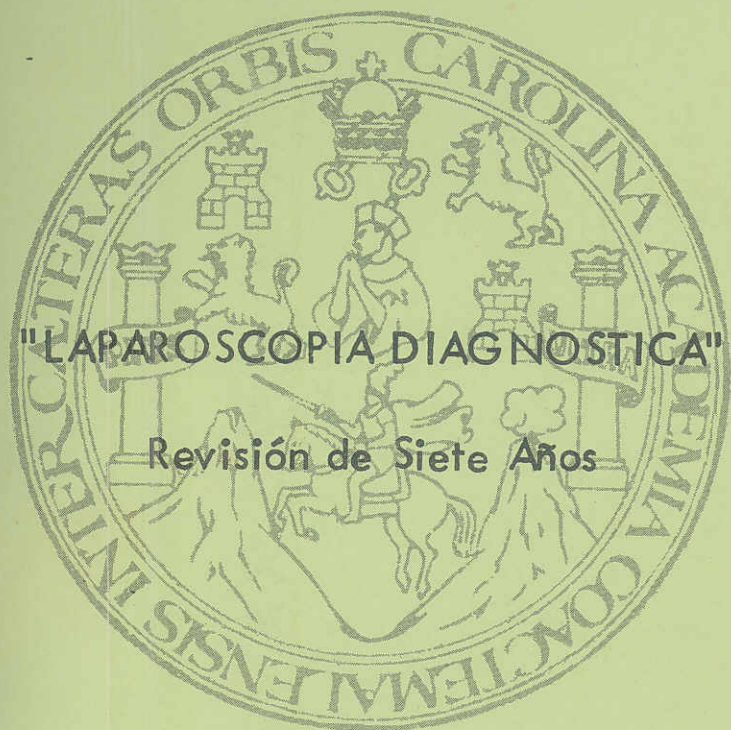


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA"

Revisión de Siete Años

FRANCISCO DANIEL CEREZO MARLAR

PLAN DE TESIS

Pág.

-	INTRODUCCION	1
-	HISTORIA	2
-	PROCEDIMIENTO	4
-	INDICACIONES	7
-	CONTRAINDICACIONES	8
-	COMPLICACIONES	9
-	OBJETIVOS	9
-	MATERIAL Y METODOS	10
-	METODOLOGIA	10
-	PRESENTACION DE RESULTADOS	11
-	ANALISIS DE DATOS	23
-	DISCUSION DE RESULTADOS	26
-	CONCLUSIONES	28
-	RECOMENDACIONES	29
-	BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUCCION

El desarrollo que ha tenido la medicina a travez de los años, con nuevas técnicas de investigación que han permitido diferenciar y entender muchas patologías, ha obligado a desarrollar nuevas y más seguras formas de establecer un diagnóstico, con el mínimo de riesgo para la paciente y con un alto grado de confiabilidad para el médico.

Los diferentes procesos morbosos que afectan al aparato reproductor femenino, no tienen una sintomatología específica, sino que comparten muchos signos y síntomas similares, que muchas veces dificultan una diferenciación entre posibles causas. Esto lleva a conductas expectantes y que muchas veces finalizaran con la exploración quirúrgica.

El poder observar directamente los diferentes órganos, es obviamente, una gran ventaja para el médico, pues le permite diferenciar a "grosso modo" diferentes patologías. La laparoscopia es el procedimiento por el cual a travez de una pequeña insición en el abdomen y con la ayuda de un sistema óptico, se logra la visualización de los diferentes órganos pélvicos, en una forma más sencilla y con menos complicaciones que la cirugía mayor.

La laparoscopia no es un procedimiento nuevo; surge a principios de siglo con las limitaciones inherentes a la escasez de equipo adecuado para hacerlo seguro para la paciente.

Sin embargo se le reconocen ventajas ante otros métodos y se buscan soluciones para mejorarlo. Es hasta el advenimiento de los modernos sistemas de iluminación, de sistemas ópticos refinados y el equipo sofisticado para la inducción del pneumoperitoneo, que la laparoscopia se difunde mundialmente como un método más rápido, seguro y fiable para establecer el diagnóstico.

En cada campo de la medicina (Medicina General, Cirugía, Pediatría, etc.), la laparoscopia tiene un uso ya sea para el diagnóstico o el tratamiento. Sin embargo ha sido la gineco-obstetricia la que más lo ha utilizado, si bien su empleo inicial fue como un método más rápido para la esterilización masiva; su valor para el diagnóstico no ha sido menospreciado y cada año se emplea más con éste fin.

Con el entrenamiento necesario y ajustándose a sus indicaciones y contraindicaciones, el procedimiento es bastante inocuo para la paciente. A su vez brinda una valiosa información, ahorrando tiempo y esfuerzos tanto al paciente como al médico.

