

11217

42
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL
CENTER

**“UTILIDAD DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA
EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL
ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN GINECOLÓGICO”**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
DR. ETELBERTO LOPEZ RIVADENEYRA



0271985

MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE DE 1999

1999

LIBRO DE
ACTAS DE



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.

TITULO.

**“Utilidad de la Cirugía Laparoscópica en el Diagnóstico y Tratamiento
del Abdomen Agudo de Origen Ginecológico”.**

Dr. Etelberto López Rivadeneyra.

Hospital The American British Cowdray (ABC).

Facultad de Medicina.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Dr. Alberto Kably Amba.

Profesor Titular del Curso.

Dr. Jesús Barrón Vallejo.

Asesor de tesis.

DEDICATORIA.

A MI ESPOSA VERO

Por su apoyo incondicional

A MIS PADRES BETO Y TERE

Por el don de la vida

A MIS HERMANOS

Agustín, Mago, Tere, Vero, por su paciencia y cariño

A MIS PROFESORES

Su enseñanza

A DIOS

Por estar a mi lado

A TI

Por hacerme quien soy

INDICE.

Introducción	.....	3
Marco teórico	.....	12
Planteamiento del problema	.....	15
Justificación	.....	17
Objetivos	.....	18
Hipótesis	.....	19
Pacientes y métodos	.....	20
Resultados	.....	23
Discusión	.....	25
Conclusiones	.....	30
Bibliografía	.....	31
Tabla y Figuras		

INTRODUCCIÓN.

La laparoscopia ha ejercido un impacto considerable sobre la práctica ginecológica en los últimos años.

El primer intento de explorar alguna cavidad corporal por medios instrumentales se refiere en el Talmud Babilónico 500 años antes de la era cristiana. En este documento se describe un aparato denominado "Sifoferot" que se utilizaba para observar el cuello y el orificio cervical externo sin algún auxiliar de iluminación. Después de este intento incipiente pasaron varios siglos para que se volviera a tener interés por el uso de técnicas endoscópicas.

Son casi 200 años desde que Phillip Bozzini en 1805 exploró el interior de la uretra utilizando como fuente de iluminación la luz de una vela.

En 1869 Pantaleoni utilizó un cistoscopio para identificar pólipos uterinos. Todavía en el siglo XIX Nitze diseña el sistema de lentes que permiten la magnificación del área operatoria.

A nivel experimental Kelling innovó en 1901 la creación de pneumoperitoneo en perros. También en los inicios de este siglo, Von Ott es el primero en lograr observar la pelvis humana.

Hacia 1910 Jacobeaus indujo el neumoperitoneo en humanos popularizando el término laparoscopia y en 1925 en Alemania se publica el primer caso de ésta técnica.

Fue Korbsch quien editó en 1927 el primer libro de texto sobre técnicas laparoscópicas. En 1930 Kalk utilizó la laparoscopia con fines diagnósticos y operatorios. En 1937 Hope emplea este método quirúrgico para el diagnóstico diferencial en el embarazo ectópico, asimismo, Anderson diseña una técnica para la esterilización tubaria mediante coagulación diatérmica (1,4,17).

Es en 1947 cuando se inicia la era moderna, Raoul Palmer publicó sus primeros 250 casos, coloca en posición de Trendelemburg a las pacientes con el fin de rechazar el contenido abdominal en dirección cefálica e introdujo la distensión gaseosa sistemática; vertiginoso es el desarrollo de la técnica laparoscópica con el invento de la fibra óptica en 1952 es posible la inserción de la luz fría a esta técnica quirúrgica.

En Europa, la amplia aceptación de la laparoscopia a fines de la década de 1950 se debió a los escritos y trabajos de Palmer en Francia, Fragenheim en Alemania y Albano y Cittadini en Italia. De igual forma el desarrollo en la electrónica así como en el equipo de vídeo permite a esta técnica implementar cámaras y monitores para permitir así la posibilidad de múltiples observadores a un procedimiento quirúrgico. Para 1962 Palmer introduce el electrocoagulador unipolar y es en 1974 cuando el Dr. Semm

reporta los primeros casos de salpingectomía, miomectomía, ooforectomía, cistectomía ovárica y salpingostomía por laparoscopia (1,18).

Los beneficios ya conocidos de la laparoscopia como una menor respuesta metabólica al trauma teniendo así una más rápida recuperación y el abatimiento de los costos hospitalarios son motivo para la popularización de esta técnica quirúrgica, sin embargo, los ya conocidos beneficios, los avances técnicos y quirúrgicos y la ambición del médico por resolver el mayor número de padecimientos a través de esta técnica quirúrgica dificultan un tanto los límites e indicaciones para el uso de la misma.

Múltiples normas y procedimientos se han descrito por diferentes autores para el uso del laparoscopio, sin embargo la mayoría de ellos coincide en principios básicos como son:

- a) Revisión del equipo y conocimiento del instrumental
- b) Anatomía; El adecuado conocimiento del área quirúrgica, una punción central cercana a la cicatriz umbilical y el seguimiento de la técnica quirúrgica permiten el disminuir al mínimo los accidentes transoperatorios mejorando así la evolución del paciente (19).
- c) Preparación del paciente: Las condiciones de asepsia y antisepsia adecuadas, la colocación de la paciente en posición de Trendelenburg y el uso de un movilizador uterino permiten disminuir la morbilidad del procedimiento.

