

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS RESUELTAS POR CIRUGÍAS DE ACCESO MÍNIMO EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

GYNECOLOGICAL PATHOLOGIES RESOLVED BY MINIMAL ACCESS SURGERIES AT DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ GENERAL HOSPITAL

Mendoza Rojas, Juan José¹; Topete Estrada, Rafael²; Audifred Salomon, Jorge Román³ y Medina Vera, Isabel⁴

¹Diplomado de Laparoscopia Ginecológica, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-4094-7448 drmendoza@hotmail.com

²Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-7124-7452, rafatops1975@hotmail.com

³Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México. ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0945-7467 jorgeaudifred@prodigy.net.mx

⁴Departamento de Metodología de la Investigación, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México. ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4027-2329 isabelj.medinav@gmail.com

Resumen Objetivo: conocer las patologías ginecológicas que han sido resueltas por vía laparoscópica en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, de la Ciudad de México.

Material y método: Describimos un estudio descriptivo y retrospectivo de las Patologías ginecológicas resueltas por laparoscopia, efectuado en el servicio de Ginecología Laparoscópica del Hospital General Dr. Manuel Gea González, de la Ciudad de México, de enero 2014 a diciembre 2017. Se incluyen las pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica. La información se obtuvo de los libros de registros de procedimientos quirúrgicos de sala de operaciones, base de datos del Servicio de Ginecología y de los expedientes clínicos.

Resultados: Se revisaron una serie total de 622 intervenciones quirúrgicas laparoscópicas ginecológicas; el promedio de edad fue de 37.9 años. Las patologías ginecológicas que con más frecuencia se resolvieron fueron Miomatosis uterina con 288 casos (45,9%), el Cistoadenoma Seroso con 113 casos (18,0%), Teratomas quísticos maduros 35 casos (5,6%), Embarazos ectópicos 26 casos (4,2%). Los procedimientos laparoscópicos que se realizaron con más frecuencia fueron la Histerectomía Laparoscópica con 226 casos

(36.3%), seguido de Salpingooforectomía 88 casos (14.1%), Cistectomía 86 casos (13.8%), Salpingectomía 46 casos (7.4%), Laparoscopia diagnóstica con 43 casos (6.9%).

Conclusión: En nuestro estudio se encontró que la mayor parte de las patologías ginecológicas diagnosticadas se pueden tratar por vía laparoscópica, y que también son procedimientos adecuados y seguros para la resolución de estas patologías.

Palabras clave: patologías ginecológicas, laparoscopia. Fuente: MeSH.

Recibido: 1 Agosto 2019. Aceptado: 14 Septiembre 2019. Publicado: 28 Octubre 2019.

Abstract: Objective: know the gynecological pathologies that have been resolved laparoscopically at the Dr. Manuel Gea González General Hospital, in Mexico City.

Material and method: We describe a descriptive and retrospective study of gynecological pathologies resolved by laparoscopy, performed in the Laparoscopic Gynecology service of the Dr. Manuel Gea González General Hospital, in Mexico city, from January 2014 to December 2017. Patients undergoing the procedure are included laparoscopic surgical. The information was obtained from the operating room surgical procedure log books, the Gynecology service database and the clinical medical records.

Results: A total series of 622 gynecological laparoscopic surgical procedures were reviewed; the average age was 37.9 years. The gynecological pathologies that were most frequently resolved were uterine myomatosis with 288 cases (45.9%), serous cystadenoma with 113 cases (18.0%), mature cystic teratomas 35 cases (5.6%), ectopic pregnancies 26 cases (4.2%). The laparoscopic procedures that were performed most frequently were Laparoscopic Hysterectomy with 226 cases (36.3%), followed by Salpingoopherectomy 88 cases (14.1%), Cystectomy 86 cases (13.8%), Salpingectomy 46 cases (7.4%), Laparoscopic Diagnostic with 43 cases (6.9%).

Conclusion: In our study it was found that most of diagnosed gynecological pathologies can be treated laparoscopically, and that they are also adequate and safe procedures for the resolution of these pathologies.

Key words: gynecological pathologies, laparoscopy. Source: MeSH.

