UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DIAGNOSTICO LAPAROSCOPICO EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. REVISION DE 5 AÑOS (1974 - 1978)

TESIS

Presentada a la junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

EDNA DEL VALLE ALVARADO

Al conferírsele el título de

MEDICO Y CIRUJANO

INTRODUCCION

El estudio laparoscópico tiene como principio el producir poco traumatismo y buena exposición de los órganos abdominopélvicos, así como el ahorro económico (90o/o más barata que laparotomía pélvica en Estados Unidos) en estancias hospitalarias, gastos de medicinas y anestésicos e instrumentos y materiales de Sala de Operaciones.

Fue en 1805 cuando el investigador Bozzini en Frankfurt inició sus experiencias en este campo.

La laparoscopía diagnóstica tiene como antecesor en sus orígenes la Cistoscopía para detectar anomalías genitourinarias bajas.

En América se tiene conocimiento del método que nos ocupa en 1911 por Berheim quien recopiló una serie grande de pacientes estudiadas en esta forma siendo uno de los pioneros de este tipo de diagnóstico.

Palmer en Francia ha dado auge y nuevos datos estadísticos en las diferentes enfermedades pélvicas detectables por este método.

La laparoscopía es una forma de hacer diagnóstico a través de un juego de lentes dentro de un tubo de fibra óptica conectados a otro juego de lentes con una fuente de luz fría que va dentro del abdomen haciendo posible ver con toda claridad las estructuras de la cavidad abdominal y pélvica.

El trabajo que realicé con respecto a este tema (Revisión de laparoscopía diagnóstica en el departamento de Ginecoobstetricia del IGSS. Enero 1974 - Diciembre 1978) tiene por objeto establecer datos estadísticos de la diversa patología pélvica de la mujer en nuestro medio, comparar la certeza o error del diagnóstico clínico; analizar el porcentaje de pacientes que inútilmente hubieran sido exploradas por cirugía.

Es mi deseo que a través de mi trabajo de tesis pueda

[illegible] bibliografía sobre este capítulo tan importante.

El estudio laparoscópico tiene como principio el producir poco traumatismo y buena exposición de los órganos abdominopélvicos, así como el ahorro económico (90o/o más barata que laparotomía pélvica en Estados Unidos) en estancias hospitalarias, gastos de medicinas y anestésicos e instrumentos y materiales de Sala de Operaciones.

Fue en 1805 cuando el investigador Bozzini en Frankfurt inició sus experiencias en este campo.

La laparoscopía diagnóstica tiene como antecesor en sus orígenes la Cistoscopía para detectar anomalías genitourinarias bajas.

En América se tiene conocimiento del método que nos ocupa en 1911 por Berheim quien recopiló una serie grande de pacientes estudiadas en esta forma siendo uno de los pioneros de este tipo de diagnóstico.

Palmer en Francia ha dado auge y nuevos datos estadísticos en las diferentes enfermedades pélvicas detectables por este método.

La laparoscopía es una forma de hacer diagnóstico a través de un juego de lentes dentro de un tubo de fibra óptica conectados a otro juego de lentes con una fuente de luz fría que va dentro del abdomen haciendo posible ver con toda claridad las estructuras de la cavidad abdominal y pélvica.

El trabajo que realicé con respecto a este tema (Revisión de laparoscopía diagnóstica en el departamento de Ginecoobstetricia del IGSS. Enero 1974 - Diciembre 1978) tiene por objeto establecer datos estadísticos de la diversa patología pélvica de la mujer en nuestro medio, comparar la certeza o error del diagnóstico clínico; analizar el porcentaje de pacientes que inútilmente hubieran sido exploradas por cirugía.

Es mi deseo que a través de mi trabajo de tesis pueda contribuir a la bibliografía sobre este capítulo tan importante.

OBJETIVOS

1o. Analizar la eficacia del método (Laparoscopía diagnóstica).

2o. Dejar un dato estadístico del procedimiento.

3o. Analizar la edad de las pacientes en la que con mayor frecuencia se hizo laparoscopía diagnóstica.

4o. Analizar la paridad de las pacientes que fueron laparoscopizadas.

5o. Determinar las causas por las que las enfermas fueron sometidas al procedimiento.

6o. Evaluar el uso del método como diagnóstico de infertilidad.

7o. Determinar la patología más frecuente asociada con la infertilidad.

8o. Analizar cuántas laparotomías se evitaron con este método.

9o. Evaluar complicaciones del método.

MATERIAL Y METODOS

MATERIALES:

1o. Libros de registros de Sala de Endoscopía del Hospital de Ginecoobstetricia del IGSS.

2o. Expedientes de las pacientes sometidas al procedimiento.

3o. Personal paramédico del servicio.

4o. Literatura revisada.

