

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ISSSTE
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

ANALISIS DE LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA
REALIZADA EN 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE
REPRODUCCION HUMANA DEL CENTRO
HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

TESIS DE POST-GRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:
DRA. SUSANA ISABEL FRANCO RAMOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASESOR: DR. JULIO DE LA JARA DIAZ

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE



ISSSTE

MEXICO, D. F.

Stamp area containing ISSSTE logo, date ABR. 15 1993, and text: SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES, DEPARTAMENTO DE POSTGRADO, JMS

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

En el periodo del 10. de Enero de 1989 a Junio de 1992, se realizaron 647 laparoscopías ginecológicas, - se excluyeron 163 expedientes con información incompleta. De los 474 casos restantes, 231 tuvieron la finalidad de aplicar anillos de Yoon, motivo de otro protocolo, y 243 laparoscopías diagnósticas vistas en este estudio. Las 243 laparoscopías se dividieron en diferentes grupos según su indicación: esterilidad 193 pacientes (75.4%); dolor pélvico 26 pacientes (10.6%); tumoración anexial 9 pacientes (3.7%); embarazo ectópico 7 pacientes (2.8%); malformaciones de genitales internos 4 pacientes (1.6%) y amenorrea 4 pacientes (1.6%).

Se analiza la correlación entre el diagnóstico -- clínico y los hallazgos laparoscópicos permitiendo establecer nuevos diagnósticos que no se contemplaban - previamente a la realización del estudio. En pacientes con esterilidad, cada vez se amplía más las indicaciones para realizar un estudio laparoscópico.

La incidencia de complicaciones se encontró en forma similar a la literatura mundial, con baja morbi-mortalidad.

I N D I C E

I. INTRODUCCION.....	1
II. JUSTIFICACION.....	3
III. OBJETIVOS.....	4
IV. ANTECEDENTES.....	5
V. MATERIAL Y METODOS.....	11
VI. RESULTADOS.....	13
VII. DISCUSION.....	24
VIII. CONCLUSIONES.....	29
IX. CUADROS Y FIGURAS.....	31
X. BIBLIOGRAFIA.....	32

I N T R O D U C C I O N

Los asombrosos avances que hemos visto en años recientes en el campo de la laparoscopia ginecológica operatoria, han opacado el valioso papel que tiene ésta en el área de diagnóstico de la patología ginecológica. se han escrito poco en relación a esta materia recientemente.

No hace mucho tiempo, saber "cómo somos por dentro" se consideraba un sacrilegio y no fueron pocos los científicos que en su afán de investigar se vieron perseguidos y condenados por falsas ideas religiosas y morales; actualmente, los que saben operar a través de un telescopio, son considerados, (no siempre con razón), como los cirujanos más capacitados que utilizan técnicas casi mágicas para tratar pacientes. No es raro ver actualmente cursos y congresos de laparoscopia que aq--tan su cupo rápidamente y siempre son estos temas los que acaparan la atención de la mayoría en los congresos de la especialidad, todos queremos saber operar con un laparoscopio, aunque las innovaciones sean caras, poco estudiadas y probablemente prematuramente incorporadas a la práctica clínica.

No obstante, son inequívocas las ventajas que ofrece el diagnóstico a través del laparoscopio utilizado por personal capacitado, sobre otros métodos (en los que se

lo se ven "sombras"). Igualmente empleados por personal capacitado. Al final lo importante no es contar con el equipo más avanzado tecnológicamente hablando, es más importante quien está detrás de dicho equipo; debe impedir siempre la clínica como directora de la orquesta en el amplio campo de la patología humana.

JUSTIFICACION

Por medio del presente estudio se pretende conocer el estado actual de la laparoscopia en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE, modificar los protocolos de manejo laparoscópico vigentes, lo que permitiría ofrecer un mejor servicio a la población derechohabiente y al personal médico encargado de este servicio, una adecuada preparación y actualización utilizando un recurso quirúrgico, hoy en boga en todo el mundo, para el que se requiere tecnología muy avanzada, con la que contamos en la mayoría de nuestras unidades hospitalarias de 3er. Nivel.

OBJETIVOS

1. Analizar los estudios laparoscópicos realizados en Ginecología en los últimos 3 años.
2. Correlacionar el diagnóstico pre-laparoscopia con los resultados de la misma.
3. Establecer los criterios y/o condiciones para realizar un estudio laparoscópico (Diagnóstico y Tratamiento).
4. Optimizar el recurso de la laparoscopia en el manejo de las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro Hospitalario 20 de Noviembre, ISSSTE.
5. Determinar la frecuencia y tipo de complicaciones en los estudios laparoscópicos realizados.

ANTECEDENTES

La introducción y la aceptación general de la laparoscopia es un hito importante en la historia de la cirugía pélvica, aunque la idea de visualizar los órganos intraabdominales para hacer diagnósticos no es nueva.

La laparoscopia es una técnica de endoscopia transperitoneal que proporciona una visualización excelente de las estructuras pélvicas y permite a menudo el diagnóstico de los trastornos ginecológicos y el tratamiento quirúrgico limitado sin laparotomía

Aunque las complicaciones mayores son raras, la laparoscopia debe emplearse con prudencia. Los procedimientos laparoscópicos constituyen operaciones abdominales mayores practicadas a través de incisiones pequeñas. Esta técnica se realiza en forma rápida, tiene morbilidad baja y un periodo corto de convalecencia, y demanda menos recursos, suministros y personal médico. Es un procedimiento para paciente externa satisfactorio en cuanto a costo. (1)

HISTORIA:

La primera descripción de un instrumento para visualizar el interior de la vejiga urinaria se suele atribuir a Philip Bozzini de Frankfurt. El año era 1805

y el instrumento se llamaba Kichtleiter.