La laparoscopia se presenta con una serie de ventajas inigualables, pero no debe ser considerada la panacea para el diagnóstico ginecológico, pues una historia de la enfermedad y examen físico - cuidadosos, siempre serán los mejores métodos para el diagnóstico. Recordemos así mismo, que es un auxiliar para el diagnóstico y que muchas veces se terminará operando a la paciente, pero hay que considerar el número de cirugías que ahorra.

El presente trabajo de tesis, pretende analizar en forma resumida, las laparoscopias efectuadas en la Maternidad del hospital Roosevelt, con fin diagnóstico desde la fundación de la unidad de laparoscopias y así poder ayudar a una mejor comprensión de su necesidad en el diagnóstico; y recopilar datos y cifras que son importantes pero escasas en nuestro medio. Las laparoscopias con fin diagnóstico se iniciaron en 1974, en Enero y el estudio comprende hasta el 31 de diciembre de 1980.

HISTORIA

Como se mencionó anteriormente, la endoscopia se remonta a principios de siglo, cuando Ott en 1901 introduce la ventroscopia para visualizar los organos abdominales con un espejo frontal y un espéculo. En 1910-1912 Von Jacobaeus da los primeros pasos al explorar el torax (torascopia) y el abdomen (laparoscopia), usando un

trocar y un cistoscopio en humanos. En América fue Berheim quien por primera vez en 1911 utiliza el método con un cistoscopio abdominal. Noerdentoeft en 1912 en Copenhague aplica la distensión abdominal y la posición de Trendelenburg. Renor en París - en 1913 publica sus experiencias con la técnica y sus indicaciones. En 1921, Korbsch mejora el procedimiento al utilizar una aguja separada para inducir el pneumoperitoneo. Kalk en Alemania en 1928 inventa un instrumento brillante de alta calidad que permite su uso universal.

Ruddock en 1937 publica en América una serie de 500 casos con una mortalidad de 0.2% e introduce la coagulación diatérmica. Anderson ese mismo año la sugiere como método de esterilización tubárica.

TeLinde en 1939 intenta el mismo procedimiento por vía vaginal, pero desiste por el problema que significaba el intestino delgado por detras del útero. Decker en 1944 resuelve el problema de TeLinde, al colocar a la paciente en posición genupectoral e inducir pneumoperitonro, surgiendo así la culdoscopia.

Palmer en 1944-46 introduce la cánula intrauterina que - permite la movilización del útero y así mejora la visión.

Fourestier, Gladu y Vulmiere son los que revolucionan la endoscopia en 1952, al introducir la luz "fría", que consistía en una fuente luminosa de alta intensidad generada fuera del cuerpo y que viajaba a travez de una varilla de cuarzo hasta el extremo distal del telescopio. Así es como se redujeron las complicaciones debidas a quemaduras eléctricas y caloríficas producidas - por la luz que se utilizaba antes, que consistían en lámparas introducidas en la cavidad abdominal. Además la nueva luz de alta intensidad permitía una mejor visualización.

Al mejorarse el sistema de lentes (1955) se agregan las -- ventajas de la fotografía y el cine.

Desde entonces se han perfeccionado cada uno de los componentes del equipo, con lo que la laparoscopia se pone a la vanguardia de los sistemas exploradores.

PROCEDIMIENTO

A continuación se hará una descripción de cada uno de los pasos a seguir durante una laparoscopia diagnóstica, y al final, un resumen del procedimiento.

Posición: Se coloca a la paciente en posición de litotomía, con una angulación entre el tronco y los muslos, un poco mayor de los 90 grados, haciendo descansar las rodillas en los estribos correspondientes y sujetándolos; así mismo se pasa una banda por los hombros. Esto tiene por finalidad permitir la movilización de la paciente aun en posiciones de Trendelenburg extremas y no permitir que resbale. También se permite una mejor y más fácil manipulación de los instrumentos vaginales.

Anestesia: Puede utilizarse anestesia local, general o epidural. La anestesia local tiene la desventaja de que cualquier movimiento brusco o inesperado de la paciente, puede inducir la lesión de cualquiera de las estructuras pélvicas; así mismo hay cierto grado de molestias para la paciente, especialmente al movilizar el útero, lo cual puede reducirse al infiltrar un poco de anestesia a los ligamentos uterosacros.

También es recomendable una sedación ligera de la paciente. La anestesia general es siempre preferible, pues relaja bien a la paciente y permite movilizarla y manipular instrumentos sin causarle molestias.

Preparación:

Siempre antes de efectuar una laparoscopia, la vejiga y el recto deben estar vacíos. Debe también efectuarse un examen ginecológico minucioso. La asepsia debe ser igual a la de la cirugía vaginal, incluyendo abdomen, periné y vagina. La colocación de campos estériles, a manera de cubrir el abdomen y los muslos.