- d) Neumoperitoneo. La distensión abdominal a través de la insuflación de CO_2 ya sea por aguja de Veress o trocares de laparoscopia abierta permiten junto con la preparación de la paciente una mejor visualización de la cavidad pélvica y su contenido.
- e) Punciones. Los sitios de punción predominantes se observan en la figura 1.

INDICACIONES

Son múltiples y variadas las indicaciones para el uso de la laparoscopia como ya mencionamos anteriormente su uso en la paciente estéril ha tenido gran auge en los últimos años ya que se emplea para el diagnóstico específico, para el manejo del factor uterino, factor tuboperitoneal y ovárico. De igual forma se utiliza como método terapéutico en lisis de adherencias, plastia tubaria, resección de septos uterinos y otros. Así mismo su uso las técnicas de reproducción asistida es cada vez mayor. (11,20)

La endometriosis es una patología cuya expresión puede ser muy variada que va desde esterilidad, dismenorrea, dispareunia hasta presentar cuadros de abdomen agudo cuyos diagnóstico y manejo deben ser de urgencia (6,13,21).

En el diagnóstico de la causa de dolor pélvico la laparoscopia es trascendental ya que a través de ella puede dilucidarse el origen en casi su totalidad y de igual forma dar manejo al origen del mismo.

El estudio de las masas pélvicas, la anticoncepción definitiva, la docencia y la investigación, son otros de los muchos usos la laparoscopia que nos brinda la posibilidad de una mejor evolución de los pacientes contra los procedimientos convencionales de laparotomía exploradora.

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

1. *Insuficiencia cardiorrespiratoria severa.*
2. Masas pélvicas mayores de 20 cm.
3. Embarazo intrauterino mayor o igual de 20 semanas de gestación.
4. Infección pélvica conocida.
5. Obstrucción intestinal.
6. Hernia diafragmática.

RELATIVAS

Las contraindicaciones relativas dependerán básicamente de la habilidad del cirujano donde estas incrementaran la dificultad del procedimiento como son obesidad, cirugías previas, embarazo intrauterino avanzado, etcétera (14,15,17).

El empleo de la anestesia general en la cirugía laparoscópica es un procedimiento complejo donde el manejo de los cambios fisiopatológicos debidos tanto al empleo de medicamentos, el neumoperitoneo, la posición de Trendelenburg forzada y la manipulación de las vísceras pélvicas requieren de manos hábiles y expertas con la capacidad de compensar dichos cambios en el paciente por operar, los cambios más frecuentemente encontrados durante estos procedimientos son hipotensión, taquicardia,

disminución del volumen corriente, taquipnea y acidosis mixta. La morbilidad y mortalidad se asocian a factores de riesgo como son la edad, el estado general del paciente, tipo de intervención y enfermedades asociadas.

COMPLICACIONES

Mucho se habla sobre las ventajas que guarda la cirugía de invasión mínima contra otros procedimientos, sin embargo, la laparoscopia como todo procedimiento quirúrgico envuelve el riesgo de presentar ciertas complicaciones que si bien la mayoría no son de gravedad deben considerarse antes de iniciar todo procedimiento por lo que tanto la selección de los casos a operarse por esta vía como guardar las técnicas quirúrgicas más apropiadas son de vital importancia; las complicaciones más frecuentes son:

1. Enfisema subcutáneo.
2. Traumatismo cervical por toma de pinza.
3. Perforación uterina con histerómetro o cánula.
4. Hemorragia en sitio de punción, salpinge, mesosalpinx, ovario.
5. Inhabilidad para penetrar a la cavidad peritoneal.
6. Inhabilidad en visualización de órganos pélvicos.
7. Traumatismo de órganos abdominales (intestino, estomago o epiplón), o grandes vasos.
8. Hematoma peritoneal o retroperitoneal.
9. Infección.
10. Paro cardiorrespiratorio.
11. Muerte de la paciente

Es importante considerar que la frecuencia de complicaciones es directamente proporcional a la curva de aprendizaje donde la incidencia de las mismas es considerablemente menor en cirujanos calificados y con experiencia.

MARCO TEORICO.

Durante los últimos 30 años ha ocurrido una revolución médica en el campo de la endoscopia ginecológica. El desarrollo y la aceptación de los nuevos procedimientos han sido facilitados por los avances tecnológicos. El término "laparoscopia diagnóstica" describe la exploración endoscópica de la cavidad pélvica en pacientes en las cuales se sospecha la existencia de alguna patología (1,18)

La laparoscopia es actualmente esencial en la evaluación de la esterilidad, en estas condiciones es considerado el "standard de oro" en el estudio del problema. No obstante, es probable que la definición clásica de laparoscopia diagnóstica ya no pueda aplicarse a ésta y otras circunstancias. En el caso específico de la endometriosis y los procesos adherenciales pélvicos el procedimiento tiene un papel eminentemente terapéutico. En estas dos patologías, y principalmente en la endometriosis la endoscopia quirúrgica ha demostrado ser realmente eficiente cuando se le compara con los tratamientos médicos (23).

