

# Rol de la laparoscopia en los cuadros agudos de abdomen inferior en la mujer.

Revisión últimos 10 años, Servicio de Ginecología del Hospital Británico

Dres. Juan Carlos Scasso\*, Santiago Scasso†, Joel Laufer‡, Juan Alves‡, Ismael Sierra‡, Santiago Varela‡

## Resumen

**Introducción:** los cuadros agudos de abdomen inferior (CAAI) en la mujer son una causa frecuente de consulta en puerta de emergencia. El rol de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica, más aun en la mujer, se encuentra bien establecido. Permite arribar a un diagnóstico de certeza en todos los casos al visualizar la totalidad de la cavidad abdominal mediante un abordaje mínimamente invasivo, evita retrasos diagnósticos y sus consiguientes complicaciones evolutivas.

**Objetivo:** describir, analizar y comunicar la casuística de los últimos diez años de cirugías laparoscópicas por CAAI en el Servicio de Ginecología del Hospital Británico.

**Material y método:** se realiza un estudio retrospectivo y descriptivo del rol de la laparoscopia en los CAAI de la mujer en los últimos diez años de cirugías laparoscópicas realizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Británico. Se analizan las siguientes variables: edad de presentación, indicación de hallazgos nosológicos, resolución y complicaciones.

**Resultados:** la máxima prevalencia de los cuadros agudos de abdomen se presentó entre los 30 y 35 años de edad; correspondiendo el embarazo ectópico, los quistes de ovario, seguidos por torsiones anexiales los hallazgos laparoscópicos más frecuentes.

La resolución por vía laparoscópica pudo efectuarse en 93% de las pelviscopías patológicas. Solamente requirieron conversión laparotómica 7% de las pacientes, siendo la principal indicación de las mismas los abscesos tuboováricos.

**Palabras clave:** ABDOMEN AGUDO - diagnóstico.  
ABDOMEN AGUDO - cirugía.  
LAPAROSCOPIA.

**Keywords:** ABDOMEN, ACUTE - diagnosis.  
ABDOMEN, ACUTE - surgery.  
LAPAROSCOPY.

\* Director del Servicio de Ginecología del Hospital Británico, Jefe de Block Quirúrgico del Hospital Británico. Uruguay.

† Ginecólogo de guardia del Hospital Británico. Uruguay.

‡ Ginecólogo titular del Hospital Británico. Uruguay.

**Correspondencia:** Dr. Santiago Scasso

Orleans 2273. Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: sscasso@gmail.com

Recibido: 26/2/11.

Aceptado: 23/5/11.

Conflictos de intereses: los autores del presente trabajo declaran que no existen conflictos de intereses.

## Introducción

Los cuadros agudos de abdomen inferior (CAAI) en la mujer representan en múltiples ocasiones un dilema diagnóstico para el médico en puerta de emergencia.

Son una causa frecuente de consulta en puerta de emergencia, correspondiendo 40% de los ingresos hospitalarios<sup>(1)</sup>. El ginecólogo, por tanto, se ve involucrado en las resoluciones de dichos cuadros, pudiendo corresponder tanto la esfera ginecológica, así como urológica, gastrointestinal, músculo esquelética, vasculares o desórdenes metabólicos<sup>(1)</sup>.

El interrogatorio y examen físico son necesarios para un correcto razonamiento clínico y enfoque diagnóstico-terapéutico. Sin embargo, la clínica frecuentemente es insuficiente para arribar a un diagnóstico definitivo, debiendo recurrir a métodos de diagnóstico por imagen (por ejemplo, ecografía, tomografía) que presentan un porcentaje no despreciable de falsos negativos<sup>(2)</sup>.

En aquellas pacientes en las cuales no es posible arribar a un diagnóstico preciso, recibirán en muchas oportunidades un tratamiento conservador inicial sin un diagnóstico definitivo que conlleve a nuevas consultas, mayor número de estudios y necesidad de nuevas intervenciones<sup>(1)</sup>.