Pneumoperitoneo:

Para la inducción del pneumoperitoneo, se introduce la aguja de Verres (la más utilizada) en la cavidad abdominal y se conecta al equipo de insuflación. La presión debe mantenerse entre 20—30 mm. de Hg. El volumen de gas a utilizarse es variable, pues hay que considerar factores como la paridad, obesidad y tamaño de la paciente, pero suele oscilar entre 2 y 3 litros. La distinción abdominal debe ser simétrica, pues de lo contrario se podría estar introduciendo el gas en alguna otra estructura. Respecto al gas a utilizarse, se recomienda el bioxido de carbono, pues no es tan irritante, se absorbe mas facilmente y es menos riesgoso ante la coagulación diatérmica. También pueden utilizarse el aire y el oxígeno, pero son muy irritantes para las víceras, se absorben muy lentamente y los riesgos de embolias gaseosas son mayores. También puede utilizarse el óxido nitroso, pero al igual que los anteriores, suele causar dolor de hombro y su absorción es más lenta.

- Laparoscopia: en el mismo lugar de la inserción de la aguja, se hace una pequeña incisión a travez de la cual se introduce un trocar; se retira el bisel y en la camisa se conecta nuevamente el aparato de insuflación y se introduce el telescopio, al cual va conectada la fuente de luz. - La introducción del telescopio debe ser visualizada para no lastimar ninguna estructura. Se procede entonces al estudio sistemático del útero, trompas de Falopio, ovarios, fondo de saco, ligamentos uterinos, ciego, apéndice cecal. Al retirar el telescopio se hace una nueva valoración y se buscan puntos hemorrágicos. Se retira el telescopio y con presión manual sobre el abdomen, se expulsa la mayor cantidad de gas posible. Se hace la hemostasia necesaria y se sutura piel.

El lugar de introducción de la aguja de Verres y de la incisión pasa la introducción del laparoscopio, puede ser en cualquier lugar del abdomen, siempre que el cirujano conozca bien la anatomía para evitar lesionar vasos o estructuras abdominales; sin embargo, para la laparoscopia se prefiere la línea media infraumbilical por debajo del ombligo.

Resumiendo el procedimiento con la paciente en sala de operaciones, se procede a colocarla en la mesa o capa de operaciones en posición de litotomía colocándole las rodillas en los estribos correspondientes y pasándole una faja por los hombros. Se procede a un examen ginecológico minucioso y de no haber contraindicación, a la colocación del tenáculo y una cánula intrauterina. Se aplica la anestesia elegida, y se coloca a la paciente, previa asepsia del área, en posición de Trendelenburg. Se introduce la aguja de Verres y se conecta al aparato de insuflación. Se retira la aguja y se procede a efectuar una pequeña incisión por debajo del ombligo, en la línea media. Se introduce el trocar del cual se retira el estilete y se conecta el aparato de insuflación a la "camisa" y se procede a la introducción del telescopio, siempre visualizándolo su avance. Se procede al estudio de las

diferentes estructuras pélvicas. Se retira el telescopio y con una leve presión manual sobre el abdomen se trata de extraer la mayor cantidad de gas posible. Se retira la camisa del trocar y se hace la hemostasia necesaria. La piel se puede suturar o colocar ganchos de Michel. La paciente pasa a una sala donde se le vigilan los signos vitales, y dependiendo de la anestesia utilizada se le permite la ambulación y el aliento. En terminos generales, se le puede dar de alta en 8 a 10 horas postoperatorio.

INDICACIONES

La laparoscopia con fin diagnóstico, está indicada siempre que el médico obtenga datos de enfermedad en base a los antecedentes o a un examen ginecológico anormal; que otros métodos diagnósticos no aporten suficiente información, se sospeche problema endócrino o cuando la infecundidad no tenga explicación.

Hay que mencionar que cada vez se utiliza más para revalorar pacientes post-operadas y para ver la eficacia de los tratamientos en problemas infecciosos pélvicos.

Las indicaciones pueden esquematizarse:

- + por los antecedentes: -anormalidades menstruales significativas;
-dolor pélvico;
-dismenorrea y dispareunia;
-infertilidad;
- + por el examen físico: -útero grande e irregular;
-útero inmóvil y en retroflexión;
-masas anexiales;
-masas pélvicas;
-2 o más pruebas de detección de alteraciones tubáricas anormales;
-sospecha de embarazo ectópico.

Así, pues la laparoscopia nos permite aclarar los síntomas de amenorrea primaria y secundaria, endocrinopatías y distrofias ováricas. Ante la infertilidad, nos permite esclarecer la causa de la obstrucción tubárica cuando existe, valorar la ovulación, malformaciones congénitas de los genitales.

