

ANALISIS 500 LAPAROSCOPIAS DIAGNOSTICAS EN EL HOSPITAL MEXICO

Fernando Otarola Alvarez*

Bernarda Tuck Durán**

INTRODUCCION:

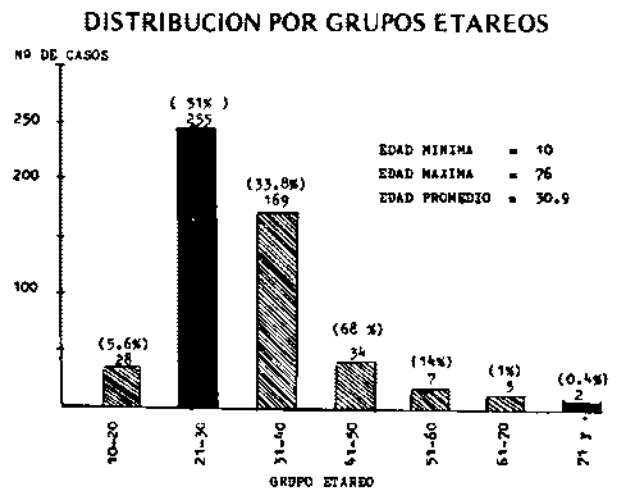
El primer intento conocido de observar la anatomía pélvica interna de la mujer viva por medio de un endoscopio, fue hecho en 1905, por BOZZINI, de Frankfurt. En 1853, DESERMEAUX, de París, describió su cistoscopia, en que utilizó una lámpara de queroseno, un espejo concentrador y un espéculo génito-urinario. En 1868, BRUCK introdujo la iluminación eléctrica en la endoscopia, NITZE, de Berlín, incluye los primeros lentes prismáticos. En 1910 se acuñó el término de "laparoscopia" por JACOBAEUS. En E.E.UU. en 1911, BERHEIM utiliza la técnica de laparoscopia en la Universidad de Johns Hopkins. ORNDOFF creó una punta piramidal del trócar, facilitando la introducción del mismo en la pared abdominal. ZOLLINKOFER, de Suiza, en 1924 utilizó Bióxido de Carbono, para producir neumoperitoneo. RUDDOCK, en la Unión Norteamericana, usó aire ambiente y anestesia local para el método. En 1940, PALMER, en París, utilizó la laparoscopia, diseñando una cánula uterina para facilitar el movimiento del fondo uterino. En 1952, FOURESTIER y colaboradores, presentaron su iluminación fibroptica y a partir de esa fecha se mejoran todos los sistemas de iluminación, obteniéndose imágenes más nítidas. La LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA ha hecho que el cirujano tenga una mayor capacidad diagnóstica, cuando se utiliza en forma correcta, pudiéndose disminuir el error diagnóstico importantemente, en muchos terrenos de la enfermedad inflamatoria pélvica. La técnica tiene limitaciones definidas y si el ginecólogo las ignora o las aplica inadecuadamente, se pierden las ventajas con este procedimiento, pudiendo causar daño a la paciente y obtener información desorientadora. La LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA ha sido beneficiosa para el ginecólogo en su práctica, básicamente en los terrenos de la infecundidad, la endocrinología ginecológica, el embarazo ectópico, el dolor pélvico, en la enfermedad inflamatoria pélvica, las tumoraciones en los anexos y la extracción de cuerpos extraños en la pelvis. Las contraindicaciones de la lapa-

roscopia diagnóstica han disminuido poco a poco, en comparación con las citadas originalmente en la literatura médica europea. Parecería adecuado comentar las contraindicaciones absolutas, relativas y los casos en que el riesgo es mayor.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizan 500 laparoscopías diagnósticas realizadas en el Hospital México, Servicio de Ginecología, en un período de 10 años, obteniéndose datos sobre: edad, cirugía previa, diagnóstico pre y post-operatorio, etc. Los resultados se observan en los cuadros siguientes:

Gráfico 1



STEPTOE (INGLATERRA) 30 AÑOS EDAD PROMEDIO EN LAP. DIAG. Y OPERATORIA.

PRADA D. (C.R.) 30.8 AÑOS EDAD PROMEDIO LAPAROSCOPIA OPERATORIA.

VILLALOBOS R. (MEXICO) 27 AÑOS EDAD PROMEDIO LAP. DIAGNOSTICA.

Cuadro 1

VIRGENES	117 (23,5%)
NO VIRGENES	383 (76.5%)

* Asistente Servicio de Ginecología — Hospital México.

