

LAPAROSCOPIA EN PACIENTES CON DOLOR PELVICO CRONICO EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL NORTE-IPSS CHICLAYO

(OCTUBRE 1987 - OCTUBRE 1988)

Autor Ponente: Dr. Herrera Vega, Carlos Orlando. Co-Autores: Dr. Palacios Celi, Miguel, Dr. Neyra Carnero Miguel, Dr. Quito Rodríguez Luis

R E S U M E N

Se realizaron 90 laparoscopías entre el 31 de Octubre de 1987 al 31 de Octubre de 1988 en el Hospital Central del Norte - IPSS de la ciudad de Chiclayo.

Las indicaciones de nuestras laparoscopías fue de Dolor Pélvico Crónico en pacientes que ingresaron derivadas de consulta externa a la Unidad de Laparoscopías del servicio de Ginecología; de las cuales el 53.3% (48 casos), presentaron dolor pélvico único y el 46.7% (42 casos), dolor pélvico asociado a otros síntomas.

INTRODUCCION

La Laparoscopia es una técnica endoscópica muy conocida en la actualidad; pero su uso lleva muchos años. A nivel mundial existe una nutrida bibliografía más no así en nuestro medio^{1 2 3 5}; en su uso se ha difundido en todas las ramas de la Medicina, especialmente en Ginecología y Gastroenterología.

Su importancia se ha acrecentado ultimamente, habiéndose definido su utilidad tanto a nivel diagnóstico como a nivel terapéutico, por lo tanto nos confirma una impresión clínica, nos establece un diagnóstico definitivo, permite seguir el curso de una enfermedad, permite modificar la terapia y en el campo terapéutico nos permite hacer lisis de adherencias, obstrucciones tubáricas, biopsias, aspiraciones de líquidos, etc.^{4 5 6}, la técnica laparoscópica ha sufrido también importantes cambios a través de los años y los avances en anestesia; asépsia y antisepsia, técnicas quirúrgicas, técnicas de insuflación peritoneal, mejoras en el sistema de fibra óptica entre otras han permitido que este procedimiento sea hecho ambulatoriamente en los grandes hospitales del mundo, lógicamente expuesto a los riesgos y complicaciones de todo procedimiento quirúrgico.

El Dolor Pélvico Crónico es una entidad nosológica que tiene cada vez una mayor incidencia en la práctica ginecológica^{10 12 16}, que conlleva a una laparotomía exploradora a muchas mujeres con el primitivo concepto de abrir "la caja de pandora abdominal" y descubrir la causa de este dolor.

En el Hospital Central del Norte del IPSS-Chiclayo, especialmente en el servicio de Ginecología en la Unidad de Laparoscopia, se usó este procedimiento de una manera irregular desde 1982 y en forma regular y planificada desde 1988.

Es en esta medida que nos hemos propuesto el objetivo de determinar cuales son los hallazgos laparoscópicos en pacientes con dolor pélvico crónico.

MATERIAL Y METODO

Para la realización del presente trabajo de investigación hemos recurrido a revisar 90 historias clínicas de pacientes ginecológicas con el diagnóstico de "Dolor Pélvico Crónico" de archivo estadístico del Hospital Central del Norte.

IPSS de la ciudad de Chiclayo, hospitalizadas para estudio laparoscópico desde el 31 de Octubre de 1987 al 31 de Octubre de 1988.

En el presente trabajo para precisar la utilidad de la laparoscopia en el establecimiento de un diagnóstico en pacientes con dolor pélvico de etiología a determinar se utilizaron las siguientes reglas:

- Ratifica: (Rat.).— Cuando el diagnóstico laparoscópico es el mismo que el diagnóstico clínico ginecológico.
- Contribuye: (Co.).— Cuando el diagnóstico laparoscópico aclara un diagnóstico clínico dudoso y brinda datos adicionales.
- Rectifica: (Rec.).— Cuando el diagnóstico es diferente al diagnóstico clínico ginecológico.

Los datos recolectados fueron distribuidos en cuadros bidimensionales, analizados y discutidos para obtener las conclusiones respectivas.

