

VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN GINECOLOGÍA

Guido Bendeuzú

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer la patología ginecológica más frecuente diagnosticada mediante la videolaparoscopia. **MATERIAL Y MÉTODOS:** De las aproximadamente 253 videolaparoscopias diagnósticas realizadas en el Hospital "Félix Torrevalva Gutiérrez", EsSalud, Ica, entre marzo de 1996 y julio del 2004, se evaluó 236 casos. **RESULTADOS:** De las 236 intervenciones evaluadas, 125 (52,9%) fueron por infertilidad, 32 (13,6%) por dolor pélvico crónico, 31 (13,1%) por quiste de ovario, 31 (13,1%) para bloqueos tubáricos, 5 (2,1%) por embarazo ectópico. Los hallazgos operatorios principalmente fueron: 42 (17,8%) casos de síndrome adherencial, 42 (17,8%) de poliquistosis ovárica, 41 (17,4%) de endometriosis, 40 (16,9%) por enfermedad pélvica inflamatoria crónica, 32 (13,6%) de leiomiomatosis y oclusión tubárica, 32 (13,6%) de hidrosálpinx. El tipo de anestesia administrada fue la raquídea y la general inhalatoria mayoritariamente, la estancia hospitalaria promedio fue de 2 días; las complicaciones observadas fueron mínimas y referidas a 8 casos de cefalea posraquídea, 7 de infección de herida operatoria, 7 de infección de la vía urinaria; 6 casos fueron convertidos a laparotomía. Se hizo uso de antibióticos y analgésicos en forma profiláctica. **CONCLUSIÓN:** La patología ginecológica más frecuente encontrada por videolaparoscopia consistió en síndrome adherencial, poliquistosis ovárica, endometriosis y enfermedad pélvica inflamatoria crónica.

PALABRAS CLAVE: Laparoscopia diagnóstica; Ginecología; Infertilidad; Dolor pélvico; Síndrome adherencial; Endometriosis.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):80-83

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine diagnosis of gynecologic pathology by videolaparoscopy. **MATERIAL AND METHODS:** Two hundred and thirty-six cases of diagnostic videolaparoscopies done at Felix Torrevalva Gutierrez Hospital, EsSalud, Ica, between March 1996 and July 2004, were studied. **RESULTS:** From the 236 procedures, 125 (52,9%) were for infertility, 32 (13,6%) for chronic pelvic pain, 31 (13,1%) for ovarian cyst, 31 (13,1%) for tubal ligation, and 5 (2,1%) for ectopic pregnancy. Main surgical findings were 42 (17,8%)

cases of pelvic adhesions, 42 (17,8%) of polycystic ovaries, 41 (17,4%) cases of endometriosis, 40 (16,9%) of chronic pelvic inflammatory disease, 32 (13,6%) of leiomyomata and tubal occlusion, and 32 (13,6%) of hydrosalpinx. Anesthesia used was mainly spinal and general inhalatory, hospital stay 2 days; complications were minimal and consisted in 8 cases of post spinal headache, 7 wound infections, 7 urinary tract infections; 6 cases were converted to laparotomy. Prophylactic antibiotics and analgesia were used. **CONCLUSION:** Main gynecologic pathology found by videolaparoscopy were pelvic adhesions, polycystic ovaries, endometriosis and chronic pelvic inflammatory disease.

KEYWORDS: Laparoscopy, diagnostic; Gynecology; Infertility; Pelvic pain; Pelvic adhesions; Endometriosis.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):80-83

Correspondencia:

Dr. Andrés Guido Bendeuzú Martínez
Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital III EsSalud "Félix Torrevalva Gutiérrez"
Residencial "Campo Alegre" A-26. Urb. San José. Ica
Teléfonos: 056-228731, 9620509. E-mail: guido_bm8@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica, como la conocemos hoy en día, no es sino el resultado de los esfuerzos repetidos, durante muchas generaciones, de cirujanos visionarios que anhelaban poder ofrecer curación quirúrgica de los padecimientos, sin causar el daño involuntario que se ocasiona al abrir la pared abdominal⁽¹⁾.

La importancia de efectuar un examen del interior de los compartimientos del cuerpo humano ha sido reconocido durante siglos. Se atribuye a Albukasin haber efectuado, en el siglo X, el primer examen de un órgano interno, el cuello uterino, utilizando una luz refleja.