METODO:

1o. Revisión retrospectiva de los libros de Sala de Endoscopía del hospital de ginecoobstetricia del IGSS de los años de 1974 - 1978.

2o. Anotación de nombres y registros médicos de las pacientes que fueron sometidas a Laparoscopía diagnóstica.

3o. Revisión de las historias clínicas de dichas pacientes investigando los parámetros: edad, paridad abortos, cesáreas, embarazos ectópicos, motivos de consulta o diagnóstico clínico, hallazgos laparoscópicos etc.

4o. Tabulación y análisis de los datos encontrados.

GENERALIDADES SOBRE LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

La técnica para el estudio laparoscópico es sumamente sencilla; consiste en la introducción de un telescopio menor de 1 centímetro de diámetro previa a la cual se distiende la cavidad abdominal con N_2O ò CO_2 por medio de una aguja, la cual va insertada o bien en el abdomen a través del borde inferior del anillo umbilical o bien en el fondo de Saco de Douglas en pacientes obesas o con cirugía abdominal previa, conectada a una cánula de polietileno que va hacia el Aparato de Insuflación en el que se encuentra el gas y la fuente de luz, así como los relojes que miden presión y volumen del gas.

El paso siguiente antes de introducir el telescopio es efectuar una incisión en borde inferior del anillo umbilical de más o menos 1.5 centímetros de longitud lugar por donde se introduce un trocar a la cavidad abdominal el cual tiene válvulas que evitan que se fugue el gas antes o en el momento de introducir el telescopio. Se hace la salvedad de que el equipo que está en contacto con la paciente es estéril.

En promedio para distender adecuadamente el abdomen de las pacientes en general se utiliza un volumen de 1.5 a 2 litros de gas y la presión debe ser menor a los 20 mm de mercurio.

Existen ventajas y desventajas con el uso de los diferentes gases; así pues el O_2 produce irritación del tejido, se absorbe lentamente y lo más peligroso es que puede producir aunque raramente Embolia gaseosa de pronóstico oscuro.

El CO_2 puede producir hipercapnea la cual se evita hiperventilando a la paciente, también puede causar embolia si se inyecta en alguna vena de la pared abdominal.

El N_2O es inflamable. Común a todos los gases es el dolor referido al hombro por algunas pacientes.

Como todo procedimiento quirúrgico debe hacerse con la menor molestia posible a la paciente siendo por lo tanto indispensable el uso de fármacos que inhiban el dolor, tales como

el Demerol y el Valium endovenoso, la Xilocaina o Lidocaina al 2o/o local en el área a manipular. (Promedio 15 - 20 cc); algunos autores se inclinan por el bloque epidural o espinal (Aribarg, 1973)

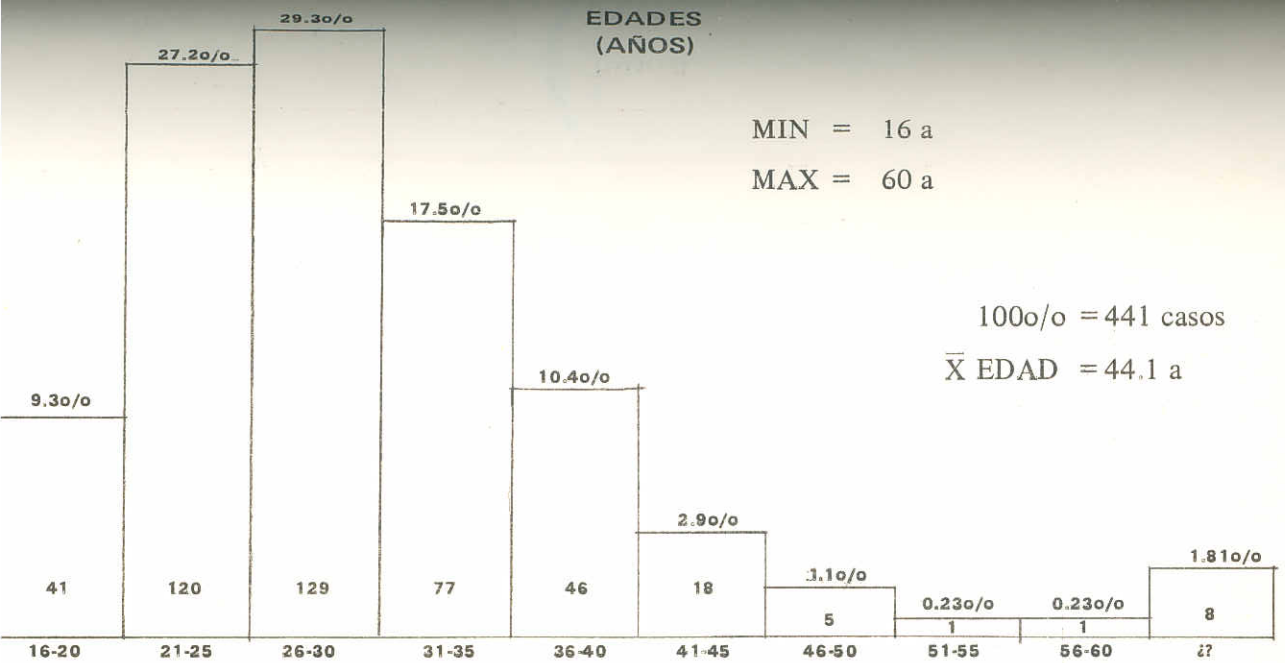
El período de recuperación es en promedio de dos horas al cabo de las cuales se puede dar alta a la paciente con toda confianza.