A modo de ejemplo, es sabido que en aquellas pacientes a las cuales se les realizará exploraciones quirúrgicas por sospecha de apendicitis aguda mediante una incisión de McBurney, se encontrará un apéndice sano en 25% a 35% de los casos. Este hecho determina la no resolución del cuadro agudo de abdomen sin poder determinar cuál fue la causa que determinó el motivo de consulta de la paciente<sup>(1)</sup>.

“Toda vez que el cirujano saca un apéndice sano por una incisión de McBurney, el diagnóstico queda en el abdomen de la paciente”. (Prof. Dr. Juan C. Scasso)

El rol de la laparoscopia en la mujer (mejor definido pelviscopia) se encuentra bien establecido. Permite arribar a un diagnóstico de certeza en todos los casos al visualizar la totalidad de la cavidad abdominal mediante un abordaje mínimamente invasivo. Representa una herramienta diagnóstica precisa, evita retrasos diagnósticos con sus consiguientes complicaciones evolutivas, así como la realización innecesaria de laparotomías en blanco. En aquellos casos en que se constata la presencia de alguna patología permite la resolución del cuadro mediante esta vía de abordaje en la mayoría de los casos<sup>(3)</sup>.

Esta publicación tiene por objetivo describir, analizar y comunicar la casuística de los últimos diez años de cirugías laparoscópicas por CAAI en el Servicio de Ginecología del Hospital Británico.

## Material y método

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de cirugías laparoscópicas realizadas por CAAI en el período comprendido entre agosto de 2000 y agosto de 2010 en el Servicio de Ginecología del Hospital Británico.

Realizamos el análisis del rol de la pelviscopia en los CAAI según edad de presentación, indicación, hallazgos nosológicos, resolución y complicaciones.

### Criterios de inclusión

- Todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente por CAAI presuntamente ginecológicos en el período analizado.

### Criterios de exclusión

- Traumatismo abdominal.
- Sospecha clínica de cuadros de origen digestivo previa valoración por cirujano general.
- Cuadros agudos de abdomen secundarios a procedimientos ginecológicos (por ejemplo, poshisteroscopia, perforación por legrado).
- Embarazo mayor a 20 semanas de edad gestacional.

La base de datos se realizó mediante el análisis de la historia clínica precodificada diseñada por el Prof. Agdo. Juan C. Scasso en el Centro Universitario Regional de Cirugía Endoscópica, Hospital de Clínicas, 1998 (figura 1).

La historia consiste en un listado de código de datos basado en la CIE 10 - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, que incluye indicaciones, diagnóstico preoperatorio, operación realizada, complicaciones, anatomía patológica. Esta historia está muy difundida en nuestro país<sup>(4)</sup>.

El servicio cuenta a su vez con un registro de imágenes y videos (videoteca) de todas las intervenciones ligadas a las historias clínicas (formato analógico y digital en

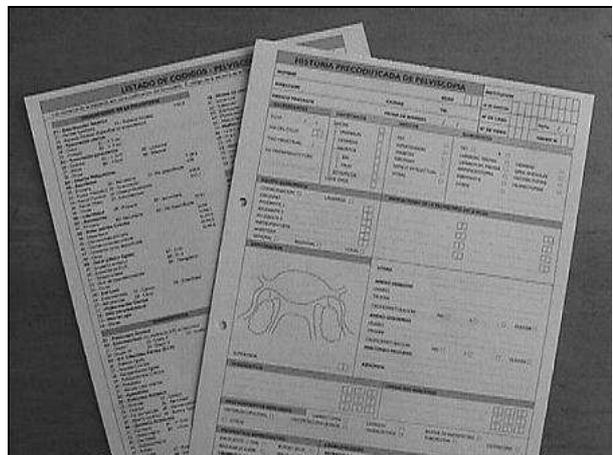


Figura 1. Historia clínica precodificada

los últimos años). Esto permite contar con un respaldo de todas las intervenciones y los procedimientos realizados en estos 20 años de experiencia laparoscópica. No hay información más fiel que una documentación visual<sup>(4)</sup>.

El Servicio de Ginecología del Hospital Británico cuenta con un algoritmo protocolizado en el manejo de los CAAI, como el que figura a continuación (figura 2).

