



11217

123

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ANALISIS DE 60 CASOS  
ESTUDIADOS  
POR LAPAROSCOPIA ABIERTA  
CON MODIFICACIONES  
A LA TECNICA CLASICA

TESIS DE POSTGRADO QUE PRESENTA EL DOCTOR

MARIO ANTONIO HINOJOSA MATA

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIZACION DE

GINECOLOGIA  
Y  
OBSTETRICIA

CENTRO MEDICO NACIONAL HOSPITAL DE GINECOLOGIA No. 2

-   
2002



1



Universidad Nacional  
Autónoma de México



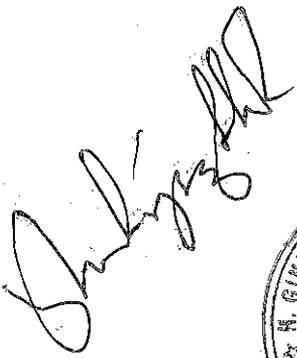
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



ASESOR: DR. ALBERTO ALVARADO DURAN,  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 2  
C.M.N., I.M.S.S.

SUPERVISOR Y JEFE DEL CURSO UNIVERSITARIO DE  
ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:  
DR. MARIO LOPEZ LLERA.

# INDICE

ANALISIS DE 60 CASOS ESTUDIADOS POR LAPAROSCOPIA ABIERTA CON MODIFICACIONES A LA TECNICA CLASICA .....	5
PACIENTES Y METODOS: .....	5
TECNICA OPERATORIA: .....	7
DESCRIPCION DE LA TECNICA: .....	7
RESULTADOS: .....	7
DISCUSION Y COMENTARIO: .....	9
R E S U M E N: .....	13
S U M M A R Y: .....	13
VISUALIZACION .....	15
B I B L I O G R A F I A: .....	23

1944  
1945  
1946  
1947  
1948  
1949  
1950  
1951  
1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025



## ANALISIS DE 60 CASOS ESTUDIADOS POR LAPAROSCOPIA ABIERTA CON MODIFICACIONES A LA TECNICA CLASICA

En 1978 la Asociación Norteamericana de Ginecólogos Laparoscopistas (19) describió que existe entre un 3 a un 5 por 100,000 casos de complicaciones con la técnica clásica de laparoscopia, con un promedio de mortalidad de 8 por 100,000 pacientes a las cuales se haya efectuado algún procedimiento endoscópico. Las pacientes con cirugía abdominal previa y/o con obesidad se encuentran en el grupo de contraindicaciones relativas para efectuar una laparoscopia, en las primeras se presentan adherencias intraabdominales que comprometen en ocasiones al epiplón, asas intestinales, vejiga y genitales internos, aumentando con ello el riesgo de una lesión de los órganos abdominales, cuando se efectúa una laparoscopia con la técnica habitual (10,15, 18), la obesidad dificulta la punción a ciegas del abdomen, para efectuar el neumoperitoneo previo a la colocación de la camisa del laparoscopio, maniobra que se efectúa sin tener una visión directa de las estructuras abdominales internas (2,8). Por estas razones se modificó la técnica original y se simplificó la técnica abierta, siendo aplicada a 60 pacientes en las cuales existía alguna de las contraindicaciones antes mencionadas.

### PACIENTES Y METODOS:

Sesenta pacientes del Hospital de GO No. 2 CMN del IMSS entre 16 y 45 años de edad fueron intervenidos con la técnica de laparoscopia abierta modificada, del mes de junio de 1980 al mes de diciembre de 1980, de ellas 28 (46.7 %) presentaban algún grado de obesidad y 32 (53.3 %) habían sido sometidas a cirugía abdominal previa.

Para efectuar las laparoscopias se utilizó un laparoscopio convencional de 11 mm. de diámetro y 2 separadores de Farabeuf, 3 pinzas de Kelly y seda (1 y 00).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANALISIS DE 60 CASOS ESTUDIADOS POR LAPAROSCOPIA ABIERTA CON MODIFICACIONES A LA TECNICA CLASICA

En 1978 la Asociación Norteamericana de Ginecólogos Laparoscopistas (19) describió que existe entre un 3 a un 5 por 100,000 casos de complicaciones con la técnica clásica de laparoscopia, con un promedio de mortalidad de 8 por 100,000 pacientes a las cuales se haya efectuado algún procedimiento endoscópico. Las pacientes con cirugía abdominal previa y/o con obesidad se encuentran en el grupo de contraindicaciones relativas para efectuar una laparoscopia, en las primeras se presentan adherencias intraabdominales que comprometen en ocasiones al epiplón, asas intestinales, vejiga y genitales internos, aumentando con ello el riesgo de una lesión de los órganos abdominales, cuando se efectúa una laparoscopia con la técnica habitual (10,15, 18), la obesidad dificulta la punción a ciegas del abdomen, para efectuar el neumoperitoneo previo a la colocación de la camisa del laparoscopio, maniobra que se efectúa sin tener una visión directa de las estructuras abdominales internas (2,8). Por estas razones se modificó la técnica original y se simplificó la técnica abierta, siendo aplicada a 60 pacientes en las cuales existía alguna de las contraindicaciones antes mencionadas.

### PACIENTES Y METODOS:

Sesenta pacientes del Hospital de GO No. 2 CMN del IMSS entre 16 y 45 años de edad fueron intervenidos con la técnica de laparoscopia abierta modificada, del mes de junio de 1980 al mes de diciembre de 1980, de ellas 28 (46.7 %) presentaban algún grado de obesidad y 32 (53.3 %) habían sido sometidas a cirugía abdominal previa.

Para efectuar las laparoscopias se utilizó un laparoscopio convencional de 11 mm. de diámetro y 2 separadores de Farabeuf, 3 pinzas de Kelly y seda (1 y 00).