INTRODUCCIÓN

Los avances en el desarrollo y perfeccionamiento del instrumental de uso laparoscópico, han logrado revolucionar la endoscopia, facilitando el desarrollo de una nueva rama de la tecnología operativa: la cirugía de mínimo acceso, estos avances nos han permitido optimizar resultados en una exploración diagnóstica, terapéutica o ambas, que pueden aplicarse a la resolución de cualquier enfermedad que puede ser manejada con este tipo de procedimiento quirúrgico (1,2).

La cirugía de mínimo acceso, es un tipo de cirugía que ha sido bien aceptada por el equipo quirúrgico y por los/las pacientes, ya que ha demostrado beneficios clínicos evidentes sobre la laparotomía tradicional y la mini laparotomía, y el realizarla en el área de ginecología, permite resolver patologías ginecológicas con una reducción significativa del trauma de acceso (3,4).

Dentro de las ventajas de la cirugía laparoscópica podemos mencionar:

1. Reducción del trauma de acceso:
 - a. Menor dolor postoperatorio.

- b. Menor pérdida sanguínea.
- c. Reducción del íleo paralítico postoperatorio y ciertas complicaciones de la herida, como la infección y la dehiscencia.
- d. Reducción de complicaciones torácicas postoperatorias.
- e. Reducción de la inmunosupresión inducida quirúrgicamente, lo cual es importante en cirugías para el manejo de pacientes con cáncer.
Estos primeros cinco aspectos permiten que el/la paciente tenga una acelerada recuperación, lo que conlleva a una estancia intrahospitalaria más corta.
- f. Reducción en la formación de adherencias abdominales, que pueden ser fuente de dolor abdominal recurrente, obstrucción intestinal e infertilidad femenina,
- g. Resultados cosméticos.

Otras ventajas:

1. Una vez creado el neumoperitoneo, nos permite tener una mejor visión por el efecto de aumento del telescopio y mejor exposición en lugares de difícil visualización como la pelvis y los espacios sub frénicos, por lo que durante el procedimiento quirúrgico nos permite manipular y disecar a distancia.
2. Contacto muy reducido con la sangre del paciente y sus fluidos corporales. Esto es muy importante tanto para el paciente como para el cirujano, en relación con la transmisión de enfermedades virales **(2,5,6,7)**.

Por todo lo antes mencionado, este procedimiento ha ganado una gran popularidad, llegando a integrarse firmemente en la práctica quirúrgica de rutina lo que ha facilitado la apertura de un nuevo camino para el abordaje terapéutico no solo en el campo de la Ginecología, si no en las diferentes especialidades médico-quirúrgicas como Cirugía Pediátrica, Otorrinolaringología, Ortopedia, Urología, Cirugía Cardiovascular, Neurología, Cirugía plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, y Oncología quirúrgica **(1,8)**.

Aunque presenta ventajas clínicas evidentes, este procedimiento no está exento de complicaciones, y para lograr reducir estas, se necesita de una buena interacción entre el cirujano que la practica y el instrumental, siendo necesario de un buen entrenamiento para poder practicar dicho procedimiento **(9,10)**.

Dentro de los usos de la cirugía de acceso mínimo para el manejo de las patologías ginecológicas podemos mencionar **(5,11,12)**:

A) Uso diagnóstico de la Laparoscopia

1. Dolor pélvico de causa desconocida
2. Infertilidad
3. Historia de infección pélvica.

B) Uso diagnóstico y terapéutico **(2,13,14)**:

- Endometriosis,
- Miomatosis uterina,
- Quiste o tumor de ovario,
- Embarazo ectópico,
- Absceso pélvico,
- Adherencias pélvicas o tejido cicatrizal doloroso,
- Infertilidad,
- Enfermedad inflamatoria pélvica,
- Cánceres ginecológicos.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos que se pueden realizar por cirugía de acceso mínimo se incluyen **(14,15,16)**:

- Histerectomías,
- Miomectomías
- Ooforectomías,
- Bloqueo del flujo sanguíneo de miomas,
- Ablación de tejido endometrial en la endometriosis,
- Adherenciólisis,
- Recanalización de trompas uterinas,
- Procedimiento Bursh para incontinencia,
- Suspensión de prolapsos uterinos o cúpula vaginal.

La costo efectividad y los beneficios obtenidos por la cirugía laparoscópica son superiores a los obtenidos por la laparotomía tradicional, esto se

puede explicar por reducción en general de la morbilidad, la paciente presenta una rápida recuperación, lo que conlleva esto a estancias intrahospitalarias más cortas, disminuyendo también el periodo de incapacidad, lo cual se asocia a un rápido retorno a las actividades normales, reduciendo así los costos globales por la intervención (11,14,15).

