

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA GINECOLOGICA

Dr. Guillermo Campuzano Castro

RESUMEN

El estudio se realizó entre 170 pacientes a quienes se les practicó Laparoscopia Diagnóstica en el Servicio de Endoscopia del Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" Guayaquil.

Se dividió a las pacientes en cuatro grupos, dependiendo de la causa que motivó la indicación laparoscópica, y que fueron: Tumora- ción pelviana de etiología desconocida, dolor crónico, dolor pel- viano agudo y por tumora ción pelviana más dolor crónico.

A continuación se exponen los resultados obtenidos:

INTRODUCCION

La laparoscopia es un medio auxiliar de diagnóstico al cual recu- rre el Ginecólogo ante cuadros clínicos que presentan dificultades en su definición (dolor crónico, tumora ción pélvica y dolor agudo). Existe controversia entre diversos autores en cuanto al uso generali- zado de la laparoscopia y en cuanto a su debilidad en el diagnóstico de algunos de dichos cuadros.

Con el siguiente trabajo pretendo clasificar si está justificada la utilización generalizada de la laparoscopia, ó como dicen algunos autores, es necesario seleccionar debidamente a las pacientes. Así mismo intentaré aclarar algo sobre las controversias, existentes, algunas de las cuales cito a continuación:

En pacientes que presentan dolor crónico, algunos autores (Portuondo y cols. 1981) (1) encuentran, tras la laparoscopia, 61,4% de pelvis normales. Quiere esto decir que en estas pacientes habría que restringir el uso de la laparoscopia.

En cambio, otros autores (Frangenheim y Kleindienst, 1974) (4) sólo encuentran 6,95% de pelvis normales, lo que vendría a significar que la gran mayoría de los pacientes con dolor crónico se benefician con la laparoscopia.

Dexeus y cols. (1.969) (2) está también a favor de la laparoscopia en el mayor número de pacientes con dolor crónico.

En los cuadros agudos del abdomen, hay autores partidarios de restringir el uso de la laparoscopia, porque opinan que produce un empeoramiento del cuadro clínico; por el contrario, otros autores (Frangenheim, 1972) (4) opinan que la aplicación general de la endoscopia en tales casos, incluso si se diagnostica una peritonitis purulenta o un absceso ovárico perforado, no produce empeoramiento.

La laparoscopia, aparte de contribuir al diagnóstico, evita intervenciones innecesarias, no sólo en los casos de tumor pélvico (entiéndase con los de tamaño pequeño, ya que los grandes pasan directamente a laparotomía exploradora. + 7cm.) sino también en los

casos de abdomen agudo, en los que diferencia la patología que tiene tratamiento médico de la que tiene tratamiento quirúrgico (Calatroni y Ruiz, 1977) (5). Podemos ver si, como dicen muchos autores, las ventajas que la laparoscopia ofrece en el diagnóstico diferencia del embarazo extra uterino son tan evidentes que tal indicación es suficiente para justificar plenamente la laparoscopia en ginecología (Jamain y cols. 1960 (2) Frangenheim, 1.702) (4)

Se intentará corroborar si, indican algunos autores, Palmer (1963) (8), Stepeos (1976) (7), el uso de la laparoscopia es realmente importante en el descubrimiento de la endometriosis.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

En el presente trabajo se realizó un estudio sobre 170 pacientes a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica en el servicio de Endoscopia del Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor.

La selección de las pacientes se realizó siguiendo un método clínico que comprendió anamnesis y exploración ginecológica. Una vez realizado esto, se dividió a las pacientes en cuatro grupos, dependiendo de la causa que motivó la indicación laparoscópica.

El primer grupo lo constituyen 56 pacientes (33%) con tumoración pelviana de etiología desconocida; el segundo grupo, 60 pacientes (35%) con dolor crónico; y el tercer grupo formado por pacientes por 12 pacientes (7%) con dolor pelviano agudo, y el cuarto, por 42 pacientes (25%) con tumoración pelviana más dolor crónico (Tabla #1).