RESULTADOS

CUADRO I

DISTRIBUCION ETARIA DE PACIENTES SOMETIDAS A LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA DEL HCN. IPSS-CHICLAYO

Edad (en años)	Nº de Pacientes	Porcentaje
15 - 20 años	2	2.3%
20 - 25 "	6	6.7%
25 - 30 "	17	19.0%
30 - 35 "	31	34.5%
35 - 40 "	23	25.5%
40 - 45 "	10	11.0%
45 - 50 "	1	1.0%
TOTAL	90	100.0%

X = 33.11 años.

S = 7.10 años.

CUADRO II

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA SEGUN ESTADO CIVIL

Estado Civil	Nº de Pacientes	Porcentaje
Casadas	74	82.4%
Solteras	8	8.7%
Convivientes	6	6.7%
Divorciadas	2	2.2%
TOTAL	90	100.0%

CUADRO III

DISTRIBUCION DE PACIENTES SOMETIDAS A LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA SEGUN EL NUMERO DE GESTACIONES PREVIAS POR PACIENTES

Nº de Gestaciones	Nº de Pacientes	Porcentaje
0	25	27.8%
1 — 2	35	38.9%
3 — 4	16	17.8%
5 — 6	10	11.0%
7 a más	4	4.5%
TOTAL	90	100.0%

CUADRO IV

PACIENTES SEGUN MOLESTIA PRINCIPAL Y PRIORIDAD DE LA INVESTIGACION

Molestia Principal	Nº de Pacientes	Porcentaje
Dolor Pélvico =		
— Unico	48	53.3%
— Asociado a otros Síntomas	42	46.7%
TOTAL	90	100.0%

CUADRO V

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS EN PACIENTES
CON DOLOR PELVICO UNICO SIN HIPOTESIS
DIAGNOSTICA ETIOLOGICA

<i>Dolor Pélvico Unico de Etiología a determinar</i>		
<i>Hallazgos Laparoscópicos</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
— Ginecológicamente sana (Somatización Pélvica)	7	37.0%
— Síndrome Adherencial Abdomino - Pélvico	5	26.3%
— Quiste Unico de Ovario	2	10.5%
— Plastrón Pélvico	2	10.5%
— Poliquistosis Ovárica (Ovario Stein Leventhal)	2	10.5%
— Quiste Morgagni	1	5.2%
TOTAL	19	100.0%

CUADRO VI

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS EN PACIENTES
CON DOLOR PELVICO ASOCIADOS A OTROS
SINTOMAS SIN HIPOTESIS DIAGNOSTICA
ETIOLOGICA

<i>Dolor Pélvico Asociado a otro Síntoma de Etiología a determinar</i>		
<i>Hallazgos Laparoscópicos</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
— E.S.P. fase I y II	6	22.2%
— Endometriosis Leve a Moc.	5	18.5%
— Varices Pélvicas	5	18.5%
— Sin. Adherencial + Miomatosis	3	11.1%
— Quiste de Ovario	2	7.4%
— Plastrón Pélvico	2	7.4%
— Trompas Transficcias	2	7.4%
— Poliquistosis Ováricas	1	3.7%
— Somatización Pélvica	1	3.7%
TOTAL	27	99.9%

CUADRO VII

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS EN PACIENTES CON DOLOR PELVICO UNICO
CON HIPOTESIS DIAGNOSTICA ETIOLOGICA

<i>Dolor Pélvico Unico con Hipótesis Dx.</i>	<i>Rat.</i>	<i>Hallazgos Laparoscópicos</i>		<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
		<i>Rat. y Comp.</i>	<i>Rect.</i>		
— Mioma Uterino	4	2	1	7	24.1%
— Tumor de Anexo	1	1	3	5	17.3%
— Quiste Ovario Unilateral	1	2	1	4	13.8%
— Hidrosalpinx Localizado	—	2	1	3	10.4%
— Síndrome Adherencial	1	—	2	3	10.4%
— Tumor de Ovario	—	2	—	2	6.9%
— Embarazo Ectópico	—	1	1	2	6.9%
— Masa Anexial Unilateral	—	—	1	1	3.4%
— Hipoplasia Ovárica	1	—	—	1	3.4%
— Distrofia Ovárica	—	—	1	1	3.4%
SUB-TOTAL	8	10	11	TOTAL 29	100.0%
PORCENTAJE =	27.6%	34.5%	37.9%		