** Interno Universitario — Hospital México.

Cuadro 2

PARIDAD	No. PARTOS	No. CASOS	%
NULIPARA	0	267	53.4
PRIMIPARA	1	112	22.4
MULTIPARAS	2-5	103	20.6
GRANDES MULTIPARAS	6 y más	18	3.6

Cuadro 3

CON CIRUGIA ANTERIOR	158 = 31.6%
SIN CIRUGIA ANTERIOR	342 = 68.4%
STEPHEN L. (E.U.A.)	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA 10%
(UNIV. PENSILVANIA)	
PRADA (C.R.)	LAPAROSCOPIA OPERATORIA 17%
OTROS AUTORES	10-20%

Cuadro 4

TIPO DE CIRUGIA	1- CESAREA	50 casos
	2- APENDICECTOMIA	33 casos
	3- SALPINGECTOMIA	19 casos
	4- OOFORECTOMIA	15 casos
	5- LAPAROTOMIA	14 casos
	6- LAPAROSCOPIA PREVIA	11 casos
	7- HISTERECTOMIA	7 casos
	8- COLECISTECTOMIA	3 casos
	9- HERNIOPLASTIA	3 casos
	10- SALPINGOLISIS	1 caso
	11- LIGAMENTOPEXIA	1 caso
	12- MIOMECTOMIA	1 caso

Cuadro 5

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO Y CORRELACION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO	No. CASOS	DIAG (+)	%
OVARIOS POLIQUISTICOS	79	72	91.13
ESTERILIDAD	91	71	78.02
ADHERENCIAS PELVICAS	16	12	75.
ENF. INFLAMATORIA PELVICA	26	18	69.23
ENDOMETRIOSIS	15	10	66.66
AMENORREA EN ESTUDIO	18	11	61.11
DOLOR PELVICO EN ESTUDIO	61	37	60.65
TUMORACION PELVICA	92	49	53.26
EMBARAZO ECTOPICO	64	15	23.43
OTRAS PATOLOGIAS	38	—	—

DOLOR PELVICO	FRANGENHEIM:	46 %
	RIOUX:	3.4%
	OTRAS SERIES:	10-20%
ECTOPICO	FRANGENHEIM:	18.6%
	HULKA:	0.3%
ENDOMETRIOSIS	LUND UNIVERSITY:	4.6%
	KLEPPINGER:	0.6%
MASA ABDOMINAL	FRANGENHEIM:	16.1%
	TALBOT:	0.4%
ESTERILIDAD	JOURDAN	40.2%
	KLEPPINGER:	25 %

Cuadro 6
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

DIAGNOSTICO	No. CASOS	%
OVARIOS POLIQUISTICOS	93	18.6
SIN PATOLOGIA	77	15.4
TUMORACION PELVICA	73	14.6
ESTERILIDAD	71	14.2
ENF. INFLAMATORIA PELVICA	69	13.8
OTRAS PATOLOGIAS	53	10.6
ADHERENCIAS PELVICAS	34	6.8
EMBARAZO ECTOPICO	15	3
ENDOMETRIOSIS	12	2.4
AMENORREA EN ESTUDIO	6	0.6

Cuadro 7

CORRELACION

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO Y DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO
295 CASOS O SEAN 59%

ROBERT E. FEAR, N.Y. (U.S.A.) EN LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
54%

Cuadro 8

TIPO DE ANESTESIA	No. CASOS	%
LOCAL	429	85.8
GENERAL	69	13.8
EPIDURAL	2	0.4
TOTAL	500	100.00

EN LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA:

GAYLORD D. (E.U.A.)	ANESTESIA LOCAL	100%
ROBERT E. FEAR (E.U.A.)	ANESTESIA GENERAL	100%
ALVIN M. SIEGLER N.Y. (E.U.A.)	ANESTESIA GENERAL	100%
W. DOW—EDGERTON IOWA (E.U.A.)	ANESTESIA GENERAL	100%

EN LAPAROSCOPIA OPERATORIA:

PRADA (C.R.)	ANESTESIA LOCAL	90,61%
--------------	-----------------	--------

Cuadro 9

MINIMO	4 minutos	
TIEMPO OPERATORIO PROMEDIO	17.29 minutos	
MAXIMO	45 minutos	
ROBERT E. FEAR (E.U.A.)	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	10 minutos
PRADA (C.R.)	LAPAROSCOPIA OPERATORIA	16 minutos