La laparoscopía diagnóstica tiene indicaciones en aquellos casos en los cuales el clínico se encuentra sin poder establecer el diagnóstico. Por ejemplo dolor pélvico agudo o crónico con signos no precisos de determinada patología, embarazos ectópicos, quistes de ovario, infecciones pélvicas agudas o crónicas, fibromatosis uterina, salpingitis, hidrosalpinx, apendicitis, cromopertubación, extracción de DIU intra-abdominales, Infertilidad en estos casos de mujeres con problema de fertilidad la laparoscopía tiene su mejor campo de acción pues se debe visualizar todo el abdomen y con mayor énfasis la pélvis encontrándose en la literatura mundial como hallazgos laparoscópicos 50o/o de adherencias, endometriosis menos del 10o/o.

Otra de las ventajas del procedimiento es la facilidad con que se puede en un momento determinado tomar biopsia de tejido, recoger muestras para cultivos y liberación de algunas adherencias sin tener que hacer una cirugía mayor.

Como todo estudio complementario a la clínica tiene sus limitaciones así: embarazo intrauterino, hernia umbilical, enfermedades cardiopulmonares, peritonitis, tuberculosis peritonial, cirugía abdominal previa, obesidad, masas pelvicoabdominales voluminosas.

GRAFICA No. 1



En nuestra serie de 441 casos la paciente de menor edad es de 16 años constituyendo el 0.23o/o y la de mayor edad fue de 60 años endo el 0.23o/o. Asimismo observamos que el grupo etario más afectado fue el de 26 - 30 años, constituyendo el 29.9o/o de la erie, lo cual se debe a que se trata de pacientes que por su edad se encuentran en plena actividad sexual; y por lo tanto expuestas a nayor número de problemas ginecológicos que las hacen susceptibles a efectuarles diversos procedimientos.

GRAFICA No. 2

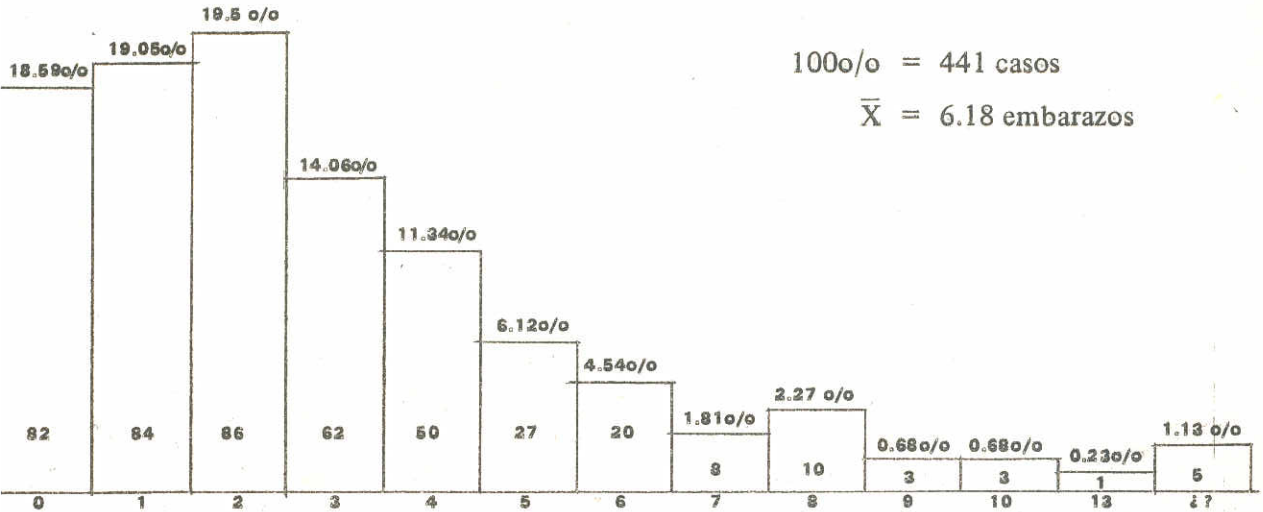
GRAVIDEZ

MIN = 0 embarazo

MAX = 13 embarazos

100o/o = 441 casos

$\bar{X}$ = 6.18 embarazos



n nuestra serie de 441 casos el mínimo de gravidez fue 0 representado por 82 pacientes que constituyen el 18.59o/o, el máximo de avidez fue 13 en una sola paciente que hace el 0.23o/o.
n mayor frecuencia fue de 2 embarazos en el 19.5o/o de los casos.