En base a la dificultad de los procedimientos laparoscópicos, se han clasificados en procedimientos menores (simples), moderados y mayores (complejos) (17):

Procedimientos laparoscópicos con grado de dificultad menor (Simple):

- Ligadura tubaria
- Laparoscopia diagnóstica con o sin biopsia
- Coagulación (electrocoagulación)

Procedimientos con grado de dificultad moderada:

- Adherenciólisis
- Manejo del embarazo ectópico
- Anexectomía unilateral o bilateral
- Salpingectomía
- Cistectomía
- Plastía tubárica (Recanalización)
- Driling ovárico
- Remoción de DIU (DIU traslocado con migración a cavidad abdominal)

Procedimientos laparoscópicos con grado de dificultad mayores (Complejas):

- Histerectomía Subtotal
- Histerectomía Total
- Miomectomía
- Histerectomía laparoscópica vaginal asistida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio. Describimos un estudio descriptivo y retrospectivo de las patologías ginecológicas resueltas por cirugías de acceso mínimo (laparoscopia) ginecológica. Para lo que se revisaron e incluyeron todos los casos de pacientes que requirieron de intervenciones laparoscópicas ginecológicas (622 intervenciones), realizadas

desde enero 2014 hasta diciembre de 2017, y para obtener la información se utilizaron los libros de registros de procedimientos quirúrgicos de sala de operaciones, base de datos del servicio de Ginecología del Hospital General Dr. Manuel Gea González, cotejando los procedimientos realizados, los registros y sus resultados, con los expedientes clínicos. Al momento del procedimiento todas las pacientes habían otorgado el consentimiento informado que brinda la Institución para la realización de la cirugía laparoscópica.

Análisis estadístico.

Los resultados se presentaron en proporciones y fueron analizados a través del Software estadístico SPSS versión 21.0 (IBM, Chicago, USA).

RESULTADOS:

Entre enero 2014 a diciembre del 2017, en nuestro centro se realizaron un total de 622 intervenciones quirúrgicas laparoscópicas ginecológicas, la mayor cantidad de intervenciones quirúrgicas se realizaron en el 2014 con 177 intervenciones (28.5%), y la menor cantidad de procedimientos fue en el 2017, con 121 intervenciones (19.5%). En la Tabla No. 1, se puede observar con mayor detalle el total de intervenciones laparoscópicas realizadas por año. La media de edad observada fue de 37.9 años (límites 12 y 82 años).

Tabla No. 1. Intervenciones laparoscópicas realizadas por año

Año	n (%)
2014	177 (28.5)
2015	167 (26.8)
2016	157 (25.2)
2017	121 (19.5)
Total	622 (100)

La Miomatosis uterina fue la patología ginecológica que con más frecuencia se resolvió en las pacientes sometidas a cirugía de mínima invasión, con 280 casos (45%), seguido de Cistoadenoma seroso con 113 casos (18.2%), en la Tabla No. 2 y No. 3, se



observan las patologías ginecológicas que se resolvieron por vía laparoscopia.

Tabla No. 2. Patologías ginecológicas resueltas por laparoscopia.

Patologías	n (%)
Miomas Uterino	280 (45)
Cistoadenoma Seroso	113 (18.2)
Teratoma	35 (5.6)
Hallazgos normales	27 (4.3)
Embarazo ectópico	26 (4.2)
EIPA III	19 (3.1)
Adeniosis	19 (3.1)
Endometriosis	18 (2.9)
Quiste endometriósico	18 (2.9)
Síndrome adherencial	11 (1.8)
Quiste Paratubárico	10 (1.6)
DIU Traslocado	7 (1.1)
Cuerpo luteo	6 (1.0)
Enfermedad Mülleriana	5 (0.8)
Paridad Satisfecha	4 (0.6)
Cistoadenoma Mucinoso	3 (0.5)
Infertilidad primaria	3 (0.5)
Infertilidad secundaria	3 (0.5)
Quiste paramesonéfrico	2 (0.3)
Hidrosalpinx	2 (0.3)
Hiperplasia Endometrial Compleja Con Atipia	2 (0.3)
*Tumor de células de la granulosa	1 (0.2)
Colección pélvica	1 (0.2)
Síndrome de Down	1 (0.2)
Transexualidad	1 (0.2)
Dismenorrea	1 (0.2)
Quiste hemorrágico	1 (0.2)
*Struma ovario	1 (0.2)
Pólipo endometrial	1 (0.2)
Prolapso de Cúpula Vaginal	1 (0.2)
Total	622 (100)