Cabe destacar con las pacientes englobadas bajo el diagnóstico clínico de tumor y dolor eran pacientes con historias de alergias crónicas, y que en la exploración ginecológica presentaron pequeños nódulos pelvianos o empastamientos anexiales (exploración muy sugerente de tumor pelviano).

Dicha exploración se diferenciaba de la presentada por aquellas pacientes en las que se evidenció una clara tumoración pélvica; estas pacientes fueron englobadas bajo el diagnóstico de tumoración pélvica.

Hay que indicar que únicamente se seleccionaron las pacientes con tumoración igual o menor a 7 cm. ya que las pacientes con tumoración de mayor tamaño fueron sometidas directamente a la laparotomía exploradora.

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS 170 PACIENTES

TABLA 1.

Diagnóstico clínico	No. Casos	%
Tumoración pélvica de etiología desconocida	56	33
Dolor crónico	60	35
Dolor agudo	12	7
Dolor crónico + Tumoración pelviana	42	25
TOTAL	170	100

METODO CLINICO

Todas las pacientes fueron sometidas a anamnesis y a exploración ginecológica.

La historia clínica comprendió: edad, antecedentes personales y familiares, antecedentes menstruales, antecedentes gineco-obstétricos, quirúrgicos y motivo de la consulta. La edad, paridad y antecedentes menstruales de las 170 pacientes que refleja en las tablas #2 y 3. En el primer grupo 56 pacientes con tumoración pelviana de etiología desconocida) la edad media era de 30,85; 25 pacientes (45%) presentan eumenorrea, y 31 (55%) tenían trastornos menstruales (tabla #5).

En el segundo grupo (60 pacientes con dolor pélvico crónico) la edad media era de 29,75. En 27 pacientes (45%) se encontró eumenorrea, y en 33 pacientes (55%) trastorno menstrual.

En el tercer grupo (12 pacientes con dolor pelviano agudo) la edad media era 29, 25. En 8 pacientes había una regla normal, mientras que en 4 pacientes (33%) había algún trastorno menstrual. En el cuarto grupo (42 pacientes con tumoración pelviana más dolor crónico) la edad media era 30, 50. En 18 pacientes (43%) se encontró eumenorrea, y en 24 pacientes (57%) había trastorno menstrual. Tras la historia clínica se sometió a las pacientes a una exploración. El examen comprendió la cabeza, tórax, las mamas, el abdomen y el aparato genital.

No se consideró el examen ecosonográfico realizado, previo el examen laparoscópico.

TABLA #2

EDAD Y PARIDAD DE LAS 170 PACIENTES

Edad	# Casos	%
11-15	2	1
16-20	16	9
21-25	28	16
26-30	44	26
31-35	36	21
36-40	29	17
41-45	11	7
46-50	4	3

PARIDAD

Nuligesta	50	29
1	36	21
2	17	10
3	23	13,5
4	17	10
5	15	9
+5	12	7,5

TABLA #3

ANTECEDENTES MENSTRUALES DE LAS 170 PACIENTES

Antecedentes menstruales	#	%
Eumonorrea	78	46
Cligomenorrea	29	17
Hipomenorrea	21	12
Dismenorrea	20	12
Hipermenorrea	17	10
Polimenorrea	5	3
total	170	100

TABLA# 4

**RELACION ENTRE REGLA NORMAL TRASTORNO MENS-
TRUAL EN LOS CUATRO GRUPOS DE PACIENTES**

	A	%	B	%	C	%	D	%
Eumenorrea	25	45	27	45	8	67	18	43
Trast.menstrual	31	55	33	55	4	33	24	57
total	56		60		12		42	

RESULTADOS

1.- Los hallazgos endoscópicos en los 56 casos cuyo diagnóstico era tumoración pelviana de etiología desconocida, quedan reflejados en la (tabla 5).

