

## **Indicaciones y contraindicaciones de la laparoscopia. Técnica laparoscópica**

Por el Dr. José Díaz de la Peña (8)

### *Indicaciones de la laparoscopia:*

Está indicada en todos los casos de patología orgánica, localizada en las regiones accesibles a la laparoscopia, es decir los órganos de la cavidad abdominopélvica, con excepción de los retroperitoneales.

Esquemáticamente señalamos:

1. *Síndrome ascítico:* (Siempre después de evacuación del líquido) pudiendo realizar el diagnóstico etiológico y distinguir:

- a) Las ascitis carcinomatosas, con granulaciones neoplásicas de las hojas peritoneales.
- b) Las ascitis de la peritonitis tuberculosa con sus granulaciones particulares.
- c) Las ascitis cirróticas, apreciándose el aspecto macroscópico del hígado y los signos de la hipertensión portal.

2. *Síndrome icterico:* En estos casos el examen laparoscópico debe precisar el aspecto y color del hígado, la existencia o no de conductos biliares dilatados en su superficie, el estado de vacuidad o dilatación de la vesícula y la presencia o no de esplenomegalia.

Si con estos datos el diagnóstico no puede ser establecido (hecho poco frecuente), debe complementarse con una colangiografía laparoscópica.

Desde hace algunos años viene siendo utilizada, por el Dr. Llanio y colaboradores, por primera vez en el mundo, según se dio a conocer en el Congreso Internacional de Pediatría, celebrado en Tokio, el pasado año, en el diagnóstico del ictero prolongado del lactante, permitiendo determinar si se trata de una agenesia de vías biliares o de una hepatitis, evitando con ello la alta mortalidad postoperatoria de estos casos, cuando se realiza una laparotomía exploradora.

3. *Tumores abdominales:* Permitiendo precisar su verdadera localización y en algunos casos su etiología, cuando esto no ha podido hacerse por los medios clínicos y radiológicos.

4. *Síndrome doloroso abdominal:* La laparoscopia puede ser el único examen que nos aclare los síntomas dolorosos de ciertos enfermos que no han podido ser precisados por otras exploraciones. Señalemos que los hallazgos más frecuentemente encontrados en ellos son:

- a) La perilepatitis, cuando se acompaña de bridas cortas, tendidas entre el hígado y la pared anterior del abdomen.
- b) Las bridas postoperatorias, que unen las asas delgadas o el ciego a las paredes.

5. La búsqueda de metástasis hepáticas o peritoneales, en casos de neoplasia, bien sea ésta de órganos abdominopelvianos o fuera de esta cavidad (cáncer del pulmón, del tiroides, etc.)

6. En las afecciones de las vías biliares. Nos permite diagnosticar los procesos que asientan en la vesícula, tales como colecistitis agudas, vesículas escleroatróficas, neoplasias, vesículas hidrópicas, etc.

7. Afecciones del estómago, situadas en la cara anterior, antropilórico y curvatura mayor, del ciego, apéndice y colon, así como de intestino delgado y epiplón, donde puede ser de utilidad.

8. En algunas esplenomegalias, puede ayudar a establecer su etiología (cirrosis, linfosarcoma, etc.)

9. Afecciones de los órganos pelvianos. De gran interés para el ginecólogo, ya que permite el diagnóstico de fibromas pequeños, neoplasias, sobre todo de ovario, embarazos extrauterinos, anexitis, agenesias, etc.

También debemos señalar su aplicación en el diagnóstico de testículos ectópicos.

10. En fin, en aquellas enfermedades sistémicas, en que desee comprobarse la participación de los órganos abdominales, principalmente hígado y bazo, como sucede en las enfermedades colágenas, las granulomatosis, linfomas, etc.

11. La biopsia hepática dirigida en el curso de la laparoscopia, que debe reemplazar a la biopsia a ciegas, ya que está hecha bajo el control de la vista y sobre la zona y el nódulo que interese investigar.

#### *Contraindicaciones de la laparoscopia:*

1. Debe evitarse en los cardíacos descompensados sin ascitis y en los pulmonares crónicos con insuficiencia respiratoria, ya que por el neumoperitoneo,

provocamos una elevación diafragmática, con mayor disminución de la capacidad respiratoria.

2. También debe evitarse en las grandes tumoraciones, sobre todo, en aquellas que se sospeche, tengan adherencias a la pared abdominal.

3. Son contraindicaciones relativas, las cicatrices postoperatorias, si bien, en muchos casos, puede realizarse, separándose siempre de las mismas.