*Cánceres de ovario, con el reporte histopatológico se enviaron a valoración por Oncología Ginecológica

Las patologías ginecológicas que en nuestra institución se resuelven por cirugías de mínima invasión ginecológicas, son patologías benignas, sin embargo, en nuestra revisión se encontraron

dos cánceres de ovario, un Tumor de Células de la Granulosa Patrón del adulto (0.2%), y un Struma ovario maligno (0.2%), estos hallazgos fueron incidentales, y aunque radiológicamente eran tumoraciones complejas, los marcadores tumorales estaban en valores normales, por lo que fueron intervenidas quirúrgicamente por laparoscopia, y durante la intervención se evidenció enfermedad limitada a los ovarios, por lo que se les realizó el procedimiento. Durante el postoperatorio, las pacientes cursaron estables, se egresaron sin complicaciones, y una vez se obtuvieron los reportes histopatológicos de enfermedad maligna, estas dos pacientes fueron referidas a otra institución para manejo de su patología por Ginecología Oncológica. Tabla No. 2 y No. 3.

Los procedimientos ginecológicos de cirugía de mínima invasión que con más frecuencia se realizaron, fueron: Histerectomía laparoscópica (HTL) con 226 casos (36.3%), seguido por Salpingo-Ooforectomía 88 casos (14.1%), Cistectomías 86 casos (13.8%), Salpingectomía 46 casos (7.4%). Dentro de los procedimientos laparoscópicos se observan 2 procedimientos que corresponden a cirugías abiertas (Histerectomías abdominales), siendo dos fallas del procedimiento, el cual fue abortado por encontrarse múltiples adherencias intraabdominales, y en las cuales no fue posible la realización de adherenciólisis. En las tablas No. 4 y No. 5 se muestran con mayor detalle los procedimientos realizados por laparoscopia.

Cuando se evalúa el grado de dificultad de la técnica laparoscópica, en nuestra revisión se encontró que la mayoría de los procedimientos laparoscópicos, tenían un nivel de mayor complejidad reportándose con 311 procedimientos lo que representó el 50 %, y dentro de ellos la Histerectomía laparoscópica fue la que más se realizó con 226 procedimientos (36.3%).

Los procedimientos de moderada dificultad fueron 256 procedimientos (41.2%), siendo la Salpingo-Ooforectomía y las Cistectomías las que más se



Tabla No. 3. Patologías Ginecológicas resueltas por Laparoscopia por año

Patologías	Año				Total
	2014	2015	2016	2017	
Mioma Uterino	65	77	80	58	280
Adenomiosis	4	4	3	8	19
Teratoma	14	10	4	7	35
Cistoadenoma Seroso	31	29	29	24	113
Cistoadenoma Mucinoso	0	0	2	1	3
Embarazo ectópico	16	5	2	3	26
EIIPA III	7	8	4	0	19
Endometriosis	9	6	2	1	18
Quiste Paratubárico	1	6	2	1	10
*Tumor de cél de granulosa	0	0	0	1	1
Infertilidad 1ria	0	1	2	0	3
Infertilidad 2ria	1	0	1	1	3
DIU Traslocado	4	2	1	0	7
Enfermedad Müllleriana	1	0	3	1	5
Quiste para mesonéfrico	2	0	0	0	2
Hallazgos normales	10	7	8	2	27
Síndrome adherencial	3	2	4	2	11
Quiste endometriósico	6	1	6	5	18
Colección pélvica	1	0	0	0	1
Cuerpo lúteo	1	2	3	0	6
Paridad Satisfecha	1	3	0	0	4
Hiperplasia Compleja con Atipia	0	1	0	1	2
Síndrome de Down	0	1	0	0	1
Hidrosalpinx	0	1	0	1	2
Transexualidad	0	1	0	0	1
Dismenorrea	0	0	0	1	1
Quiste hemorrágico	0	0	0	1	1
*Struma ovari	0	0	0	1	1
Pólipo endometrial	0	0	0	1	1
Prolapso de Cúpula Vaginal	0	0	1	0	1
Total	177	167	157	121	622