TABLA # 5

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LOS CASOS DE TUMORES PELVIANOS DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

Hallazgos endoscópicos	# casos	%
Confirmación de tumor uterino u ovárico	27	48
Pelvis normal	12	22
Endometriosis pélvica	10	17
Patología tubárica (Salpingitis, hidrosalpinge, hidátide de morgagni)	6	11
Mal formación uterina	1	2
total	56	100

En 27 casos (48%) se confirmó el diagnóstico de tumoración ovárica o uterina y sobre esta base fue propuesta la terapéutica quirúrgica oportuna. Por el contrario en 12 casos (22%) la laparoscopia demostró una pelvis normal y, por lo tanto, no se realizó ninguna terapéutica quirúrgica.

En 17 casos (30%) el diagnóstico de tumoración pelviana fue corregido por otro, se hallaron 10 casos con endometriosis (17%); 6 casos con patología tubárica y 1 caso con mal formación uterina.

2.- Los hallazgos endoscópicos en los 60 casos con diagnóstico de dolor crónico pelviano se muestran en la tabla 6.

En 12 casos (20%) la laparoscopia mostró una pelvis completamente normal.

Los hallazgos patológicos fueron: Patología tubárica (salpingitis, hidrosalpinx, anexitis) en 19 pacientes (32%); SS. adherencial (P. peritoneal) en 7 pacientes (12%); tumor uterino en 7 casos (12%) endometriosis en 6 casos (10%); desgarro peritoneal (SS. de Allen Master), en 5 casos (8%); varicocele en dos casos (3%); quiste de ovario en 1 caso (1,5%) y malformación uterina en 1 caso (1,5%)

TABLA #6

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN LOS CASOS DE DOLOR PELVIANO CRONICO

Hallazgos endoscópicos	# Casos	%
Patología tubárica	19	32
Pelvis normal	12	20
SS. adherencial	7	12
Tumor uterino	7	12
Endometriosis pélvica	6	10
SS. Allen Master	5	8
Varicocele	2	3
Quiste de ovario	1	1,5
Malformación uterina	1	1,5
Total	60	100

TABLA #7
HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN CASOS DE DOLOR AGUDO

Hallazgos endoscópicos	# casos	%
Embarazo ectópico	4	33
Pelvis normal	3	25
Quiste de ovario torsionado	2	17
SS. Mitchlmerztl	2	17
Endometriosis	1	8
total	12	100

TABLA # 8
HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN LOS CASOS DE DOLOR CRONICO MAS TUMORACION PELVIANA

Hallazgos patológicos	# casos	%
Patología ovárica	10	24
Patología tubárica	7	17
Endometriosis	7	17
pelvis normal	8	19
SS. Adherencial	5	11
SS. Allen Master	2	5
Tumor uterino	2	5
Tb.	1	2
Total	42	100

TABLA # 9
HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN 158 PACIENTES CON TUMOR PELVIANO, DOLOR CRONICO Y TUMOR MAS DOLOR CRONICO

Diagnóstico clínico	# casos	Hallazgos endoscópicos	
		pelvis normal	patología
Tumor pelviano	56	12(21%)	46(79%)
Dolor crónico	60	12(20%)	48(80%)
Tumor y dolor crónico	42	8(19%)	34(81%)

3.- En la tabla 7 se recogen los hallazgos endoscópicos en 12 casos con dolor agudo. En 4 casos (33%) el diagnóstico laparoscópico fue de embarazo ectópico, mientras que en 3 casos (25%) se demostró una pelvis normal.

En dos casos (17%) el diagnóstico endoscópico fue de quiste de ovario torsionado e igual número por dolor ovulatorio.

4.- En la tabla 8 se muestran los hallazgos endoscópicos en 42 casos con diagnóstico de dolor crónico más tumoración pelviana.

En 8 casos (19%) se encontró una pelvis completamente normal.