**Resultados**

Del análisis retrospectivo de los últimos diez años de cirugías laparoscópicas realizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Británico surge un total de 1.175 laparoscopías, correspondiendo 215 (18,3%) a CAAI (figura 3).

La máxima prevalencia de los cuadros agudos de abdomen se presentó entre los 30 y 35 años de edad. La distribución por edad se ilustra en la figura 4.

Con respecto a la indicación preoperatoria, en 43% de los casos correspondió a sospecha de embarazo ectópico, 32% a tumoraciones anexiales complicadas y 9% a enfermedad inflamatoria pélvica.

Las restantes indicaciones (16%) se debieron a CAAI inespecíficos, excluyendo inicialmente por cirujano general cuadro de origen digestivo (tabla 1).

En cuanto al diagnóstico intraoperatorio laparoscópico se estableció un diagnóstico patológico en 93,4% de las

pelviscopías realizadas por CAAI (n=201), correspondiendo los casos restantes a pelviscopías normales.

En nuestra serie de CAAI ginecológicos surge que el embarazo ectópico, los quistes de ovario seguidos por torsiones anexiales, representan los diagnósticos laparoscópicos más frecuentes (tabla 2).

La resolución por vía laparoscópica pudo efectuarse en 93% de las pelviscopías patológicas. Solamente requirió conversión laparotómica 7% de las pacientes, siendo la principal indicación de las mismas los abscesos tubo-ováricos.