Ante el dolor pélvico agudo nos permite diferenciar entre embarazos ectópicos, salpingitis, apendicitis, ruptura folicular o problemas quísticos de ovario. Ante el dolor pélvico crónico nos permite diferenciar entre endometriosis, adherencias y procesos granulomatosos.

Ante las masas pélvicas y anexiales, su valor en el diagnóstico, es incalculable, al permitirnos diferenciar entre embarazos ectópicos no rotos u organizados, quistes de ovarios o procesos tumorales.

Así mismo, la laparoscopia ofrece la ventaja de poder tomar muestras de biopsia u obtener muestras de líquidos para estudios químicos y citológicos.

CONTRAINDICACIONES

Se consideran contraindicaciones para efectuar una laparoscopia:

- íleo parálítico
- obstrucción intestinal
- peritonitis
- afecciones cardio-respiratorias que no permiten el pneumoperitoneo o la posición de Trendelenburg
- hernias inguinales, umbilicales y diafragmáticas.

Sin embargo, muchos autores consideran que todas las anteriores, son solamente contraindicaciones relativas, pues bajo estricto control de la paciente, no hay complicaciones.

COMPLICACIONES

La laparoscopia con fin diagnóstico, es un procedimiento bastante seguro e inocuo para la paciente. Las complicaciones suelen estar relacionadas con la habilidad del cirujano y en orden a que cada uno de los pasos se efectue con el mayor de los cuidados posibles.

Sin embargo, suelen complicar la laparoscopia, hematomas parietales y viscerales y perforación de vísceras huecas, al introducir la aguja para el pneumoperitoneo o el trocar. También se pueden presentar complicaciones al insuflar el gas fuera de la cavidad abdominal, como en el intestino, vasos sanguíneos y el epiploon.

Así mismo, se agraban las hernias existentes al inducir el pneumoperitoneo.

También suelen registrarse hemorragias en el sitio de toma de muestras para biopsias; o quemaduras al utilizar el cauterio diatérmico.

OBJETIVOS

- + demostrar su utilidad en el diagnóstico de problemas gineco-obstétricos en base a:
 - La correlación entre los diagnósticos de ingreso y laparoscópico;
 - su uso en aumento en cada año con este fin.
- + demostrar su inocuidad para la paciente en base a:
 - complicaciones durante el acto quirúrgico
 - complicaciones en el post-operatorio.
- + efectuar un trabajo de bases generales completo sobre laparoscopias diagnósticas en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS

- + material: todos aquellos casos a los que se le haya efectuado laparoscopia con fin diagnóstico.
- + métodos:
 - inductivo: puesto que a partir de los datos recabados llegaremos a reglas generales sobre el tema.
 - retrospectivo: puesto que se estudiará el período comprendido del 1o. enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1980.
- + recursos: Las papeletas del archivo de la unidad de laparoscopias de la Maternidad del hospital Roosevelt.

METODOLOGIA

Este renglón se hace necesario para explicar la forma en que se recopilaron los datos.

Parimariamente, se observará que los problemas fueron distribuidos así:

- comparables: todos aquellos casos que tuvieran un diagnóstico claro de ingreso y que por lo tanto podían compararse con el diagnóstico laparoscópico.
- masas anexiales: se recopilaron los casos en el que el diagnóstico clínico solamente refería que se exploraba a la paciente por ese problema. Por no ser un diagnóstico comparable, se excluyó del grupo primero.

- infertilidad: se recopilaron los casos que fueron estudiados por infecundidad. Este grupo tiene las mismas condiciones del anterior, ya que el diagnóstico laparoscópico en el hallazgo y no se puede comparar.

- otras indicaciones: recopila otras indicaciones para la laparoscopia y en las cuales el hallazgo no se podía comparar con el diagnóstico de ingreso.

También se observará que los problemas no se discuten en profundidad, ya que el objetivo del trabajo es demostrar su utilidad en el diagnóstico, y no estudiar determinada patología en especial.

PRESENTACION DE RESULTADOS

- CUADRO No. I

DISTRIBUCION ETAREA DE LAS PACIENTES

Edad del Paciente	No. Casos	Porcentaje
men. 14 años	2	0.70%
15- 19 años	27	9.54%
20- 24 "	92	32.50%
25- 29 "	77	27.20%
30- 34 "	45	15.90%
35- 39 "	20	7.06%
40- 44 "	8	2.82%
45- +	5	1.76%
no tienen	7	2.47%
TOTAL	283	100%

- CUADRO No. II

DISTRIBUCION DE LAPAROSCOPIAS DIAGNOSTICAS
POR AÑO

Años	No. Casos	Porcentaje
1974	25	8,83%
1975	24	8,48%
1976	33	11,66%
1977	56	19,78%
1978	35	12,36%
1979	39	13,78%
1980	69	24,38%
Total	283	100%

