

La laparoscopia en el diagnóstico ginecológico

Por el Dr. ARCADIO SOTTO ESCOBAR**

TECNICA

INTRODUCCION

En la patología ginecológica tan frecuente en la práctica médica, hay un número apreciable de casos en los que el diagnóstico, a pesar de un buen examen clínico, tacto y exámenes complementarios, es difícil de concluir y es precisamente en estas pacientes, donde la laparoscopia brinda un excelente medio de diagnóstico al precisar la etiología de la afección.

El método adquiere un mayor valor en los casos de embarazo ectópico, donde sabemos que antes de romperse éste, es confundible con otras patologías anéxales y donde el examen ginecológico y otros métodos de exploración como pruebas de embarazo, punciones abdominales y del fondo del saco de Douglas, etc., tienen sus fallos, aparte de las molestias que ocasionan a estas pacientes, ya portadoras de un dolor abdominal antes de ser sometidas a estos exámenes. La laparoscopia sin apenas ocasionar molestias a las pacientes y sólo en pocos minutos, permite hacer el diagnóstico y decidir la conducta médica o quirúrgica a seguir.

Para los interesados en este tema informamos que en este mismo Congreso se ha presentado un trabajo de nuestro Departamento sobre embarazo ectópico en 38 casos y otro sobre el diagnóstico de las laparoscopias ginecológicas en 385 casos.

Para el examen ginecológico aunque empleamos la misma técnica de la laparoscopia, ya descrita en este Symposium, siempre hacemos la incisión 1 ó 2 cms. por debajo del ombligo y algo a la izquierda de la línea media. De rutina siempre visualizamos hígado, vesícula y bazo, para descartar cualquier patología a este nivel y luego colocamos la paciente en Trendelenburg para proceder al examen de la cavidad pelviana. A veces, cuando las pacientes aquejan dolor abdominal o alguna molestia, inyectamos después de realizado el neumoperitoneo, 10 ó 20 cc. de Lidocaína al 2% para evitarle molestias, sobre todo en caso de que los anejos no sean visibles y tengamos que levantar el útero para obtener su visualización. Esto último puede hacerse con el mismo laparoscopio y cuando aun así no sea posible, en muy pocos casos tenemos que recurrir a un separador especial, el cual se introduce en la cavidad abdominal con un trocar delgado y bajo visión laparoscópica nos permite, desplazando el útero, así u otras formaciones a ese nivel, obtener una mejor visualización de los anejos antes ocultos.

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

Analizaremos los procesos ginecológicos más frecuentes en que resulta útil el empleo de la laparoscopia.

Procesos inflamatorios: La anexitis es una de las patologías más frecuentes observadas, caracterizándose por el aumento del volumen de las trompas, las cuales lucen edematosas, tortuosas y con un³¹ aumento de su vascularización, que las hace más rojizas y de aspecto urgente.

Junto a éstas hemos observado también varios casos de hidrosalpinx y piosalpinx. En ocasiones pueden apreciarse adherencias laxas y tractus de fibrina en la cavidad pelviana.

A veces se aprecia en este examen un aumento de volumen en los ovarios, frecuentemente unilateral, siendo su aspecto macroscópico completamente normal. Es curioso señalar que en la experiencia de nuestro Departamento un 11% de los casos realizados son normales, no encontrándose ningún signo patológico al examen laparoscópico y que, sin embargo, al examen físico daba la impresión de existir tumoraciones de distinta localización en ovarios, trompas, Douglas, etc., y que a veces resultaba ser pequeños quistes foliculares o discreto aumento de los ovarios que los hacían palpables.

Tumores de útero y ovarios: Entre estos el fibroma es de los más frecuentes, aunque los que hemos visto casi siempre fueron de pequeño tamaño y a veces hallazgos laparoscópicos no reportado en el examen ginecológico. Esto se explica porque los fibromas de gran tamaño casi nunca ofrecen dificultades diagnósticas y no se les indica el examen laparoscópico.

Los tumores malignos, como los adenocarcinomas papilíferos muestran un típico aspecto de pequeños nodulos blanquecinos a veces agrupados semejando racimos de uvas y en ocasiones con invasión peritoneal mostrando un aspecto similar.

Síndrome de Stein-Leventhal: En esta afección observada con bastante frecuencia se puede a veces establecer el diagnóstico por las características típicas de los ovarios y otras veces sólo puede in-

formarse que su aspecto es compatible con este síndrome, ya que el diagnóstico exacto y preciso sólo puede establecerse histológicamente por la hiperplasia de la teca.

En este síndrome los ovarios aparecen casi siempre aumentados de tamaño, de color blanco-nacarado o grisáceo, de superficie lisa o irregular, dejando ver a veces pequeños quistes cuyo contenido suele ser transparente. En algunas ocasiones los ovarios dan la impresión de tener aumentada su consistencia y aparecen como proyectados hacia la cavidad pelviana y fijados a ellas, sobre todo a su pared lateral.

Formaciones quísticas: Estas constituyen junto con los procesos anexiales inflamatorios las des patologías más frecuentes en el examen laparoscópico.