En 1911 Bertram M. Bernheim describió dos casos en los cuales se pasó un proctoscopio a través de una pequeña incisión abdominal para observar los órganos abdominales con luz reflejada. Al año siguiente en Estocolmo, Jacobaes describió 115 exámenes, 42 abdominales y 27 torácicos. Esto suscitó interés internacional y Migrelles en América del Sur, Renon y Rosenthal en Francia, Roccoivilla en Italia y Ordooff en Chicago describieron técnicas e ideas originales sobre laparoscopia. (2.3).

Diversos autores perfeccionaron el método: Kelling en 1901; Ruddock, en 1937; y otros (Decker, 1952 y Frangenheim, 1959; Palmer, 1964; Semm, 1977; Steptoe, 1967 Throyer-Rozat, 1962). (3)

Decker en el año de 1944 fue el verdadero creador de la celioscopia transvaginal al preconizar la posición genupectoral. (4)

En años recientes muchos procedimientos quirúrgicos que antes requerían una operación pelviana mayor, se han hecho bien con el laparoscopio, como esterilización tubárica, lisis de adherencias pelvianas, evaluación del dolor pélvico crónico e infertilidad, evaluación de neoplasias malignas pelvianas tratadas y, en los últimos tiempos, empleo de láser de anhídrido carbónico para vaporizar los implantes de endometriosis pélvica.(5)

INDICACIONES:

Las indicaciones aumentarán con la experiencia del clínico y a medida que las innovaciones técnicas permitan procedimientos aún más complicados.

1. Diagnóstico:

a. Diferenciación entre masas ováricas, tubaria y uterina; por ejm., embarazo ectópico, quistes ováricos salpingitis, miomas, endometriosis, tuberculosis.

b. Anomalías genitales; disgenesia ovárica, desarrollo uterino anormal.

c. Amenorrea secundaria de posible origen ovárico; enfermedad poliquística de los ovarios, arrenoblastoma.

d. Dolor pélvico; posibles adherencias, endometriosis, embarazo ectópico, quiste ovárico hemorrágico o torcido, salpingitis, apendicitis, dolor pélvico psicógeno.

e. Lesiones pélvicas después de traumatismo abdominal penetrante y no penetrante.

f. Etapas de cáncer uterino, cervical u ovárico.

g. Diagnóstico de una lesión maligna oculta.

2. Evaluación:

a. Investigación de infertilidad; pruebas de permeabilidad de las trompas, prueba postcoito extendida biopsia ovárica.

- b. Respuesta de la terapéutica; endometriosis "Segunda mirada" del cáncer, salpingitis, tratamiento quirúrgico de las trompas de resultado dudoso.
- c. Evaluación del traumatismo pélvico y abdominal.
- d. Evaluación de la perforación uterina.
- e. Procedimiento de segunda observación para juzgar la eficacia de varios tipos de terapéutica.
- f. Fotodocumentación para enseñar, auxiliar al clínico y ayuda a explicar el diagnóstico, tratamiento y resultados a la paciente.

3. Terapéutica:

- a. Esterilización tubaria: 1. Eléctrica: Técnica unipolar o bipolar; 2. Mecánica: Bandas de silastic o --grapas de metal.
- b. Biopsia de tumores, hígado, ovario, bazo, epiplón, etc.
- c. Lisis de las adherencias.
- d. Fulguración de la endometriosis por láser o cauterio térmico.
- e. Aspiración de pequeños quistes ováricos.
- f. Extracción de algún dispositivo intrauterino que ha salido a la cavidad peritoneal.
- g. Denervación de los ligamentos uterosacros.
- h. Extracción del feto en el embarazo ectópico.
- i. Miomectomía.

- j. Salpingostomía para las fimbrias fimóticas.
- k. Extirpación de las cubiertas de las salpingoplastias.
- m. Colección de óvulos para fertilización in vitro.

CONTRAINDICACIONES:

El tratamiento quirúrgico intraabdominal previo se ha efectuado en 15 a 18% de las pacientes en las grandes series y no constituye por lo general una contraindicación para la laparoscopia. (6,7,8 y 9).

1. **Absoluta;** Obstrucción intestinal, peritonitis generalizada.

2. **Relativa:** Enfermedad cardiaca o grave pulmonar

COMPLICACIONES:

Un estudio de la American Association of Gynecologic Laparoscopists, señaló una tasa de complicaciones de 2.6:1000 en la laparoscopia diagnóstica.

Las complicaciones son raras cuando se actúa con meticulosidad durante el procedimiento.

- a. Dolor.
- b. Hemorragia.
- c. Lesión por punción.
- d. Mala aplicación de gas.
- e. Quemadura térmica.
- f. Mortalidad por esterilización con laparoscopia.

g. Malestar abdominal bajo, vago e inexplicable.

En la Asociación de cirujanos el reporte de complicaciones serias fue de 15 x 1000 procedimientos; el rango de mortalidad fue 5 x 100,000 procedimientos. (13)

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, abierto y transversal en el que se revisaron un total de 647 laparoscopías diagnósticas - del Servicio de Reproducción Humana del Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE, en el periodo comprendido del mes de Enero de 1989 a Junio de 1992. Las variables estudiadas se anotaron en una hoja de recolección de datos previamente diseñada para tal fin.

De los 647 casos revisados, se excluyeron 163 expedientes con información incompleta. De los 474 casos restantes, 243 estudios se realizaron por diferentes indicaciones y 231 con la finalidad de aplicar anillos de Yoon. El presente trabajo tiene por objeto analizar solo las laparoscopías cuya indicación no fue el control de la fertilidad, ya que esto será motivo de otro trabajo.

Los 243 casos fueron divididos en diferentes grupos de acuerdo a la indicación de la laparoscopia, como sigue:

GRUPO A: Esterilidad.

GRUPO B: Dolor pélvico.

GRUPO C: Tumoración anexial.

GRUPO D: Embarazo ectópico.

GRUPO E: Malformaciones del aparato genital interno.

GRUPO F: Amenorrea.