El uso de la laparoscopia en otras patologías pélvicas principalmente el embarazo ectópico también ha sufrido cambios en los últimos años. En la actualidad la mayoría de los embarazos tubarios puede manejarse exitosamente por vía endoscópica. Algo similar puede decirse de otros padecimientos (v.g. quistes de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria) que pueden tratarse eficazmente mediante laparoscopia (3,4,5,22).

Refiriéndose específicamente al abdomen agudo en Ginecología es necesario mencionar que puede representar un desafío para el clínico que tiene que manejarlo.

El tipo y localización del dolor asociado con varias situaciones normales y patológicas no siempre son fáciles de diferenciar. A nivel de la región hipogástrica y en las fosas ilíacas puede haber dolor causado por quistes de ovario, problemas urinarios, apendicitis aguda, etcétera. Pero como se ha referido, las molestias pueden ser originadas por situaciones tan comunes como el proceso ovulatorio normal.

En cuanto a las situaciones de urgencia los procedimientos endoscópicos también tienen actualmente papel preponderante. Hay pocas áreas de la cirugía general y ginecológica que sufran cambios tan vertiginosos como el manejo de las patologías mencionadas previamente.

La laparoscopia se usa de manera eficaz en el tratamiento de lesiones que ocasionan abdomen agudo y que atañen al área de la cirugía general (por ejemplo: apendicitis, colecistitis), sin embargo, también suele ser de suma utilidad en el abdomen agudo de origen ginecológico (7,8,23).

En este trabajo se evaluará la eficiencia de la laparoscopia operatoria en el manejo de patología ginecológica que ocasiona abdomen agudo; se hace énfasis en las posibles ventajas que puede representar el procedimiento

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abdomen agudo siempre necesita la práctica de cirugía para resolver la patología causante del problema.

La realización de una cirugía convencional mediante laparotomía implica la morbilidad relacionada con la apertura de la cavidad abdominal (dolor en la herida, formación de hematomas, infección), mayor tiempo de hospitalización y recuperación así como retraso en la incorporación a la actividad laboral.

El decidir tratar una paciente con abdomen agudo probablemente de causa ginecológica mediante laparoscopia o laparotomía depende en parte de la preparación y experiencia del cirujano. Sin embargo, la posibilidad de evitar la morbilidad mencionada previamente puede hacer que se opte por la vía laparoscópica.

El manejo de la paciente que presenta datos clínicos sugestivos de abdomen agudo por medio de laparoscopia puede ser conveniente en algunas circunstancias. En los casos en que la evaluación laparoscópica no encuentra patología, se evita la apertura de la cavidad abdominal y el procedimiento finaliza con molestias mínimas para la paciente.

En cuanto a los inconvenientes de la cirugía laparoscópica en el tratamiento del abdomen agudo ginecológico se debe mencionar que en

términos generales es más onerosa además de necesitar preparación y pericia técnicas. Por otra parte la duración de los procedimientos endoscópicos puede ser mayor que la de los efectuados por laparotomía.

El problema de decidir manejar a una paciente con datos de irritación peritoneal por una u otra vía es una de las controversias actuales de la cirugía ginecológica.

JUSTIFICACIÓN.

La necesidad de evaluar los convenientes e inconvenientes de la cirugía laparoscópica en pacientes con abdomen agudo de causa aparentemente ginecológica justifica la realización de este tipo de estudios.

Además, es necesaria la práctica de estos protocolos para conocer las diferencias sutiles o muy aparentes entre ambos tipos de tratamiento.

Los resultados que se obtienen son sumamente útiles para establecer proyectos clínicos y académicos, tales como adquisición de equipo e implementación de planes de adiestramiento de profesionales médicos y personal de apoyo (enfermería, técnicos especializados en endoscopia).

OBJETIVOS.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la utilidad de la laparoscopia en padecimientos ginecológicos de urgencia, donde podremos confirmar o descartar tanto el diagnóstico presuncional como los diagnósticos diferenciales y resolviendo la patología durante el mismo procedimiento disminuyendo así los tiempos muertos desde el ingreso del paciente a la sala de urgencias hasta la resolución del problema.

HIPOTESIS.

Hipótesis verdadera.

Si se realiza laparoscopia para el tratamiento de patología ginecológica que ocasiona abdomen agudo, la mayoría de los casos serán resueltos de manera adecuada.

Hipótesis nula.

El tratamiento laparoscópico no es útil para manejar patologías ginecológicas que producen abdomen agudo.

PACIENTES Y METODOS.

Se trata de un estudio retrospectivo y transversal. Fueron analizados los casos de 78 pacientes que se atendieron en el servicio de urgencias del Hospital ABC por dolor abdominal y sintomatología relacionada con el aparato reproductivo.

Todas fueron mujeres premenopáusicas. Siempre fue realizada una exploración pélvica exhaustiva y examen ultrasonográfico de la pelvis antes de tomar la conducta quirúrgica.

