

Perspectivas y alcances de la Endoscopia Ginecológica en el Hospital ABC: revisión de 10 años

GABRIEL ROJAS-POCEROS,^a HÉCTOR HUGO BUSTOS-LÓPEZ,^b
JOSÉ GERARDO OVIEDO-ORTEGA,^c JULIO GONZÁLES-COFRADES,^d
MARIO MORALES-VELÁSQUEZ,^d ALEJANDRO AVENDAÑO-BARROETA,^d
EDUARDO IBARROLA BUEN ABAD^e

RESUMEN

Introducción: La experiencia sobre endoscopia operatoria en nuestro país es escasa. Esta técnica ha tenido un vertiginoso desarrollo en los últimos años. El presente trabajo resume los resultados de la cirugía endoscópica ginecológica en los últimos 10 años, en un centro de tercer nivel (Hospital ABC de la Ciudad de México), considerando que a partir de esta fecha se introduce la cirugía operatoria por endoscopia.

Material y métodos: El periodo de estudio fue de enero de 1988 a diciembre de 1997, los datos fueron extraídos del archivo clínico, a través de una hoja de captación de datos que incluyó variables generales. Se incluyeron 1,632 procedimientos endoscópicos ginecológicos.

Resultados: Los principales diagnósticos preoperatorios fueron: dismenorrea, dolor pélvico crónico e infertilidad. Estos diagnósticos comprendieron alrededor del 70% de los casos. La endometriosis fue el hallazgo transoperatorio más frecuente, seguido de adherencias pélvicas (24.6%). Los principales procedimientos realizados fueron: electrocoagulación de puntos endometriósicos y adherenciólisis. Se reportaron 88 histeroscopias, los hallazgos más frecuentes de éstas fueron los pólipos endometriales y la miomatosis submucosa. La mitad de las pacientes (48%) estuvieron hospitalizadas menos de 24 horas. Se presentaron complicaciones en 72 pacientes (4.4%). La complicación más frecuente fue hemorragia de la pared abdominal.

Conclusiones: Las indicaciones y los hallazgos transoperatorios encontrados fueron similares a los encontrados en otros trabajos. Cada día, un número mayor de ginecólogos prefiere la cirugía de mínima invasión como el abordaje inicial; probablemente debido a una mejor recuperación de la paciente y a la disminución de los días de estancia hospitalaria. Para otras entidades diagnósticas (como adherencias, embarazo ectópico y endometriosis)

^a Gineco-obstetra. Profesor Adjunto de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia (GO). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). American British Cowdray Medical Center IAP (Hospital ABC). Vocal de la Asociación Mexicana de Endoscopia Ginecológica y Microcirugía (AMEGM)

^b Gineco-obstetra. Profesor Titular Especialidad en GO, UNAM. Hospital ABC. Presidente AMEGM. Investigador del Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

^c Médico Residente de 4º. año Hospital ABC- UNAM

^d Médico Residente de 1er. año Hospital ABC-UNAM

^e Jefe de Servicio de Gineco-obstetricia. Tesorero AMEGM hasta octubre 2001

Correspondencia: Dr. Gabriel Rojas Poceros.

Hospital ABC. Jefatura de Enseñanza. Sur 136 No 116. 4to. piso. Col. Américas. Delegación Álvaro Obregón. CP 01120. México D.F. Correo electrónico: poceros@prodigy.net.mx

Recibido: 18 de octubre de 2001

Aceptado: 24 de noviembre de 2001



la endoscopia se ha convertido en el estándar de oro. Se estima que la baja morbilidad y la nula mortalidad pueden ser resultado de la tecnología en quirófanos, el trabajo multidisciplinario y la capacitación en laboratorios quirúrgicos, facilidades con las que cuenta esta institución.

PALABRAS GUÍA: Endoscopia ginecológica, endometriosis, dismenorrea, laparoscopia, histeroscopia.

INTRODUCCIÓN

La práctica de la ginecología se ha visto dramáticamente modificada gracias a la introducción de nuevos elementos diagnósticos y terapéuticos, como la cirugía de mínima invasión o endoscopia ginecológica. Esta modalidad ha tenido un vertiginoso desarrollo, si se considera que hace apenas 11 años se impartió el primer curso de cirugía endoscópica operatoria en el Hospital ABC, por cirujanos como Cueto y Serrano. Actualmente, cada día un mayor número de cirujanos ginecólogos prefieren la endoscopia como vía de abordaje inicial en una variedad de padecimientos. Tanto la histeroscopia como la laparoscopia se han convertido en el estándar terapéutico de oro para una variedad de padecimientos, tales como: adherencias pélvicas, endometriosis, tabiques uterinos, protocolos de infertilidad, dolor pélvico crónico, masas anexiales benignas y embarazo ectópico.¹