CUADRO VIII

HALLAZGOS LAPAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON DOLOR PELVICO ASOCIADOS A OTROS SINTOMAS CON HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA ETIOLÓGICA

<i>Dolor Pélvico Asociado a otros Síntomas con Hipótesis Diagnóstica</i>	<i>Hallazgos Laparoscópicos</i>			<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
	<i>Rat.</i>	<i>Rat. y Comp.</i>	<i>Rect.</i>		
— Enferm. Pélvica Inflamatoria	2	3	3	8	53.3%
— Endometriosis	—	2	—	2	13.3%
— Sind. Stein Leventhal	—	2	—	2	13.3%
— Síndrome Adherencial	—	1	—	1	6.7%
— Anexitis Crónica	—	—	1	1	6.7%
— Embarazo Ectópico	1	—	—	1	6.7%
SUB-TOTAL	3	8	4	TOTAL 15	100.0%
PORCENTAJE =	20.0%	53.4%	26.6%		

CUADRO IX

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN TIEMPO OPERATORIO

<i>Tiempo Operatorio</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
10' — 15'	57	63.4%
15' — 20'	28	31.1%
20' — 25'	5	5.5%
TOTAL =	90	100.0%

 $\bar{X} = 14.6'$

CUADRO X

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR ESTANCIA HOSPITALARIA

<i>Tiempo (Días)</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
1 día	74	82.3%
2 días	7	7.8%
4 — 7	5	5.5%
8 — 14	4	4.4%
TOTAL =	90	100.0%

CUADRO XI

COMPLICACIONES DE LA LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

<i>Complicaciones</i>	<i>Nº de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
— Imposibilidad de Neumoperitoneo	1	1.1%
— Laceración de Utero	1	1.1%
— Ninguna	88	97.8%
TOTAL =	90	100.0%

DISCUSION

En el presente estudio los resultados obtenidos de 90 pacientes mujeres ingresadas de consulta externa del servicio de Ginecología pertenecientes al Hospital Central del Norte IPSS - Chiclayo, son bastantes halagadores.

El exámen laparoscópico ha logrado un lugar importante dentro de las endoscopías; en problemas congénitos gineco-obstétricos como por ejemplo agenesia vaginal, permite el exámen de los contenidos de la cavidad pélvica que sería impracticable con la culdoscopia^{8,9}.

La laparoscopia permite diagnosticar, confirmar, rectificar y ampliar el diagnóstico, desempeñando un rol importante en ciertos procedimientos quirúrgicos tales como: biopsias, electrocauterización, coagulación, etc.^{2,7,14}.

La edad promedio (X) de las pacientes con dolor pélvico sometidas a laparoscopia diagnóstica fue de 33.11 años con una desviación standard (S) es de 7.10 años. El grupo etario más afectado por dolor pélvico es el comprendido entre 30 a 35 años (34.5%), cuadro 1; quienes también se vieron beneficiadas con el uso de la laparoscopia, lo cual demuestra y resalta la importancia de ésta en gente joven económicamente activa que a su vez conlleva a un mejor rendimiento social². El grupo etario menor afectado fue el comprendido entre 45 a 50 años con el 1%.

Las relaciones sexuales, juegan un papel importante en la etiología del dolor pélvico crónico y en el cuadro 2, se aprecia que más del 91% de pacientes que consultaron por este motivo eran mujeres sexualmente activas^{1,2}.

En cuanto a la paridad, podemos apreciar en el cuadro 3, que el 27% eran nulíparas, en tanto que el resto de pacientes ya habían tenido hijos; eran multiparas, esta realidad tiene sobre todo connotación epidemiológica pues los antecedentes obstétricos de un parto eutócico son considerados como causa del dolor pélvico; cuando luego de la laparoscopia la causa del dolor pélvico crónico llega a su total esclarecimiento; pero vale la pena resaltar que las multiparas se ven más afectas de este dolor pélvico crónico que las

nulíparas, tal como se sostiene en la bibliografía revisada^{2,3}.

El dolor pélvico crónico en un año como único síntoma representa el 53.3%, mientras que asociado a otros síntomas representa el 46.7% (cuadro 4); lo cual nos muestra que el pleomorfismo o mimetismo de esta entidad⁴ nos abre muchas posibilidades diagnósticas que tenemos que ir armando en la arquitectura semiológica de la paciente, en el caso de dolor pélvico crónico como único síntoma que en nuestro trabajo vamos abarcar más de la mitad de casos, se la relaciona más con trastornos funcionales que con patología orgánica⁶.