Las variables estudiadas fueron el cuadro clínico, métodos auxiliares de diagnóstico, edad de la paciente, antecedente de esterilidad, antecedente de cirugía pélvica y enfermedad pélvica inflamatoria. Además, se evaluó el tipo de cirugía realizada, estancia intrahospitalaria y frecuencia de complicaciones.

PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO.

Todas las cirugías fueron efectuadas con la técnica laparoscópica convencional. Las pacientes sometidas a anestesia general endotraqueal con ventilación controlada. Primero se creó un neumoperitoneo con aguja de Verres-Frangenheim, posteriormente fue efectuada una incisión trans o infraumbilical e introducido el trócar principal con la paciente colocada en posición Trendelenburg entre 10° a 15° para el desplazamiento de las asas intestinales.

La presión intra-abdominal se mantuvo <15 mm Hg estabilizando el neumoperitoneo con insuflación continua de CO₂.

Para la realización de laparoscopia terapéutica se introdujeron uno o más trócares accesorios, según fuese necesario.

Las cirugías se efectuaron mediante el uso de cámaras y monitores de video, cuando se consideró prudente fue efectuada la documentación del procedimiento quirúrgico mediante grabación en formato VHS y/o impresión fotográfica.

EVALUACION DE LOS DATOS.

Para el análisis estadístico se creó una base de datos en programa comercial para computadora personal Excel (Microsoft), fueron empleadas técnicas de estadística descriptiva básica y X^2 . Un valor de $P < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativa. Todos los datos se presentan como promedio \pm desviación standard a menos que alguna aclaración sea establecida.

RESULTADOS.

La edad de las pacientes fue de 27 ± 6.3 años (rango 15 a 50 años). Los diagnósticos preparatorios más frecuentes fueron embarazo ectópico y quiste de ovario, el resto de las pacientes se operó para determinar la etiología del dolor abdominal.

El antecedente de esterilidad, enfermedad pélvica inflamatoria y tratamiento de embarazo ectópico fueron los más frecuentes. No obstante, este último antecedente fue el factor determinante de riesgo más importante para el desarrollo ulterior del problema (χ^2 , $P < 0.05$).

El diagnóstico preoperatorio de las pacientes puede observarse en la figura 2. Fue encontrada patología intra abdominal en 97.4% de los casos. En 98.6% se trató de patología ginecoobstétrica (Figura 3). El valor predictivo positivo del diagnóstico preoperatorio fue de 83.3% y 91.3% en los casos de embarazo ectópico y quiste de ovario respectivamente.

Del total de las pacientes, en 20 casos (25.6%) se recurrió a la cirugía abierta. Las indicaciones se informan en la tabla 1. Los porcentajes expresados en la última columna se refieren a los diagnósticos postoperatorios. La hemorragia incontrolable y el hemoperitoneo masivo con la hipovolemia consecuente en casos de embarazo ectópico roto fue la situación que determinó más frecuentemente esta conducta (figura 4).

La duración promedio de la cirugía fue de 77.5 +/- 12.3 minutos. El tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 1.6 +/- 0.3 días.

No hubo complicaciones médicas o quirúrgicas ocasionadas por el procedimiento endoscópico en las pacientes incluidas en el estudio.

DISCUSION.

Los adelantos tecnológicos han hecho que el concepto clásico de "laparoscopia diagnóstica" esté dejando de ser vigente. Ahora una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos pueden realizarse por vía endoscópica.

Existe preocupación sobre la posibilidad de que el uso amplio de la laparoscopia pueda hacer que se maneje por cirujanos poco experimentados, ello puede aumentar la morbilidad del procedimiento.

Otro punto de controversia es el hecho de determinar lo que puede considerarse un "éxito quirúrgico". Por lo menos en el área de la esterilidad el éxito consiste en la posibilidad de lograr el embarazo y en todo caso llevarse un niño sano a casa. Es muy probable que en el campo de la fertilidad, la endometriosis y los procesos adherenciales representen la indicación más idónea de la laparoscopia, aunque tengan en ocasiones que realizarse de urgencia como las pacientes incluidas en este trabajo (1).

Desde la introducción de la fertilización in vitro disminuyó parcialmente el interés en las técnicas quirúrgicas que tratan de restaurar la anatomía de los órganos pélvico, inclusive los casos severos de adherencias pélvicas ahora se consideran candidatos desde el principio a ser tratados con técnicas de Reproducción Asistida. En este sentido, existe un consenso casi general a dejar a un lado la cirugías que abarcan la manipulación extensa de

los órganos pélvicos. Es probable inclusive que en el futuro la fertilización in vitro se considere como procedimiento de primera elección en pacientes con cualquier grado de adherencias pélvicas.