Estos quistes pueden ser de todos tamaños, desde pequeños quistes hasta quistes gigantes, a veces confundibles clínicamente con ascitis a tensión. Hemos visto casos de estos últimos cuyas portadoras habían sido catalogadas como cirróticas y ya se les había practicado varias punciones evacuadoras. En uno de ellos 44 punciones en varios años.

En caso de quistes gigantes a veces se dificulta hacer el neumoperitoneo, pues el quiste apenas deja espacio libre para el mismo, pero puncionándolo se puede inyectar aire e introducir el laparoscopio dentro de la cavidad quística y observar su pared interior, luego dejamos escapar cierta cantidad de aire y retirando algo el laparoscopio podemos visualizar la pared externa del quiste.

Malformaciones: Las distintas malformaciones y a veces las combinaciones de ellas pueden diagnosticarse con exactitud por la laparoscopia.

Entre estas malformaciones son frecuentes el síndrome de Turner, las age-

nesias uterinas, apreciándose en éstas una especie de bandeleta de color rojizo en el lugar que correspondería al útero. Las bipoplasias totales y parciales son también frecuentes. También hemos visto casos de útero doble, útero bicorne y útero septum.

Embarazos: El embarazo intrauterino normal de uno o dos meses de evolución, hemos tenido oportunidad de verlo en pacientes cuyo médico de asistencia pensaba que los trastornos menstruales de estas pacientes eran debido a una patología.

En el embarazo ectópico, como dijimos antes, la laparoscopia adquiere un extraordinario valor como examen de urgencia y así acostumbramos a realizarlo en nuestro Departamento en los casos que se sospecha esta patología.

El aspecto laparoscópico del embarazo ectópico puede ser distinto de acuerdo con el momento en que se realice este examen:

a) Antes de la ruptura de la trompa, ésta se muestra dilatada, de color azul-violáceo, rodeada de gruesos vasos; si el embarazo tiene aún más tiempo de evolución la trompa aparece muy aumentada, transformada en una masa violácea, pudiendo apreciarse a veces el adelgazamiento de su pared.

b) Después de la ruptura de la trompa los anejos aparecen recubiertos de coágulos sanguíneos con cierta cantidad de sangre roja rutilante, libre en cavidad abdominal, si la ruptura ha ocurrido recientemente.

En otras ocasiones, cuando ya el ectópico lleva algún tiempo fisurado o roto se observa una masa oscura con coágulos de color negruzco, con adherencias a epiplón y

asas, formando a veces un verdadero plastrón.

De acuerdo con nuestra experiencia se puede establecer en el 100% de los casos el diagnóstico de un embarazo ectópico y además en un mínimo de tiempo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Estimamos que la laparoscopia es un método de extraordinario valor en el diagnóstico de las afecciones ginecológicas.

Por las mínimas molestias que ocasiona a las pacientes y su inocuidad la consideramos superior a otros métodos incluyendo la culdoscopia, que hoy en día sólo se emplea en muy pocos países.

La laparoscopia es útil como método de urgencia en el diagnóstico de ciertas afecciones ginecológicas, permitiendo decidir en poco tiempo el proceder médico o quirúrgico a seguir.

Es de gran utilidad su empleo en las afecciones inflamatorias y tumoraciones ginecológicas, permitiendo su diagnóstico correcto o descartando a veces tumoraciones sospechadas clínicamente.

Debe emplearse también en el diagnóstico de las formaciones quísticas.

En las malformaciones congénitas permite comprobar los casos de hipoplasias y agenesias.

En casos de esterilidad también debe emplearse para precisar su etiología, así como en los casos de Stein-Leventhal.

Es de inestimable valor en el diagnóstico del embarazo ectópico, sobre todo antes de su ruptura, ya que en este estadio otros métodos no permiten hacer el diagnóstico.

- Alicino, R. y coi.*: La celioscopia nella diagnostica ginecológica. Proceedings of the first international Symposium of Gynecological Celioscopy. Palermo, 1964.
1. —*Cittadini, E. y Rossi, T.*: L'interesse della celioscopia nella diagnosi delle malformazioni genitali. Proceedings of the first International Symposium of Gynecological Celioscopy. Palermo, 1964.
 2. —*Heymans, M. y Palmer, J.*: La coelioscopie dans l'indication opératoire pour stérilité tubaire. Proceedings of the first international Symposium of Gynecological Celioscopy. Palermo 1964.
 3. —*Lenzi, G. y Cavassini, G.*: La laparoscopie. Masson Edit. París, 1960.
 4. —*Palmer, R.*: Ce que on peut attendre actuellement de la coelioscopie en gynécologie. Proceedings of the first international Symposium of Gynecological Celioscopy. Palermo, 1964, cit. 2.
 5. —*Sjövall, A.*: Laparoscopy in the diagnosis of acute salpingitis. Proceedings of the first international Symposium of Gynecological Celioscopy. Palermo, 1964.
 6. —*Thoyer-Rozat, J.*: La coelioscopie dans les grossesses extra uterines et la pathologie gravidique. Proceedings of the first international Symposium of Gynecological Celioscopy. Palermo, 1964.