

LAPAROSCOPIA EN ESTERILIDAD

Dres.: Javier BACINI C.; Víctor DIAZ H.; Luz JEFFERSON C.; Alejandro SIU A.; Carlos MUÑOZ T.

Miembros del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza.

RESUMEN

Se presentan 123 casos en que se efectuó laparoscopia como método diagnóstico en pacientes estériles, atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, entre Enero 1977 y Julio 1981.

El promedio de edad fué de 27.8 años, y el tiempo promedio de la evolución de la esterilidad primaria, de 5.7 años y la secundaria de 7.4 años. Con antecedentes patológicos el 32.8 o/o de los casos, siendo la TBC pulmonar, 53.3 o/o; la infección de vías urinarias, 10 o/o; y la tifoidea 10 o/o, las más frecuentes. Con antecedentes quirúrgicos en 34 casos de los cuales, los antecedentes quirúrgicos gineco-obstétricos alcanzaron el 61.7 o/o y los no gineco-obstétricos el 38 o/o. Los hallazgos laparoscópicos más frecuentes fueron adherencias pélvicas 33.3 o/o y factor tubárico 43.1 o/o, bajo la forma de signos inflamatorios con fimosis del ostium e hidrosalpinx, lesiones sospechosas de TBC, 17.8 o/o y endometriosis 9.7 o/o.

La correlación radiológica-laparoscópica en cuanto a permeabilidad tubaria fué de 70 o/o.

Se destaca la importancia de éste método en el estudio de la esterilidad que permite aciertos diagnósticos, así como una adecuada selección de pacientes para cirugía tubaria.

Como ventajas del procedimiento se menciona escasas complicaciones intra y post operatorias, anestesia rápida y corta hospitalización.

INTRODUCCION

La ginecología actual encuentra en la laparoscopia uno de los mayores avances como método diagnóstico operatorio y ocupa definitivamente un lugar importante en el estudio de pacientes ginecópatas, (14), (10), (6), ya que permite la visualización perfecta de los órganos pélvicos. Por otra parte es posible valorar el resultado de tratamientos médicos y quirúrgicos (14), principalmente de padecimientos crónicos como la TBC genital, endometriosis y de pacientes sometidas a cirugía tubaria en los de esterilidad. También representa un avance como técnica quirúrgica endoscópica, señalando por ejemplo su difusión como método para esterilización tubaria (10), (9), (17), tratamiento de endometriosis o lisis de adherencias y biopsias de órganos pélvicos, como los más importantes, (11).

MATERIAL Y METODOS

En el servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza, la laparoscopia se efectúa de acuerdo a normas establecidas y ocupa un lugar importante en el estudio de la esterilidad o infertilidad femenina, siendo el objetivo de la presente comunicación el análisis de 123 casos de mujeres que consultaron por esterilidad, a las que se ha efectuado laparoscopia diagnóstica, realizadas entre Enero 1977 y Julio 1981.

El equipo utilizado para el estudio pelviscópico en el laparoscopio K.L.I. modelo V-H, tricontrol, con estabilizador de corriente y como fuente de luz, luz fría transmitida por fibra de vidrio.

Las pacientes seleccionadas para éste estudio proceden del Consultorio de Fertilidad del servicio y a las que previamente se les han evaluado los factores de esterilidad matrimonial.

Una vez cumplida las normas de preparación preoperatoria, son hospitalizadas en periodo pre-menstrual (12).