- CUADRO No. III

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS

Diagnósticos	No. Casos	Porcentaje
Comparables	152	53,71%
Infertilidad	48	16,96%
Masa anexial	67	23,67%
Otros	16	5,65%
Total	283	100%

- CUADRO No. IV

DISTRIBUCION Y PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS
COMPARABLES

Coinciden	No. Casos	Porcentaje
si	58	38%
no	94	62%
TOTAL	152	100%

CUADRO No. V

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS DE INGRESO POR PROBLEMAS

PROBLEMA	No. Casos	Total	Porcentaje
- Problemas quísticos de ovario	10	25	16.44%
+ quiste de ovario	2		
+ ovarios quísticos	5		
+ ovarios poliquísticos	3		
+ quiste ovario izquierdo	5		
+ quiste ovario derecho			
- embarazos ectópicos		93	61.18%
+ embarazo ectópico	70		
+ embarazo ectópico derecho	18		
+ embarazo ectópico derecho organizado	1		
+ embarazo ectópico izquierdo	3		
+ embarazo abdominal	1		
- diagnósticos varios		34	22.36%
+ desconocido	17		
+ endometriosis	3		
+ neoplasia	2		
+ infección pélvica	2		
+ Sind. Stein Levethall	2		
+ masas pélvicas	2		
+ amenaza de aborto	2		
+ salpingitis	1		
+ DIU en abdomen	1		
+ dibromatosis uterina	1		
+ mioma uterino	1		
TOTAL	152	152	100%

- CUADRO No. VI

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS LAPAROSCOPICOS POR PROBLEMA

Problema	No. Casos	Total	Porcentaje
- Problemas quísticos de ovario		46	30.26%
+ ovarios poliquísticos	10		
+ quiste ovario derecho	23		
+ quiste ovario izquierdo	8		
+ ovarios quísticos	5		
- Embarazos ectópicos		32	21.05%
+ embarazo ectópico derecho organizado	5		
+ embarazo ectópico izquierdo organizado	2		
+ embarazo ectópico no roto	15		
+ embarazo ectópico roto	9		
+ embarazo ovárico roto	1		
- Diagnósticos negativos o normales		17	11.18%
- Embarazos intrauterinos		10	6.57%
- Secuelas de infección Pélvica		10	6.57%
- Problemas tubo-ováricos		13	8.55%
+ hidrosalpinx	4		
+ cáncer de ovario	2		
+ piosalpinx	1		
+ congestión de parametrio	1		
+ anexitis (derecho e izquierdo)	2		
+ salpingitis (derecho e izquierdo)	3		
- Fibromatosis uterina		7	4.60%
- Síndromes		4	2.63%
- Otros diagnósticos		13	8.55%
+ múltiples adherencias	5		
+ desc onocido	2		
+ infección pélvica	2		
+ carcinomatosis	1		
+ amenaza de aborto	1		
+ DIU en cavidad abdominal	1		
+ masa de etiología desconocida			
TOTAL	152	152	100 %

- CUADRO No. VII

DISTRIBUCION DE LOS HALLAZGOS DE MASAS ANEXIALES

Problema	No. Casos	Total	Porcentaje
- Problemas quísticos de ovario		23	34.32%
+ quiste ovario izquierdo	6		
+ quiste ovario derecho	10		
+ quistes luteínicos	2		
+ ovarios quísticos	3		
+ quiste ovario derecho más ovario izq. poliquístico	2		
- Problemas tubo-ováricos		11	16.41%
+ piosalpinx	2		
+ hematosalpinx	1		
+ salpingitis	2		
+ absceso tubo-ovárico	3		
+ hidrosalpinx	1		
- Embarazos		12	17.91%
+ embarazo ectópico	2		
+ embarazo ectópico derecho organizado	2		
+ embarazo intrauterino normal	6		
+ embarazo ectópico roto	2		
- Otros diagnósticos		21	31.34%
+ negativas	5		
+ secuelas de infección pélvica	3		
+ adherencias	3		
+ infección pélvica	2		
+ masa de etiología desconocida	2		
+ aborto incompleto	1		
+ persistencia cuerpo lúteo	1		
+ proceso infeccioso crónico	1		
+ tuberculosis peritoneal	1		
+ congestión pélvica	1		
+ ovario aumentado de tamaño	1		
TOTAL	67	67	100%

- CUADRO No. VIII

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS DE INFERTILIDAD

Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje
Infertilidad primaria	8	16.66%
Infertilidad secundaria	12	25
Infertilidad	28	58.33%
Total	48	100

CUADRO No. VIII a.