GRAFICA No. 3

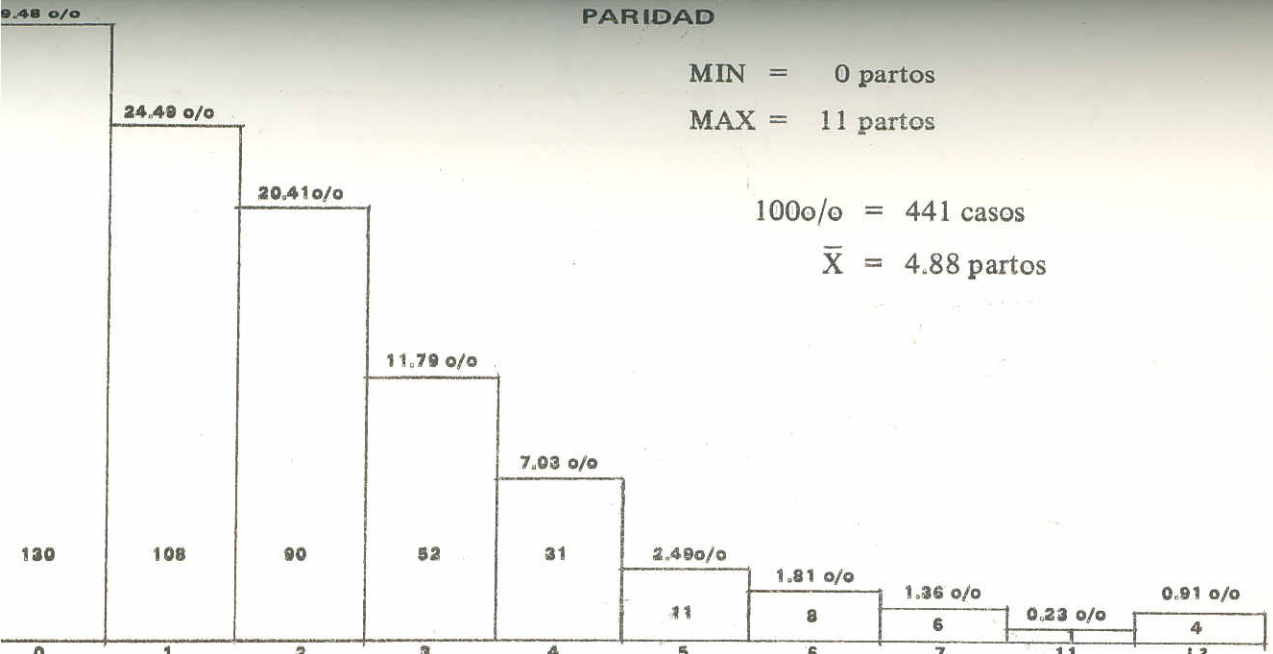
PARIDAD

MIN = 0 partos

MAX = 11 partos

100o/o = 441 casos

$\bar{X}$ = 4.88 partos



esta gráfica se observa que las pacientes nulíparas constituyen el 29.48o/o de la serie lo cual está de acuerdo con la literatura lisada en la que el número de laparoscopías diagnósticas se efectúan en pacientes con problemas de infertilidad. El menor rcentaje que es 0.23o/o lo representó una paciente que había tenido 11 partos siendo su motivo de consulta dolor pélvico y se le ctuó la laparoscopía para descartar un quiste de ovario derecho el cual se determinó como un cistadenomaseroso del ovario echo y en el mismo procedimiento se le efectuó punción y aspiración del quiste y cauterización de la bolsa.