El procedimiento seguido en nuestro servicio, someramente explicado es el siguiente (7):

- a) Paciente en posición ginecológica, a quien se suministra anestesia local o general según indicación.
- b) Limpieza y desinfección de la zona umbilical y vulvo-vaginal, cateterismo vesical.
- c) Colocación de la cánula de Rubin, fijada por una pinza de garfios al canal cervical.
- d) Colocada la paciente en Trendelenburg, se realiza el neumoperitoneo a través de una aguja de Thouy, introducida por el borde inferior de la cicatriz umbilical, previa punción con bisturí, luego se insufla CO₂ en un volumen que varía de 2 a 3 litros según el caso.
- e) Penetración de la cavidad abdominal, que se realiza con el trocar y su respectivo manguito, el cual queda cuando se retira el trocar.
- f) Introducción del laparoscopio a través del manguito.
- g) Conexión con la fuente de luz y exploración visual de la cavidad.

h) Terminada la exploración, se retira el laparoscopio, se extrae el gas a través del manguito y previa colocación del trocar se extrae éste. Se cierra la piel con catgut crónico "oo" con un sólo punto sub-dérmico.

RESULTADOS

Edad: Esto fluctuó entre 21 y 38 años, con un promedio de 27.8 años.

Tipo de esterilidad: osciló para la esterilidad primaria entre 2 y 16 años con un promedio de 5.7 años y para la esterilidad secundaria entre 2 y 13 años con un promedio de 7.4 años. Cuadro 1.

Cuadro 1

TIEMPO DE LA EVOLUCION DE LA ESTERILIDAD

Tipo de esterilidad	Tiempo de evolución (años)	Promedio (años)	No. casos
Primaria	2 - 16	5.7	73
Secundaria	2 - 13	7.4	50
TOTAL:			123

Antecedentes patológicos: se encontraron 30 pacientes con antecedentes patológicos, siendo la TBC pulmonar con 16 casos, 53.0 o/o el antecedente más frecuente; infección de vías urinarias a repetición, parotiditis y tifoidea con 3 casos, 10 o/o cada uno; peritonitis 2 casos, 6.9 o/o. Otros hallazgos fueron C.I.V., TBC renal y hepatitis con un caso cada uno 3.3 o/o. Cuadro 2.

Cuadro 2

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Tipo	No.	o/o
1. TBC pulmonar	16	53.3
2. Inf. vías urinarias	3	10.0
3. Tifoidea	3	10.0
4. Parotiditis	3	10.0
5. Peritonitis	2	6.6
6. TBC renal	1	3.3
7. C.I.V.	1	3.3
8. Hepatitis	1	3.3
TOTAL	30	100.0

Antecedentes quirúrgicos abdominales: en el presente estudio hubieron 34 pacientes con antecedentes de cirugía abdominal; en 21 de ellos; 17.6 o/o fué de tipo gineco-obstétricos, siendo la quistectomía la más frecuente con 12 casos, 57.1 o/o; salpingectomía por gestación ectópica 5 casos, 23.8 o/o; cesárea 3 casos, 14.2 o/o y ligamentopexia 1 caso, 4.7 o/o.

En los 13 casos restantes 38.5 o/o la cirugía no fué de tipo gineco-obstétrico, siendo la apendicectomía la más frecuente con 9 casos 69.2 o/o; mastectomía, colesistectomía, nefrectomía y laparotomía exploradora con 1 caso cada uno, 7.6 o/o. Cuadro 3a, b y c.

Cuadro 3a

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

Tipo	No.	o/o
Gineco-obstétricos	21	61.7
No gineco-obstétricos	13	38.2
TOTAL	34	100.0

Cuadro 3b

GINECO - OBSTETRICOS

Tipo	No.	o/o
Quistectomía	12	57.1
Salpingectomía	5	23.8
Cesárea	3	14.2
Ligamentopexia	1	4.7
TOTAL:	21	100.0

Cuadro 3c

NO GINECO - OBSTETRICO

Tipo	No.	o/o
Apendicectomía	9	69.2
Vesícula	1	7.6
Lap. exploradora	1	7.6
Mastectomía	1	7.6
Nefrectomía	1	7.6

Indicaciones de la laparoscopia: todas las pacientes tuvieron como indicación de la laparoscopia, la esterilidad, siendo por lo tanto diagnósticas, de ellas 73 son estériles primarias, el 53.3 o/o y estériles secundarias 50 casos o sea el 40.6 o/o. Cuadro 4.