El tratamiento endoscópico de los quistes ováricos puede efectuarse casi siempre de manera adecuada mediante laparoscopia. En el caso de los quistes que originan compromiso peritoneal y amenazan la salud y la vida de la paciente la endoscopia está totalmente indicada para corregir el proceso patológico. No obstante, siempre debe tenerse en cuenta el éxito a “corto plazo” como la evolución a largo plazo de la paciente. Es cierto que un procedimiento endoscópico puede salvar la vida, disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y también la morbilidad, sin embargo, hay que tomar en cuenta la repercusión que puede tener posteriormente. Una cirugía incorrectamente realizada puede dañar de manera notoria e inclusive irreversible la fertilidad, una vez más la preparación y el juicio clínico del médico son trascendentes para éxito del procedimiento (2).

En términos generales los quistes ováricos benignos pueden manejarse adecuadamente por laparoscopia ya sea que presenten clínicamente como procesos agudos o se realicen como procedimientos programados. En el caso particular de los teratomas existe preocupación por la ruptura accidental del quiste que puede ser más común con la técnica endoscópica. Sin embargo, no existe evidencia que esto aumente la frecuencia de irritación peritoneal postoperatoria ni de diseminación de células neoplásicas, el lavado peritoneal profuso parece ser suficiente para

prevenir la peritonitis causada por la diseminación del líquido del quiste (4, 10, 11).

En el caso del tratamiento de los quistes de ovario el tratamiento endoscópico disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y el dolor postoperatorio propio de la herida quirúrgica. La cantidad de sangrado transoperatorio también se reduce aunque esto no parece tener significado clínico. En estos casos la duración del tiempo operatorio se prolonga cuando se le compara con los procedimientos realizados por laparotomía (4).

Además, el costo del procedimiento endoscópico para el manejo de quistes del ovario generalmente es más elevado cuando se le compara con la técnica tradicional; este último aspecto es debido parcialmente al uso de material quirúrgico desechable (4).

El embarazo ectópico tubario es probablemente la patología que más ha sufrido cambios en su tratamiento en los últimos años. Algunos autores tratan casi todos estos casos por medio de laparoscopia.

El manejo endoscópico del embarazo ectópico tiene algunas ventajas: El procedimiento es diagnóstico y terapéutico; se obtienen buenos resultados cosméticos en la pared abdominal; hay disminución en la estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación, además es más rápido el regreso a las actividades laborales. Aunque el procedimiento tenga

exclusivamente propósitos diagnósticos puede contribuir a detectar el padecimiento en etapas incipientes con lo que se mejora el pronóstico reproductivo de las pacientes (3).

Por otra parte, la cirugía endoscópica para el embarazo ectópico presenta también desventajas: La necesidad de personal entrenado específicamente en laparoscopia, persistencia de tejido trofoblástico cuando se efectúa tratamiento conservador, incremento en el tiempo quirúrgico y el elevado costo del procedimiento (3,12).

A pesar de las objeciones de su uso el procedimiento endoscópico tiende a hacerse cada vez más frecuente en los casos de embarazo ectópico. En términos de costos aparentemente la técnica laparoscópica parece ser superior al tratamiento convencional por laparotomía si se toman en cuenta todos los factores mencionados (3).

En cuanto a las otras urgencias tratadas en las pacientes incluidas en el presente trabajo, merece atención especial la apendicitis. Este proceso patológico suele dar manifestaciones clínicas similares a las de los padecimientos ginecológicos que dan origen a irritación peritoneal. Cuando se hace el diagnóstico de apendicitis aguda con el uso liberal de la laparoscopia la tasa de diagnóstico acertado es aproximadamente de 95-99%, con ello se reduce el número de apendicectomías con reporte patológico normal, sin embargo, esta conducta puede conducir a la

realización innecesariamente elevada de procedimientos endoscópicos (13,14).

Al igual que en los procesos ginecológicos inflamatorios, aun con la practica de laparotomía o laparoscopia es difícil distinguir los casos sin patología de los que se encuentran en etapas muy incipientes. En estas circunstancias tanto la cirugía tradicional como la endoscopia pueden ocasionar morbilidad que resulta innecesaria para la paciente (15).

Como corolario se estable que actualmente la cirugía laparoscópica es eficaz en el tratamiento de lesiones ginecológicas que causan abdomen agudo. Los procedimientos endoscópicos aún suelen requerir más tiempo para su realización, su costo es elevado y requieren de personal capacitado. Como disminuyen la estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación de los pacientes muy probablemente esto sea un factor determinante para su uso más amplio.

CONCLUSIONES.

La laparoscopia es un procedimiento útil en el manejo del abdomen agudo de origen ginecológico. El valor predictivo del diagnóstico preoperatorio en el grupo de pacientes estudiadas es compatible con una acertada evaluación clínica.

La laparoscopia reduce los tiempos muertos entre el inicio del padecimiento, el diagnóstico del problema y la resolución del mismo. Es necesario incrementar la posibilidad de resolver casos de hemoperitoneo por vía endoscópica. La reducción en los costos de la cirugía laparoscópica es una necesidad obvia.