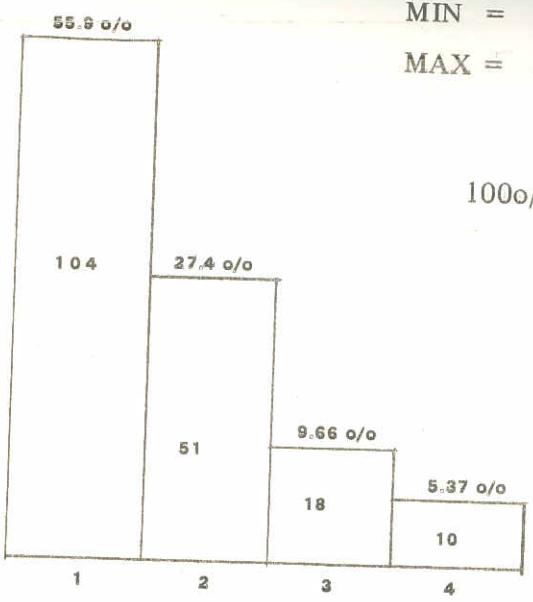
GRAFICA No. 4

ANTECEDENTES DE ABORTO

MIN = 1 aborto

MAX = 4 abortos

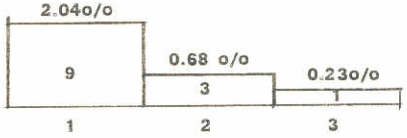
100o/o = 183 casos



ráfica representa a las pacientes con antecedentes de aborto que fueron laparoscopizadas siendo 186 en total. Encontrándose la incidencia de abortos en 1, representada por 104 pacientes lo cual hace el 55.91o/o de la serie de abortos. La mayor ncia de abortos fue de 4 en 10 pacientes que hacen el 5.38o/o de esta serie.

GRAFICA No. 5

ANTECEDENTES DE CESAREAS



a gráfica representa a las pacientes con antecedentes de Cesárea siendo 13 en total. La menor incidencia de cesárea es de 1 resentada por 9 pacientes que hacen el 69.23o/o de las pacientes que tenían cesárea previa. La mayor incidencia de cesáreas es de n 1 paciente que hace el 7.69o/o de esta serie.

estas 13 pacientes la mayoría consultó por dolor pélvico siendo los diagnósticos clínicos más frecuentes: embarazo ectópico y tes de ovario. Los hallazgos laparoscópicos en ellas fueron enfermedad inflamatoria pélvica crónica; sólo a 2 pacientes (15.38) se confirmó el embarazo ectópico por laparoscopía en esta serie de cesáreas previas.

ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO

Las pacientes que tenían antecedentes de embarazo ectópico fueron 11 en total y en todas el motivo de consulta fue dolor pélvico; siendo el hallazgo de laparoscopia en 10 pacientes o sea 90.9o/o Enfermedad pélvica inflamatoria.

A la paciente restante que era el 9.09o/o de la serie se le confirmó embarazo ectópico tubárico no roto.

CUADRO No. 1

DIAGNOSTICO CLINICO

DIAGNOSTICO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Embarazo ectópico	138	31.29o/o
Dolor pélvico	37	8.39o/o
Infertilidad primaria	36	8.16o/o
Masa anexial derecha	31	7.03o/o
Quiste de ovario derecho	22	4.99o/o
Diagnóstica	19	4.31o/o
Infección pélvica	14	3.17o/o
Masa anexial izquierda	14	3.17o/o
Quiste de ovario izquierdo	13	2.95o/o
Quiste ovárico	13	2.95o/o
Ovarios poliquísticos	10	2.27o/o
Infertilidad secundaria	10	2.27o/o
Masa anexial	9	2.04o/o
Tumor pélvico	8	1.81.o/o
Ovarios quísticos	8	1.81o/o
Endometriosis	7	1.59o/o
Amenorrea de 1 año	7	1.59o/o
Fibromatosis uterina	6	1.36o/o
Síndrome Stein Lowenthal	5	1.13o/o
DIU intraabdominal	4	0.91o/o
Metrorragias disfunconales	4	0.91o/o
Dismenorrea	3	0.68o/o
Múltiples adherencias	2	0.45o/o
Obstrucción de trompas	2	0.45o/o
Perforación uterina	2	0.45o/o
Obstrucción tubárica derecha	2	0.45o/o
Útero doble	1	0.23o/o
Endometritis pélvica sintómática	1	0.23o/o
Hidrosalpinx izquierda	1	0.23o/o
Quiste retorcido de ovario derecho	1	0.23o/o
Cuerpo extraño intrauterino	1	0.23o/o
Mola Congelada	1	0.23o/o
Patología tuboovárica	1	0.23o/o
Patología pélvica	1	0.23o/o
Útero bicorne	1	0.23o/o

	No. de CASOS	PORCENTAJE
Agenesia ovárica	1	0.23o/o
Síndrome de Asherman	1	0.23o/o
Mesometrorragia	1	0.23o/o
Hemorragia vaginal	1	0.23o/o
Agenesia de genitales internos y tercio superior de vagina	1	0.23o/o

En el cuadro número 1 se especifican los diagnósticos clínicos o sea previos a la laparoscopía y encontramos que el más frecuente fue embarazo ectópico dado a 138 pacientes que constituyen el 31.29o/o, siguiéndole en frecuencia el dolor pélvico en 37 pacientes o sea el 8.3o/o, luego la Infertilidad primaria que marcó el 8.16o/o.