Cuadro 4

INDICACIONES PARA LAPAROSCOPIA

Indicación	No.	o/o
Estéril primaria	73	59.3
Estéril secundaria	50	40.6
TOTAL:	123	100.0

Hallazgos laparoscópicos: los hallazgos laparoscópicos más frecuentes corresponden a patología peritoneal adherencial y compromiso tubárico, así como alteraciones patológicas sospechosas de TBC genital. Otra afección importante detectada ha sido la endometriosis.

Entre las primeras encontramos adherencias peritoneales a nivel pélvico que compromete trompa y ovarios en 41 casos, 33.3 o/o, hidrosalpinx 27 casos, 21.9 o/o;

signos inflamatorios anexiales con fimosis del ostium 26 casos, 21.1 o/o; lesiones sospechosas de TBC 22 casos, 17.8 o/o; endometriosis 12 casos, 9.7 o/o; pélvis normal 8 casos, 6.5 o/o; quiste de ovario 6 casos, 4.8 o/o; mioma uterino 5 casos, 4.0 o/o; obstrucción tubaria bilateral por causa quirúrgica (ligadura tubaria) 4 casos, 3.2 o/o; y finalmente hipogonadismo, varicocele y obstrucción tubaria bilateral sin otras alteraciones, 1 caso de cada uno, 0.8 o/o. Cuadro 5.

Cuadro 5

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

Hallazgos	No.	o/o
— Adherencias a nivel pélvico	41	33.3
— Hidrosalpinx	27	21.9
— Signos inflamatorios anexiales y fimosis del ostium	26	21.1
— Imágenes sospechosas de TBC	22	17.8
— Endometriosis	12	9.7
— Pélvis normal	8	6.5
— Quiste de ovario	6	4.8
— Mioma uterino	5	4.0
— Obstrucción tubaria bilateral por resección quirúrgica previa de trompas.	4.3	3.2
— Obstrucción tubaria sin otras alteraciones	1	0.8
— Hipoplasia de útero y ovarios	1	0.8
— Varicocele pelviano	1	0.8
TOTAL:		

Correlación del hallazgo radiológico y laparoscópico respecto a permeabilidad tubaria: en cuanto a permeabilidad tubaria hubo correlación radiológica-laparoscópica en 70 o/o y discordancia en 30 o/o. Cuadro 6a.

Cuadro 6a

CORRELACION RADIOLOGICA-LAPAROSCOPICA RESPECTO A PERMEABILIDAD TUBARIA

Histerosalpingografía	Laparoscopia	No.
PERMEABLE	PERMEABLE	16
OCLUIDA	OCLUIDA	26
PERMEABLE	OCLUIDA	7
OCLUIDA	PERMEABLE	11

Cuadro 6b

	No.	o/o
Correlación	52	70
No correlación	18	30
TOTAL:	70	100

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Comentarios: en la actualidad es unánime el criterio de usar el método endoscópico en el estudio de la mujer estéril, (8), (1).

Los hallazgos en cuanto a promedio de edad, 27.8 años y tiempo de evolución de la esterilidad, la primaria de 5.7 años y la secundaria de 7.4 años, concuerda con la de diversos autores (10).

Aunque los antecedentes quirúrgicos abdominales encontrados en nuestros casos son considerados contraindicaciones relativas (6), (14), no se han tenido complicaciones atribuibles a ellas, por lo que concluimos que éste antecedente no contribuye a la escasa morbilidad de este procedimiento.

Los hallazgos laparoscópicos más frecuentes en nuestro estudio están en relación a factores adherenciales, 33.3 o/o y tubarios en general 43.0 o/o que concuerdan con otros autores, (2), (3), aunque la cifra del factor adherencial aisladamente ha disminuido en comparación a un estudio nuestro realizado hace 2 años (1). La TBC genital, como lesión sospechosa, presentó un 16 o/o; el cual constituye un porcentaje mayor que el 9 o/o presentado por Benaim Pinto (4). La endometriosis en nuestro estudio alcanzó la cifra de 9.7 o/o mayor que en nuestro trabajo anterior (1), pero inferior al de otros (7), (15), que alcanzaron un promedio de 30 o/o.