CUADRO No. 1

[REDACTED]	
OBESIDAD GRADO III MAS DE 15 Kg. DE SOBREPESO	4
[REDACTED]	
OBESIDAD GRADO II MAS DE 10 Kg. DE SOBREPESO	12
[REDACTED]	
OBESIDAD GRADO I MAS DE 5 Kg. DE SOBREPESO	12
TOTAL DE PACIENTES	28

## TECNICA OPERATORIA:

La técnica desarrollada, es en principio la misma desarrollada por Hasson (5) y denominada por él, "laparoscopia abierta" en 1971; la modificación consistió en no utilizar la camisa en forma de cono diseñada por Hasson, sino una camisa convencional del laparoscopio de 11 mm.

## DESCRIPCION DE LA TECNICA:

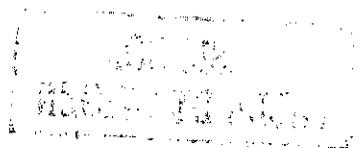
Previa asepsia y antisepsia de la región con espuma de yodo-polvivinilpirrolidona y con la paciente colocada en posición ginecológica y bajo anestesia general, se procedió a efectuar una incisión infraumbilical vertical de 2.5 cm. de longitud, efectuándose la disección por planos: piel, tejido celular subcutáneo, hasta llegar a la aponeurosis, la cual se cortó en la misma dirección de la incisión de piel, se procedió a utilizar los separadores de Farabeuf, para separar las fibras musculares del músculo recto del abdomen, llegando hasta el peritoneo parietal, tomándose el mismo con las pinzas de Kelly y efectuándose un corte sobre el mismo de 1 cm. de longitud pasándose a través del mismo la camisa de un laparoscopio convencional, en lugar de la camisa cónica de Hasson (5), hacia la cavidad abdominal, pero bajo visión directa. Dicha camisa se fijó a la aponeurosis mediante una sutura en surgete, tipo bolsa de tabaco, utilizando para ello la seda del No. 1, montada en aguja curva atraumática, anudándose dicho surgete en forma provisional para evitar la fuga del gas de neumoperitoneo, el cual se efectuaba *posteriormente*. Una vez concluida la intervención, se evacuaba el neumoperitoneo, retirándose la camisa del laparoscopio; y la sutura del surgete en bolsa de tabaco se convertía en definitiva, dejando cerrada la incisión sobre la aponeurosis, la cual con la técnica clásica de laparoscopia siempre quedaba abierta. La intervención se terminaba colocando un punto simple en piel con seda 00.

Los cuidados postoperatorios fueron los mismos que se utilizan para las laparoscopías clásicas. El tiempo quirúrgico fue de 20 minutos y la estancia hospitalaria de estas pacientes nunca rebasó los 2 días, tomando en cuenta desde el momento del ingreso de la paciente, hasta su alta domiciliaria.

## RESULTADOS:

La edad de las pacientes se encuentra anotada en intervalos de 5 años en el cuadro No. 1, en el que se aprecia que la mayor parte de las pacientes estudiadas se encontraron entre los 21 y los 35 años.

En el cuadro No. 2 se encuentra el grupo de pacientes con obesidad, el cual se dividió en forma arbitraria en tres categorías, consistiendo la primera en aquellas pacientes que tuvieron un sobrepeso de 5 kg. para su edad y talla, la segunda para aquellas pacientes en las que el exceso de peso fue de 10 kg., y la tercera para aquellas pacientes con 15 kg. o más de sobrepeso. En el cuadro No. 3 se anota la cirugía previa a la que fueron sometidas las 32 pacientes restantes.



## TECNICA OPERATORIA:

La técnica desarrollada, es en principio la misma desarrollada por Hasson (5) y denominada por él, "laparoscopia abierta" en 1971; la modificación consistió en no utilizar la camisa en forma de cono diseñada por Hasson, sino una camisa convencional del laparoscopio de 11 mm.

## DESCRIPCION DE LA TECNICA:

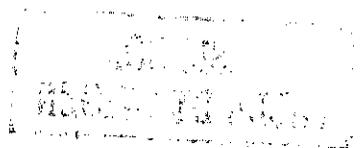
Previa asepsia y antisepsia de la región con espuma de yodo-polvivinilpirrolidona y con la paciente colocada en posición ginecológica y bajo anestesia general, se procedió a efectuar una incisión infraumbilical vertical de 2.5 cm. de longitud, efectuándose la disección por planos: piel, tejido celular subcutáneo, hasta llegar a la aponeurosis, la cual se cortó en la misma dirección de la incisión de piel, se procedió a utilizar los separadores de Farabeuf, para separar las fibras musculares del músculo recto del abdomen, llegando hasta el peritoneo parietal, tomándose el mismo con las pinzas de Kelly y efectuándose un corte sobre el mismo de 1 cm. de longitud pasándose a través del mismo la camisa de un laparoscopio convencional, en lugar de la camisa cónica de Hasson (5), hacia la cavidad abdominal, pero bajo visión directa. Dicha camisa se fijó a la aponeurosis mediante una sutura en surgete, tipo bolsa de tabaco, utilizando para ello la seda del No. 1, montada en aguja curva atraumática, anudándose dicho surgete en forma provisional para evitar la fuga del gas de neumoperitoneo, el cual se efectuaba *posteriormente*. Una vez concluida la intervención, se evacuaba el neumoperitoneo, retirándose la camisa del laparoscopio; y la sutura del surgete en bolsa de tabaco se convertía en definitiva, dejando cerrada la incisión sobre la aponeurosis, la cual con la técnica clásica de laparoscopia siempre quedaba abierta. La intervención se terminaba colocando un punto simple en piel con seda 00.

Los cuidados postoperatorios fueron los mismos que se utilizan para las laparoscopías clásicas. El tiempo quirúrgico fue de 20 minutos y la estancia hospitalaria de estas pacientes nunca rebasó los 2 días, tomando en cuenta desde el momento del ingreso de la paciente, hasta su alta domiciliaria.