La historia de la endoscopia puede dividirse en dos etapas: la aparición de laparoscopia diagnóstica y la operatoria. La primera inicia con el primer reporte endoscópico realizado en 1807 por Bozzini en Alemania,² quien describió la iluminación y visualización de la uretra con una vela y un simple instrumento tubular; posteriormente, en 1843 en Francia, Desormeaux desarrolla el primer cistoscopio, utilizando espejos para reflejar la luz emitida por una lámpara de queroseno y en 1853 inspecciona el interior del útero y logra el primer reporte histeroscópico, al identificar pólipos intrauterinos en una paciente posmenopáusica que presentaba una hemorragia uterina anormal.³

La segunda etapa comienza en 1910, cuando Jacobeauss en Escandinavia, acuña el término “laparoscopia” al realizar 17 exploraciones de

la cavidad pélvica utilizando un cistoscopio y sin neumoperitoneo.⁴ En 1936, se reporta por vez primera el uso de un laparoscopio en ginecología, por Boesch, quien realiza una esterilización tubaria;⁵ Rubin en 1925,⁶ reporta el uso del bióxido de carbono para insuflar la cavidad uterina durante las histeroscopias; mientras que en 1928 Gauss utiliza un medio de distensión líquido.⁷ En 1944, Decker⁸ describe la culdoscopia, con el neumoperitoneo a través del fondo de saco, con la paciente en decúbito dorsal con genuflexión (posición utilizada hasta la actualidad) lo que permite una mejor visualización de los órganos pélvicos.

En México la endoscopia ginecológica se inició con las culdoscopias que practicaron a finales de la década de 1940: Donato Ramírez⁹ en el Hospital Jesús Alemán Pérez (después Hospital de la Mujer); José Manuel Septién¹⁰ en el Hospital Santa Teresa y Manuel Urrutia Ruiz¹¹ en el Hospital General. Para 1970, Quiñones y Alvarado Durán publican los reportes preliminares de la realización de laparoscopias e histeroscopias en el Centro Médico Nacional.^{12,13} En 1982, se funda en la ciudad de México, la Asociación Mexicana de Endoscopia Ginecológica y Microcirugía, cuyo presidente fundador fue el Dr. Carlos Walther Meade.⁹ En 1984, el Dr. Kurt Semm, considerado padre de la endoscopia ginecológica, inicia la descripción de novedosas técnicas quirúrgicas en ginecología. En 1985 se reporta la primera colecistectomía por laparoscopia, por Erich Muhe, y hasta 1988 llega a Estados Unidos la videoendoscopia. En México, la primera colecistectomía fue realizada por el Dr. Leopoldo Gutiérrez en 1990 y en Estados Unidos la primera histerectomía se informa en el mismo año por Harry Reich.

Como es posible apreciar, la endoscopia

ginecológica operatoria es una técnica bastante nueva. La presente casuística pretende ser un marco que permita realizar futuras comparaciones con otros trabajos.

La endoscopia practicada en esta institución cuenta con cirujanos evaluados por el Comité de Credenciales del Hospital y dispone, además, de un centro de entrenamiento y prácticas en macro y microcirugía en modelos animales (bioterio) e *in vitro*. La Institución tiene, asimismo, la posibilidad de transmitir teleconferencias (medio rutinariamente usado) y con la tecnología disponible más novedosa. Esta revisión de 10 años del Hospital ABC, enfoca las principales variables en el reporte de los principales diagnósticos preoperatorios, hallazgos transoperatorios, procedimientos quirúrgicos realizados y las complicaciones más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las cirugías endoscópicas realizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital ABC, en un periodo de 10 años, que comprendió del 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1997. Se incluyeron 1,632 procedimientos. Las variables principales incluidas fueron: edad de las pacientes, diagnóstico preoperatorio, hallazgos transoperatorios, procedimientos quirúrgicos realizados, tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones. Adicionalmente, se cuantificó la tasa de conversión de laparoscopia a laparotomía. El número de cirugías total fue dividido entre el periodo de tiempo incluido. La edad de las pacientes fue estratificada en los siguientes grupos: de 10 a 19, de 20 a 29, de 30 a 39, de 40 a 49 y más de 50 años. Las variables fueron incluidas en una hoja de cálculo Excel 2000. Se realizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central, los valores se expresaron como promedio y desviación estándar.

RESULTADOS

Se revisaron 1,632 expedientes correspondientes a las pacientes operadas por endoscopia, en el periodo de enero de 1988 a diciembre de 1997. La figura 1 representa la distribución anual de los procedimientos

incluidos. El número de cirugías tuvo un intervalo de 59-221, con un promedio de 163.20 ± 47.6 cirugías por año.

Con respecto a la edad, 80.9% fueron mujeres en edad reproductiva (entre 20 y 39 años). Menos del 10% (9.9%) fueron mujeres menores de 19 años. Este grupo correspondió a pacientes con tumores de ovario o a laparoscopias diagnósticas por dolor pélvico. La proporción de mujeres mayores de 40 años fue de 7.7%. Asimismo, el grupo de mujeres mayores de 50 años fue de 1.5% del total de casos, (en donde generalmente se encontró el diagnóstico de “masas ováricas” o “dolor pélvico”, figura 2).