CUADRO No. 2

PATOLOGIA ASOCIADA A LA INFERTILIDAD

INFERTILIDAD PRIMARIA

PATOLOGIA	No. de CASOS	PORCENTAJE
Organos internos normales	5	13.89o/o
Trompas obstruidas	5	13.89o/o
Ovarios poliquísticos	5	13.89o/o
Ovarios quísticos	3	8.33o/o
Adherencias múltiples	2	5.56o/o
Trompa izquierda obstruida y ovarios poliquísticos	2	5.56o/o
Trompas obstruidas y ovarios quísticos	2	5.56o/o
Trompas obstruidas y fibroma uterino	2	5.56o/o
Fibromatosis uterina	1	2.78o/o
Hipoplasia uterina	1	2.78o/o
Hidrosalpinx bilateral	1	2.78o/o
Trompa izquierda obstruida	1	2.78o/o
Ectópico tubárico derecho	1	2.78o/o
Ovario izquierdo mayor que el derecho	1	2.78o/o
Utero hipotrófico y agenesia de ovarios	1	2.78o/o
Agenesia de ovario derecho y trompa derecha rudimentaria	1	2.78o/o
Másа pélvica derecha que no se pudo determinar si es ovario o fibroma	1	2.78o/o

INFERTILIDAD SECUNDARIA

Oclusión tubárica bilateral post infección pélvica	5	50o/o
Organos internos normales	2	20o/o
Oclusión tubárica bilateral		

	No. de CASOS	PORCENTAJE
Hidrosalpinx izquierda	1	10o/o
Quiste de ovario derecho	1	10o/o

Aquí observamos que al igual que en la literatura revisada la causa más frecuente de la infertilidad secundaria es la oclusión tubárica bilateral secundaria a infecciones pélvicas, en un 50o/o de los casos.

CUADRO No. 3

HALLAZGOS TUBARICOS

HALLAZGOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Trompa derecha: ectópico intacto	21	4.76o/o
Trompa izquierda: ectópico intacto	15	3.40o/o
Trompa derecha: ectópico roto	9	2.04o/o
Trompa izquierda: ectópico roto	6	1.36o/o
Trompas obstruidas	17	3.85o/o
Trompa izquierda obstruida	2	0.45o/o
Trompa izquierda: hidrosalpinx	2	0.45o/o
Trompa derecha: hidrosalpinx	3	0.68o/o
Mesosalpinx izquierda	4	0.91o/o
Hidrosalpinx bilateral	2	0.45o/o
Salpingitis izquierda	2	0.45o/o
Salpingitis derecha	2	0.45o/o
Salpingitis bilateral	2	0.45o/o
Trompa derecha obstruida	2	0.45o/o
Trompas engrosadas	1	0.23o/o
Trompa izquierda engrosada	1	0.23o/o
Trompa derecha distendida	1	0.23o/o
Piosalpinx izquierda	1	0.23o/o
Piosalpinx derecha	1	0.23o/o
Trompa derecha: granulado blanquecino	1	0.23o/o
Trompa derecha quiste de la fimbria	1	0.23o/o
Trompa derecha hematoma	1	0.23o/o
Trompas rudimentarias	1	0.23o/o
Trompa derecha seccionada	5	1.13o/o
Trompa izquierda seccionada	4	0.91o/o
Trompas seccionadas	3	0.68o/o
Masa en trompa derecha	1	0.23o/o

Los hallazgos más frecuentes fueron embarazos ectópicos distribuidos así: ectópico organizado en trompa derecha en el 4.76o/o, ectópico organizado en trompa izquierda en el 3.40o/o, trompas obstruidas en el 3.85o/o.

CUADRO No. 4

HALLAZGOS OVARICOS

HALLAZGOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Ovario derecho quístico	31	7.03o/o
Ovario izquierdo quístico	26	5.90o/o
Ovarios quísticos	25	5.67o/o
Ovarios poliquísticos	22	4.99o/o
Ovario derecho: quiste retorcido	4	0.91o/o
Ovario izquierdo: endometriosis	2	0.45o/o
Ovario derecho: endometriosis	1	0.23o/o
Tumor sólido del ovario izquierdo	1	0.23o/o
Quiste de paraovario	1	0.23o/o
Agenesia ovárica	1	0.23o/o
Agenesia de ovario derecho	1	0.23o/o
Ovarios pequeños	1	0.23o/o
Abceso tuboovárico	2	0.45o/o

En este cuadro observamos que en el 7.03o/o de los hallazgos ováricos figura el ovario derecho quístico, luego le sigue el ovario izquierdo quístico con 5.90o/o y ovarios quísticos con 5.67o/o.