Cuadro 10

COMPLICACIONES TRANS-LAPAROSCOPIA

1° PERFORACION UTERINA	1 caso 0.2%
PRADA (C.R.):	ENFISEMA 1.8% HEMORRAGIA MESOSALPINX 0.8% EN LAPAROSCOPIA OPERATORIA
LOFFER (E.U.A.):	PERFORACION INTESTINO 2.7% EN LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
OTRAS COMPLICACIONES:	HEMORRAGIA DE PARED (DISCRASIA) PERFORACION VEJIGA, ESTOMAGO HERNIACION DE EPIPLON, INTESTINO ENFISEMA DE PARED ABDOMINAL HEMATOMA DE PARED EMBOLISMO AEREO

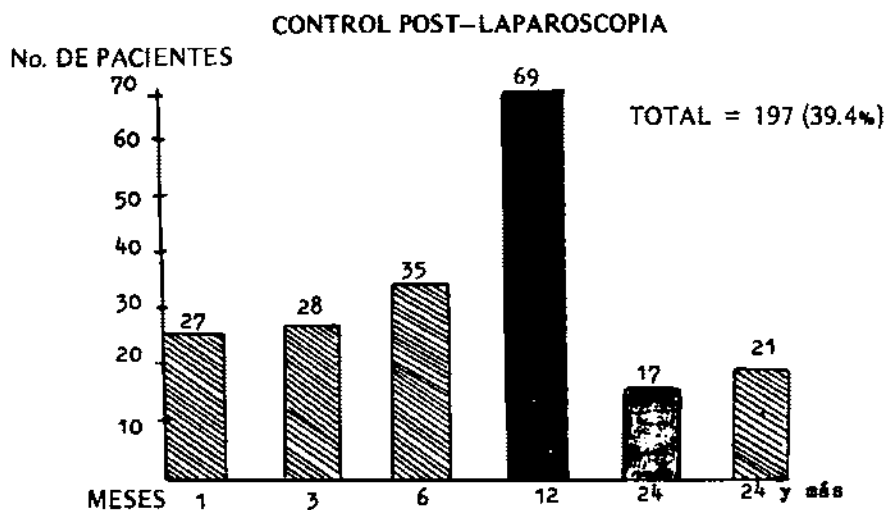
Cuadro 11

ESTANCIA HOSPITALARIA	MENOS DE 12 HORAS 343 (68,6%)
	MAS DE 12 HORAS 157 (31.4%)

ALVIN M. SIEGLER (NEW YORK, E.U.A.); 2 DIAS LAP. DIAGNOSTICA

PRADA (C.R.): 6 HORAS (74%) LAPAROSCOPIA OPERATORIA
24 HORAS (26%)

Gráfico 2



Cuadro 12

TRATAMIENTO POST-ENDOSCOPIA

	No. CASOS
TRATAMIENTO MEDICO	15
PLASTIA TUBARIA	14
ASHTON	11
ESTERILIDAD (51 CASOS)	
HISTERECTOMIA	4
LIBERACION ADHERENCIAS	3
LAPAROTOMIA	3
LIGAMENTOPEXIA	1

Cuadro 13

TRATAMIENTO POST-ENDOSCOPIA

	No. CASOS
TRATAMIENTO MEDICO	2
HISTERECTOMIA	1
DOLOR PELVICO EN ESTUDIO (6 CASOS)	
HISTEROPEXIA	1
LIGAMENOPEXIA	1
DILATACION CERVICAL	1

Cuadro 14

TRATAMIENTO POST-ENDOSCOPIA

		No. CASOS
ENF. INFLAMATORIA PELVICA AGUDA O CRONICA (33 casos)	TRATAMIENTO MEDICO	21
	HISTERECTOMIA	10
	SALPINGECTOMIA	1
	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1
AMENORREA EN ESTUDIO	TRATAMIENTO MEDICO	9

Cuadro 15

TRATAMIENTO POST-ENDOSCOPIA

		No. CASOS
OTRAS PATOLOGIAS (27 CASOS)	TRATAMIENTO MEDICO	13
	L.U.I.	5
	LAPAROTOMIA	4
	HISTERECTOMIA	2
	LIGAMENTOPEXIA	2
	HISTEROPEXIA	1

Cuadro 16

TRATAMIENTO-POST ENDOSCOPIA

		No. CASOS
OVARIOS POLIQUISTICOS (76 CASOS)	TRATAMIENTO MEDICO	58
	ASHTON	15
	L.U.I.	2
	HISTERECTOMIA	1
EMBARAZO ECTOPICO (14 CASOS)	SALPINGECTOMIA	14