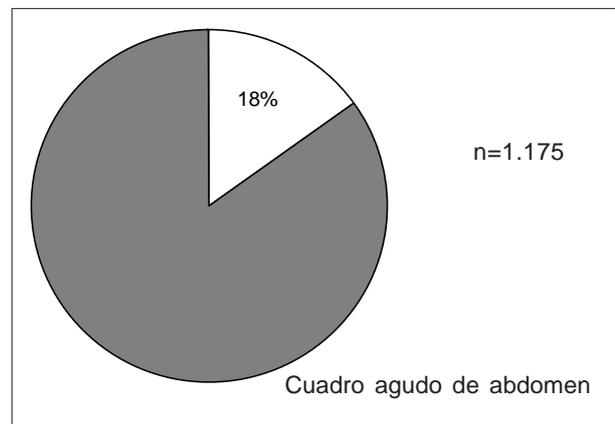


Figura 3. Abordaje laparoscópico

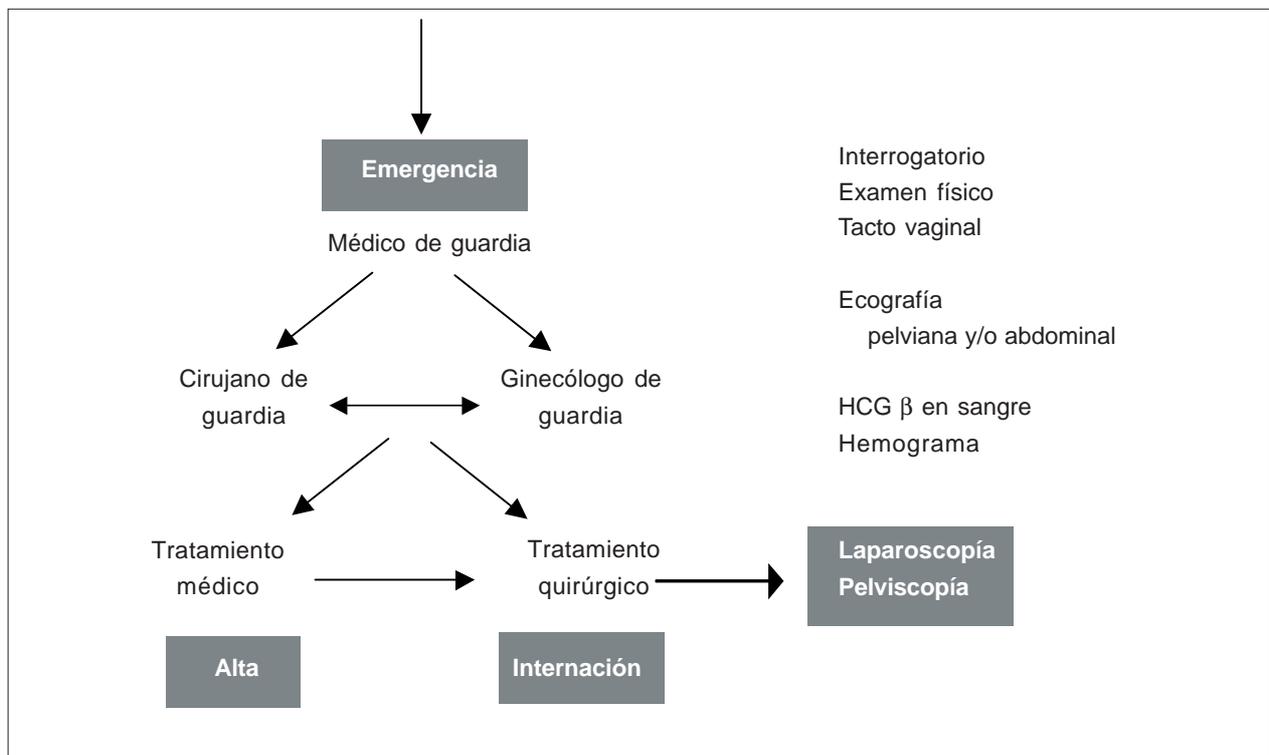


Figura 2. Estudio de cuadros agudos de abdomen inferior en la mujer. Hospital Británico

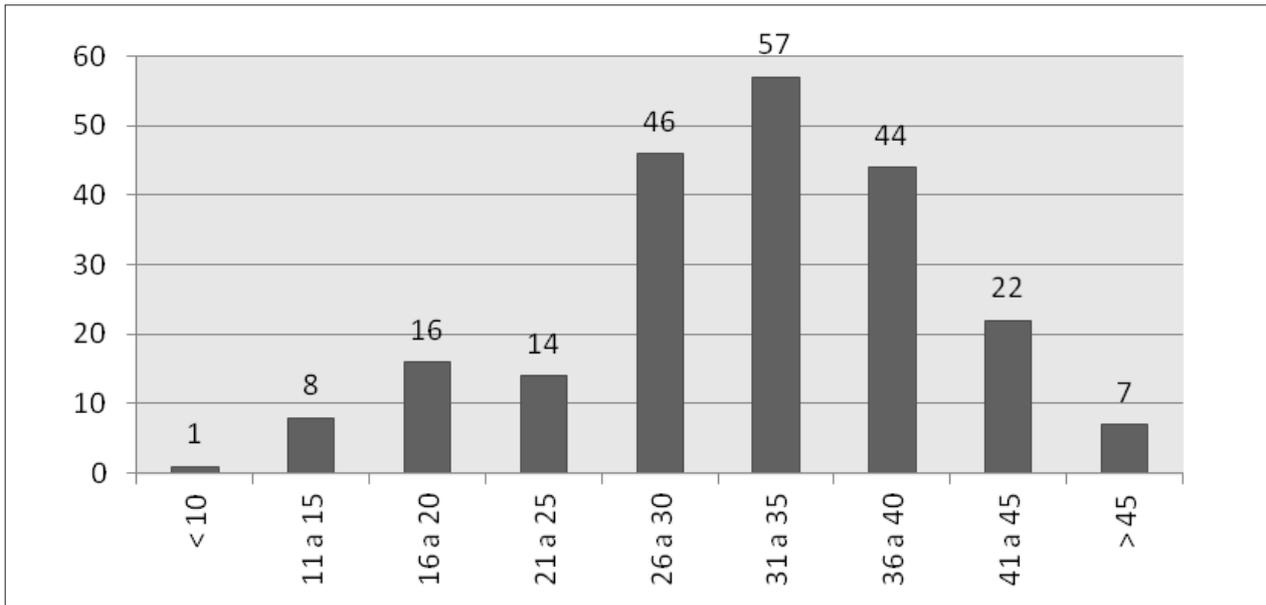


Figura 4. Distribución etaria de los cuadros agudos de abdomen inferior

Indicaciones	n	%
Embarazo ectópico	91	42,3%
Tumoración parauterina dolorosa	69	32,2%
Enf. inflamatoria pélvica	20	9,3%
Dolor pélvico agudo inespecífico	35	16,2%

A modo de ejemplo, en cuanto a la correlación entre la indicación preoperatoria inicial y los hallazgos intraoperatorios, se estableció que de 91 casos de sospecha de embarazo ectópico (clínica, ecográfica y hormonal) en 76 casos (83,5%) se corroboró el diagnóstico mediante laparoscopia.