*Cánceres de ovario, con el reporte histopatológico se enviaron a valoración por Oncología Ginecológica.



realizaron con este grado de dificultad con 88 y 86 procedimientos respectivamente (14.1% y 13.8%). 53 procedimientos (8,5%), fueron de dificultad menor, siendo la Laparoscopia diagnóstica la que más se realizó con 43 procedimientos (6.9%). Y en el 0.3% (2) de los casos, el procedimiento se abortó. En la Tabla No. 6, se valora el grado de dificultad de los procedimientos laparoscópicos.

Tabla No. 4. Procedimientos laparoscópicos realizados

	n(%)
HTL (histerectomías laparoscópicas)	226 (36,3)
Salpingooforectomía	88 (14,1)
Cistectomía	86 (13,8)
Salpingectomía	46 (7,4)
LPE Dx (laparoscopia diagnóstica)	43 (6,9)
Miomectomía	42 (6,8)
HTL por Robot	38 (6,1)
Adherenciólisis Laparoscópicas	24 (3,9)
Retiro laparoscópico de DIU	8 (1,3)
OTB (Esterilización quirúrgico)	5 (0,8)
Drenaje de absceso	5 (0,8)
Hemi HTL	4 (0,6)
*Histerectomía Abierta	2 (0,3)
Excéresis de Endometrioma	2 (0,3)
Recanalización	2 (0,3)
Sacrocolpopexia por Robot	1 (0,2)
Total	622 (100)

*Inicialmente estos casos eran cirugías laparoscópicas, pero por hallazgos, se convirtieron a cirugías abiertas.

Tabla 5. Procedimientos laparoscópicos realizados por año.

Procedimiento	2014	2015	2016	2017	Total
HTL (Histerectomía laparoscópica)	61	63	59	43	226
Salpingooforectomía	31	23	23	11	88
Cistectomía	22	16	23	25	86
Salpingectomía	20	17	3	6	46
Laparoscopia diagnóstica	15	11	11	6	43
Miomectomía	8	15	15	4	42
HTL por Robot	0	4	10	24	38
Adherenciólisis Laparoscópicas	7	10	5	2	24
Retiro de DIU laparoscópico	5	2	1	0	8
OTB (Esterilización quirúrgico)	1	4	0	0	5
Drenaje de absceso	3	0	2	0	5
Hemi HTL	1	0	3	0	4
*Histerectomía Abierta	0	2	0	0	2
Excéresis de Endometrioma	2	0	0	0	2
Recanalización	1	0	1	0	2
Sacrocolpopexia por Robot	0	0	1	0	1
Total	177	167	157	121	622

*El procedimiento laparoscópico se abortó en dos ocasiones



Tabla 6. Procedimientos laparoscópicos según grado de dificultad n (%)

Procedimientos con grado de dificultad Mayor (complejas)	311 (50%)
- Histerectomía Total laparoscópica	226(36.3%)
- Miomectomía	42 (6.8%)
- Histerectomía Robótica	38 (6.1%)
- HemiHisterectomía	4 (0.6%)
- Sacrocolpopexia por Robot	1 (0.2%)
Procedimientos con grado de dificultad moderada	256 (41.2%)
- Laparoscopia con Adherenciólisis	24 (3.9%)
- Manejo del embarazo ectópico	26 (4.2%)
.Salpingectomía	24 (3.9%)
.SalpingoOferectomía	2 (0.3)
- Anexectomía unilateral (SalpingoOferectomía)	86 (13.8%)
- Salpingectomía	22 (3.5%)
- Cistectomía	86 (13.8%)
- Plastía tubárica (Recanalización)	2 (0.3%)
- Resección de endometrioma	2 (0.3%)
- Retiro laparoscópico de DIU (DIU traslocado con migración a cavidad abdominal)	8 (1.3%)
Procedimientos con grado de dificultad menor (simple)	53 (8.5%)
Ligadura tubaria (OTB)	5 (0.8%)
Laparoscopia diagnóstica	43 (6.9%)
Laparoscopia con drenaje de absceso:	5 (0.8%)
Otros	2 (0.3%)
*Histerectomías Abiertas	2 (0.3)
Total	622 (100%)

*El procedimiento laparoscópico se abortó en dos ocasiones

DISCUSIÓN:

Los avances obtenidos en la cirugía de mínima

invasión, nuevos y mejores instrumentales o equipos médico-quirúrgicos, han logrado de que pasemos de la realización de procedimientos convencionales hasta las cirugías robóticas, permitiendo aún más el perfeccionamiento de la técnica, y haciendo que estos tipos de procedimientos no solamente sean adecuados si no que sean procedimientos seguros (9).