En el terreno de los hallazgos laparoscópicos podemos observar (cuadro 5); que el 37% de pacientes que acudieron con Dolor Pélvico Crónico como único síntoma, estaban ginecológicamente sanas, se hallaban con somatización pélvica⁷, como se le llama a esta entidad; otro buen porcentaje el 26.4% presentaban síndrome adherencial como consecuencia de cirugía pélvica previa, que como ya sabemos se puede prevenir siendo el de SWOLIN⁸, el método universalmente más difundido para esto; el resto de patología es tumoral, habiendo razones de índole orgánico para explicar el dolor.

Los hallazgos operatorios de las pacientes que acudieron con pleomorfismo sintomático de dolor pélvico crónico (cuadro 6), hablan de un 22.2% de enfermedad pélvica inflamatoria en sus inicios que como ya sabemos es una enfermedad invalidante que destruye el endosalpinx y ocasiona infertilidad, igualmente destacar a la endometriosis en sus fases leves a moderada, que si va a ocasionar dolor pélvico y otros síntomas que pueden presentarse en esta enfermedad que aunque benigna es invasiva y causante de infertilidad; así como su diagnóstico sólo es posible confirmarla con laparoscopia^{4,5} de ahí la trascendencia de hacer este procedimiento a las mujeres con dolor pélvico; las várices pélvicas son también otra entidad que causa un buen porcentaje de "Dolor Pélvico Crónico"; otros diagnósticos ocupan menores porcentajes.

En algunas pacientes, el médico tratante tiene una hipótesis diagnóstica que luego es so-

metida a su ratificación o rectificación laparoscópica, como vemos en el cuadro 7, en donde el hidrosalpinx, tumores de ovario, miomas, son ratificados en tanto que las várices pélvicas, síndromes adherenciales son rectificadas, lo que prueba el valor de la laparoscopia. Habiéndose encontrado error de diagnóstico clínico en un 37.9% (11 casos).

Las enfermedades que producen dolor pélvico único en orden de frecuencia son: Mioma uterino (24.1%), Tumor de Anexo (17.3%), Quiste Ovario unilateral (13.8%) entre otros; siendo el de menor frecuencia: Masa Anexial unilateral, hipoplasia ovárica y la distrofia ovárica con un 3.4% cada una.

En el cuadro 8, de presunciones diagnósticas de síntomas múltiples son sometidas a la verificación laparoscópicas, destacando sobre todo que la gran mayoría de hipótesis diagnósticas fueron ratificadas y complementadas, incluyendo dentro de estas a la endometriosis que generalmente son diagnósticos de sorpresa en tanto que la enfermedad pélvica inflamatoria fue rectificada en un notorio porcentaje que a su vez confirma que es un diagnóstico clínico difícil en tanto verificable al laparoscopio. El dolor pélvico asociado a otros síntomas fueron en orden de frecuencia: Enfermedad Pélvica Inflamatoria (33.3%), Endometriosis y Síndrome Stein Leventhal (13.3% cada una) y finalmente el Síndrome Adherencial Anexitis crónica y embarazo ectópico con 6.7% cada una.

En el cuadro 9, el tiempo operatorio en este procedimiento es mucho menor que con cualquier otro tipo de procedimiento; siendo así que en un 63.4% fue de hasta 15 minutos y que en pacientes a las que se les realizó cromotubación el tiempo operatorio fue de hasta 20 minutos o sea el 31.1%.

En el cuadro 10, la estancia hospitalaria con este procedimiento es reducido; siendo de 1 día en 74 pacientes con el 82.3%; de 2 días en 7 pacientes con 7.8%; determinando así que los costos por estancia hospitalaria son reducidos con este procedimiento.

En el cuadro 11, sobre las complicaciones con este procedimiento se conoce que son míni-

mas; así tenemos, como única complicación se presentó laceración de útero (1.1%) sin mayores consecuencias. El enfisema subcutáneo que es una complicación frecuente con este procedimiento no se presentó en el presente trabajo.