De forma similar, de 20 casos de sospecha clínica de enfermedad inflamatoria pélvica preoperatoria, se corroboró el diagnóstico definitivo en 16 casos (80%).

De todos los casos analizados, únicamente se presentó como complicación perioperatoria una hemorragia durante el acto quirúrgico, que determinó la necesidad de conversión y resolución del cuadro mediante laparotomía y sin complicaciones posteriores.

### Discusión

La evaluación laparoscópica juega un rol crucial en el algoritmo diagnóstico y terapéutico de los CAAI en la mujer, fundamentalmente en la edad reproductiva.

Diagnósticos laparoscópicos	
Embarazos ectópicos	76
Quistes hemorrágicos	35
Quistes funcionales	21
Torsiones anexiales	19
Enfermedad inflamatoria pélvica	15
Apendicitis	10
Endometriosis	9
Endometrioma	4
Quistes paraovarios	3
Adherencias	3
Miomatosis en sufrimiento	2
Ovario hiperestimulado	1
DIU en cavidad peritoneal	1
Diverticulitis	1
Tumor sólido de ovario	1
Pelvis normal	14

La conducta expectante en los cuadros agudos de abdomen puede determinar no arribar a un diagnóstico definitivo, mayor número de reconsultas, mayor número de estudios y necesidad de nuevas intervenciones<sup>(1)</sup>.

La laparoscopia ofrece ventajas al cirujano, como permitir un rápido y preciso diagnóstico, proporcionar un

alto grado de seguridad y la posibilidad de tratamiento de ser necesario en el mismo acto quirúrgico. Este método permite una reducción significativa del índice de complicaciones relacionadas con demoras diagnósticas<sup>(3)</sup>, sumadas a las ventajas ya conocidas de los abordajes mínimamente invasivos.

La incidencia de complicaciones asociadas con los procedimientos laparoscópicos varía considerablemente en los reportes internacionales, dependiendo de la experiencia del cirujano y la complejidad de los procedimientos (1-12/1.000 procedimientos). Las complicaciones más frecuentes son lesiones intestinales (0,6/1.000), urológicas (0,3/1.000) y vasculares (0,1/1.000). El 57% de las complicaciones se atribuyen a la introducción del primer trocar, en segundo lugar los antecedentes de laparotomías previas y las consiguientes adherencias peritoneales<sup>(5)</sup>.

Si bien en la actualidad se cuenta con instrumental laparoscópico en prácticamente los 19 departamentos del país, somos conscientes de que no todas las instituciones cuentan con la infraestructura necesaria y profesionales entrenados para la realización de laparoscopías de urgencia. Puede existir el temor de que esta política tienda a incrementar los costos sanitarios, pero, sin embargo, existen beneficios significativos y demostrados para las pacientes y las instituciones al realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno en caso de ser necesario<sup>(6)</sup>.

Para lograr estos objetivos mencionados consideramos indispensable la puesta en marcha en la currícula de nuestra especialidad de programas de entrenamiento y formación continua en esta área<sup>(6)</sup>.

## Conclusiones

En conclusión, la pelviscopia demostró resultar una técnica efectiva, reproducible, benéfica para los pacientes y la institución en los casos de CAAI en la mujer.

Con respecto a los hallazgos patológicos establecimos el espectro de causas etiológicas responsables de los CAAI, de las cuales no existía hasta el momento datos en el ámbito nacional. Tanto los hallazgos mencionados como los porcentajes de diagnósticos laparoscópicos son similares a los descriptos en publicaciones internacionales.