La correlación de los hallazgos usando la histerosalpingografía versus la laparoscopia encontramos un 70 o/o de correlación y un 30 o/o de no correlación; asumiendo que la técnica laparoscópica es superior; la no correlación la tratamos de explicar por la posibilidad de espasmos tubarios que se evita al administrar la anestesia durante el acto quirúrgico ó por un proceso patológico evolutivo a nivel tubario que ocurriría entre a histerosalpingografía hasta el momento de efectuar la laparoscopia.

CONCLUSIONES

1. La pelviscopia es un procedimiento imprescindible para el estudio de la mujer estéril.
2. Los hallazgos más importantes en orden de frecuencia son: el factor tubárico, 43.1 o/o; adherencias pélvicas, 33.3 o/o; lesiones compatibles con TBC, 17.8 o/o y endometriosis 9.7 o/o.
3. La correlación histerosalpingográfica versus pelviscopia es concordante es 70 o/o.
4. La no correlación histerosalpingográfica versus pelviscopia es del 30 o/o. Atribuibles a la supresión del factor espástico con el uso de la anestesia o a algún proceso tubárico evolutivo desarrollado en el lapso de la prueba radiológica y la pelviscopia.

BIBLIOGRAFIA

1. BACINI, J. y col.: Estudio laparoscópico en mujeres estériles, Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.

2. BARREDA y col.: La laparoscopia en el Hospital M.I. "San Bartolomé". Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
3. BAUTISTA, F. LUDMIR, A. y col.: Factor tubario en el Hospital M.I. "San Bartolomé", Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, 1979.
4. BENAİM PINTO, V.: Diagnóstico de la TBC genital. Tema oficial del VII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Memorias 2, Quito, Ecuador, 1973.
5. DELGADO URDAPILLETA y col.: La laparoscopia como método diagnóstico en ginecología. Ginen Obstet. mex. 42:253, 1977.
6. FRANGENHEIM: Laparoscopia y culdoscopia en ginecología. Ed. Científico-médica, Barcelona, 1972.
7. FRANGENHEIM, H., KLEINDIEST, W.: Chronic pelvic disease of un known origin In Phillips J.M., Principles and techniques. Stratton Intercontinental medical book. 1974, p. 45.
8. GOMEL, V.: Laparoscopic tubal surgery in infertility, Obstet. Gynen. 46:47, 1975.
9. HASKINS, A.I.: Oviductal sterilization with tanalun clip Am. J. Obstet. Gynecol. 42:748, 1973.
10. KEITH, L.: Annual report American Association of Gynecological Laparoscopists. Los Angeles, Nov. 1974.
11. MARIK, J.J.: Utilidad de la laparoscopia en la infertilidad. Clínicas obstétricas y ginecológicas. 1:138, 1979.
12. PAREKH, M., ARROVET, G.M.: Diagnosis procedures and methods specific reference to the female pelvic organs with specific reference to infertility. Clinical obstet. Gynecol. 15:1, 1972.
13. ROLAND, M. y col.: Diagnosis in infertility in Phillips J.M. (ed) Laparoscopic, Baltimore, Williams and Wilkins, 1977. p. 206.
14. SEEM - KURT.: Atlas de pelviscopia e histeroscopia. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1977.
15. SUJIMOTO, O.: Laparoscopic for diagnosis of female sterility caused by minor pelvic lesions. In Phillips J.M. Keith (eds) Gynecological laparoscopic: Principles and techniques stratton intercontinental medical book. 1974. p. 379.
16. VILLALOBOS, L.M. y col.: Valor diagnóstico de la laparoscopia en el estudio de la esterilidad de causa no conocida. Ginen. Obstet. Mex. 37:129, 1975.
17. WHEELLESS, C.R.: Laparoscopic sterilization: Review of 3,600 cases, Obstet. Gynecol. 42:748, 1973.