CUADRO No. 5

HALLAZGOS UTERINOS

HALLAZGOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Fibroma	23	5.22o/o
Utero grávido	7	1.59o/o
Aborto incompleto	3	0.68o/o
Hipoplasia uterina	2	0.45o/o
Histerectomías previas	2	0.45o/o
Utero pequeño	1	0.23o/o
Endometriomioma	1	0.23o/o
Utero ocupado (legrado incompleto)	1	0.23o/o
DIU INTRAMURAL	1	0.23o/o

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO LAPAROSCOPICO

DIAGNOSTICO	No. de CASOS	PORCENTAJE
Infección pélvica	88	19.95o/o
Sin afección ginecológica	85	19.27o/o
Quiste de ovario derecho	31	7.03o/o
Ovarios quísticos	25	5.67o/o
Quiste de ovario izquierdo	26	5.90o/o
Fibroma uterino	23	5.22o/o
Ovarios poliquísticos	22	4.99o/o
Embarazo ectópico tubárico derecho	21	4.76o/o
Oclusión tubárica bilateral	17	3.85o/o
Ectópico tubárico izquierdo	15	3.40o/o
Ectópico tubárico derecho roto	9	2.04o/o
Embarazo intrauterino	7	1.59o/o
Hidrosalpinx	7	1.59o/o
Ectópico tubárico izquierdo roto	6	1.36o/o
Salpingitis	6	1.36o/o
Quiste retorcido ovario derecho	4	0.91o/o
Mesosalpinx	4	0.91o/o
Cistadenoma seroso ovario izquierdo	3	0.68o/o
Endometriosis	3	0.68o/o
Ectópico ¿?	3	0.68o/o
Aborto séptico incompleto	3	0.68o/o
Pelviperitonitis	3	0.68o/o
Abceso tuboovárico derecho	2	0.45o/o
Obstrucción tubárica izquierda	2	0.45o/o
Cistadenoma seroso ovario derecho	2	0.45o/o
Pélvis congelada	2	0.45o/o
Obstrucción tubárica derecha	1	0.23o/o
Tumor sólido del ovario izquierdo	1	0.23o/o
Endometriomioma	1	0.23o/o
DIU intraabdominal	1	0.23o/o
DIU intramural	1	0.23o/o
Piosalpinx	1	0.23o/o

DIAGNOSTICOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Utero y ovarios pequeños	1	0.23o/o
Agenesia ovario derecho	1	0.23o/o
Masa pélvica derecha	1	0.23o/o
Legrado incompleto	1	0.23o/o
Ovario izquierdo escleroquístico	1	0.23o/o
DIU incarcerado	1	0.23o/o
Hiplopasia uteroovárica	1	0.23o/o
Ovario izquierdo mayor que el derecho	1	0.23o/o
Hiplopasia uterina	1	0.23o/o
Ovarios aumentados de tamaño	1	0.23o/o
Agenesia ovárica	1	0.23o/o
Ruptura uterina antigua	1	0.23o/o
Agenesia de genitales internos y mitad superior de vagina	1	0.23o/o

Lo que más frecuentemente se encontró fue enfermedad inflamatoria pélvica en el 19.95o/o de los casos. No se encontró patología ginecológica en 19.27o/o de los casos, lo cual llama mucho la atención ya que el error del diagnóstico clínico es más elevado que en general en la literatura mundial (5o/o).

CUADRO No. 7

OPERACIONES LAPAROSCOPICAS

OPERACION	No. de CASOS	PORCENTAJE
Cromoperturbación	34	56.67o/o
Punción, aspiración y cautierzación de quiste de ovario izquierdo	5	8.33o/o
Punción, aspiración y cauterización de quiste de ovario derecho	3	5.00o/o
Lisis de adherencias	3	5.00o/o
Cauterización de trompas	2	3.33o/o
Extracción de DIU	2	3.33o/o
Biopsia de ovario izquierdo	2	3.33o/o
Biopsia de granuloma en trompa derecha	1	1.67o/o
Biopsia de ovario derecho	2	3.33o/o
Papanicolau de trompa y ovario derecho	1	1.67o/o
Cauterización de ovario izquierdo	1	1.67o/o
Aspirado de quiste de ovario derecho	1	1.67o/o
Excisión de quiste de ovario derecho	1	1.67o/o
Cauterización de endometriosis	1	1.67o/o
Aspirado de quiste de ovario izq.	1	1.67o/o

Las operaciones laparoscópicas fueron el 13.61o/o de la serie en total. La operación más frecuente fue la cromopertubación con motivo de investigar la permeabilidad de las trompas, siendo el 56.67o/o de la serie de operaciones.