También las hernias que aumenten de volumen cuando se realiza el neumoperitoneo.

4. Las ascitis tabicadas por el riesgo de perforar un asa adherida a la pared.

5. Debe tenerse cuidado con las hernias del hiatus esofágico, diagnosticados con anterioridad, ya que el neumoperitoneo puede provocar dolor.

6. También se señalan como contraindicaciones los casos de abdomen agudo, tales como colecistitis, pancreatitis, apendicitis, etc., por el peligro de diseminar la infección, sin embargo, hoy en día el Dr. Raimundo Llanio y colaboradores, la están realizando, sin consecuencias desfavorables.

#### TECNICA DE LA LAPOROSCOPIA

*Preparación del paciente:* Debe ponerse dos enemas evacuantes, uno la noche antes, y otro en la mañana temprano. Estar en ayunas. Nosotros no usamos sedantes previos, ni anestésicos, como preconizan otros, salvo en sujetos muy nerviosos o en niños. Debe evacuarse completamente la vejiga antes del examen.

#### *Distintos pasos de la técnica:*

1. Rasurar y esterilizar la piel (yodo o merthiolate y alcohol).

2. Selección del punto de la punción, para la introducción del oxígeno y la-

paroscopia. Este depende de la constitución del sujeto, de la región a examinar, o de condiciones especiales (intervenciones quirúrgicas anteriores, hepatomegalias, tumores palpables, etc.)

En general, usamos con mayor frecuencia un punto situado un centímetro por fuera de la línea media del abdomen y dos a tres centímetros por encima del ombligo.

En las laparoscopias ginecológicas el punto utilizado, está de 3 a 4 cm. por debajo del ombligo y casi en la línea media del abdomen.

Nosotros siempre utilizamos el mismo punto para realizar el neumoperitoneo y para introducir el laparoscopio. Sin embargo, hay autores, que preconizan dos puntos de entrada, uno para el laparoscopio, en la región paraumbilical y otro punto para hacer el neumoperitoneo en el cuadrante inferior izquierdo, siendo esto muy molesto para el paciente.

3. Se realiza infiltración anestésica, utilizando lidocaína o novocaína al 2%, de todos los planos, hasta el peritoneo parietal.

4. *Neumoperitoneo*: Para realizarlo nos valemos de una aguja de tres pulgadas, calibre 18. Es bueno señalar que este es el tiempo más difícil, siendo aquí donde deben tomarse todas las precauciones para hacerlo correctamente. Debiendo ayudarnos para ello, de la desaparición de la matidez hepática.

Para asegurar que estamos en cavidad peritoneal, se inyecta aire con una jeringuilla y aspiramos después, debiendo hacer vacío la jeringuilla, si estamos en cavidad. Procedemos a introducir oxígeno lentamente guiándonos por la distensión abdominal y la tolerancia del paciente. Después, infiltramos nuevamente anestésico, para insensibilizar el peritoneo parietal.

5. Se realiza la incisión en el mismo sitio del neumoperitoneo. Esta incisión es de 5 a 10 mms. de extensión y limitada sólo a la piel. Luego se van separando los distintos planos con una pinza mosquito (paso éste preconizado por el Dr. Raimundo Llanio y colaboradores), hasta llegar al peritoneo parietal, lo cual no sólo facilita la introducción del trocar, haciéndolo menos molesto, sino que permite separar las fibras musculares y vasos sanguíneos que puedan encontrarse accidentalmente en ese sitio, evitando así que sean heridos por el trocar.

6. Se hace penetrar el trocar con su mandril lentamente, en una dirección perpendicular a la superficie de la pared abdominal. La llegada del extremo del trocar a la cavidad abdominal es percatación fácilmente por la mano del operador.

7. Se retira el mandril y se introduce el sistema óptico. En este cambio no se pierde el aire, por tener el equipo una válvula que lo impide.

8. Finalizada la endoscopia, sacamos el tubo óptico y se trata de extraer todo el aire posible, se retira el trocar, dando un punto metálico o de seda en la incisión, y se cubre.

Los cuidados postlaparoscópicos, son pocos:

- a) Administrar medio gramo de Estreptomomicina con medio millón de Penicilina, cada 12 horas por dos días, o cualquier otro antibiótico como la Tetraciclina por vía oral, para evitar cualquier complicación.
- b) Dieta libre o la indicada por el médico de asistencia.
- c) Puede tomar acetil salicílico, si refiere dolor, o bolsa de hielo.
- d) A los 4 ó 5 días después, quitarse el punto.