En todos los casos se analizó la correlación entre el diagnóstico clínico y los resultados de la laparoscopia, se analizaron además las complicaciones, resultado de biopsia (si las hubo), antecedentes ginecoobstétricos y algunas otras variables anotadas en la hoja de recolección de datos.

RESULTADOS

Después de analizar los casos incluidos en el estudio, obtuvimos los siguientes resultados, en cada grupo:

GRUPO A: ESTERILIDAD.

De los 243 casos, 193 (75.4%) correspondieron a pacientes con diagnóstico de esterilidad (Esterilidad primaria 91 casos, 47.1%; esterilidad secundaria, -- 52.8%). Ambas se subdividieron en: (Cuadro I y fig. 1)

1. **Oclusión tubaria bilateral:** 98 pacientes (50.7%) tenían el diagnóstico de oclusión tubaria bilateral por histerosalpingografía previa. La correlación entre el diagnóstico previo a la laparoscopia y el resultado de la misma, se muestra en el cuadro II y fig. 2.

Entre los hallazgos laparoscópicos se encontraron 19 pacientes con miomatosis uterina (12 de pequeños elementos, 5 de medianos elementos y 2 de grandes elementos), del tipo subserosos y pediculados; 21 pacientes con endometriosis; 45 con proceso adherencial de leve a severo; 8 pacientes con anovulación; 8 pacientes con hidrosálpinx; 9 laparoscopías resultaron normales; 1 laparoscopia fue fallida en una paciente con obesidad exógena y en una se encontró hipoplasia uterina. De todos los diagnósticos anteriores 47 pacientes (47.9%) de las 98, se asociaron con dos o más diagnósticos.

2. **Endometriosis:** De las 193 pacientes, 30 (15.5%) tenían el diagnóstico de endometriosis, a 13 (43.3%) se les realizó la laparoscopia para confirmar o descartar la sospecha clínica del mismo. Se confirmó el diagnóstico en 8 pacientes (61.5%). Además este se asoció con adherencias leves a moderadas en 5 pacientes; miomatosis uterina en 2; oclusión tubaria bilateral en 3 pacientes. En las 5 restantes no se confirmó el diagnóstico de endometriosis pero se diagnosticó: miomatosis uterina de pequeños elementos en una paciente, hallazgos laparoscópicos normales en 2 pacientes, quiste de ovario en 1 paciente y enfermedad pélvica inflamatoria en una paciente.

A 17 (56.6%) se les realizó la laparoscopia de segunda mirada debido a que ya se tenía el diagnóstico de endometriosis y tratamiento médico (5-6 meses a base de Danazol). De acuerdo a los resultados 11 pacientes per sistían con endometriosis de diversos grados (5 leve, 4 moderada y 2 severa), una resultó con hallazgos normales, 3 se asociaron con miomatosis uterina, 8 con proceso adherencial leve a severo y 5 con oclusión tubaria bilateral. Cuadro III y IV.

3. **Esterilidad primaria de causa inexplicable:** 28 pacientes de las 193, (14.5%), tenían diagnóstico de esterilidad primaria inexplicable, en las que no se había encontrado causa de esterilidad. Se encontró lo siguien

te: 13 pacientes (46.4%), asociadas con dos o más diagnósticos (endometriosis 2, oclusión tubaria derecha 1, - miomatosis uterina 1, proceso adherencial 5, oclusión tubaria bilateral 3 y enfermedad pélvica inflamatoria 1). En las 15 pacientes restantes (53.5%), 4 se encontraron normales, 1 fallida por obesidad exógena, 4 con endometriosis, 2 tuvieron hidrosálpinx bilateral y 4 entre anovulación, oclusión tubaria bilateral, probable adenomiosis y proceso adherencial. Se resume en el cuadro V y - fig. 3.

En este subgrupos se encontraron 5 tomas de biopsia 3 ováricas con reporte de folículos primordiales en vía de maduración y dos con reporte de endometriosis.

4. **Salpingoclasia:** 34 pacientes (17.6%), tenían el - antecedente de oclusión tubaria voluntaria y deseaban re canalización para un nuevo embarazo (25 pacientes por -- nuevas nupcias, 6 por antecedente de un hijo finado y 3 solo por nuevo embarazo). 24 pacientes de las 34, 70.5% presentaron obstrucción bilateral en el tercio medio, 5 14.7%, con obstrucción en el tercio distal bilateral, 3, que son el 8.8% en el tercio proximal y dos pacientes -- (5.8%) se combinaron con obstrucción distal-medio y proximal-distal. Ver fig. 4.

13 pacientes (38.2%), tuvieron mal pronóstico para una recanalización y 21 (61.7%) contaron con buen pronóstico. 5 pacientes se asociaron con proceso adherencial

leve a severo, 2 con quiste de ovario, 1 con endometri^osis, enfermedad pélvica inflamatoria 2 pacientes e hidrosálpinx en 2 pacientes. 3 pacientes tenían el antecedente de recanalización con microcirugía e histerosalpingografía con obstrucción tubaria bilateral.

5. **Miomatosis uterina:** 3 pacientes (1.5%), tenían el diagnóstico de miomatosis uterina. En todos los casos se contaba con ultrasonido e histerosalpingografía previos con imágenes sugestivas de miomatosis uterina.

En los 3 casos se corroboró el diagnóstico de miomatosis uterina del tipo subseroso, una con obstrucción tubaria izquierda y quiste de ovario izquierdo de 4 cm, otra asociada con hidrosálpinx bilateral. Y en una última, miomatosis de medianos elementos que fue resuelta con miomectomía en el momento de la laparoscopia.

GRUPO B: DOLOR PELVICO.