En 1805, Philipp Bozzini, en Frankfurt, utilizó por primera vez una cánula de doble luz, una vela y un espejo reflejante para observar cálculos y tumor en la vejiga. La primera lisis de adherencias fue hecha por Fervers en EE UU, en 1933, y la primera esterilización tubárica es atribuida a Boesh, de Suiza, en 1936.

En 1973, Mouret en Francia extirpa por primera vez el apéndice cecal. Posteriormente, el mismo Mouret, en 1987, que contaba con una gran experiencia en cirugía ginecológica, realiza la primera colecistectomía laparoscópica⁽²⁾.

La laparoscopia ha sido practicada en los seres humanos desde el siglo XX. Sin embargo, el impacto total de esta técnica en ginecología no ocurrió hasta finales del decenio de 1980.

En el Hospital Edgardo Rebagliati, y gracias al Programa de Equipos Médicos de Intervención Rápida (EMIR) del entonces IPSS⁽³⁾, hoy EsSalud, los médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia, en el mes de marzo de 1996, pudimos recibir capacitación básica e iniciamos los procedimientos videolaparoscópicos, diagnósticos fundamentalmente.

El presente estudio muestra la patología ginecológica diagnosticada mediante la videolaparoscopia y la cirugía realizada, durante el tiempo comprendido entre marzo de 1996 y julio del 2004, en el Hospital III Félix Torrealva Gutiérrez, EsSalud, de Ica.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente estudio se revisó 236 historias clínicas de las 253 pacientes que fueron intervenidas de videolaparoscopias diagnósticas a través de una ficha clínica *ad-hoc*, entre marzo de 1996 y julio del 2004, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, EsSalud, de Ica.

Las pacientes ingresaron por consulta externa con problemas fundamentalmente de infertilidad, dolor pélvico crónico y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Fueron evaluadas realizando la historia clínica y exámenes de ayuda al diagnóstico mínimos en horas o día previos a la intervención.

Para todas las intervenciones, se siguió el protocolo previamente establecido: se realizó cateterismo vesical con sonda Foley N° 14. Según lo ameritara el caso, por vía vaginal se colocó el elevador del útero, para los casos de infertilidad, en los que se efectuó cromotubación con azul de metileno, a través de una sonda Foley N° 14 y en pocos casos a través de la cánula de Cohen.

En todas las intervenciones se usó 3 trócares para el abordaje. Uno de 10 mm a nivel umbilical y dos de 5 mm hacia la línea media mamaria. Se hizo uso de electrocauterio monopolar; sólo en los casos en que se recibió la capacitación tuvimos oportunidad de hacer uso del bipolar.

Durante el proceso de las videolaparoscopias diagnósticas se hizo las intervenciones que el caso ameritaba: quistectomías, miomectomías, adhesiolisis, micropunción (*drilling*) ovárica, salpingectomía, coagulación de focos de endometriosis y un caso de histerectomía. También se realizó los procedimientos de cromotubación e hidrotubación.

En el postoperatorio y durante las primeras 24 horas se usó hidratación parenteral, analgésicos y antibióticos profilácticos. El alta se produjo generalmente a las 24 a 48 horas, con cita por consulta externa.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre marzo de 1996, en que se inician las intervenciones de videolaparoscopias, y julio de 2004, se realizó aproximadamente 253 videolaparoscopias diagnósticas en ginecología, de las cuales 236 historias clínicas fueron revisadas y evaluadas para el presente estudio.

**Tabla 1.** Edad y ocupación

	Total	%
• Edad (años)		
- Menor 20	3	1,3
- De 21 a 25	12	5,1
- De 26 a 30	39	16,5
- De 31 a 35	113	47,9
- De 36 a 40	52	22,0
- Mayor de 40	17	7,2
Total	236	100
• Ocupación		
- Amas de casa	108	46,7
- Profesionales	58	24,6
- Empleadas	41	17,37
- Estudiantes	8	3,4
- Obreras	6	2,5
- Comerciantes	5	2,1
Total	236	100

En cuanto a la edad de la pacientes, se tuvo edades extremas de 17 y 61 años, el grupo etario mayor estuvo comprendido entre los 31 a 35 años, 113 casos (47,9%), con sólo 17 casos (7,2%) de mayores de 40 años y 3 casos (1,3%) de adolescentes (Tabla 1).

La mayoría de las pacientes era ama de casa, 108 (46,7%) y profesionales 58 (24,6%). De los 236 casos, 157 (66,6%) fueron casadas, 57 (24,2%) convivientes, solteras 16 (6,7%) y 6 (2,5%) separadas.