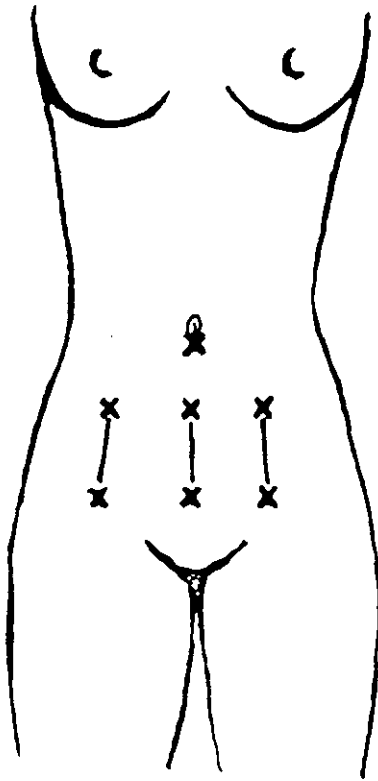
BIBLIOGRAFIA.

1. Pasquarette MM. Is there still a role for "diagnostic" laparoscopy. *Infert Reprod Med Clin North Am* 1997; 8: 159-175.
2. Tadir Y, Fisch B. Operative laparoscopy: A challenge for general Gynecology? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 7-12.
3. Maruri F, Azziz R. Laparoscopic surgery for ectopic pregnancies: technology assessment and public health implications. *Fertil Steril* 1993; 59: 487-498.
4. Howard FM. Surgical Management of Benign Cystic Teraroma. Laparoscopy vs. Laparotomy. *J Reprod Med* 1995; 40: 495-499.
5. Chi DS, Curtin JP, Bakarar RR. Laparoscopic management of Adnexal Masses in Women With a History of Nongynecologic Malignancy. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 964-968.
6. Bevan CD, Johal BJ, Mumtaz G, Ridgway GL. Clinical, laparoscopic and microbiological findings in acute salpingitis: report on a United Kingdom cohort. *Br J Obstet Gynecol* 1995; 102: 407-414.
7. Attwood SEA, Hill ADK, Murphy PG, Thornton J, Stephens RB. A prospective randomized trial of laparoscopic versus open appendectomy. *Surgery* 1992; 112: 497-501.
8. Nowzaradan Y, Westmoreland J, McCarver CT, Harris RJ. Laparoscopic Appendectomy for Acute Appendicitis: Indications and Current Use. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1: 247-257.

9. Peters JH, Miller J, Nichols KE, Ollila D, Avrodopolus D. Laparoscopic Cholecystectomy in Patients Admitted With Acute Biliary Symptoms. *Am J Surg* 1993; 166: 300-303.
10. Nezhat C, Winer WK, Nezhat F. Laparoscopic removal of dermoid cysts. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 278-291.
11. Reich H, McGlynn F, Sekel L, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts. *J Reprod Med* 1992; 37: 640-644.
12. Krantz SG, Gray RH, Damewood MD, Wallach EE. Time trends in risk factors and clinical outcome of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1990; 54: 42-46.
13. Tronin RJ, Burova VA, Grinberg AA. Laparoscopic Diagnosis of Acute Appendicitis in Women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3 257-261.
14. Kum CK, Sim EK, Goh PM, et al. Diagnostic laparoscopy reducing the number of normal appendectomies.
15. Korkan IP. Laparoscopy in the diagnosis of acute appendicitis in pregnancy. *Chirurgia* 1992; 2: 63-66.
16. Gomel V. Operative laparoscopy : time for acceptance. *Fertility and Sterility* vol 52, No.1 July 1989.
17. *Ginecología Quirúrgica*, Te Linde, Thompson 7ª. Edición. Editorial Médica Panamericana 1994.
18. Cohen M.R. *Laparoscopy, Culdoscopy, and gynecography*, Philadelphia, WB Saunders 1970.

19. Hurd et al. The location of abdominal wall blood vessels in relationship to abdominal landmarks apparent at laparoscopy. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: .
20. Normas y procedimientos en ginecología y obstetricia INPer 1990.
21. Tratado de ginecología de Novak H.W. Jones A.C. Wentz 11ª edición Editorial Interamericana
22. Nezhat C. Et al: Surgical treatment of endometriosis via laser laparoscopy. Fertil Steril 45:778. 1986.
23. Semm K: Operative manual for Endoscopic Abdominal surgery. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1987.

FIGURA 1



ESTA FESSE NÃO DEVE
CALOR NUNCA REVERTER

Figura 2. Diagnósticos preoperatorios.