Las principales indicaciones clínicas para la

Figura 1
Cirugías endoscópicas realizadas por año

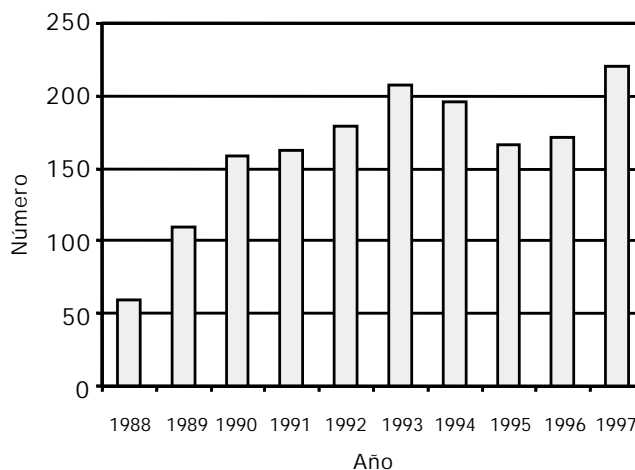


Figura 2
Distribución por grupos de edad

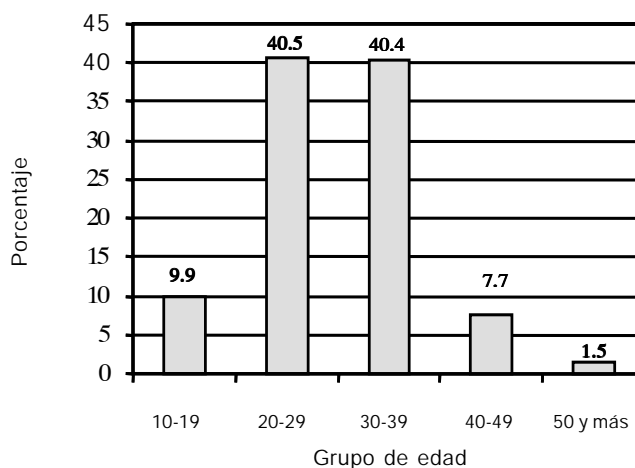
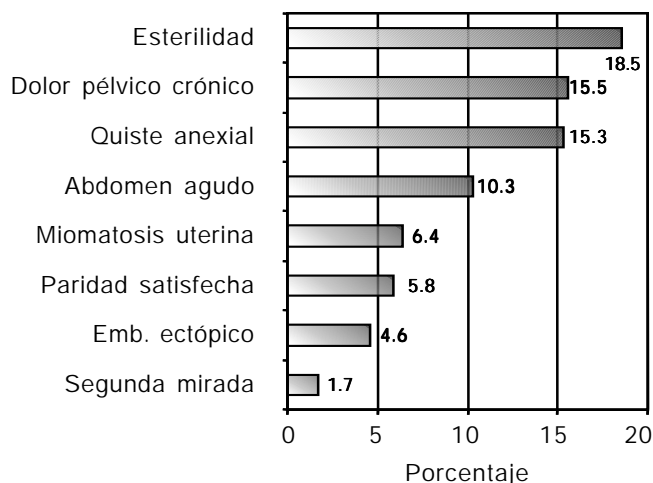


Figura 3
Principales diagnósticos y síntomas preoperatorios



realización de una laparoscopia se encuentran en la figura 3. Las segundas miradas se realizaron en 1.7 % (n = 33), embarazo ectópico en 4.6% (n = 90), paridad satisfecha en 5.8% (n = 114), leiomiomatosis uterina en 6.4% (n = 124), abdomen agudo en 10.3% (n = 201), masas anexiales en 15.3% (n = 303), dolor pélvico en 15.6% (n = 303), esterilidad en 18.5% (n = 361) y dismenorrea en 21.8% (n = 425). Llama la atención que 44.6% (n = 728) de los casos fue por dolor pélvico (dismenorrea o dolor pélvico crónico). Asimismo, se resalta que más del 10% de los casos totales correspondieron a pacientes con abdomen agudo en ginecología. Asimismo, 361 pacientes (18.5%) fueron mujeres que cursaron con infertilidad. Dentro de los hallazgos transoperatorios, el más frecuente fue la endometriosis 37.4% (n = 587), seguido de adherencias pélvicas 25.6% (n = 402 casos). Como diagnóstico, los subgrupos de infertilidad, dismenorrea y dolor pélvico crónico constituyen 66.7% de la muestra. El número de cirugías innecesarias (blancas, sin hallazgos quirúrgicos) fue en 41 ocasiones (2.6%) (Figura 4). Los procedimientos quirúrgicos se encuentran listados en la figura 5. El tratamiento quirúrgico más frecuente fue el tratamiento de endometriosis, a través de aplicación de láser de CO₂ con energía mono