Los hallazgos patológicos fueron: Patología ovárica (quiste) 10 casos (24%), Patología tubárica 7 casos (17%); endometriosis en 7 casos (17%) SS Adhlerenciales 5 casos (11%) desgarrar peritoneal en 2 casos (5%) Tumor uterino en 2 casos (5%) y tuberculosis genital en 1 caso (2%).

5.- La tabla 9 recoge una comparación en cuanto al hallazgo laparoscópico de pelvis normal o patológica entre tres grupos de pacientes; Un grupo cuyo diagnóstico fue de tumor pelviano de etiología desconocida otro dolor crónico pelviano crónico y un tercer grupo de tumor más dolor crónico. Se observa que, de las 56 pacientes con tumor pelviano, 12 (21%) tenían pelvis normal; mientras que 42 pacientes con tumor más dolor crónico, 8 (19%) tuvieron normalidad orgánica; y de las 60 pacientes con dolor crónico, en 12 (20%) la laparoscopia fue sin hallazgos, es decir, que no demostró ningún tipo de patología.

**TABLA # 10
HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE 72 PACIENTES CON
DOLOR CRONICO Y DOLOR AGUDO**

Diagnóstico Clínico	# casos	Hallazgos endoscópicos	
		pelvis normal	patolog.
Dolor crónico	60	12(20%)	48(80%)
Dolor agudo	12	3(25%)	9(75%)

TABLA # 11
ENDOMETRIOSIS HALLADAS EN 170 PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE TUMOR PELVIANO, DOLOR CRONICO, TUMOR Y DOLOR

Diagnóstico clínico	# casos	Hallazgos laparoscóp. Endometriosis
Tumor pélvico	56	10(18%)
Dolor crónico	60	6(10%)
Tumor y dolor crónico	42	7(17%)
Dolor agudo	12	1(8%)

6.- Los hallazgos laparoscópicos en las pacientes cuyo diagnóstico clínico fue de dolor pélvico crónico y dolor agudo, se compara en la tabla 10.

Puede observarse que, frente a 20% de pelvis normales y 80% de hallazgos laparoscópicos en las pacientes con dolor crónico, en las pacientes con dolor agudo se registra 25% de normalidad pélvica y 75% de patología demostrada laparoscópicamente.

7.- Las diferencias en cuanto a la aparición de endometriosis en las pacientes de los cuatro grupos se muestran en la tabla 11.

Se observa que el grupo en el que la laparoscopia se llevó a cabo por tumoración pélvica, la endometriosis aparece en 10 casos (18%); mientras que en grupos de dolor crónico como hallazgo clínico, el hallazgo laparoscópico de endometriosis se realizó en 6 casos (10%); en el grupo de tumor más dolor crónico, hubieron 7 casos (17%); y en el grupo de dolor agudo se encontró un caso de endometriosis (8%).

TABLA # 12
HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN 33 PACIENTES CON
DIAGNOSTICO ECOGRAFICO PREVIO SEGUN GRUPOS DE
ESTUDIO.

Grupos	# Diagn. eco	Hallazgos laparoscópicos	
		confirmado	descart
Tumoración pelv.	24	5 (20%)	19(80%)
Dolor crónico	4	1 (25%)	3(75%)
Tumor más dolor	4	2 (50%)	2(50%)
Dolor agudo	1	1	

8.- Se revisaron los diagnósticos ecosonográficos en las pacientes de los distintos grupos de estudio (casos). En el grupo de tumoración pelv. se habían realizado 24 ecosonografía pélvicas, en las cuales se confirmó el diagnóstico por laparoscopia en 5 casos (20%); en las pacientes con dolor crónico, de 4 diagnósticos ecográficos, en uno de ellos se pudo confirmar el diagnóstico.

9.- No se presentaron accidentes en el transcurso de las laparoscopias realizadas.

CONCLUSIONES

Estas conclusiones corresponden al estudio de 170 pacientes evaluadas clínica y endoscópicamente:

1.- En cerca de la mitad de las pacientes (48%) que presentaron en la exploración ginecológica una tumoración pelviana, los resultados laparoscópicos confirmaron una tumoración uterina ovárica.