## RESULTADOS:

La edad de las pacientes se encuentra anotada en intervalos de 5 años en el cuadro No. 1, en el que se aprecia que la mayor parte de las pacientes estudiadas se encontraron entre los 21 y los 35 años.

En el cuadro No. 2 se encuentra el grupo de pacientes con obesidad, el cual se dividió en forma arbitraria en tres categorías, consistiendo la primera en aquellas pacientes que tuvieron un sobrepeso de 5 kg. para su edad y talla, la segunda para aquellas pacientes en las que el exceso de peso fue de 10 kg., y la tercera para aquellas pacientes con 15 kg. o más de sobrepeso. En el cuadro No. 3 se anota la cirugía previa a la que fueron sometidas las 32 pacientes restantes.



## TECNICA OPERATORIA:

La técnica desarrollada, es en principio la misma desarrollada por Hasson (5) y denominada por él, "laparoscopia abierta" en 1971; la modificación consistió en no utilizar la camisa en forma de cono diseñada por Hasson, sino una camisa convencional del laparoscopio de 11 mm.

## DESCRIPCION DE LA TECNICA:

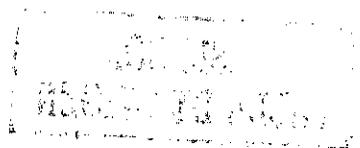
Previa asepsia y antisepsia de la región con espuma de yodo-polvivinilpirrolidona y con la paciente colocada en posición ginecológica y bajo anestesia general, se procedió a efectuar una incisión infraumbilical vertical de 2.5 cm. de longitud, efectuándose la disección por planos: piel, tejido celular subcutáneo, hasta llegar a la aponeurosis, la cual se cortó en la misma dirección de la incisión de piel, se procedió a utilizar los separadores de Farabeuf, para separar las fibras musculares del músculo recto del abdomen, llegando hasta el peritoneo parietal, tomándose el mismo con las pinzas de Kelly y efectuándose un corte sobre el mismo de 1 cm. de longitud pasándose a través del mismo la camisa de un laparoscopio convencional, en lugar de la camisa cónica de Hasson (5), hacia la cavidad abdominal, pero bajo visión directa. Dicha camisa se fijó a la aponeurosis mediante una sutura en surgete, tipo bolsa de tabaco, utilizando para ello la seda del No. 1, montada en aguja curva atraumática, anudándose dicho surgete en forma provisional para evitar la fuga del gas de neumoperitoneo, el cual se efectuaba *posteriormente*. Una vez concluida la intervención, se evacuaba el neumoperitoneo, retirándose la camisa del laparoscopio; y la sutura del surgete en bolsa de tabaco se convertía en definitiva, dejando cerrada la incisión sobre la aponeurosis, la cual con la técnica clásica de laparoscopia siempre quedaba abierta. La intervención se terminaba colocando un punto simple en piel con seda 00.

Los cuidados postoperatorios fueron los mismos que se utilizan para las laparoscopías clásicas. El tiempo quirúrgico fue de 20 minutos y la estancia hospitalaria de estas pacientes nunca rebasó los 2 días, tomando en cuenta desde el momento del ingreso de la paciente, hasta su alta domiciliaria.

## RESULTADOS:

La edad de las pacientes se encuentra anotada en intervalos de 5 años en el cuadro No. 1, en el que se aprecia que la mayor parte de las pacientes estudiadas se encontraron entre los 21 y los 35 años.

En el cuadro No. 2 se encuentra el grupo de pacientes con obesidad, el cual se dividió en forma arbitraria en tres categorías, consistiendo la primera en aquellas pacientes que tuvieron un sobrepeso de 5 kg. para su edad y talla, la segunda para aquellas pacientes en las que el exceso de peso fue de 10 kg., y la tercera para aquellas pacientes con 15 kg. o más de sobrepeso. En el cuadro No. 3 se anota la cirugía previa a la que fueron sometidas las 32 pacientes restantes.



CUADRO No. 2

	COLECISTECTOMIAS	5
	APENDICETOMIAS	7
	CESAREAS	12
	LAPAROSCOPIAS PREVIAS	3
	PLASTIAS UMBILICALES	3
	LAPAROTOMIAS	2
TOTAL DE PACIENTES		32

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las indicaciones para efectuar la laparoscopia en todas las pacientes fueron: control definitivo de la fertilidad con aplicación de anillos de silastic en 50 pacientes (83.3 %), diagnósticos por esterilidad primaria en 5 pacientes (8.4 %), por esterilidad secundaria 2 pacientes (3.3 %), y para second look en 2 pacientes (3.3 %), en una paciente para extracción de un dispositivo intrauterino que había pasado a la cavidad abdominal (1.7 %).

En el cuadro No. 4 se muestran los hallazgos transoperatorios de las laparoscopias efectuadas en todo el grupo b.

En 20 pacientes del total con cirugía previa (62.5 %) se encontró algún tipo de adherencias siendo en 5 de ellas extensas y comprometían epiplón e intestino delgado, pero afortunadamente fueron de tipo laxo, permitiendo por medio de visión directa pasar la camisa del laparoscopio a través de ellas, sin lesionar los órganos comprometidos. En 2, las adherencias envolvían útero y anexos con epiplón, sin embargo tampoco resultaron un obstáculo para efectuar la intervención programada.

Los hallazgos patológicos encontrados en los 60 casos estudiados se describen en el cuadro No. 5, como sigue: en tres pacientes con esterilidad primaria se encontró como hallazgo endometriosis pélvica.

En dos pacientes se observaron tumoraciones ováricas, las que posteriormente fueron extraídas por laparotomía, resultando en el estudio histopatológico, cistadenomas serosos no papilares. En una paciente con laparotomía previa por tuberculosis genital ya tratada, se efectuó una segunda laparoscopia con la técnica abierta, encontrando lesiones compatibles con TB a nivel de ambas salpinges.

