

El procedimiento y las indicaciones del estudio pelviscópico han sido mencionados en el trabajo que precede.

RESULTADOS

Las complicaciones que surgieron, las estudiaremos en la Tabla No. 1

TABLA No. 1

COMPLICACIONES Y RIESGOS DE LA LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

Estudio en 156 casos		
Tipo de Complicación	No. Casos	o/o
I Posturales	0	0.0
II Anestésicos	16	10.2
III Neumoperitoneo	6	3.8
IV Del trócar y camisa	0	0.0
V Del laparoscopio	0	0.0
VI En maniobras asociadas	1	0.6
VII En el post-operatorio	32	20.5
TOTAL	55	35.1

En el grupo I: no tuvimos complicaciones de tipo natural.

En el grupo II: hubo 16 casos de complicaciones anestésicas (10.2o/o) en 200 pacientes, las que serán reportadas por nuestro anesestesiólogo.

En el grupo III: Neumoperitoneo, hemos tenido 6 complicaciones que representan el 3.8o/o.

En los grupos IV del trócar y camisa y V del laparoscopio, no hemos tenido complicaciones.

En cuanto al grupo VI., 1 complicación en maniobras asociadas, o sea el 0.6o/o; y en el grupo VII, en el post-operatorio se han presentado 32 casos, el 20.5o/o.

COMENTARIOS

Haremos los comentarios en base al esquema presentado por Alfonsin (1), que nos parece el más completo en relación a la clasificación de las complicaciones y riesgos que se presentan en la ejecución de la laparoscopia, según la Tabla No. 1.

1. Las complicaciones posturales pueden comprometer:

- a. El aparato cardiovascular, produciendo edema agudo del pulmón, dilatación cardiaca aguda y flebotrombosis de miembros inferiores; nosotros hasta la fecha no hemos tenido esta clase de problemas.
- b. El aparato respiratorio, produciendo hipoxia y/o insuficiencia aguda. Nosotros tampoco hemos tenido este tipo de complicaciones.
- c. Lesiones nerviosas, como paresia o parálisis del plexo braquial, no se han presentado en nuestra serie.

TABLA No. 2

COMPLICACIONES Y RIESGOS DE LA LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

I. POSTURALES	
IA. Ap. cardiovascular	— Edema agudo del pulmón — Dilatación cardiaca aguda — Flebotrombitis de miembros inferiores.
IIB. Ap. respiratorio	— Hipoxia — Insuficiencia respiratoria aguda.
IIC. Nerviosas	— Paresia o parálisis del plexo braquial.

TABLA No. 3

COMPLICACIONES Y RIESGOS DE LA LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

II. ANESTESICAS		
IIA. Colapso vascular	0	0
IIB. Paro cardiaco	0	0
IIC. Efectos secundarios	16	8
1. Náuseas	5	2.5
2. Cefaleas	4	2.0
3. Excitación psicomotriz	2	1.0
4. Ensueños fantásticos	2	1.0
5. Convulsiones	1	0.5
6. Espasmo bronquial	1	0.5
7. Rush urticariforme	1	0.5
8. Sin efectos	184	92.0
TOTAL	200	100.0

2. Las complicaciones anestésicas, pueden dar colapso vascular y paro cardiaco. Nosotros felizmente no hemos tenido ningún caso de este tipo; pero sí han habido efectos secundarios post-anestésicos.

En este rubro hemos tenido 16 casos, el 80/o, siendo el mayor número la presencia de náuseas con 5 pacientes, el 2.50/o; le sigue las que tuvieron cefaleas 4 casos, el 2.00/o. Presentaron excitación psicomotriz y ensueños desagradables 2 casos cada uno, o sea, 10/o. Convulsiones, espasmos bronquial y rush urticariforme, cada uno presentó 1 caso, el 0.50/o — El 920/o de las pacientes no tuvieron complicaciones ni efectos secundarios debido a la anestesia (9).

3. Las complicaciones en la formación del neumoperitoneo se presentan en la introducción defectuosa de la aguja y durante la insuflación de gas.

En la introducción defectuosa de la aguja puede ocurrir: Introducción insuficiente, lesión de vasos de pared abdominal, perforación de víscera sólida, perforación de víscera hueca, punción del epiplon, introducción en el espacio retroperitoneal. En este grupo hemos tenido 6 casos en el rubro de introducción insuficiente de la aguja, el 3.80/o, todas ellas en pacientes con sobrepeso.

Durante la insuflación de gas puede presentarse: insuflación de este en el espacio retroperitoneal e irse al espacio pre-aponeurótico o sub-aponeurótico, produciéndose un enfisema; insuflación en víscera hueca, en epiplon, produciendo trastornos respiratorios, embolia gaseosa, neumotórax, enfisema mediastinal y paro cardiaco.

En nuestra casuística de los 6 casos de introducción insuficiente de la aguja al insuflar el gas en 4 de ellas, el 2.60/o el enfisema se hizo en el espacio pre-aponeurótico y 2, el 1.20/o, en el espacio sub-aponeurótico. Al crear el enfisema se produjo un impedimento para continuar con la laparoscopia, aunque la evolución ulterior fue sin consecuencia. Se debe resaltar aquí la imposibilidad de ejecutar la laparoscopia en mujeres obesas.

4. Las complicaciones que pueden ocurrir en la introducción del trócar y camisa son: lesión vascular de pared, perforación de víscera hueca, lesión vascular del epiplon. Todas ellas de singular importancia, que deben ser detectadas de inmediato, pues supone un tratamiento quirúrgico correctivo al instante de producido el accidente.

En nuestro grupo, no hemos tenido felizmente estas complicaciones, a pesar que hemos tenido pacientes con antecedentes de cirugía previa.

Transcribiendo de Alfonsin (1), hacemos mención de un listado de recomendaciones y la ejecución de ciertas maniobras que contribuyen a disminuir los riesgos en el uso del laparoscopio:

- 1.— Estricta selección de la paciente
- 2.— Efectuar la pelviscopia en el quirófano y con instrumental adecuado.
- 3.— Tener preparado y en funcionamiento el electrocoagulador; y ante la duda utilizarlo.
- 4.— Contar con anestesista.
- 5.— Usar CO₂ para la formación del neumoperitoneo.
- 6.— El endoscopista debe tener experiencia quirúrgica para resolver los problemas que pueden presentarse.
- 7.— Evitar las punciones en las heridas de laparotomía previa y en zonas vasculares.
- 8.— Antes de introducir trócar y camiseta, asegurarse que por debajo haya cámaras de gas libre. Es

preferible no hacer laparoscopia alguna que perforar una asa intestinal.

- 9.— Al usar segunda vía, hacer transluminación de pared para evitar los vasos arteriovenosos.
- 10.— Punzar quistes, únicamente si se está seguro de su benignidad.
- 11.— Si se efectúa una biopsia de ovario, alejarse del hilio; y si se secciona una adherencia, hay que electrocoagular previamente.
- 12.— Al finalizar la endoscopia, retirar la mayor cantidad de gas posible.

Ciñéndose a estas recomendaciones, los riesgos y complicaciones de la laparoscopia serán mínimos, lo que permitirá que este procedimiento tan importante para el diagnóstico ginecológico sea ampliamente aceptado tanto por los médicos como por las pacientes, las que se beneficiarán con un diagnóstico de certeza del problema médico que consultaron.