Se incluyeron en este grupo 26 pacientes (10.6%), con indicación de dolor pélvico. Las pacientes fueron recibidas en el Servicio de Urgencias ginecoobstetricas por presentar dolor pélvico agudo o crónico, se les realizó laparoscopia diagnóstica para descartar patología quirúrgica, se encontraron 8 pacientes (30.7%) con enfermedad pélvica inflamatoria. Endometriosis en 6 pacientes (23.0%), en dos de ellas se realizó electrofulguración de focos (endometriosis leve). En otras 5 pacientes (19.2%), los hallazgos fueron normales. Hidrosalpinx en dos pacientes, 7.6%. Hipoplasia uterina una paciente (3.8%). Miomatosis uterina una paciente 3.8%. Y masa anexial derecha una paciente, 3.8%. Cuadro VI y fig. 5.

De las 26 pacientes 13 tenían el antecedente de cirugía abdominal previa. Se tomaron dos biopsias en este grupo reportándose en una folículos primordiales y cuerpo atrésico sin malignidad. En otra zonas de hemorragia; no se aprecian lesiones quísticas.

GRUPO C: TUMORACION ANEXIAL.

De las 243 pacientes a 9 (3.7%), se les realizó laparoscopia por previo ultrasonido pélvico previo con imagen de masa anexial, corroborándose solo en 2 pacientes (22.2%), una con quiste de ovario derecho de 4 cm y en otra con quiste paratubario izquierdo de 10 cm resolviéndose por laparoscopia. 3 pacientes (33.3%), se encontró útero y anexos normales. Miomatosis uterina de medianos elementos en dos pacientes (22.2%). Una con embarazo ectópico no roto (11.1%), y poliquistosis ovárica (11.1%).

Se tomó una biopsia de ovario con reporte de -- quiste tecalutefínico.

GRUPO D: EMBARAZO ECTOPICO.

7 pacientes (2.8%), ingresadas por el Servicio de Urgencias de Ginecoobstetricia, se programaron para laparoscopia diagnóstica con el fin de descartar o corroborar el diagnóstico clínico de embarazo ectópico. Los hallazgos fueron los siguientes:

Embarazo ectópico roto en un paciente (14.2%), embarazo ectópico no roto una paciente (14.2%), ambas resueltas por laparotomía. El 42.8% (3 pacientes), se diagnosticó enfermedad pélvica inflamatoria y en 2 pacientes, 25.8% los hallazgos fueron normales. Cuadro VII y fig.6.

GRUPO E: MALFORMACIONES DE GENITALES INTERNOS.

A este grupo pertenecieron 4 pacientes (1.6%), a las que se les realizó el estudio para descartar malformaciones del tracto genital interno.

a. Paciente de 15 años con antecedente de malformación anorectal. Se encontró un útero de 2-3 cm con ausencia de trompa y ovario izquierdo.

b. Paciente con antecedente de infertilidad primaria y previo histerosalpingografía con útero bicorne. Se logra visualizar en la laparoscopia útero bicorne, -- focos endometriósicos en el fondo de saco posterior, -- permeabilidad tubaria bilateral. Se contó con biopsia de las lesiones con reporte de endometriosis.

c. Previo ultrasonido con diagnóstico de útero bicorne y obstrucción tubaria bilateral. Se confirma -- el diagnóstico por laparoscopia.

d. Previo histerosalpingografía con dos cavidades uterina y permeabilidad tubaria bilateral. En los hallazgos se describen dos cuerpos uterinos, izquierdo con trompa izquierda, derecho con trompa derecha. Utero derecho con características normales, útero izquierdo de 4-5 cm aprox., con adherencias de asas intestinales y peritoneo entre ambos cuerpos. Ovario izquierdo poliúístico, ovario derecho normal. Permeabilidad tubaria bilateral.

GRUPO F: AMENORREA.

Se contó con el diagnóstico de amenorrea (primaria y secundaria) en 4 pacientes 1.6%.

a. Amenorrea primaria: Estría gonadal derecha, gónada izquierda ausente. Utero y salpinges normales. Prob. Síndrome de Turner. Se tomó biopsia con reporte de tejido fibroconectivo.

b. Paciente de 35 años de edad con diagnóstico clínico de amenorrea secundaria. Hallazgos: útero hipoplásico, ovarios hipotróficos. Adherencias de ovario izquierdo a rectosigmoides con diagnóstico de menopausia precoz. El reporte de biopsia con cambios histológicos compatibles con menopausia precoz, ausencia completa de folículos, atrofia cortical, abundantes cicatrices fibrosas y paredes vasculares hializadas totalmente.

c. Paciente de 38 años de edad con amenorrea secundaria, descartar síndrome climatérico. Se encontró útero y ovarios hipotróficos. Se tomó biopsia de ovarios con reporte de estroma cortical sin alteraciones

d. Paciente de 26 años de edad con amenorrea primaria e himen imperforado. Los hallazgos laparoscópicos reportaron ausencia de útero, remanente de ambas trompas y ovarios, con diagnóstico de Sínd. de Rokitansky-Küster Hauser.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES:

La edad de menarca (7-17 años), ritmo menstrual -- (25-35 días) en pacientes regulares, 31 pacientes con - ritmo irregular con ciclos de 15-90-180 hasta 365 días, duración de 2-8 días e inicio de vida sexual activa (16 a 38 años) se encontró dentro de los límites normales - para la población.

EDAD:

Se tomaron tres grupos de edad, que comprenden de los 15 a los 45 años, distribuidos según se aprecia en el cuadro VIII.

En el grupo de menor edad (15-25), se realizó el - estudio a 22 pacientes que nos da una incidencia de 9 % En el grupo medio (26-35 años), se estudiaron 166 pa- - cientes lo que presenta un índice de 68.31%, siendo este el de mayor porcentaje.

En el grupo de mayor edad (36-45 años), se encontró a 55 pacientes representando un 26.63%. Los resultados se resumen en la fig.7.

GESTACIONES:

El número de gestaciones puede observarse en el cuadro IX, encontrándose el mayor porcentaje en las gestaciones cero. Se analiza en el cuadro X y fig. 8 la distribución de los antecedentes obstétricos.

Los métodos de planificación utilizados por las pa-
cientes estudiadas se resumen en el cuadro XI.