En ninguna de las pacientes intervenidas se presentaron complicaciones transoperatorias.

En el 95 % de las pacientes no hubo ningún problema posterior a su alta y sólo en tres pacientes obesas (5 %), se presentó una ligera infección a nivel de la piel en la incisión, infección que cedió con aseo de agua y jabón; la mortalidad de la serie presentada fue de 0 % y la morbilidad del 5 %. Las molestias postoperatorias fueron semejantes a las de la laparoscopia convencional y la estancia promedio de las pacientes fue de 2 días como promedio. No hubo laparoscopias fallidas.

## DISCUSION Y COMENTARIO:

En el pasado la cirugía abdominal previa así como la obesidad, eran consideradas como contraindicaciones relativas para efectuar una laparoscopia, ya fuera de tipo diagnóstico o para efectuar un procedimiento quirúrgico. Remontándonos a 1805, cuando Bozzani logró con sus inquietudes la visualización de la uretra con un endoscopio primitivo (20), hasta la evolución de la endoscopia actual, cuando en 1971 Hasson describe una técnica de laparoscopia abierta, diseñando para la misma, un tipo de camisa especial en forma de cono, y combina la laparoscopia con una minilaparotomía, tratando con ello de disminuir los riesgos de la punción abdominal a ciegas, y de utilizar dicha técnica no como rutina, sino para casos seleccionados, como los antes mencionados.

Las indicaciones para efectuar la laparoscopia en todas las pacientes fueron: control definitivo de la fertilidad con aplicación de anillos de silastic en 50 pacientes (83.3 %), diagnósticos por esterilidad primaria en 5 pacientes (8.4 %), por esterilidad secundaria 2 pacientes (3.3 %), y para second look en 2 pacientes (3.3 %), en una paciente para extracción de un dispositivo intrauterino que había pasado a la cavidad abdominal (1.7 %).

En el cuadro No. 4 se muestran los hallazgos transoperatorios de las laparoscopias efectuadas en todo el grupo b.

En 20 pacientes del total con cirugía previa (62.5 %) se encontró algún tipo de adherencias siendo en 5 de ellas extensas y comprometían epiplón e intestino delgado, pero afortunadamente fueron de tipo laxo, permitiendo por medio de visión directa pasar la camisa del laparoscopio a través de ellas, sin lesionar los órganos comprometidos. En 2, las adherencias envolvían útero y anexos con epiplón, sin embargo tampoco resultaron un obstáculo para efectuar la intervención programada.

Los hallazgos patológicos encontrados en los 60 casos estudiados se describen en el cuadro No. 5, como sigue: en tres pacientes con esterilidad primaria se encontró como hallazgo endometriosis pélvica.

En dos pacientes se observaron tumoraciones ováricas, las que posteriormente fueron extraídas por laparotomía, resultando en el estudio histopatológico, cistadenomas serosos no papilares. En una paciente con laparotomía previa por tuberculosis genital ya tratada, se efectuó una segunda laparoscopia con la técnica abierta, encontrando lesiones compatibles con TB a nivel de ambas salpinges.

En ninguna de las pacientes intervenidas se presentaron complicaciones transoperatorias.

En el 95 % de las pacientes no hubo ningún problema posterior a su alta y sólo en tres pacientes obesas (5 %), se presentó una ligera infección a nivel de la piel en la incisión, infección que cedió con aseo de agua y jabón; la mortalidad de la serie presentada fue de 0 % y la morbilidad del 5 %. Las molestias postoperatorias fueron semejantes a las de la laparoscopia convencional y la estancia promedio de las pacientes fue de 2 días como promedio. No hubo laparoscopias fallidas.

## DISCUSION Y COMENTARIO:

En el pasado la cirugía abdominal previa así como la obesidad, eran consideradas como contraindicaciones relativas para efectuar una laparoscopia, ya fuera de tipo diagnóstico o para efectuar un procedimiento quirúrgico. Remontándonos a 1805, cuando Bozzani logró con sus inquietudes la visualización de la uretra con un endoscopio primitivo (20), hasta la evolución de la endoscopia actual, cuando en 1971 Hasson describe una técnica de laparoscopia abierta, diseñando para la misma, un tipo de camisa especial en forma de cono, y combina la laparoscopia con una minilaparotomía, tratando con ello de disminuir los riesgos de la punción abdominal a ciegas, y de utilizar dicha técnica no como rutina, sino para casos seleccionados, como los antes mencionados.

CUADRO No. 3

16 a 20 años	3	5%
[REDACTED]		
21 a 25 años	14	23.3%
[REDACTED]		
26 a 30 años	14	23.3%
[REDACTED]		
31 a 35 años	16	26.7%
[REDACTED]		
36 a 40 años	9	15%
[REDACTED]		
41 a 45 años	4	6.7%
[REDACTED]		
TOTAL	60	100%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del CMN del IMSS se modificó dicha técnica tratando de simplificarla, al utilizar un equipo convencional de laparoscopia para efectuar laparoscopia abierta, con la técnica descrita en párrafos anteriores; dicho procedimiento se llevó a cabo en 60 pacientes que presentaban alguna contraindicación relativa para efectuar el método habitual. Como se puede constatar en el grupo de pacientes presentado, en el 15.6 % tenían una cirugía previa abdominal, encontrándose procesos adherenciales de importancia, los cuales probablemente con el método clásico de laparoscopia pudieran haber sufrido algún tipo de lesión de importancia, durante cualquiera de los dos tiempos de punción abdominal, ya sea durante la primera punción para efectuar el neumoperitoneo o durante la segunda punción con el trócar, para colocar la camisa del laparoscopio, situación la cual es evitada con la técnica de la laparoscopia abierta; dicha técnica también facilita en forma importante la ejecución del neumoperitoneo particularmente en las pacientes obesas.

La laparoscopia abierta es una técnica que no debe efectuarse en forma rutinaria en todas las pacientes, sino en aquellas en las cuales exista una indicación precisa, como las antes mencionadas (5).