Figura 4
Principales hallazgos transoperatorios

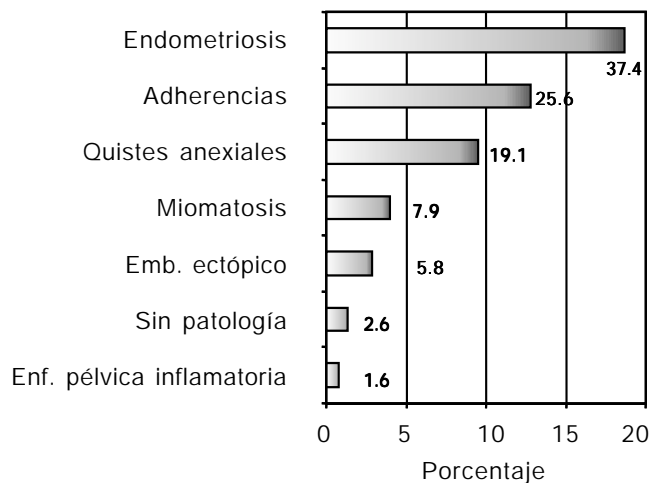
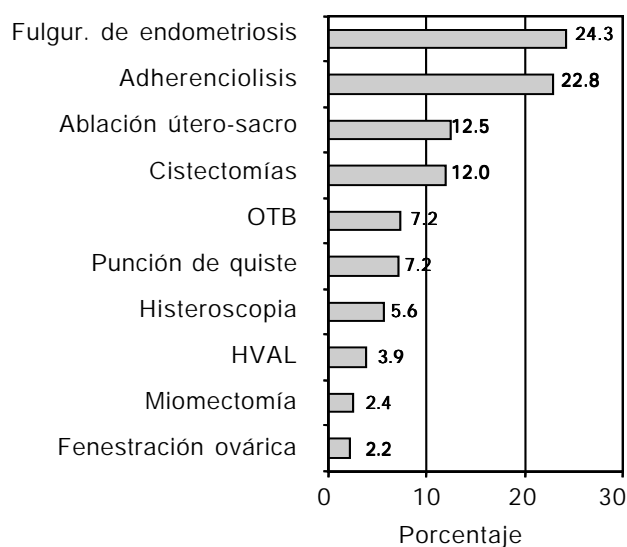
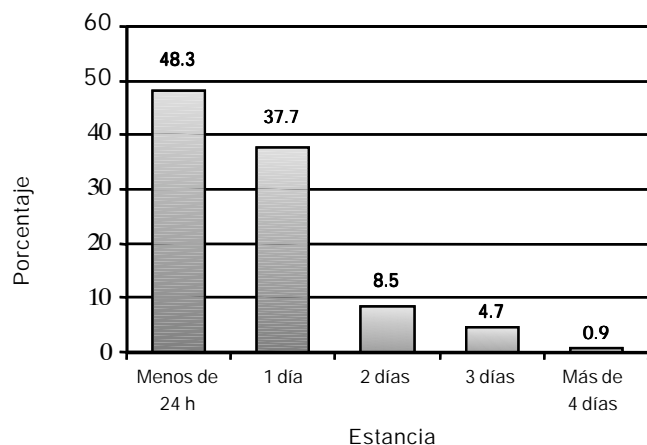


Figura 5
Principales procedimientos realizados



o bipolar y/o resección y/o vaporización (24.3%)(n = 383). Asimismo, con endometriosis, dolor pélvico o ambos se practicó ablación de ligamentos úterosacros en 12.5% (n = 197). Los quistes ováricos fueron tratados por aspiración en 6.9% (n = 113), resección del quiste o ambos en la mayoría de los casos, 11.6% (n = 189). El número de histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia hasta 1997, fue de n = 61 casos (3.9%) y el número de miomectomías por laparoscopia fue de 2.4% (n = 38). En 2.2% de los casos (n = 35) se

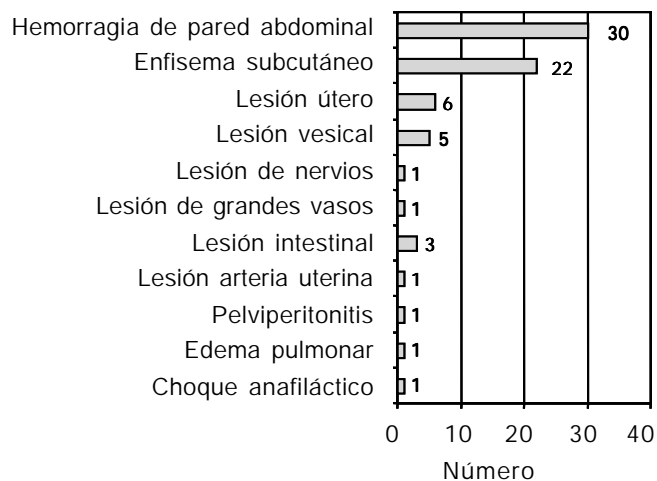
Figura 6
Distribución por días de estancia hospitalaria