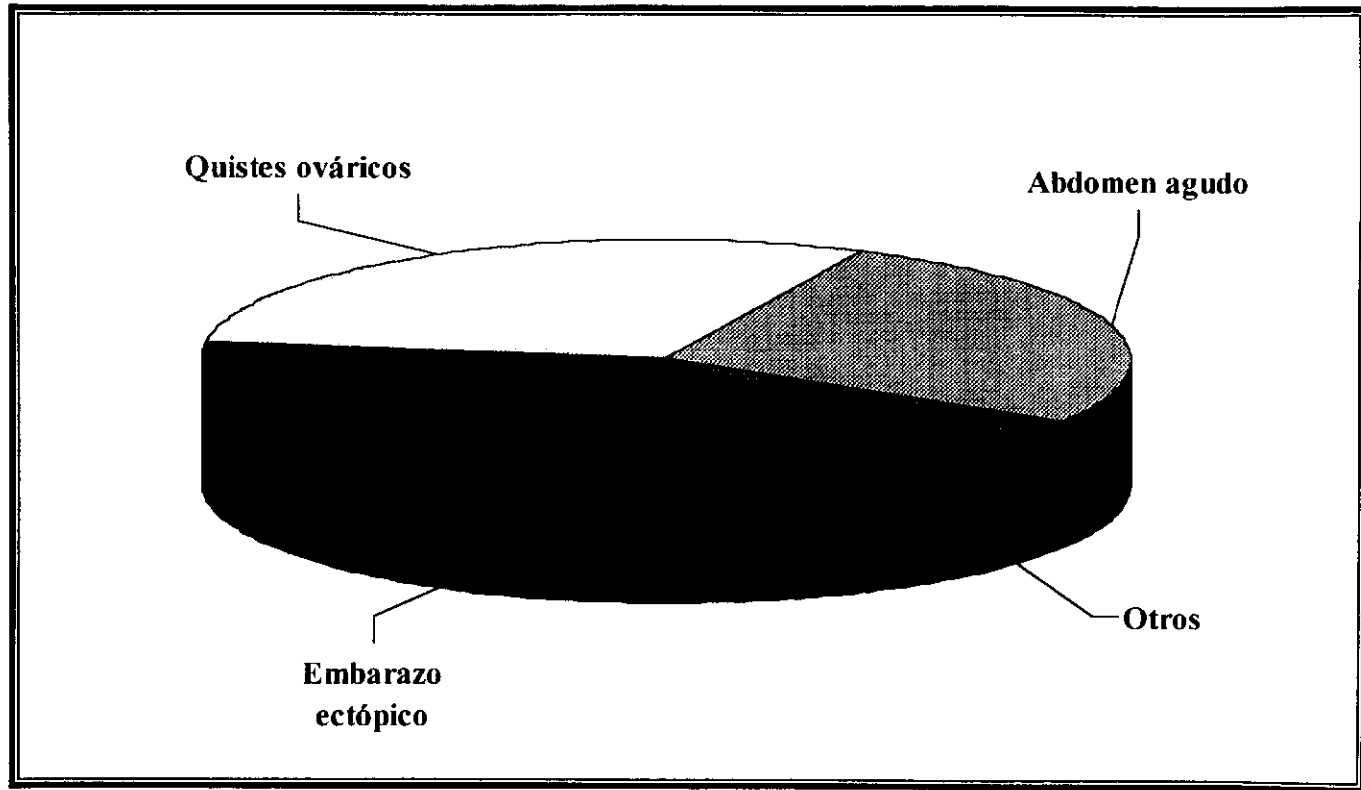


Figura 3. Patología ginecológica detectada durante la cirugía.