DISTRIBUCION DE LOS HALLAZGOS POR DIAGNOSTICO

	Hallazgos	No. Casos
Infertilidad Primaria	Problemas tubo-ováricos	5
	Problemas quístico	3
	Adherencias	2
	Fibromatosis uterina	1
	secuelas infección pélvica	1
	Síndrome Stein Levetall	1
Infertilidad Secundaria	Problemas tubo-ováricos	7
	Adherencias	5
	Problemas quísticos	3
	Problemas ováricos	2
	Endometriosis	1
	Fibromatosis	1
	Otros	2
Infertilidad	Problemas tubo-ováricos	14
	Problemas quísticos	11
	Adherencias	3
	Problemas congénitos de malformación	3
	Stein Levetall	3
	Endometriosis	2
	Secuelas de infección pélvica	1
	Fibromatosis uterina	1
	Otros	2

CUADRO VIII b.

RESUMEN DE HALLAZGOS EN PROBLEMA DE INFERTILIDAD

Problema	No. Casos	Porcentaje
Problemas tubo-ováricos	26	35,13%
Problemas quísticos de ovarios	17	22,97%
Adherencias	10	13,51%
Sind. Stein eventhall	4	5,40%
Fibromatosis uterina	3	4,05%
Endometriosis	3	4,05%
Anomalías congénitas	3	4,05%
Secuelas de infección pélvica	2	2,70%
Problemas ováricos	2	2,70%
Varios	4	5,40%

CUADRO No. IX

DISTRIBUCION DE OTRAS INDICACIONES PARA LAPAROSCOPIA

Problema	No. Casos	Porcentaje
Dolor pélvico	5	31,25%
amenorrea	4	25
metrorragia	3	18,75%
exploración	3	18,75%
dismenorrea	1	6,25%
TOTAL	16	100%

CUADRO No. IX a.

HALLAZGOS DE OTRAS INDICACIONES PARA LAPAROSCOPIA

Problema	No. Casos
negativas	7
problema quístico de ovario	3
Adherencias	2
Masas	1
Endometriosis	1
Sind. Stein Leventhall	1
Váricas Pélvicas	1

CUADRO No. X

DISTRIBUCION POR COMPLICACIONES

Complicaciones	No. Casos
Durante procedimiento	0
Postoperatorio	0
TOTAL	0

ANALISIS DE DATOS

El cuadro No. I nos muestra la distribución etárea de las pacientes a quienes se les efectuó laparoscopia con fin diagnóstico. El grupo con más casos, es de las edades comprendidas entre 20-24 años con el 32.50% para 92 casos; seguidos de las pacientes comprendidas entre 25-29 años con 27.20% para 77 casos. Otro dato llamativo son las 2 pacientes menores de 14 años quienes fueron exploradas por masas pélvicas; también hay que resaltar las 7 pacientes a quienes no se les registró edad.

Es también llamativo el hecho que sumando los grupos que más casos presentaron, son aquellos que se encuentran en la época en que más activa es la reproducción.

El cuadro No. II nos enseña el número de laparoscopias que fueron hechas con fin diagnóstico en cada año. Aun que no hay un aumento neto por año, se nota la tendencia a su mayor con los años.

El cuadro No. III recopila la forma en que fueron distribuidos los diferentes problemas (ver metodología), y es el más indicativo de lo útil que es la laparoscopia para el diagnóstico, pues de los 283 casos, solo el 53.71% tenían un diagnóstico claro para la exploración; el restante 46.29% la laparoscopia era necesaria para poder determinar la causa de las molestias de las pacientes. Otro dato llamativo es el de las masas anexiales, pues el 23.67% fueron exploradas para poder definir la causa de la masa que se encontraba al examen físico. En las literaturas extranjeras se resalta el hecho de lo útil de la laparoscopia para el estudio de la mujer infértil, sin embargo en los años estudiados solo 48 pacientes (16.96%) se les estudio con éste método. Solamente el 5.65% de los casos fueron para el estudio y diagnóstico de diferentes problemas.

El cuadro No. IV nos vuelve a resaltar el hecho de su utilidad para el diagnóstico, pues de los 152 casos con diagnóstico —

comparable, el 62% los diagnósticos no coincidían.

Los cuadros Nos. V y VI es mejor analizarlos en conjunto puesto que contienen los diagnósticos de ingreso y laparoscópico respectivamente. Así primariamente nos podemos dar cuenta que se esperaban 93 casos de embarazos ectópicos, solamente 32 fueron encontrados; caso contrario a los problemas quísticos de ovarios, pues de 25 esperados, se encontraron un total de 46. Como nota extra, se denotará que muchos de los que se suponían eran embarazos, resultaron ser quistes de ovario; lo que nos indica que la laparoscopia es útil para poder diferenciar estos padecimientos y así evitar muchas laparotomías exploradoras.