realizó tratamiento quirúrgico de ovarios poliquísticos, a través de punción láser, mono o bipolar de la corteza ovárica (Figura 5). En algunas pacientes se practicó histeroscopia más laparoscopia, sobre todo en pacientes con infertilidad. Sin embargo, en este reporte sólo se consideró el número de pacientes operadas, únicamente por histeroscopia por alguna patología específica 5.6% ($n = 88$). Los hallazgos en estas pacientes fueron: sin patología 46/88; pólipos endometriales 21/88; tabiques uterinos 4/88; miomectomía por histeroscopia 8/88; y tratamiento quirúrgico de síndrome de Asherman, en 3/88 procedimientos.

Para esta serie, la mitad de las pacientes, 48.3% ($n = 788$) fueron egresadas alrededor de tres horas posteriores al procedimiento. El 37.7% ($n = 616$), requirieron hasta 24 horas de estancia. Por lo que en total, 86.1% de los casos fueron egresados en menos de 24 horas. Menos de 10% ($n = 138$) de las pacientes requirió menos de 48 h y hasta tres días de estancia, se observó en menos del 5% de la muestra ($n = 76$). En catorce pacientes se identificaron tiempos hospitalarios mayores de cuatro días (0.9%), lo que por lo general correspondió a complicaciones quirúrgicas (Figura 7). Al respecto, se cuantificó una tasa de complicaciones del 4.4%, lo que implica que no necesariamente todas las complicaciones fueron manejadas intrahospitalariamente.

Figura 7
Principales complicaciones



Las complicaciones más frecuentes fueron: en primer lugar, la hemorragia de pared abdominal en el sitio de punción con 30 casos (1.8%); enfisema subcutáneo en 22 pacientes (1.3%); lesiones de útero con seis casos (0.4%); cinco con lesión vesical (0.3%); tres con daño intestinal (0.2%); dos por lesión en grandes vasos (0.1%); y en un solo caso, lesión del nervio ciático (0.06%) y perforación del útero (0.06%) (Figura 7). No hubo secuelas tardías de las complicaciones ni se presentaron defunciones.

Finalmente, se detectó que se realizaron 50 conversiones a laparotomía (3.1%). Las principales razones fueron: obstrucción tubárica bilateral (nueve casos), con realización de plastia tubaria; en siete pacientes por miomatosis múltiple y de grandes elementos; en seis casos por proceso adherencial severo, seguido de resección de endometriomas e histerectomía total abdominal.

DISCUSIÓN

La endoscopia ginecológica es una vieja técnica diagnóstica, que al inicio tenía escasas posibilidades de convertirse en cirugía operatoria, pero que ha resurgido como una innovadora técnica quirúrgica diagnóstica y terapéutica en nuestro país y en particular en la ginecología en los últimos 10 años. Hoy en día, la cirugía de mínima invasión es universalmente usada y parcialmente aceptada.



Las razones principales radican en que las posibilidades de entrenamiento formal son limitadas, el costo del equipo, las complicaciones así como los prejuicios y escasas evidencias de los beneficios de la técnica.

Cada día es mayor el número de cirugías, cirujanos y pacientes que prefieren el abordaje de mínima invasión, a la tradicional laparotomía. No hay, sin embargo, indicaciones universales. Cada patología tiene sus propias indicaciones y cada cirujano debería tener sus mismas indicaciones, de acuerdo con sus particulares capacidades individuales, soporte tecnológico y humano. Las ventajas más frecuentemente identificadas de la laparoscopia sobre la laparotomía son: menor tiempo de hospitalización, recuperación más rápida, ventajas estéticas y aparentes ventajas en evitar la formación de adherencias posquirúrgicas (reportadas hasta en 50%). Con respecto a la histeroscopia se puede decir que es la “prueba de oro” para el diagnóstico y tratamiento de la patología de la cavidad uterina y de la hemorragia uterina anormal, ofrece grandes ventajas, como producir un traumatismo mínimo, disminución del periodo de hospitalización y recuperación.¹⁴

Este trabajo, a pesar de sus limitaciones metodológicas, pretende mostrar la evolución de la cirugía endoscópica en ginecología en el lapso de 10 años en una unidad hospitalaria privada, que cuenta con médicos calificados para la realización de endoscopia (a través de un Comité de Credenciales) y que dispone de tecnología de punta para la realización de dicho procedimiento.