Del análisis surge que la laparoscopia permite descartar o confirmar las afecciones más frecuentes como el embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, torsiones anexiales y quistes de ovario complicados.

Este abordaje permite resolver el cuadro agudo de abdomen en el mismo acto quirúrgico minimizando las laparotomías en blanco innecesarias. El porcentaje de conversión laparotómica es bajo, similar a casuísticas internacionales, y se debió fundamentalmente a abscesos tuboováricos.

Para finalizar, la laparoscopia no debe ser nunca un sustituto de un correcto razonamiento clínico indispensable para indicar adecuadamente la técnica analizada.

## Summary

*Introduction:* acute lower abdominal episodes in women are the most frequent cause of consultation at the emergency room. The role of laparoscopy as a diagnostic and therapeutic tool, especially in women, has been well established. It allows for valid diagnosis in all cases since it enables the visualization of the entire abdominal cavity by means of a minimally invasive approach, it avoids diagnostic delays and its resulting complications in the evolution.

*Objective:* to describe, analyze and communicate the casuistics of laparoscopic surgery for acute lower abdominal episodes at the British Hospital's Gynecology Department in the last ten years. We analyzed the following variables: age of consultation, nosological findings indication, resolution and complications.

*Results:* maximum prevalence of acute abdominal episodes was between 30 and 35 years of age; the most frequent of which were cases of ectopic pregnancy, ovarian cysts, followed by adnexal torsions. Laparoscopic resolution could be performed in 93% of pathological pelvoscopies. Only 7% of patients required laparothomic approach, the main indication of which was ovarian tube abscess.

## Resumo

*Introdução:* os quadros agudos de abdômen inferior (QAAI) na mulher são uma causa freqüente de consulta no pronto-socorro. O papel da laparoscopia como ferramenta de diagnóstico e terapêutica, especialmente na mulher, já está estabelecido. Permite chegar a um diagnóstico de certeza em todos os casos por possibilitar a visualização da cavidade abdominal integralmente com uma abordagem minimamente invasiva, evita atrasos no diagnóstico e as complicações decorrentes desse atraso.

*Objetivo:* descrever, analisar e comunicar a casuística dos últimos dez anos de cirurgias laparoscópicas por QAAI no Serviço de Ginecologia do Hospital Britânico.

*Material e método:* faz-se um estudo retrospectivo e descritivo do papel da laparoscopia nos QAAI da mulher nos últimos dez anos de cirurgias laparoscópicas realizadas no Serviço de Ginecologia do Hospital Britânico. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade de apresentação, indicação de achados nosológicos, resolução e complicações.

*Resultados:* a prevalência máxima dos quadros agudos de abdômen foi registrada no grupo entre 30 e 35 anos

de idade; os achados mais frequentes foram gravidez ectópica, cistos de ovário, seguidos por torções dos anexos.

A resolução por via laparoscópica pode ser realizada em 93% das pelviscopias patológicas. Foi necessário realizar conversão laparatômica em somente 7% das pacientes, sendo os abscessos tuboováricos a principal indicação.

### **Bibliografía**

1. **Golash V, Willson PD.** Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: a review of 1.320 patients. *Surg Endosc* 2005; 19(7): 882-5.
2. **Genevois A, Marouteau N, Lemerrier E, Dacher JN, Thiebot J.** [Imaging of acute pelvic pain in women]. *J Radiol* 2008; 89(1 Pt 2): 92-106.
3. **Warren O, Kinross J, Paraskeva P, Darzi A.** Emergency laparoscopy-current best practice. *World J Emerg Surg* 2006; 1: 24.
4. **Scasso JC.** Introducción a la cirugía endoscópica ginecológica. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 2002.
5. **Royal College of Obstetrics and Gynaecologists.** Green-Top Guideline No. 49: preventing entry-related gynaecological laparoscopic injuries. London: RCOG, 2008.
6. **Agresta F, Mazzarolo G, Ciardo LF, Bedin N.** The laparoscopic approach in abdominal emergencies: has the attitude changed? A single-center review of a 15-year experience. *Surg Endosc* 2008; 22(5): 1255-62.