El cuadro No. VIII nos recopila los hallazgos de las laparoscopías efectuadas por Masa Anexial. Aquí son los problemas quísticos de ovarios los que más se encontraron, pues el 34,32% de 67 casos, fueron de esta índole. En este cuadro surge un nuevo tipo de problema, el de tubo-ováricos, importante entre las masas anexiales, pues es seguro que éstas pacientes presentan en algún grado problemas de infertilidad. Aquí los embarazos ectópicos se reducen como causa de masa anexial, pues si de los 12 casos clasificados como Embarazos, descontamos 6 embarazos intrauterinos, solamente 6 fueron embarazos ectópicos.

Podemos resaltar desde ya, que la laparoscopia es un procedimiento necesario para poder investigar a una paciente con éste problema, pues se reducirían los procedimientos quirúrgicos mayor, al establecer la causa de masa con anterioridad, seleccionando aquellos que requieran cirugía mayor posteriormente.

El cuadro No. VIII resume los diferentes hallazgos en las pacientes que fueron estudiadas por infertilidad, siendo los principales hallazgos el de problemas tubo-ováricos, los problemas quísticos de ovarios y las adherencias. Hay que resaltar el hecho que solo 48 casos fueron estudiados por infertilidad, lo que podríamos decir puede ser por una baja consulta por éste problema o no se está explotando éste medio para el diagnóstico en todo lo que puede ofrecer.

El grupo de cuadros No. IX resumen las diferentes causas para estudiar otros problemas ginecológicos. Aquí también se puede aplicar lo que a los problemas de infertilidad; no se está explotando su ayuda para poder determinar la causa de los problemas ginecológicos. Sin embargo, es llamativo entre los hallazgos que la mayoría fueron negativos. Se resalta otra vez lo útil que es la laparoscopia al ahorrar procedimientos quirúrgicos mayores.

El cuadro No. X que pretendía recopilar las diferentes complicaciones, nos muestra cero (0) complicaciones, lo que nos dice que es un procedimiento bastante inocuo para la paciente.

DISCUSION DE RESULTADOS

Obviamente, la laparoscopia es un auxiliar excelente para el diagnóstico de problemas pélvicos en la mujer. No solamente su tiempo operatorio es menor, sino que brinda tanta información como una laparotomía exploradora. Pero talvez una de sus mejores ventajas, es -- que permite en una forma más sencilla, esclarecer la causa del problema pélvico y seleccionar a aquellas pacientes que deberan ser reintervenidas con cirugía mayor.

Su valor para el auxilio diagnóstico fue resaltado al analizar cada uno de los cuadros de resultados, pero en necesario recalcar el hecho que solo 53,71% de las laparoscopias tenían un diagnóstico claro de ingreso; dejando un 46,29% como casos de estudio para definir el problema. (16,96% para infertilidad, 23,67% para masas anexiales y 5,65% para diferentes problemas).

Aun esos 152 casos para el 53,71% al compararlos, el 62% -- de los diagnósticos eran diferentes, lo cual indica la necesidad del método para tener la verdadera razón del problema.

Para el estudio de masas anexiales, su valor es igual de incomparable. En una forma más rápida y sencilla nos permite descubrir la causa de la masa y decidir que conducta se deberá tomar. Es una buena forma de ahorrarse laparotomías exploradoras, pues se seleccionan las pacientes que necesitan más u otras formas de estudio.

Su valor para el estudio de la infertilidad ha sido resaltada en muchos escritos extranjeros; sin embargo nos damos cuenta que en nuestro medio no se ha utilizado con todo su poder. Solamente 48 casos de infertilidad estudiados, nos pueden indicar que es baja la consulta por éste problema; o bien no se ha buscado la manera de extender la laparoscopia para el estudio de la mujer infecunda.

En otro tipo de problemas como el dolor pélvico, amenorrea, dismenorreas, etc., tampoco se ha utilizado mucho; y creo que podemos aplicar el mismo principio que al estudio de la infertilidad.

Su inocuidad para la paciente queda resaltada con el hecho que en 7 años de estudio, no se ha reportado ninguna complicación, ni durante el procedimiento o en el post-operatorio.

Como se mencionó con anterioridad, su seguridad para la paciente viene dada por la habilidad del operador, que siga cada uno de los pasos en forma adecuada al llevar a cabo el procedimiento y ajustarse a sus indicaciones y contraindicaciones.

Así pues, podemos llegar a concluir su utilidad y valor en el diagnóstico, así como su inocuidad para la paciente.

También podemos afirmar que no se ha utilizado en todo su potencial para el estudio de diferentes problemas pélvicos de la mujer.