De nuestras 243 pacientes, 127 se refirieron como -
eumenorreicas y 116 padecían dismenorea en grado varia-
ble (leve a severa).

COMPLICACIONES:

En las 243 pacientes estudiadas se encontraron 4 -
complicaciones, representando una incidencia del 1.6%.

- a. Sangrado persistente secundario a toma de biopsia.
- b. Perforación uterina en cara posterior por cánula de Jarchoff.
- c. Sangrado secundario a accidente con pinza en cara -
posterior de útero.
- d. Lesión de serosa y musculatura de intestino delgado
al realizar liberación de adherencias.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo por
medio de tablas de frecuencia, histogramas y porcenta--
jes.

DISCUSION

Al analizar los resultados obtenidos en el estudio observamos en orden decreciente, las principales indicaciones de la laparoscopia diagnóstica son las siguientes:

- | | |
|--|---------|
| 1. Esterilidad 193 casos | (75.4%) |
| 2. Dolor pélvico 26 casos | (10.6%) |
| 3. Tumor anexial 9 casos | (3.7%) |
| 4. Embarazo ectópico 7 casos | (2.8%) |
| 5. Malformaciones congénitas del aparato genital | |
| 4 casos | (1.6%) |
| 6. Amenorrea 4 casos | (1.6%) |

Con mucho la indicación más frecuente para una laparoscopia diagnóstica es la esterilidad, lo cual no es sorprendente, si pensamos que el procedimiento encontraba su mayor aplicación precisamente en las pacientes estériles, sin embargo es posible que esta tendencia cambie al paso del tiempo, ya que en los últimos años la laparoscopia a ampliado rápidamente su indicaciones y campo de aplicación.

Dentro del grupo de las pacientes estériles, la mayor parte corresponde a casos de oclusión tubaria bilateral diagnosticada por HSG. Este diagnóstico se corroboró solo en 53 de los 98 casos (54.08%). En 21 casos (21.4%) se encontró en el momento de la laparoscopia a permeabilidad tubaria bilateral y en 24 casos (24.4%)

se encontró permeabilidad de al menos una trompa (11 izquierda y 13 derecha). Al contar con la laparoscopia no se puede confiar en el diagnóstico de oclusión tubaria por ultrasonido, sobre todo si la decisión en el manejo de una paciente depende de los resultados de este estudio. De las 193 pacientes estériles, 34 corresponden a casos con antecedente de salpingoclasia voluntaria y - que deseaban recanalización tubaria para un nuevo embarazo, por diferentes motivos. Al realizar el estudio laparoscópico para determinar el estado de las trompas y sus posibilidades de recanalización por microcirugía, - se encontró que en 24 casos (70.5%) la salpingoclasia - se había realizado en el tercio medio de las trompas, - siendo estas pacientes las que tenían mejor pronóstico para una microcirugía.

En 5 pacientes el 14.7%, las fimbrias estaban ausentes, estos casos no tienen posibilidades de corrección quirúrgica y por lo tanto su pronóstico es malo para la reproducción. Conviene revisar los criterios para realizar una salpingoclasia, sobre todo en aquellas pacientes cuyo matrimonio no es estable o no tienen una decisión bien fundamentada para aceptar un método "definitivo" para el control de la fertilidad.

Las pacientes que desean recanalización por la pérdida de un hijo escaparían a esta revisión, pues se tra

ta de casos impredecibles. Conviene también revisar la técnica utilizada para la oclusión tubaría bilateral, - sobre todo en las pacientes jóvenes; se ha demostrado - en diversos estudios que la oclusión a nivel del tercio medio es la que tiene mejor pronóstico de recanaliza- - ción.

Cada vez con mayor frecuencia se diagnostica endometriosis en pacientes estériles. En el estudio, 30 ca sos correspondieron a endometriosis, 13 tenían la sospecha clínica de la enfermedad y solo en 8 pacientes se - confirmó el diagnóstico por laparoscopia (61.5%). 17 - pacientes tenían el diagnóstico de endometriosis y la laparoscopia fue de segunda mirada para evaluar el re- - sultado del tratamiento médico empleado. La frecuencia de endometriosis diagnosticada ante una sospecha clínica es elevada (61.5%), probablemente en la actualidad - se está diagnosticando endometriosis con mayor frecuencia ya que se incluyen las lesiones atípicas.

En los casos de esterilidad "inexplicable" (28 ca- - sos que contaban con todos los estudios del perfil de - esterilidad normales), se encontró una alta incidencia de proceso adherencia (38.46%), seguramente estas pa- - cientes sufrían enfermedad pélvica inflamatoria previa- - mente. En 2 casos se encontró endometriosis (15.38%). Convendría analizar la repercusión que tienen los pro- - cesos inflamatorios en la reproducción.

Tres pacientes del grupo de esterilidad tenían el diagnóstico ultrasonográfico de miomatosis uterina. En los tres casos se confirmó el diagnóstico por laparoscopia y se encontró hidrosálpinx en una paciente y un quiste de ovario de 4 cm en otra.

En el grupo de dolor pélvico la laparoscopia diagnóstica descarta patología quirúrgica con una alta sensibilidad y se establece en un 80.7% de los casos encontrando la causa del dolor, tomando en cuenta que no se trataba de abdomen agudo, y por lo tanto evitando una cirugía mayor.

En las pacientes las cuales se sometieron a laparoscopia por tumoración anexial, se hace notar el bajo índice de orientación diagnóstica por ultrasonido, teniendo en cuenta la discrepancia entre los hallazgos laparoscópicos y ultrasonográficos. El estudio ultrasonográfico como medio de diagnóstico debe ser manejado por personal capacitado y con experiencia para contar con diagnósticos orientados clínicamente.

En la laparoscopia diagnóstica con sospecha clínica oportuna de embarazo ectópico no roto, la cirugía conservadora promete un futuro en la fertilidad de la paciente de muy buen pronóstico. Teniendo en cuenta que en embarazos ectópicos rotos, la necesidad de una laparotomía subsecuente a laparoscopia diagnóstica, se encuentran altamente comprometido el futuro fértil de la paciente.