El conocimiento de esta técnica y la simplificación de la misma debe ser tomada en consideración, siendo sus principales ventajas: el evitar la punción a "ciegas" de la pared abdominal y las complicaciones que se derivan de ella (1, 12, 15, 18); disminuir las posibilidades de laparoscopias fallidas y poder brindar las bondades de esta técnica a aquellas pacientes con alguna contraindicación relativa para efectuar una laparoscopia. Por otro lado, al retirarse la camisa del laparoscopio de la cavidad abdominal y cerrarse con surgete en bolsa de tabaco, se evitan las hernias o eventraciones postincisionales, las cuales se han informado que pueden presentarse posteriormente a laparoscopia (1, 12, 15).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 4

PROCESOS ADHERENCIALES	20	62.5%
[REDACTED]		
DE EPIPLON E INTESTINO	5	15.6%
[REDACTED]		
UTERO Y ANEXOS CON EPIPLON	9	28.1%
[REDACTED]		
PERITONEO PARIETAL CON EPIPLON	6	18.8%
[REDACTED]		
TOTAL	20	62.5%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN:

Sesenta pacientes las cuales presentaban alguna contraindicación relativa para efectuar una laparoscopia, como cirugía abdominal previa u obesidad, fueron manejadas por medio de laparoscopia abierta, con una técnica simple, la cual no requiere instrumental especial.

Importantes adherencias subincisionales fueron encontradas en el 15.6 % de las pacientes con incisiones abdominales previas. El tiempo quirúrgico, así como la ejecución del neumoperitoneo y cirugía fue entre 10 y 20 minutos. Las complicaciones presentadas postlaparoscopías fueron de infecciones menores a nivel de piel en 3 pacientes. No hubo ninguna laparoscopia fallida con esta técnica.

## SUMMARY:

Sixty gynecological patients who had a relative contraindication for a laparoscopy like previous abdominal surgery or obesity were studied evaluated by open laparoscopy with a simple technique that required no special instrumentation. The technique was evaluated in regard to ease of performance in obese patients or patients with previous abdominal incisions. Significant subincisional adhesions were found 15.6 % of patients with previous abdominal surgery. No significant side effects were observed. The operative time for insetion of the cannula as well the insufflation time and surgery ranged from 10 to 20 minutes.

The complications related to open laparoscopy were limited to minor wound infections in 3 cases.

Failed laparoscopy were not occurred with the use of this technique.

Open laparoscopy was a safe on reliable procedure, particularly, suitable for obese patients and those with a history of previous abdominal surgery.

CUADRO No. 5

HALLAZGOS PATOLOGICOS

ENDOMETRIOSIS 3



QUISTES DE OVARIO 2



TB GENITAL 1



TOTAL DE PACIENTES 6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

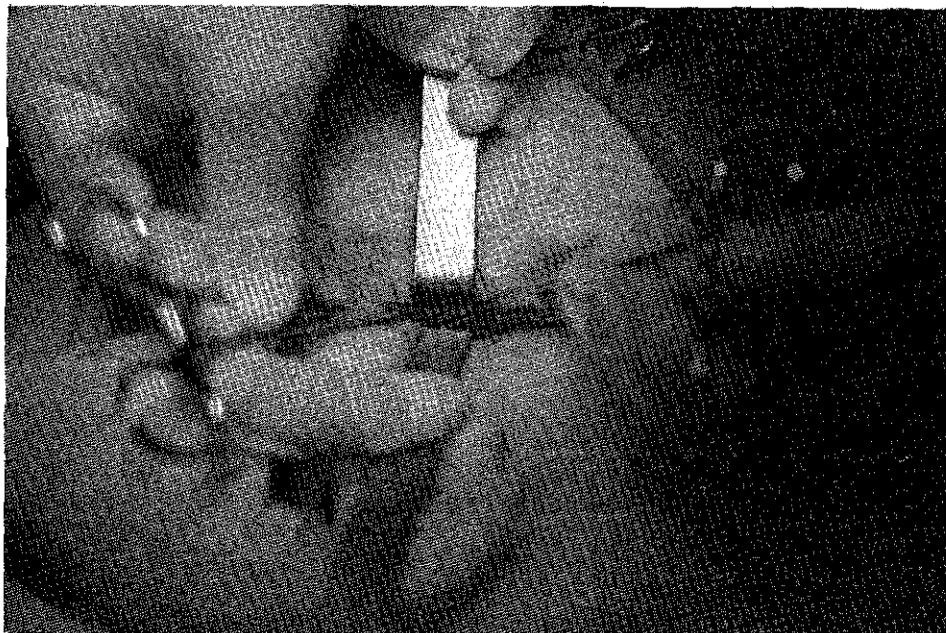
## VISUALIZACION

1900  
1901  
1902  
1903  
1904  
1905  
1906  
1907  
1908  
1909  
1910  
1911  
1912  
1913  
1914  
1915  
1916  
1917  
1918  
1919  
1920  
1921  
1922  
1923  
1924  
1925  
1926  
1927  
1928  
1929  
1930  
1931  
1932  
1933  
1934  
1935  
1936  
1937  
1938  
1939  
1940  
1941  
1942  
1943  
1944  
1945  
1946  
1947  
1948  
1949  
1950  
1951  
1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000