Estos avances nos han permitido la resolución de la mayoría de las patologías ginecológicas benignas y algunas malignas, por lo que para asegurar a la paciente los beneficios que se obtienen al realizar este tipo de procedimiento, es necesario otorgar capacitaciones y brindar entrenamiento para el adiestramiento en esta técnica quirúrgica, a ginecólogos; esto ayudará a incorporar técnicas quirúrgicas endoscópicas que permitan un mejor abordaje diagnóstico y un mejor plan terapéutico para la resolución de patologías ginecológicas, lo cual conllevará a una menor morbilidad por la reducción del trauma de acceso, y a una recuperación rápida de la paciente, lo que ocasionará un retorno rápido a sus actividades laborales (3,4).

Los procedimientos laparoscópicos se han utilizado ampliamente en nuestro centro hospitalario, por lo que se ha adquirido amplia experiencia en la realización de estos procedimientos. Lo que también ha significado una selección más exhaustiva de los casos para disminuir las complicaciones, y eso ha llevado a una reducción en la cantidad de procedimientos, como los presentados en el año del 2017, asociado a esto están tres semanas de inactividad de cirugías programadas, por los eventos sísmicos presentados en México. En este estudio se observó que la patología ginecológica benigna que con más frecuencia se resolvió mediante cirugías de acceso mínimo fue la Miomatosis uterina en el 45.5% de los casos, seguida por el Cistadenoma seroso con el 18.2%.

Esta experiencia ganada ha conllevado la realización de procedimientos de mayor complejidad con 311 procedimientos (50%), y



dentro de ellos la Histerectomía laparoscópica fue el procedimiento laparoscópico que con más frecuencia se realizó en el 36.3% de los casos (226 procedimientos), pero también encontramos procedimientos de complejidad moderada los cuales se presentaron en 256 casos (41.2%), y los de menor complejidad 53 casos (8.5% de los procedimientos); y en dos casos, el procedimiento laparoscópico se abortó (0.3%). Estos resultados observados, difieren a los presentados en la literatura, donde se encuentra que los procedimientos que más se realizan son los procedimientos de dificultad moderada con el 54.2%, y los de dificultad compleja se realizan en el 8.6% [17].

Las patologías ginecológicas que en nuestra institución se resuelven por cirugías de mínima invasión ginecológicas, son patologías benignas, sin embargo, según lo reportado en la literatura a pesar de que se hace una selección adecuada de cada caso en particular, el riesgo de que se presente una patología maligna inadvertida es muy bajo, llegándose a reportar una incidencia del 0,4%.

En nuestra revisión, a pesar de que se hizo una revisión detallada y, una adecuada selección de cada caso en particular, encontramos dos cánceres de ovario [un Tumor de Células de la Granulosa Patrón del adulto (0.2%), y un Struma ovari maligno (0.2%)], estos hallazgos fueron incidentales, y aunque radiológicamente eran tumoraciones complejas, los marcadores tumorales estaban en valores normales, por lo que fueron intervenidas quirúrgicamente mediante laparoscopia, y durante el procedimiento se evidenció únicamente enfermedad limitada a los ovarios. Una vez que se obtuvieron los reportes histopatológicos de enfermedad maligna, estas dos pacientes fueron referidas a otra institución para manejo de su patología por Ginecología Oncológica. Estos hallazgos son similares a los reportados en la literatura [18].

CONCLUSIÓN

Para asegurar a las pacientes los beneficios que ofrece la cirugía de mínima invasión, es necesario otorgar capacitaciones y brindar entrenamiento para el adiestramiento en este procedimiento a ginecólogos; esto ayudará a incorporar técnicas quirúrgicas endoscópicas que permitan un mejor abordaje, tanto diagnóstico como terapéutico, para la resolución de patologías ginecológicas, lo cual ocasionará una menor morbilidad, por la reducción del trauma de acceso, y una recuperación más rápida de la paciente, llevando un retorno más rápido de ellas, a sus actividades laborales.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

Esta investigación no ha contado con ningún tipo de financiamiento, sea público o privado. Sus costos han sido suplidos por los autores.