En la tercera parte de ellas (30%) la laparoscopia descarta el origen tumoral y evidencia otra patología, fundamentalmente endometriosis y patología tubárica (Salpingitis, hidrosalpinx).

2.- La laparoscopia puede realizarse en todas aquellas pacientes que en exploración ginecológica presenten una tumoración pelviana, siempre que su tamaño no exceda los 7 cm.

3.- El 20% de las pacientes que son sometidas a laparoscopia por dolor pelviano crónico, se evidencia una pelvis normal; si bien es cierto que este porcentaje es mucho menor que otros estudios, se sugiere que sea valorada cuidadosamente la indicación laparoscópica sin hallazgos patológicos.

4.- En los casos en los que, presentándose dolor pelviano crónico, se evidencia alguna patología endoscópica, las entidades más a menudo observadas, son las representadas por salpingitis, SS. adherencial, endometriosis y SS. allen-Master.

5.- La exploración laparoscópica en las pacientes que presentan dolor agudo resulta de gran utilidad, ya que permite diferenciar los casos claramente quirúrgicos de los que no lo son.

En este grupo de paciente, el 33% correspondieron a embarazos ectópicos, en la cuarta parte de los casos no se encontró patología.

6.- La patología endoscópica más frecuente en las pacientes con tumor dolor crónico es la pateración en el ovario, la cual aparece en alrededor del 24%..

7.- En el grupo anterior encontramos patología responsable y del tumor, predominando esta última. Como patología como responsa

ble del dolor encontramos patología tubárica 17%, endometriosis 17%, SS. adherencial 11% y SS. allen-master 5%.

8.- En las pacientes que presentaron tumor pélvico y tumor más dolor crónico se encontraron los porcentajes más altos de endometriosis 18 y 17%.

9.- Se puede concluir que la laparoscopia es de gran utilidad en la investigación de la posible patología causante de dolor pelviano, dolor crónico, dolor agudo y dolor crónico más tumor. La laparoscopia es muy resolutiva (bajo porcentaje de laparoscopia sin hallazgos patológicos) en las pacientes que aquejan tumor pelviano de etiología desconocida así como también en las pacientes con tumor y dolor crónico brindando diagnóstico en el 80% de los casos.

10.- La laparoscopia encuentra 25% de pelvis normales en las pacientes con dolor agudo frente a 20% en las pacientes con dolor crónico, ambas patologías implican un mayor porcentaje de trastornos orgánicos.

11.- La laparoscopia es muy resolutiva ante dudas diagnósticas ecsonográficas más en casos de tumoraciones pélvicas.

BIBLIOGRAFIA

1.- Portuondo, J. A. cols. Contribución de la laparoscopia al diagnóstico, REV. ESP. Obst. Ginec., 38, 424, 1981

- 2.- Dexeus, S.: La celioscopia unos años después. Progr. Obstect. Ginecológica, 9/3, 1986.

- 3.- Esteban J/ cols. Laparoscopia diagnóstica ginecológica. Cl. Ginecológica, 9/3, 1986

- 4.- Frangenheim, H; Laparoscopia y Culdoscopia en ginecología. Científico-Médico, Barcelona, 1972.

- 5.- Stepoep P.C., Laparoscopy In Gynecology, Livenstone, Edimburgo 1967.

- 6.- Fuster, R.: La laparoscopia en el diagnóstico del dolor pelviano. XVI Congreso de la Sociedad Española de fertilidad. Nov. 1977.

- 7.- Pous-Ivern, L.C.: El valor de la laparoscopia en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las algeas pélvicas. A. Ginec. 29, 306, 1976.

- 8.- Palmer, R. Les Explorations fonctionelles gynecologiques, Masso'n París 1963.

- 9.- Neuwirth, R. S. Recent Experience with diagnostic and surgical laparoscopy AM. J. Obstet, Ginecol. 106,119. 1970.