En este informe se encontró una frecuencia de cirugías de alrededor de 170 procedimientos por año. Otras series, como la de Mancera,¹⁵ mostró una cifra de 342 procedimientos endoscópicos ginecológicos por año, en el Instituto Nacional de Perinatología. Mientras que García,¹⁶ reporta una frecuencia de 40 procedimientos laparoscópicos en seis meses, en otro hospital del sector salud de la Ciudad de México.

En el Hospital ABC se ha incrementado el número de procedimientos endoscópicos ginecológicos cada año. La mayoría de los procedimientos fueron realizados en mujeres en edad reproductiva (> 80%), evento observado

previamente por otros autores nacionales.^{15,16} Como indicación preoperatoria, las principales fueron la dismenorrea (21.8%), la infertilidad (18.5%), el dolor pélvico crónico (15.5%) y las masas anexiales (15.3%). Para algunas series nacionales, como la del Instituto Nacional de Perinatología, el 60% de pacientes cursó con esterilidad, hecho relacionado con el propio tipo de población.¹⁵ Esta serie coincide a su vez con lo encontrado por la Asociación Americana de Ginecólogos Laparoscopistas,¹⁷ donde se observó como primera indicación, el dolor pélvico (56%), seguida de infertilidad (38%).

El principal hallazgo laparoscópico de esta serie fue la endometriosis, la cual se detectó en 35%. Este diagnóstico se ha reportado con una frecuencia de hasta 50% en diversos estudios¹⁸⁻²¹ y por la Asociación Americana de Ginecólogos Laparoscopistas de 1988.¹⁷ Por ello, el médico cirujano endoscopista deberá tener una especial preparación en la resolución de endometriosis, adherencias pélvicas, masas anexiales y embarazos ectópicos. La baja frecuencia de otros procedimientos (como histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, miomectomía o Burch) puede ser un reflejo de preferencias y capacidades individuales.

Para esta serie, más del 10% correspondió a mujeres con abdomen agudo. Al respecto, se reportó por López en una serie de 78 pacientes con abdomen agudo operadas por laparoscopia, correspondieron a: patología ovárica en 33%, embarazo ectópico en 34%, adherencias pélvicas 7%, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria y leiomiomatosis uterina en 10%. La tasa de conversiones fue de 25%.²²

Se han acumulado hasta el momento 299 casos de masas ováricas (15.3%). Las series más importantes hasta el momento (como lo es la de la Asociación Americana de Ginecólogos Laparoscopistas) reportan una frecuencia del 14% para las masas anexiales, donde la principal patología detectada son los quistes ováricos. El abordaje de sólo punción y aspiración del quiste ha sido severamente criticado por la alta tasa de recidivas, principalmente en el caso de los endometriomas, donde se recomienda una completa resección de la cápsula,²³ incluyendo endometriomas de gran tamaño.²⁴ A pesar de que distintos métodos se han sugerido para el diagnóstico de endometriosis (como el uso de distintos marcadores -CA-125 y

PP14- la resonancia magnética nuclear,²⁵ y la luminiscencia del láser sobre el tejido endometriósico)²⁶ la endoscopia continúa siendo el estándar de oro, a pesar de los costos.²⁵ Por ello, algunas alternativas como la microlaparoscopia bajo anestesia local, han surgido en la literatura internacional.^{25, 26}

En este trabajo el número de cirugías blancas fue de 41 casos (3%), cabe mencionar que entre estas pacientes se encuentran aquellas con diagnóstico de infertilidad sin causa aparente. A pesar de la aceptable y baja frecuencia, es necesario incrementar la eficacia diagnóstica preoperatoria para disminuir el número de cirugías innecesarias.

El número de conversiones a laparotomía se realizó en 50 pacientes (3.1%), lo cual está por encima de lo reportado por la Hulka y colaboradores,¹⁷ quienes informan una frecuencia del 1.3%, esta cifra incluye el total de reportes desde hace 10 años. Se estima que en la actualidad, el número de conversiones ha disminuido en gran medida debido a un incremento de la capacidad y experiencia quirúrgica. La disminución de las conversiones puede también ser el resultado de nueva instrumentación, como el uso de morceladores electrónicos en el caso de piezas quirúrgicas mayores, o secundario al incremento en las habilidades quirúrgicas.²⁷ Al respecto, apenas en el año 2001 se ha iniciado por Bustos-Ibarrola la práctica rutinaria de histerectomía total, por laparoscopia, posterior a la demostración realizada por Leroy Charles del Hospital de Boston, en abril de 2000. Lo anterior explica la baja frecuencia de histerectomías asistidas por laparoscopia en el presente reporte (3.9%), que contrasta con 16% reportado por la Asociación Americana de Ginecólogos Laparoscopistas (de 16%).¹⁷ Estas cifras deben a su vez considerar la frecuencia de complicaciones. Al analizar los ingresos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital ABC, durante 1999, se registraron 912 procedimientos ginecológicos, ocupando el primer lugar las histerectomías abdominales y vaginales con 336 casos, continuando las cirugías endoscópicas con 320 casos, lo que equivale al 35% de todos los procedimientos quirúrgicos realizados en el departamento de

Gineco-Obstetricia del Hospital. Se reportaron seis complicaciones en los procedimientos laparoscópicos y únicamente una complicación en el grupo de laparotomías.