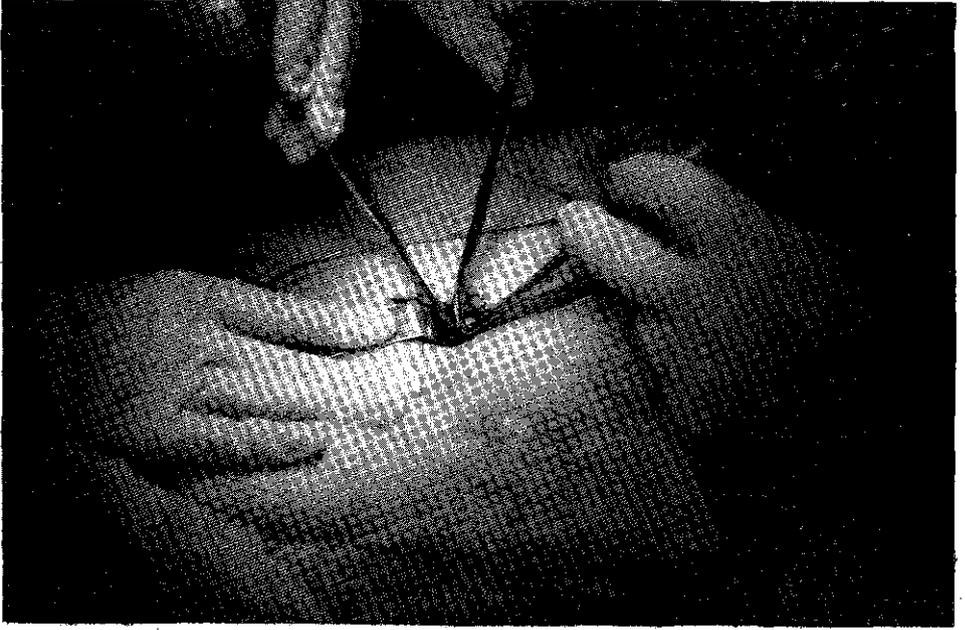


1.—Se efectúa la incisión en piel por abajo de cicatriz umbilical.

2.—Incisión de piel, tejido celular, hasta aponeurosis.

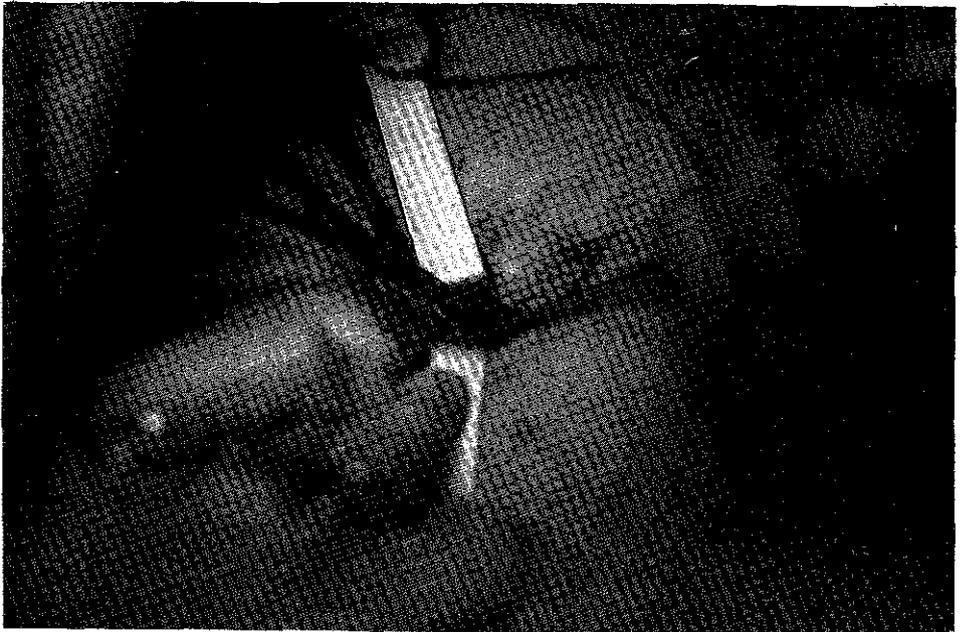


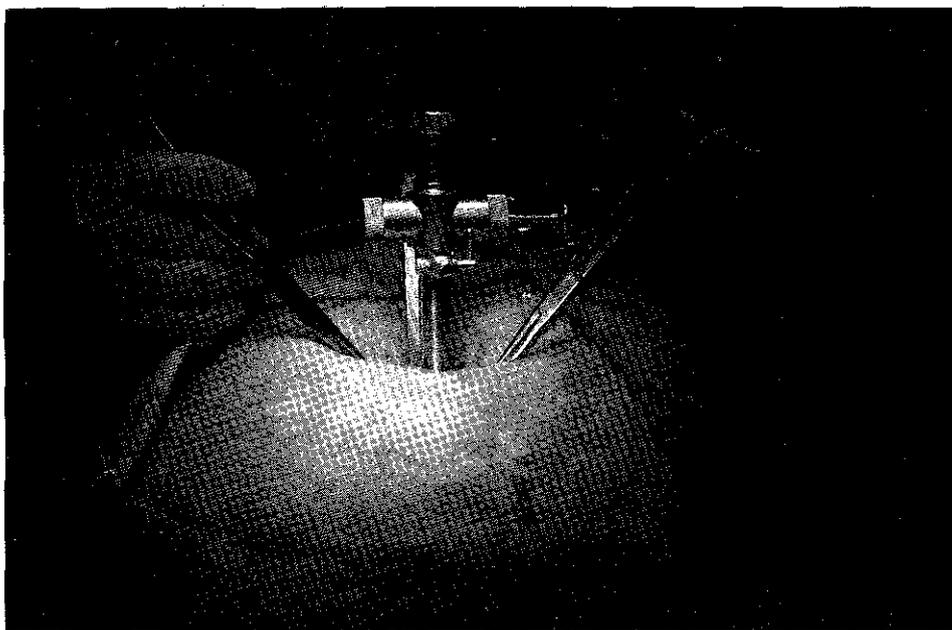
TESIS CON  
FOTOGRAFIA DE ORIGEN



3.—Se abre aponeurosis y peritoneo.