Con respecto al diagnóstico presuntivo clínico y con orientación previa de una histerosalpingografía de alguna malformación congénita, la laparoscopia diagnóstica confirma con certeza la malformación anatómica, y se valora la importancia de dicho procedimiento en conjunto con el apoyo de una histerosalpingografía como métodos auxiliares en el diagnóstico en el protocolo de estudio de estas pacientes.

CONCLUSIONES

1. La laparoscopia es un procedimiento que cada vez se utiliza con mayor frecuencia. No solo en el diagnóstico sino es también en el manejo de las pacientes gineco-obstétricas. En nuestro Hospital se hace un gran número de laparoscopias, aumentando la frecuencia de la misma conforme pasa el tiempo.
2. No solo se correlaciona el diagnóstico prelaparoscópico, sino además permite establecer nuevos diagnósticos en los cuales no se había pensado previamente a la realización del estudio.
3. El mayor número de laparoscopias diagnósticas se hace en pacientes estériles, que sin embargo cada vez se amplía más las indicaciones para realizar un estudio laparoscópico.
4. En las pacientes del grupo de esterilidad, la laparoscopia es un método complementario con el que todavía no se pueden sustituir algunos otros procedimientos diagnósticos (ejem. HSG).

5. Es necesario realizar un protocolo en el que se especificquen las condiciones y las indicaciones para una laparoscopia. A pesar de ser un método con pocas contraindicaciones no se le puede hacer a toda paciente que ingresa al Servicio de Gineco-Obste--tricia. No se trata de utilizar indiscriminadamente el procedimiento ni de eliminar a la clínica, - ya que ésta sigue siendo el pilar del diagnóstico y la laparoscopia es un método auxiliar.

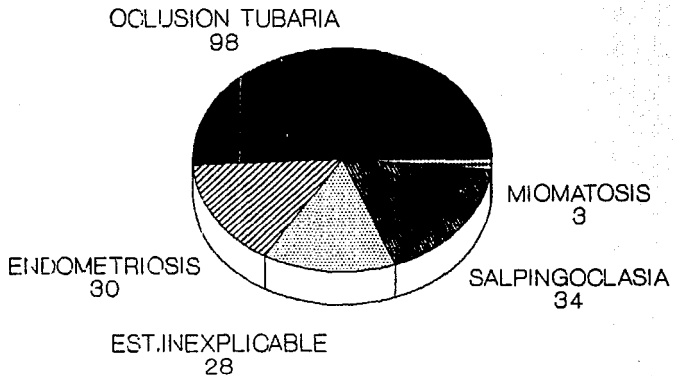
6. La frecuencia de complicaciones se compara con la baja incidencia mundial. Teniendo como condición - ser realizada por personal capacitado para ello.

CUADROS Y FIGURAS

CUADRO I**GRUPO A: ESTERILIDAD**

CAUSAS	No. CASOS	%
OCCLUSION TUBARIA	98	50.7
ENDOMETRIOSIS	30	15.5
EST. INEXPLICABLE	28	14.5
SALPINGOCLASIA	34	17.6
MIOMATOSIS	3	1.7
T O T A L	193	100%

ESTERILIDAD CAUSAS



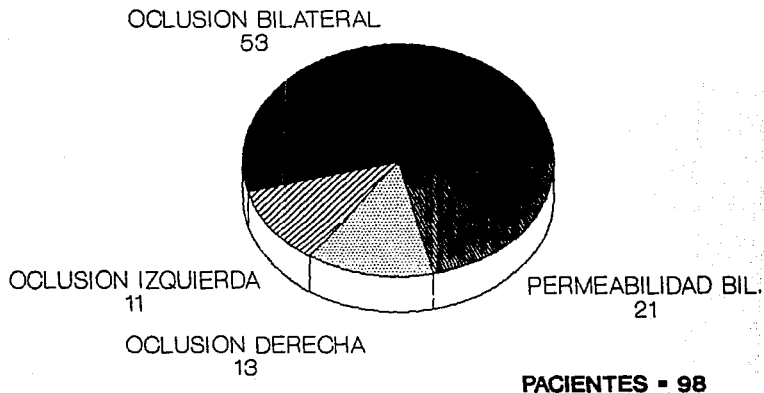
Numero de pacientes = 193

Fig. 1

CUADRO II

OCCLUSION TUBARIA BILATERAL				
OCCLUSION	HSG PREVO No. DE CASOS	%	NO. DE CASOS POST LAPANOSCOPIA	%
BILATERAL	98	100	53	54
IZQUIERDA			11	11.3
DERECHA			13	13.2
PERMEABILIDAD BIL.			21	21.5
T O T A L	98	100	98	100

OCLUSION TUBARIA BILATERAL POR HSG CORRELACION LAPAROSCOPICA



HSG=HISTEROSALPINGOGRAFIA

Fig. 2

CUADRO III

ENDOMETRIOSIS		
MOTIVO DEL ESTUDIO	No. DE CASOS	%
CONFIRMAR O DESCARTAR DIAGNOSTICO	13	43.4
LAPAROSCOPIA DE SEGUNDA MIRADA	17	56.6
T O T A L	30	100

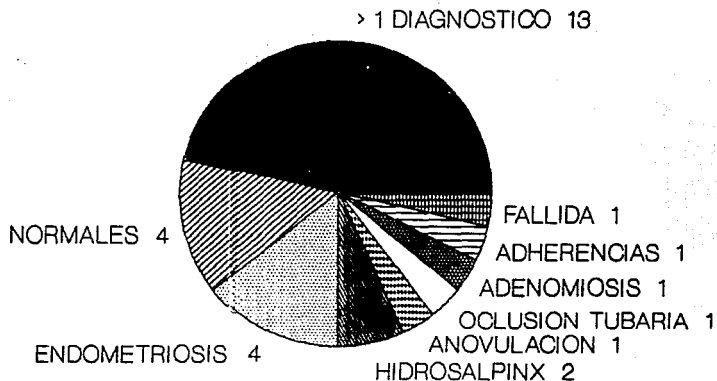
CUADRO IV**HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS: ENDOMETRIOSIS****No. DE CASOS**