Del total de las indicaciones para videolaparoscopias diagnósticas y/o quirúrgicas, más de la mitad fue en pacientes con diagnóstico de infertilidad, y menos por dolor pélvico crónico, quiste de ovario y de riesgo reproductivo alto (Tabla 2).

De los hallazgos intraoperatorios se tiene: 146 (81,1%) de los diagnósticos preoperatorios fueron

Tabla 2. Diagnóstico preoperatorio

Diagnóstico preoperatorio	Total	%
• Infertilidad II	67	28,4
• Infertilidad I	58	24,6
• Riesgo reproductivo alto	28	11,9
• Quiste de ovario	24	10,2
• Dolor pélvico crónico	32	13,6
• Enfermedad pélvica inflamatoria	22	9,3
• Embarazo ectópico	5	2,1
• DIU extraviado	2	0,8
• Leiomiomatosis	7	3,9

Tabla 3. Diagnóstico operatorio

Diagnóstico operatorio	Total	%
• Poliquistosis	41	17,4
• Endometriosis	40	16,9
• Síndrome adherencial	42	17,8
• Leiomiomatosis	32	13,6
• Oclusión tubárica	32	13,6
• Enfermedad pélvica inflamatoria	40	19,9
• Quiste de ovario	11	6,1

confirmados, se encontró síndrome adherencial, EPI, poliquistosis ovárica, endometriosis, leiomiomatosis uterina y oclusión tubárica uni o bilateral (Tabla 3).

De las intervenciones y/o procedimientos quirúrgicos realizadas fueron: 84 (35,6%) cromotubación, 50 (21,8%) micropunción (*drilling*) ovárica, 43 (18,2%) adhesiolisis, 33 (13,9%) bloqueos tubáricos, 23 (9,7%) exéresis de quiste de ovario, 12 (5,1%) miomectomías, 10 (4,2%) salpingectomías y otros 20 (8,5%): histerectomía, hidrotubación, neurectomía presacra, hernioplastias.

Se usó anestesia general inhalatoria en 146 (61,9%); raquídea, en 82 (34,7%) y peridural, en 8 (3,4%).

Las complicaciones observadas fueron cefalea posraquídea 13 (5,5%), infección de herida de ombligo 7 (2,9%), infección de la vía urinaria 7 (2,9%). Se hizo conversión a laparotomía en 8 casos (3,4%). Se empleó antibiótico profilaxis –principalmente gentamicina, doxiciclina y cefalotina) y analgésicos. El promedio de hospitalización fue dos días, siendo la estancia de 1 día en 28 (11,9%), 2 a 3 días 173 (73,3%) y más de 3 días en 35 (14,8%).

DISCUSIÓN

El estudio laparoscópico permite determinar la etiología de los cuadros de infertilidad, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico, endometriosis, entre otras patologías ginecológicas⁽⁴⁾.

La incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda y crónica, así como sus secuelas, se ha incrementado por el cambio de conducta sexual en nuestra época⁽⁵⁾. Las relaciones sexuales son tempranas, con múltiples compañeros sexuales, uso de dispositivos intrauterinos. En el presente estudio, se ha encontrado en 13,9% de los casos.



Existe estrecha relación entre infertilidad por anomalías tuboperineales y factores de riesgo relacionados a infección genital, cirugía abdominal y endometriosis. El factor tuboperineal fue responsable de infertilidad en 39,4% de una determinada población estudiada⁽⁶⁾. Un estudio de la OMS comprueba que las complicaciones posparto y postaborto se presentan en 19,2% de las mujeres latinas con obstrucción tubárica bilateral; en nuestros casos representó 13,6% (32 de 125 casos).

Se ha avanzado en el conocimiento de la endometriosis. La literatura establece una frecuencia variable, según el tipo de paciente y los métodos empleados en su diagnóstico, que va desde 13,5% de las piezas quirúrgicas y 18% de pacientes estériles⁽⁵⁾. Semm, sobre 10 000 laparoscopias reporta 24% y Strathy lo refiere en 30% a 40% en pacientes estériles. Otro estudio encuentra 173 casos de un total de 532 laparoscopias, con una incidencia de 32,5%⁽⁷⁾ y otro en 48 casos en 79 laparoscopias, con una incidencia de 60,7%. La edad media de las mujeres es 30 años⁽⁶⁾. En nuestro estudio, encontramos 16,9% (40 casos), con una mayor incidencia en la tercera década y asociado a oclusión tubárica y leiomiomatosis. Se calcula que 40% de las mujeres estériles tiene algún tipo de endometriosis⁽¹⁾. La videolaparoscopia nos ha permitido, como a otros autores⁽⁸⁾, la posibilidad de un diagnóstico temprano y con mayor precisión y se constituye como indispensable en todo estudio de infertilidad.