Cuadro 17

TRATAMIENTO POST-ENDOSCOPIA

		No. CASOS
ENDOMETRIOSIS (7 CASOS)	TRATAMIENTO MEDICO	5
	ELECTROFULGURACION	1
	HISTERECTOMIA	1
ADHERENCIAS PELVICAS (15 CASOS)	LIBERACION DE ADHERENCIAS	10
	TRATAMIENTO MEDICO	3
	HISTERECTOMIA	2

Cuadro 18

TRATAMIENTO POST-ENDOSCOPIA

		No. CASOS
TUMORACION PELVICA (46 CASOS)	OOFORECTOMIA	10
	ESCISION DE QUISTE	9
	HISTERECTOMIA	9
	TRATAMIENTO MEDICO	6
	MIOMECTOMIA	5
	SALPINGO-OFORECTOMIA	5
	ASHTON	2

RESUMEN:

Se estudian 500 casos de laparoscopia diagnóstica, realizados en el Servicio de Ginecología del Hospital México, en un período de 10 años. Se hace hincapié en edad de las pacientes, cirugía previa, diagnóstico pre- y post-operatorio, tipo de anestesia, hallazgos laparoscópicos encontrados.

CONCLUSIONES:

- 1— La mayoría de los casos corresponden a la década comprendida entre los 21 y 30 años (255).
- 2— El tiempo operatorio promedio fue de 17.29 minu-

tos que es alto en comparación con otros resultados estadísticos. Debe tenerse en cuenta que las intervenciones fueron realizadas por personal en adiestramiento.

- 3— El promedio de estancia hospitalaria fue de 12 horas o sea 343 pacientes (68.2%), y más de 12 horas 157 pacientes (31.4%); que comparativamente es muy semejante a otros estudios estadísticos.
- 4— El tipo de anestesia utilizado fue local, dando excelentes resultados y evitándose con él los indeseables efectos secundarios de la anestesia y sobre todo que bajó el promedio estancia hospitalario.

- 5- De los 500 casos estudiados el 31.6% (158) presentaba algún tipo de cirugía anterior. A pesar de que el promedio fue alto en relación con otros estudios, el procedimiento no fue más difícil en estas pacientes.
- 6- Este estudio demuestra que con la laparoscopia diagnóstica se llegó a un diagnóstico definitivo en todos los casos.
- 7- Se demostró que la laparoscopia diagnóstica es un procedimiento de muy bajo riesgo, ya que el porcentaje de complicaciones alcanzó apenas de 0.2% promedio relativamente bajo en comparación con otros autores.
- 8- Y para finalizar hubo una correlación entre el diagnóstico pre-operatorio y diagnóstico endoscópico de 266 (55.2%) semejante estadísticamente a otros autores.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Alexander, G. D. Out Patients laparoscopic. Sterilization under local anesthesia. *Am. Journal Obstet. Gynec.* 116-1065-1068, 1973.
- 2- Coltart T.M.: *Laparoscopy and Diagnosis of tubal patency J. Obst. Gynecolog. Br. Common.* 77, 69, 1970.
- 3- Edgerton W.D. experience with laparoscopic in a Norteching Hospital. *Am. Journal Obstet. Gynec.* 116-184-191- 1973.
- 4- Fear R.E. *Laparoscopy: a valuaid in Gynecolog. Diagnosis Obst. Gynecol.* 31-297-309- 1968.
- 5- Frangenheim H.: *Symposiun, over view of laparoscopy contemp. Obst. Gynec.* 4-111-160- 1984.
- 6- Franklin D.: *Hospitalización for laparoscopy. Obstetrics and Gynecology.* Vol. 49- pag. 625.
- 7- Jacobson, L. *Objetivized Diagnosis of acute pelvic, Inflammatory disease diag. and pronostic value routine Laparoscopy. Am Journal Obst. Gynec.* 105-1088-1098- 1969.
- 8- Keith: *Anesthesia for Laparoscopy J. Repraduc. Med.* 12-227-233- 1974.
- 9- Levinson J.M.: *Laparoscopy: report 500 consecutive casos. Wls - Med. J.* 72-141-144- 1973.
- 10- Liechty, C.A.: *Laparoscopy at akron City Hospital Ohio State. Med. Journal* 69-272-276- 1973.
- 11- Liston W.A. *Laparoscopy in a general Gynecologic unit, Am. J. Obst. Gynecol.* 113-672-677- 1973.
- 12- Loffer. *Indications, contraindications and complications of Laparoscopy. Obstetric and Gynec.* 30-407-427- 1975.
- 13- Siegler A.M. *Laparoscopy in Gynecology, Obstet Gynec.* 34-572-577- 1969.
- 14- Smiler: B.G. *Complication During Anesthesia and laparoscopy. Jama* 226-676- 1973.