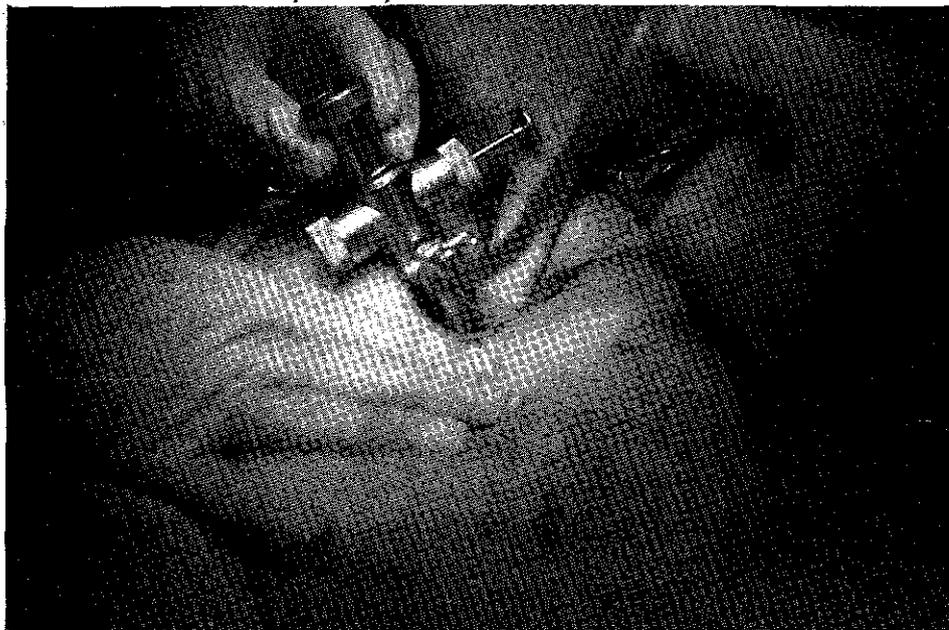
4.—Se aprecia orificio efectuado en peritoneo.





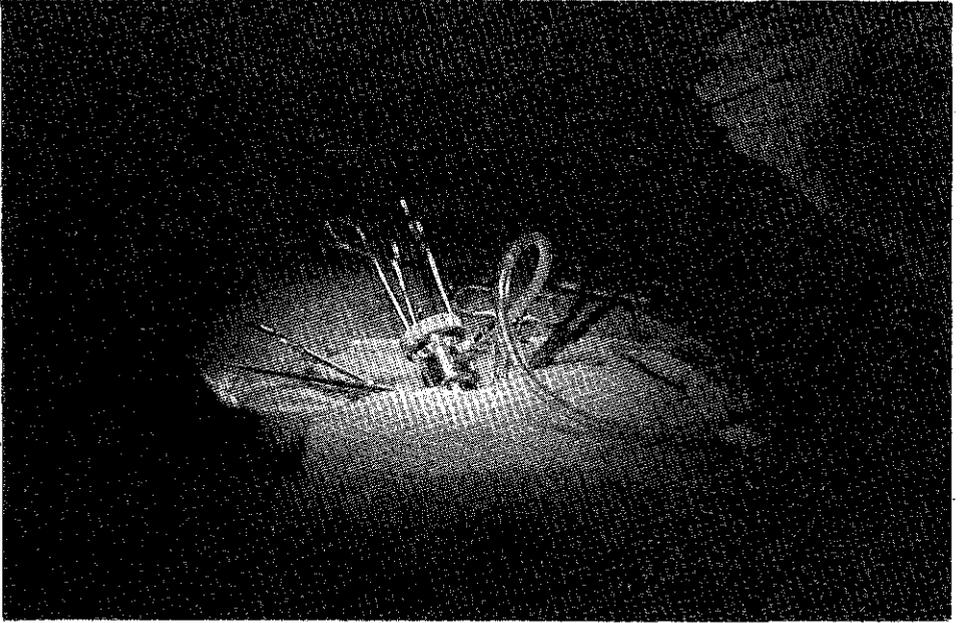
5.—Se introduce la camisa del laparoscopio a través del orificio efectuado en peritoneo.

6.—Se anuda el surgete previamente efectuado, sobre aponeurosis, alrededor de la camisa del laparoscopio.



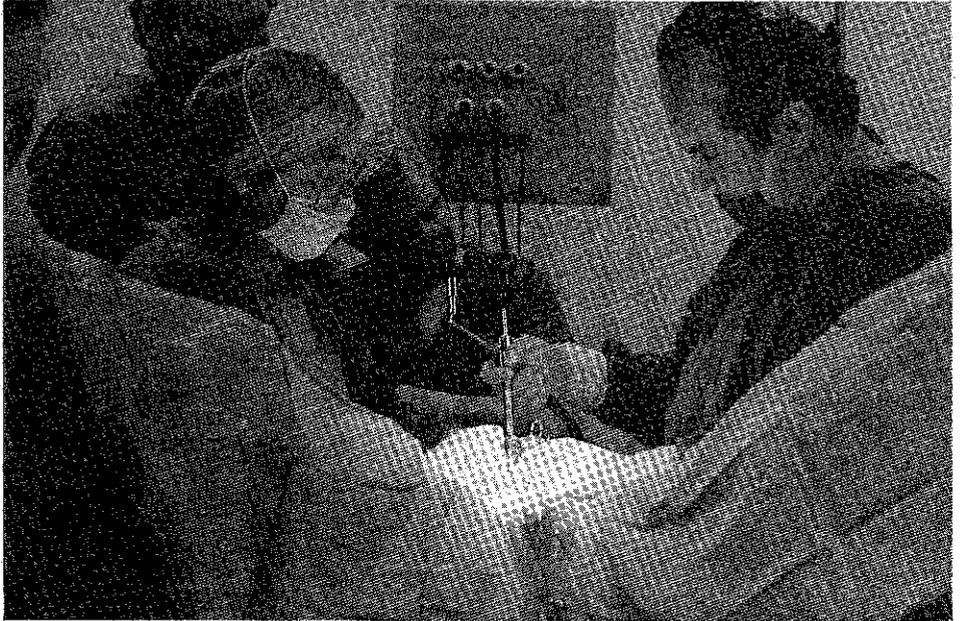
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