CONCLUSIONES

- El grupo de pacientes a las que más se les efectuó laparoscopías con fin diagnóstico, fueron las comprendidas entre los 20 y 24 años.
- Su uso con fin diagnóstico, en términos generales, si ha aumentado.
- El mayor número de laparoscopías diagnósticas se efectúan por sospechas de embarazo ectópico;
- El hallazgo más frecuente de la laparoscopia con fin diagnóstico, es de problemas quísticos de ovarios;
- Su valor para el estudio de masas anexiales es inigualable;
- No se ha utilizado ampliamente en el estudio de la infertilidad;
- En manos entrenadas, es un procedimiento inocuo para la paciente;
- reduce el número de laparotomías exploradoras, al brindar información exacta del problema pélvico lo que permite seleccionar los casos para cirugía mayor;
- Debe mejorarse el archivo y la documentación de los datos de cada procedimiento.

RECOMENDACIONES

- Insistir que cada renglón de la papelería de la unidad de laparoscopia, sea llenado a cabalidad.
- Mejorar el archivo de la unidad de laparoscopias, respecto a las efectuadas con fin diagnóstico.
- Entrenar más personal médico y paramédico, para que la laparoscopia no quede relegada a un procedimiento programable, sino se utilice como metodo de emergencia.
- En caso de indicación de laparotomía exploradora, se efectue una laparoscopia como primer paso.
- Con el personal en adiestramiento, hacer conciencia que el índice de complicaciones bajo, obedece a seguir cada paso cuidadosamente, y no por los sencillos del procedimiento.
- Mantener un estudio constante sobre el tema, para poder usar nuestra experiencia y no tener que recurrir de literatura extranjera.
- Tratar de ampliar la laparoscopia diagnóstica y no solo utilizarla como medio esterilizante.

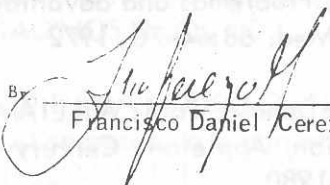
BIBLIOGRAFIA

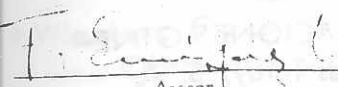
- Molina Galvez, Luis F. Enriquez V., Fernando; LAPAROSCOPIA COMO METODO DIAGNOSTICO. 1977.
- + Marik, J.; UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA PELVICA EN LA INFECUNDIDAD (Laparoscopia diagnóstica); Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol. 1/1979, Interamericana, 1979.
- + Wleess, C.; LAPAROSCOPIA (laparoscopia diagnóstica) Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1976, Interamericana, 1976.
- + Pitkin/Zlatnik; YEAR BOOK OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY; Year Book Medical Publishers, Chicago U.S.A. 1979.
- + McBride, Nancy, Newman, Robert, DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY Journal of Obstetrics & Gynecology; Vol. 15, 1978.
- + Solorzano M., Victor Manuel; LAPAROSCOPIA (Método diagnóstico y tratamiento en afecciones intraabdominales) (tesis) Guatemala 1978.
- + Montenegro A., Susana B.; ESTUDIO SOBRE LAPAROSCOPIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE; (tesis) 1978).
- + THE SEARLE REVIEW OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY LITERATURE Science and Medicine Publishing Comp. 1973.
 - The impact of Laparoscopy in gynecology practice; Phillips, M.; Reprod. Me. 9:147, 1972.
 - Laparoscopy Marlow, J.; Med. Ann DC 41:162-164, 1972.
 - Laparoscopy; a modern gynecological necessity Beagly, G.P. Med. Ann DC 41:165-167, 1972.

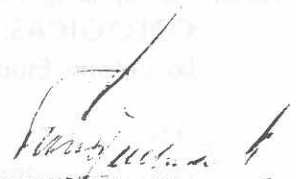
- Laparoscopy; Problemas and advantages Drukker, B.H.; Texas Med. 68:64-70, 1972

+ Pritchard, Jack, MacDonald, Paul; WILLIAM OBSTETRICS Sixteenth Edition, Appleton-Century-Crofts, New York, U.S. A. 1980.

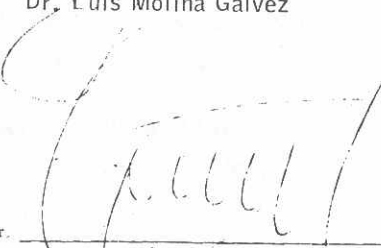
• Käser, Otto, Iklé, Franz; ATLAS DE OPERACIONES GINECOLOGICAS, 2a. edición, Ediciones Toray, S. A. Barcelona España.

By 
Francisco Daniel Cerezo


Asesor,
Fernando Enríquez Villacorta


Dr.
Revisor,
Dr. Luis Molina Gálvez


Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim


Dr.
Secretario
Dr. Raúl A. Castillo Rodas


Dr.
Decano,
Dr. Rolando Castillo Montalvo