Se observa además en esta serie que las indicaciones quirúrgicas han aumentado. Sin embargo, existen aún contraindicaciones absolutas para la laparoscopia, como: la cardiopatía severa, la peritonitis por obstrucción intestinal, la hernia diafragmática, el hemoperitoneo con descompensación cardiovascular y las masas pélvicas mayores de 15 cm, o con sospecha de cáncer, sin el entrenamiento requerido. Para la histeroscopia, las contraindicaciones son: la enfermedad pélvica inflamatoria activa, la hemorragia uterina profusa, el embarazo intrauterino deseado, la perforación uterina reciente y procesos neoplásicos.²³

Con respecto a las complicaciones, este trabajo encontró una frecuencia de 4.4%. Sin embargo, sólo se identificaron 1.4% de complicaciones graves y ninguna defunción.

Estas cifras coinciden con lo que se informa en la literatura mundial por Mecke²⁸ (4.9%) y son menores a las encontradas por Quasarano,²⁹ con una frecuencia de 9.8%. Las cifras tienen que ser evaluadas con cuidado, dado que la frecuencia de complicaciones depende del denominador³⁰ (Guzmán).

Por último, para las instituciones el aspecto costo-beneficio debe ser un evento cuidadosamente evaluado, que escapa a las pretensiones de este artículo. Sin embargo, más del 86% de pacientes de esta serie fue egresado en menos de 24 horas. Lo anterior implica que posterior a una importante inversión económica inicial, los gastos pueden disminuir al distribuirse los costos quirúrgicos, entre un mayor número de pacientes.

CONCLUSIONES

Como se ha mostrado, la cirugía endoscópica ginecológica es en la actualidad una modalidad quirúrgica con un creciente número de usuarios médicos. La técnica, sin embargo, todavía no tiene una meseta de indicaciones, dado que se continúa con una gran variedad de innovaciones y técnicas simplificadas de los procedimientos laparoscópicos. Esta revisión



puede servir como un marco adicional de referencia para contrastar los resultados en esta importante área emergente. Se sugiere la necesidad de incrementar las destrezas quirúrgicas dentro de los hospitales, para disminuir el número de complicaciones. Este procedimiento quirúrgico ha sido incorporado en la currícula de Gineco-Obstetricia de algunas instituciones: desde hace más de seis años en el Instituto Nacional de Perinatología, y desde hace dos años a la fecha, en el Hospital ABC, lo cual se ha logrado a través de cursos prácticos bien establecidos.

Como se observa, las indicaciones, los procedimientos y las complicaciones encontradas en un hospital de tercer nivel en nuestro país, difieren poco de lo hallado en la literatura internacional. Acorde con el vertiginoso desarrollo observado de la endoscopia operatoria en los últimos 10 años, y considerando el interés creciente en el área, se señala la necesidad de implantar, uniformar y reglamentar la enseñanza y la práctica de esta área de la Ginecología. Esto puede lograrse a través de la introducción de normas claras en las instituciones de salud.

ABSTRACT

Introduction: In the last years a significant increase in the number of endoscopic surgery procedures has been observed in gynecology, for this reason we have reviewed in retrospective, all the cases of endoscopic surgery, that were made in the Obstetrics and Gynecology department of the American British Cowdray Medical Center, in Mexico City.

Material and methods: The period of study was 10 years (from January 1988 to December 1997), with the object to know the epidemiology and morbidity of all these patients, of the present study.

Results: A total of 1,632 endoscopic surgeries were made, the main preoperative diagnosis were dysmenorrhea, pelvic chronic pain and infertility, all these were almost 70% of the total of patients. The main transoperative finding was endometriosis (35%), follow by pelvic adherencies (24.6%). In 23.4% of all endoscopies, it was used electrocoagulation for endometriosis and in 22% adherenciolysis was made. It has been reported a total of 88 hysteroscopies, the most frequent pathology of these, were endometrial polyps and submucosal myomatosis. Almost half of all patients were in hospital for less than 24 hours. Complications were presented in 72 clinic cases (4.4%), in the first place was abdominal wall hemorrhage.

Conclusions: Gynecology endoscopic surgery has been the gold standar to treatment almost all gynecology pathologies and when it was made by diestrus personal and in adequate installations, complications were reduce to minimal cases.

KEY WORDS: Gynecology endoscopic, endometriosis, dysmenorrhea, laparoscopy, histeroscopy.