La Laparoscopia ha ganado justamente un rol importante, siendo un procedimiento quirúrgico valioso para los gineco-obstétricas; sus limitaciones no deben ser ignoradas. Hacemos mención que la laparoscopia no debe ser considerada un reemplazo de la Laparotomía Exploratoria, sino como un examen auxiliar importante. Su practicabilidad queda a juicio del Médico tratante y su uso ambulatorio deberá realizarse cuando así lo requiera el caso y lo estime conveniente el operador^{1 2 4 7 12 13 16}.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se concluye:

1. La edad promedio en pacientes con Dolor Pélvico Crónico fue de 33.11 años (S.D. = 7.10 años).
2. Las enfermedades que con más frecuencias ocasionan dolor pélvico crónico son: Mioma uterino, Tumor de Anexo y Quiste Ovario unilateral; las enfermedades más frecuentes asociadas a otros síntomas que ocasionan dolor pélvico crónico son: Enfermedad Pélvica Inflamatoria, Endometriosis y Síndrome Stein Leventhal.
3. Error diagnóstico clínico rectificado por laparoscopia fue 37.9% en pacientes con dolor pélvico único y 26.6% en pacientes de dolor pélvico asociado a otros síntomas.
4. La laparoscopia es un procedimiento de ayuda diagnóstica muy importante, permite ratificar, complementar o rectificar el diagnóstico etiológico en pacientes cuya molestia principal es el dolor pélvico crónico.
5. El tiempo operatorio promedio fue de 14.6 minutos.
6. Estancia hospitalaria es mínima con este tipo de procedimiento; un día en el 82.3% de casos.
7. Las complicaciones son mínimas con este procedimiento (2.2%).

BIBLIOGRAFIA

1. CASTILLO, L.: Importancia de la laparoscopia en la clínica. Experiencia personal de 1500 casos. Acta Médica Peruana. Vol. 1 (2) : 105 - 113, 1972.
2. CASTILLO, L.: La laparoscopia o peritoneoscopia en la patología de la excavación pélvica de la mujer. Revista del Viernes Médico. 23 (3) : 245, 1972.
3. CORSON S., LOFFER F.: "Cirugía Ginecológica para pacientes ambulatorios". Clin Obstet Gynecol. Vol 2 : 501, 1979.
4. CUNUMAN, R.: Laparoscopia findings in patients with pelvic pain. Am J Obstet Gynecol. 146 (5) : 589-91, 1983.
5. JOHNSON, C. E.: Laparoscopia (700 casos). Clin Obstet Gynecol. 19 (3) : 707, 1978.
6. LUMDBERG, N., et. al.: Laparoscopy in evaluation of pelvic pain. Obstet and Gynecol. Vol 42 (6) : 872-876, 1973.
7. MARIK, J.: Utilidad de la endoscopia pélvica en la infecundidad. Clínicas Obstet y Ginecol. Vol (1) : 205-227. Ed. Interamericana, 1979.
8. MARLOW, J.: Historia de la laparoscopia, sistemas ópticos y fibrópticos e instrumentación. Clin Obstet Gynecol. Vol. 16 (3) : 261, Jun. 1976.
9. MILLAR, D. R.: The use of laparoscopy in Gynecology. Clin Obstet Gynecol. Temas Actuales 5 (3) : 571, 1978.
10. NICHOLLS, N.: Laparoscopia diagnóstica en Ginecología. Rev Colomb Obst y Ginec. Vol. 33 (5) : 289-296, 1986.
11. PEAR, R. E.: Laparoscopy: A valuable aid in gynecologic diagnosis. Obstet Gynecol J. 31 (3) : 297, 1968.
12. REVILLA, C., et al.: Utilidad de la laparoscopia. Tesis de Graduación Univ. Nac. de Trujillo, 1982.
13. SALCEDO, R.: Laparoscopia; utilidad diagnóstica. Rev. Cub. Obstet Ginec 6 : 205-213, Jul-Sept., 1980.
14. SEMM, H.: Atlas of Gynecology and Histeroscopy. WB Saunders Company. London, 1977.
15. TANG, F., et. al.: Laparoscopia ginecológica ambulatoria. Rev. de Obstet y Ginecol. de Venezuela.
16. VALDEZ, P.: Utilidad de la laparoscopia en ginecología. Tesis de Bachiller. U.N.M.S.M., 1976.