CONFIRMAR O DESCARTAR DIAGNOSTICO	
ENDOMETRIOSIS	9
MIOMATOSIS UTERINA	1
NORMALES	2
QUISTE DE OVARIO	1
ENFERMEDAD PELUICA INFLAMATORIA	1
LAPAROSCOPIA SEGUNDA MIRADA	
ENDOMETRIOSIS POST TRATAMIENTO	11
DOS O MAS DIAGNOSTICOS	16
NORMALES	1

CUADRO V**ESTERILIDAD PRIMARIA INEXPLICABLE**

HALLAZGOS	NUMERO DE CASOS	%
DOS O MAS DIAGNOSTICOS	13	46.4
NORMALES	4	14.28
ENDOMETRIOSIS	4	14.28
HIDROSALPINX	2	7.14
ANOVULACION	1	3.57
OCCLUSION TUBARIA BILATERAL	1	3.57
ADENOMIOSIS	1	3.57
PROCESO ADHERENCIAL	1	3.57
FALLIDA	1	3.57
T O T A L	28	100

ESTERILIDAD PRIMARIA INEXPLICABLE HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS



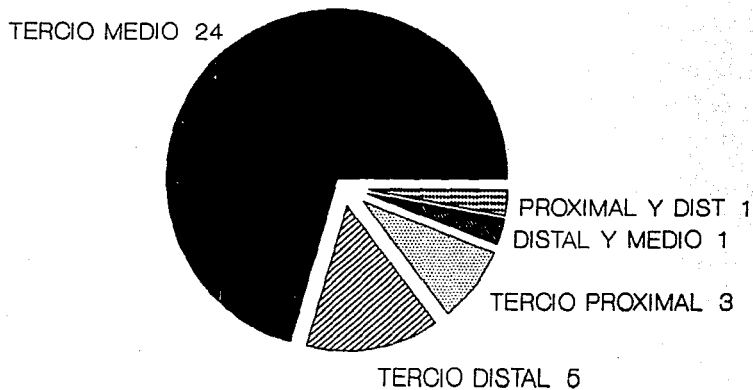
PACIENTES = 28

Fig. 3

SALPINGOCLASIA

TIPOS DE OCLUSION

Laparoscopia pre recanalizacion



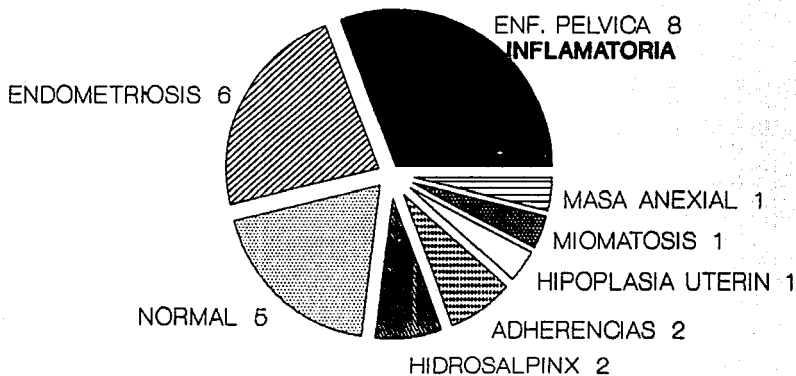
Numero de pacientes = 34

Fig. 4

CUADRO VI

DOLOR PELVICO		
HALLAZGOS	NUMERO DE CASOS	%
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	8	30.76
ENDOMETRIOSIS	6	23.07
NORMAL	5	19.23
HIDROSALPINX	2	07.69
PROCESO ADHERENCIAL	2	07.69
HIPOPLASIA UTERINA	1	03.84
MIOMATOSIS UTERINA	1	03.84
MASA ANEXIAL NO QUIRURGICA	1	03.84
T O T A L	26	99.96

DOLOR PELVICO HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS



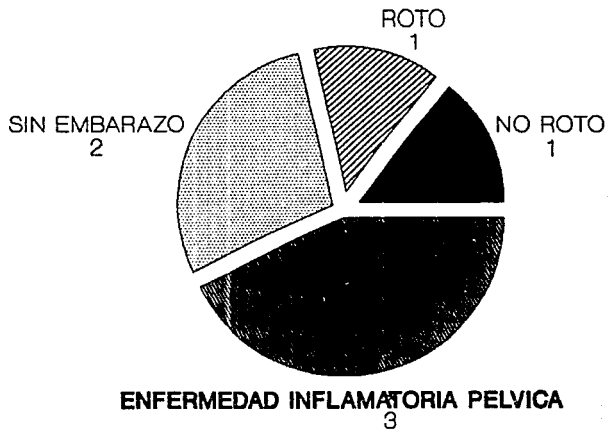
Numero de pacientes = 26

Fig. 5

CUADRO VII

EMBARAZO ECTOPICO		
HALLAZGOS	NUMERO DE CASOS	%
EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO	1	14.2
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	1	14.2
NORMAL	2	28.5
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	3	42.8
T O T A L	7	99.7