HALLAZGOS EN LAS INFECCIONES PELVICAS

HALLAZGOS	No. de CASOS	PORCENTAJE
Adherencias múltiples	44	9.98o/o
Trompa derecha recubierta de adherencias	7	1.59o/o
Adherencias de epiplón a anexos derechos	3	0.68o/o
Trompa izquierda recubierta de adherencias	3	0.68o/o
Trompas con adherencias	3	0.68o/o
Adherencias de trompa izquierda a fondo de saco y ligamentos anchos	3	0.68o/o
Ovario izquierdo con adherencias	2	0.45o/o
Ovario derecho con adherencias	2	0.45o/o
Utero recubierto de adherencias	2	0.45o/o
Trompas y ovarios recubiertos de adherencias	2	0.45o/o
Adherencias de epiplón a cúpula vaginal: (Histerectomías previas)	2	0.45o/o
Adherencias de epiplón a utero	1	0.23o/o
ADHERENCIAS en ligamento ancho derecho	1	0.23o/o
Anexos derecho con adherencias	2	0.45o/o
Secreción sanguinopurulenta en trompa derecha	1	0.23o/o
Adherencias en anexo izquierdo	7	1.59o/o
Anexos recubiertos de adherencias	3	0.68o/o

Aquí se observa que el hallazgo más frecuente en las pacientes cuyo diagnóstico laparoscópico fue infección pélvica, es adherencias múltiples con un porcentaje de 9.98o/o de la serie de

CONCLUSIONES

1o. El mayor número de pacientes laparoscopizadas están comprendidas en la edad de mayor actividad sexual.

2o. El hallazgo laparoscópico más común fue enfermedad inflamatoria pélvica.

3o. En nuestra serie la Infertilidad ocupó el tercer lugar como indicación para efectuar la Laparoscopía.

4o. De las pacientes que consultaron por infertilidad en el 84.78o/o de los casos se pudo establecer patología asociada.

5o. En el 41.95o/o de diagnósticos hubo discrepancias entre el clínico y el laparoscópico.

6o. Se encontró en la serie solamente 1 error de diagnóstico laparoscópico que hace el 0.23o/o de la serie.

7o. Por este método se evitó en el 38.10o/o de las pacientes efectuar un procedimiento mayor innecesario, por ejemplo laparotomía pélvica.

8o. No se presentaron complicaciones secundarias al procedimiento en ninguna laparoscopía diagnóstica.

RECOMENDACIONES

1o. Hacer estudios y evaluaciones más minuciosas y extensas a las pacientes para disminuir el error diagnóstico.

2o. Capacitar al mayor número posible de médicos en la República en el uso del laparoscopio para afinar diagnósticos y disminuir costos hospitalarios.

3o. Utilizar más frecuentemente el método previo a efectuar Laparotomías a la paciente ginecológica.

4o. Organizar correlaciones clínico patológicas laparoscópicas con el fin de conocer errores de diagnóstico clínico, grado de certeza en el mismo y actualización en el conocimiento médico ginecológico.

5o. Llevar un mejor control de diagnóstico clínico, datos generales de las pacientes y hallazgos laparoscópicos en los libros de la Sala de Endoscopía del hospital de Ginecoobstetricia del IGSS.

BIBLIOGRAFIA

1o. Bellina JH.
Infertility diagnosed by Laparoscopy, review of 324 cases. South Med J. 68 (12) 1485 - 8. Diciembre 1975.

2o. Cibils LA.
Laparoscopy in ginecology. Ginecol obstet mex. 37 - (224) 337 - 50. Enero 1975.

3o. Gawecki FM.
Removol of an extrauterine IUD by combined laparoscopy and colpotomy. Nebr Med J. 64 (2) 99 - 101. Abril 1977.

4o. Girotti M.
Complications of ginecologic laparoscopy. Riv Ital ginecol. 56 (1) 49 - 54. Enero 1975.

5o. Herrerias J.M.
Unusual complications of laparoscopy. R espanola. 49 - (1) 83 - 92. Enero 1977.

6o. Holt EM. Br.
Laparoscopy in ginecology. Hosp Med. 18 (2) 150 - 2. Agosto 1977.

7o. Marlow J.
History of laparoscopy, optics, fibroptics, and instrumentation. Clin Obstet Gynecol. 19 (2) 261 - 75. Junio 1976.

8o. Maslaugall AN.
Laparoscopy in the investigation of infertility. Med J. 20 (5) 209 - 16. Septiembre 1976.

9o. Pent D.
Documents and documentation in laparoscopy. J. Reprod Med. 18 (2) 98 - 102. Febrero 1977.

10o. Phillips JM.
The impact of laparoscopy, histeroscopy, fetoscopy and

Br. Edna del Valle Alvarado

Asesor
Doctor Jorge Estrada Coronado

Revisor
Doctor Gustavo Martínez Lima

Director de Fase III
Doctor Julio De León

Secretario General
Doctor Raúl Castillo

Vo.Bo.

Decano
Doctor Rolando Castillo Montalvo.