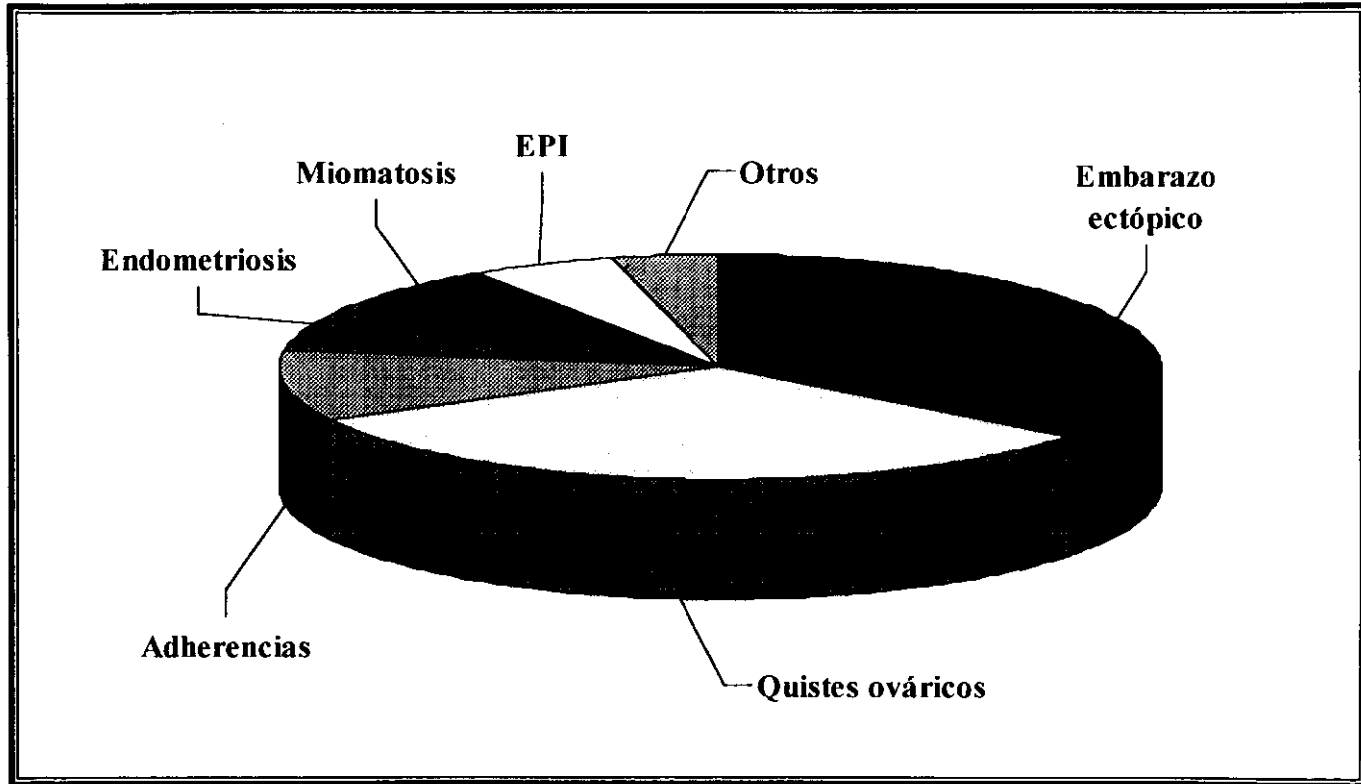


Figura 4. Indicaciones de conversión a cirugía abierta.

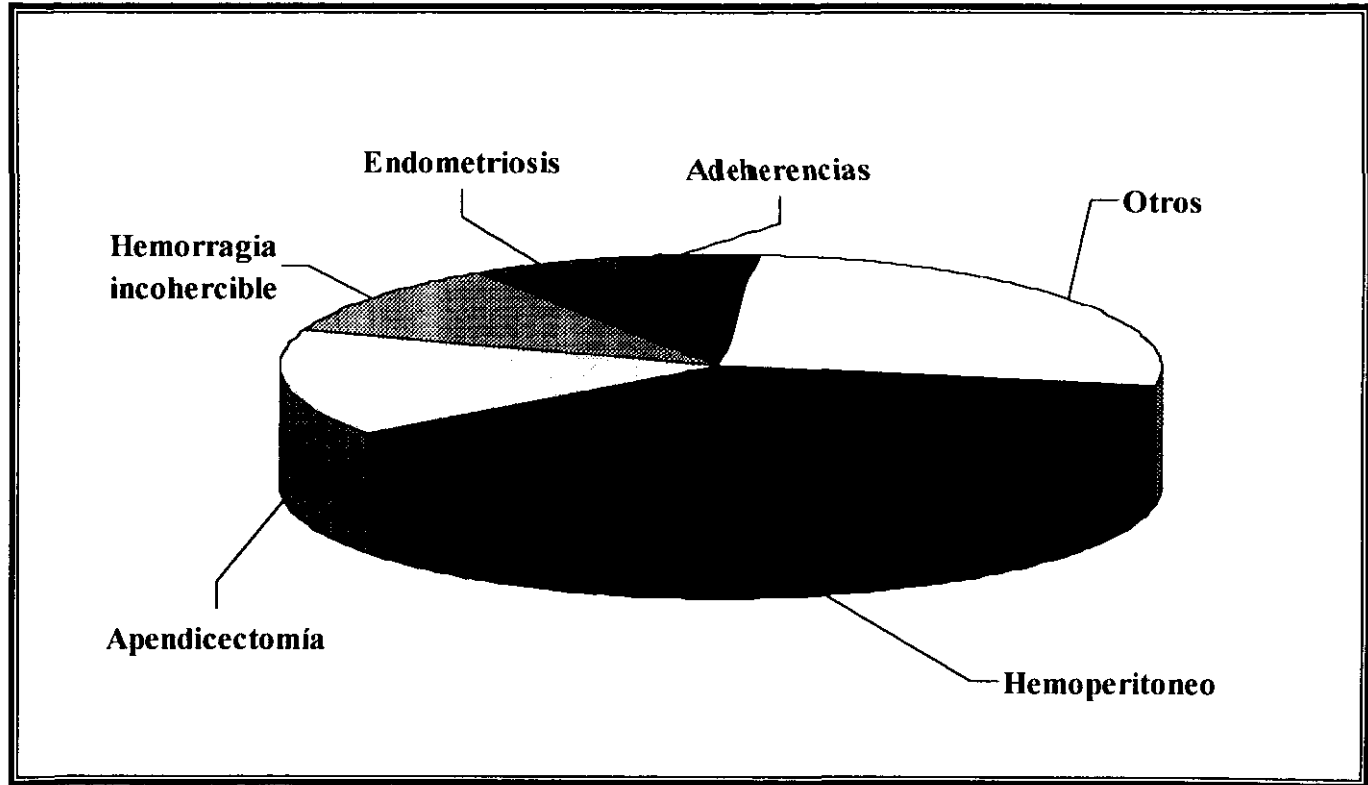


Tabla 1. Conversión de cirugía laparoscópica a laparotomía.

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Embarazo ectópico	10	37
Quiste de ovario	5	21
Perforación uterina	1	100
Miomatosis	1	10
EPI	2	50
Apendecitis	1	100