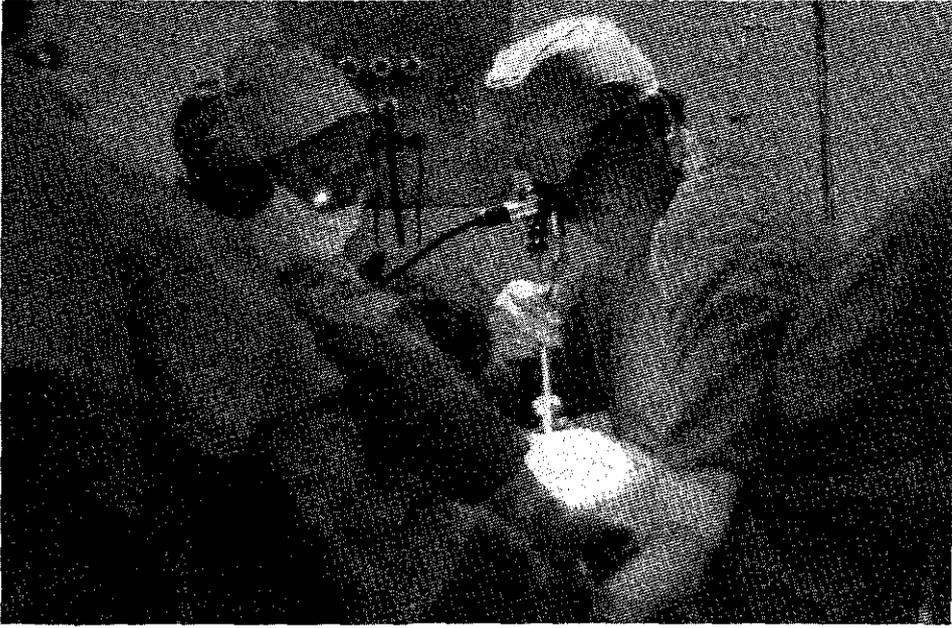
ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA



7.—Camisa fijada con el surgete y se encuentra efectuándose ya el neumoperitoneo.

8.—Se coloca el laparoscopio para efectuar el procedimiento quirúrgico o diagnóstico.





9.—Se aprecia la maniobra de laparoscopia antes mencionada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# BIBLIOGRAFIA:

- 1.—Bishop H.L. and Halpin T.F.  
Dehiscence following laparoscopy: Report of an unusual complication.  
Am. J. Obstet. Gynec. 116: 585, 1973.
- 2.—Burmici R. Kometter R.  
Die Laparoskopie bei der adiposen Frau.  
Geburtsh u. Frauenheilk 40: 1006-08, 1980.
- 3.—Edgerton W.D.  
Experience with laparoscopy in a nonteaching hospital.  
Am. J. Obstet. Gynec 15: 674-75, 1973.
- 4.—Fragenheim H.  
Wie sicher sind die einzelnen methoden den Laparoskopischen tubenes-  
terilization.  
Geburtsh Frauenheilk 40: 896-900, 1980.
- 5.—Hasson M.H.  
A modified instrument and method for laparoscopy.  
Am. J. Obstet. Gynec 15: 886-7, 1971.
- 6.—Hasson M.H. Electrocoagulation of pelvic endometriotic lesions with  
laparoscopic control.  
Am. J. Obstet. Gynec 135 (1): 115-121, Sept. 1979.
- 7.—Horwitz T. Laparoscopy in Gynecology.  
Obst. Gynec. Surgery 27: 1, 1972.
- 8.—Loffer D.F. Laparoscopy in the obese patient.  
Am. J. Obstet. Gynec. 1: 104-107, 1976.
- 9.—Mangioni C. Indications, advantages and limits in ovarian cancer of  
laparoscopy.  
Gynec. Oncology 7: 47-55, 1979.
- 10.—Mendis L.K. Laparoscopy in diagnosis of pelvic tuberculosis. Lancet  
1240, 1979.
- 11.—Morgan H.R. Laparoscopy: Induction of pneumoperitoneum via trans-  
fundal puncture.  
Obst. Gynec. 54: 260-1, 1979.
- 12.—Schiff I. Small bowel incarceration after uncomplicated laparoscopy.  
Obst. Gynec. 43: 674-5, 1974.
- 13.—Semm K. Change in the classic gynecologic surgery review of 3300 pel-  
viscopies in 1971-1976.  
Int. J. Fertil 24: 13-20, 1979.
- 14.—Siegler A. Trends in Laparoscopy.  
Amer. J. Obstet. Gynec 109: 794-809, 1971.



- 15.—Smith A. Rupture of abdominal wound after laparoscopy.  
Brit. Med. J. 1:159, 1974.
- 16.—Swett R. Use of laparoscopy to determine microbiological etiology of acute salpingitis.  
Am. J. Obstet. Gynec. 134: 68, 1979.
- 17.—Wadhwa R. K. And Kenzie R. Complications of band aid surgery for sterilization.  
JAMA 222: 1558, 1972.
- 18.—Whitford J. H. and Gunstone A.J. Gastric perforation: a hazard of laparoscopy under general anaesthesia. Brit J. Anaesth. 44: 97-9, 1972.  
LIBROS:
- 19.—Penfield Jefferson. Female sterilization by minilaparotomy or open laparoscopy.  
Urban & Schwarzenberg, Inc. Baltimore, Maryland 21202. U.S.A. 1980.
- 20.—Phillips Jordan, M.D. Laparoscopy. The William & Wilkins Company.  
428 East Preston Street. Baltimore, Maryland 21202. U.S.A. 1977.
- 21.—Semm Kurt. Atlas de pelviscopia e histeroscopia. Toray-Masson, Balmes 151, Barcelona, España. 1977.