EMBARAZO ECTOPICO HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS



Numero de pacientes = 7

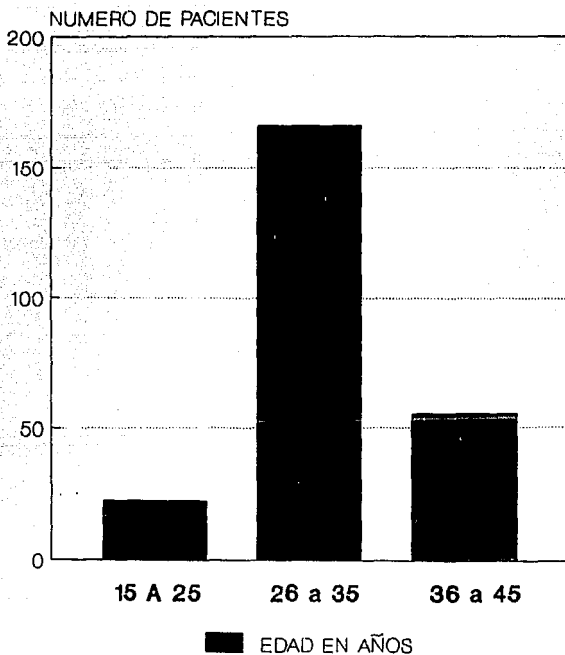
Fig. 6

CUADRO VIII

GRUPOS DE EDAD	15-25	26-35	36-45	TOTAL
NUMERO DE CASOS	22	166	55	243
%	9.05	68.31	26.63	99.9

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

GRUPOS DE EDAD



Numero de pacientes = 243

CUADRO IX

ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
GESTACIONES	NUMERO DE CASOS	%
0	89	36.62
I	44	18.10
II	38	15.63
III	31	12.73
IV	23	9.46
V	10	4.11
VI	8	3.29
T O T A L	243	99.96

CUADRO X

TERMINACION DEL EMBARAZO *		
TIPO	NUMERO DE CASOS	%
PARTOS	185	51.53
CESAREAS	93	25.90
ABORTOS	66	18.38
ECTOPICOS	15	04.17
T O T A L	359	99.98

* EN EL GRUPO DE POBLACION ESTUDIADO

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA ANTECEDENTES OBSTETRICOS

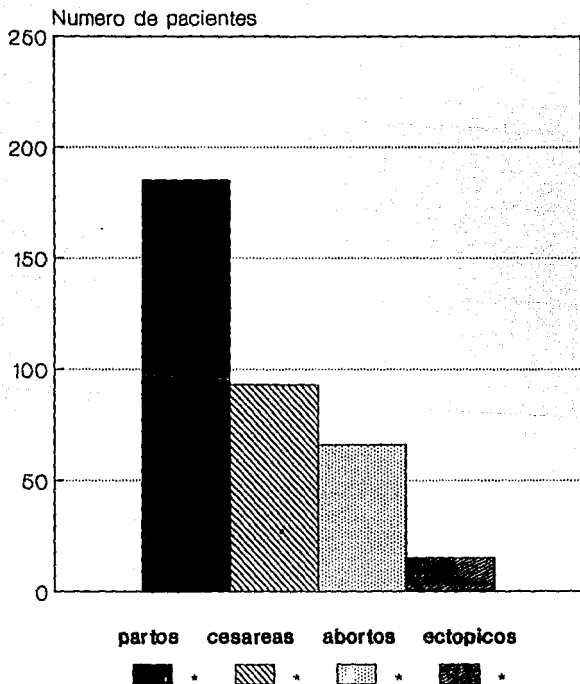


Fig. 8

CUADRO XI

METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD USADOS		
METODO	NUMERO DE PACIENTES	%
NINGUNO	121	49.79
SALPINGOCLASIA BILATERAL	42	17.28
HORMONALES ORALES	32	13.16
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	20	08.23
PRESERVATIVOS	12	04.93
HORMONALES INYECTABLES	07	02.88
OVULOS	06	02.46
RITMO	02	00.82
VASECTOMIA	01	00.41
T O T A L	243	99.96

B I B L I O G R A F I A

1. Hirsch HA. Neeser E; Un common indications for laparoscopy. J Reprod Med; 1985; 30; p 651
2. Levison JM. The role of laparoscopy in intra-abdominal diagnosis. Del. Med. J; 1978;50; p 5.
3. Levin RL. Economic impact of pelviscopic surgery. J-Reprod Med; 1985; 30; 655-9.
4. Gomel V. Operative laparoscopy: time for acceptance. Fertil Steril; 1989; 52(1); p 11.
5. David A Grimes, MD. Frontiers of operative laparoscopy: A review and critique of evidence. Am-J-Obstet-Gynecol; 1992 Apr; 166 (4); p. 1062-71.
6. Clifford R. Wheelless y K Paul Katayama. Te Linde Laparoscopia y esterilización tubárica. Eds. Richard F Mattingly, Thompson John; Te linde. Ginecología Operatoria; Sexta edición; Editorial Ateneo, 1987. p. 358-73.
7. Peterson HB. Hulka JF. Philips JM. American Association of Gynecologic Laparoscopists'1988 membership survey on operative laparoscopy. J. Reprod Med; 1990 35; p 587-9.
8. Paul G. McDonough, MD. The need for technology assessment in the reproductive sciences. Am-J-Obstet-Gynecol; 1992 Apr; 166 (4); p 1082-86.

9. Azziz R. Stein Kampf MP. Murphy A. Postoperative recuperation: relation to the extent of endoscopic surgery. *Fertil Steril*; 1989; 51; 1061-4.
10. Magos A. Baumann R. Turnbull A. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. *Lancet*; 1988; 2; p 694.
11. Varcellini P. Fedele L. Moltoni P. Arcaini L. Bianchi Candiani CB. Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. *Int Gynaecol Obstet*; 1990 Jul; 32 (3); p 261-5.
12. Norman F. Gant, MD. Infertility and endometriosis: Comparison of pregnancy outcomes with laparotomy - versus laparoscopic techniques. *Am-J-Obstet-Gynecol*; 1992 Apr; 166 (4); p 1082-86.
13. Okonofua FE, Esson UI, Nimalaraj T. Histerosalpingography versus laparoscopy in tubal infertility: comparison based on findings at laparotomy. *Int-J-Gynaecol-Obstet*; 1989 Feb; 28 (2); p 143-7.