REFERENCIAS

1. Ramesh B, Vidyashankar M, Sharma P. Single-Port Laparoscopic Surgery in Gynecology. Jaypee Brothers Medical Publishers, First Ed., 2014; 3-10.
2. Mishra RK. Practical Laparoscopic Surgery. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, India. Third Ed, 2013; p. 292, 388-424.
3. Vargas M, Moawad G, Sievers C, and cols. Feasibility, Safety, and Prediction of Complications for Minimally Invasive Myomectomy in Women With Large and Numerous Myomata. JMIG. 2017 Feb; 24(2): 315-322. doi: 10.1016/j.jmig.2016.11.014.
4. Zarhi J, Toso J, Cifuentes J and et al. Cirugía endoscópica ginecológica: Experiencia de 8 años. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69(4): 279-285.
5. Nutan J. Atlas de Cirugía Endoscópica para Infertilidad y Ginecología. Jaypee-Highlights Medical Publishers. 2da Ed, 2012; p. 101-112, 219-29, 373-406.
6. Jayakrishnan K, Koshy A, Raju R. Role of laparohysteroscopy in women with normal pelvic imaging and failed ovulation stimulation with intrauterine insemination. J Hum Reprod Sci. 2010 Jan-Apr; 3(1): 20-24. doi: 10.4103/0974-1208.63117.



7. Nezhat F, Cho J, and et al. Minimally Invasive Management of Gynecologic Malignancies. Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2011; p. 407-444. doi.org/10.1007/978-3-540-45021-4_30
8. Cuschieri, A. Laparoscopic surgery: current status, issues and future developments. *Surgeon*. 2005 Jun; 3(3): 125-138. doi: 10.1016/S1479-666X(05)80032-0.
9. Álvarez M, Nannig C. Cirugía endoscópica en el servicio de Ginecología del Hospital de la Unión. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69(3): 214-218.
10. Kyrgiou M, Swart A, Qian W, Warwick J. A comparison of outcomes following laparoscopic and open hysterectomy with or without lymphadenectomy for presumed early-stage Endometrial Cancer results from the medical research council ASTEC Trial. *Int J of Gynecological Cancer*. 2015; 25(8): 1424-36. doi: 10.1097/IGC.0000000000000521.
11. Bustos H, Garza J. Cirugía endoscópica en Ginecología: Laparoscopia e histeroscopia. *Ed Médica panamericana* 2011. 2:15-16.
12. Argüello R. Costos Comparativos entre Laparoscopia Ginecológica Ambulatoria y Cirugía Ginecológica por Laparotomía. *Rev Col Obst Gin*. 1999; 50(2). 101-105.
13. Tinelli R, Cicinelli E, Tinelli A, and et al. Laparoscopic treatment of early-stage endometrial cáncer with and without uterine manipulator: Our experience and review of literatura. *Surg Oncol*. 2016; 25(2): 98-103. doi: 10.1016/j.suronc.2016.03.005.
14. Arellano A, Antillón J, González A, Mojarra J. Manejo conservador de un embarazo ectópico intersticial no roto. Reporte de caso, descripción de la técnica quirúrgica y revisión de la literatura. *Perinatol Reprod Hum*. 2012; 26(2): 121-128.
15. AAGL position statement: route of hysterectomy to treat benign uterine disease. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011; 18(1): 1-3. doi: 10.1016/j.jmig.2010.10.001
16. ACOG. The laparoscopy. ACOG WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS. Revisada: 1 febrero 2019. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Laparoscopy?IsMobileSet=false>
17. Fuentes MN, Rodríguez A and et al. Complications of Laparoscopic Gynecologic Surgery. *JLS*. 2014; 18(3): 1-9. doi: 10.4293/JLS.2014.00058.
18. Hulka J, Parker W, Surrey M. American Association of Gynecologic Laparoscopic Survey of Management of ovarian masses in 1990. *J Reprod Med*. 1992; 7: 599-602.

Correspondencia

Mendoza Rojas, Juan José
 drmendozar@hotmail.com

Para publicar en esta Revista visite:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica>