El fenómeno más frecuente con el que se encuentra el cirujano que pretende restaurar la fertilidad a una mujer, es indudablemente la presencia de adherencias pélvicas⁽⁵⁾. Las adherencias pélvicas y abdominales son una secuela común de infección pélvica y cirugía abdominal mayor. Éstas pueden dificultar la fertilidad cuando afectan las trompas y ovarios, hallazgo frecuente en pacientes con infertilidad^(9,10), y es lo que encontramos en nuestra revisión, en 17,8% de los casos, asociados igualmente a endometriosis, infecciones (EPI), cirugías pélvicas ginecológicas o no. El tratamiento de las adherencias es quirúrgico y el abordaje laparoscópico ha demostrado ser el más eficaz para prevenir la nueva formación de adherencias⁽¹⁾.

La mayoría de autores coincide en que debe administrarse anestesia general para lograr una buena relajación y ventilación, pues resulta difícil pensar

que un paciente consciente, bajo anestesia regional, pueda estar cómodo, tranquilo y bien ventilado, cuando tiene el abdomen distendido⁽⁵⁾. Sin embargo, para otros autores, la anestesia raquídea les permitió un mejor manejo de los pacientes, disminución de costos y evitó el uso de sala de recuperación⁽³⁾. En 61,9% de nuestros casos se utilizó la anestesia general inhalatoria, en 34,7% se empleó raquídea y en 3,4% peridural y combinadas.

Las complicaciones reportadas son mínimas, desde lesión de vasos sanguíneos, de intestino⁽¹¹⁾ a infecciones de herida operatoria, omalgias⁽³⁾; en nuestro estudio hubo casos de cefalea posraquídea 5,5%, infección de herida operatoria de ombligo 3,8%, de la vía urinaria 2,9% y 8 casos fueron convertidos a laparotomía (3,4%).

En conclusión, la cirugía laparoscópica encuadra perfectamente en el desarrollo natural de la terapéutica moderna, que cura con dolor mínimo y la menor cantidad de efectos colaterales. La laparoscopia cumple un importante rol en el diagnóstico y tratamiento de la patología ginecológica y sus indicaciones seguirán incrementándose⁽⁴⁾. Se observa disminución de la estancia hospitalaria y sus costos justifican plenamente la adquisición de la técnica y el equipamiento necesario⁽¹¹⁾. La cirugía laparoscópica requiere instrumentos y equipos de alta precisión y fiabilidad. Igualmente de una capacitación⁽¹²⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cueto J, Weber A. Cirugía Laparoscópica. Interamericana, McGraw-Hill. 1995:227-46.
2. Bautista J, Benavides C. Cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Rev Med IPSS. 1993;2(4).
3. Díaz A, Gurrionero E. Cirugía laparoscópica ginecológica. Rev Diagnóstico. 2000;39(3).
4. Mancera M, Mota M. Hallazgos laparoscópicos ginecológicos. Perin Reprod Hum. 1995;9(4):187-90.
5. Nava R, Molina A. Endoscopia Quirúrgica Ginecológica. McGraw-Hill Interamericana 1997. 11-15.
6. Távara L, Encinas E. Factores asociados a la infertilidad de origen tuboperitoneal. Ginecol Obstet (Perú). 1995;45(2):43-6.
7. Jefferson L, Cerna S. Endometriosis en pacientes con infertilidad. Ginecol Obstet (Perú). 1999;45(2):91-6.
8. Pacheco J. Papel del tratamiento médico en la endometriosis asociada a infertilidad. Ginecol Obstet (Perú). 2001;47(4):223-37.
9. Pacheco J. Actualización sobre endometriosis. Ginecol Obstet (Perú). 1999;45(4):235-47.
10. Pacheco J. Manejo de la Pareja Infértil. En: Pacheco J (Edit). Ginecología y Obstetricia. Primera edición. Lima: Mad Corp SA. 1999:307.
11. Trantaño Y, Fernández A, Luque G. Laparoscopia diagnóstica y terapéutica. Abordaje quirúrgico por vía laparoscópica. Hospital San Bernardo 1989 y 1990. Rev Chil Obstet Ginecol. 1991;56:320-7.
12. Balaguero L. Cirugía ginecológica transvaginal y laparoscópica. Mosby-Doyma. 1996:15-24.