REFERENCIAS

1. Bustos-López HH, Ahued Ahued JR, Rojas-Poceros G. En: Temas selectos en Ginecología y Obstetricia. La experiencia del Instituto Nacional de Perinatología. México: Grupo Mind; 1999. p. 4.
2. Bozzini P. Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Hohlen und Zwischenraume des lebenden animalischen Körpers. Weimar, Landes Industrie, Comptoir. 1807.
3. Desormeaux AJ. L'Endoscopie Uterine, applications au diagnostic et au treatment des affections de l'urethre de la vessie. Paris, Bailiere. 1865.

4. Jacobeauss H. Uber die Moglichkeit, die Zystoskopie bei Untersuchung seroser Hohlungen anzuwenden. Munch Med Wochenschr 1910; 57: 2090.
5. Semm K: History. In: Sanfilippo JS, Levine RL (eds): Operative Gynecologic Endoscopy. New York: Springer-Verlag; 1989. p. 1-18.
6. Rubin C. Uterine endoscopy: Endometroscopy with the aid of uterine insufflation. Am J Obstet Gynecol 1925; 10: 313.
7. Gauss CJ. Hysteroskopie. Arch Gynaekol 1928; 133: 18.
8. Decker A, Cherry T. A new method in the diagnosis of pelvic disease. Am J Surg 1944; 64: 40.
9. Nava y Sánchez R, Molina Sosa A. En: Endoscopia Quirúrgica Ginecológica. México, D.F.: Marketing y Publicidad de México; 1995, 6.
10. Septién JM. Culdoscopia, nuevo método exploratorio. Ginec Obstet Mex 1949; 4: 352.
11. Urrutia RM. Douglascopia, comunicación preliminar. Ginec Obstet Mex 1949; 4: 287.
12. Quiñones GR, Alvarado DA, Aguilar R. Histeroscopia, reporte preliminar. Ginec Obstet Mex 1970; 27: 687.
13. Quiñones GR, Esperanza AR, Alvarado DA. Laparoscopia, reporte preliminar. Ginec Obstet Mex 1970; 28: 471.
14. Bustos-López HH, Rojas-Poceros G, Castelazo ME. En: Casos clínicos en Ginecología. Fascículo 1. México, D. F.: Grupo MIND; 1999; pp 6.
15. Mancera-Reséndiz MA, Mota GM, Zaldívar NA, Camarero GA, Ibarra CV. Hallazgos de la laparoscopia ginecológica en el Instituto Nacional de Perinatología 1992-1994. Perinatol Reprod Hum 1995; 9: 187-90.
16. García-Luna A, Alvicia GJ, Gaona AR, Castro FJ, Repper CF, Fugarolas MJ. Cirugía ginecológica laparoscópica. Experiencia en el Hospital Luis Castelazo Ayala. Ginec Obst Mex 1996; 64: 52.
17. Hulka J, Peterson HB, Phillips JM, Surrey MW. Operative Laparoscopy: American Association on Gynecologic Laparoscopists 1993 membership survey. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995; 2: 133-6.
18. Rojas-Poceros G, Díaz AD, De la Rosa AE, Kably AA. Endometriosis. Análisis del hallazgo laparoscópico en el Hospital A.B.C. Ginec Obst Mex 1995; 63: 401.
19. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal and mild endometriosis: Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med 1997; 337: 217-22.
20. Adamson GD, Pasta DJ. Surgical treatment on endometriosis-associated infertility: Meta-analysis compared with survival analysis. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 488-05.
21. Rosales DA, González SC, Aedo OO. Hallazgos laparoscópicos de endometriosis en mujeres con dismenorrea, dolor pélvico y esterilidad. Informe preliminar. Ginec Obstet Mex 1994; 62: 389-94.
22. López-Etelberto. Procedimientos de laparoscopia en abdomen agudo en Ginecología. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México-Hospital ABC. 1998.
23. Coddington CC III, Schenk LM. Laparoscopy and hysteroscopy. Obstet Gynecol Clin North Am 1999; 26: 1-22.
24. Daniell JF, Kuertz BR, Furley LD. Laser Laparoscopic management of large endometrioma. Fertil Steril 1991; 55: 692-5.
25. Olive DL. Endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24: 460.
26. Esperón GP, Bustos LH, Gaviño GF. La microlaparoscopia: el último avance en la tecnología de cirugía de mínima invasión. Rev Perinatol 2000; 15-1: 87-17.
27. Vancaillie TG, et al. Laser-induced fluorescence of ectopic endometrium in rabbits. Obstet Gynecol 1989; 74: 225.
28. Mecke H, Heuchmer R, Lehman-Willenbrück F. Complications in 5,000 pelviscopies at Kiel University Gynecologic clinic. Geburtshilfe Frauenheilkd 1996; 56(9): 449-52.
29. Quasarano RT, Kachef M, Sherman SJ. Complications of gynecologic Laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6(3): 317-21.
30. Guzmán-Mena G, Zaldivar-Neal A, Garza-Ríos P, Bustos-López HH. Complicaciones en laparoscopia ginecológica. Perinatol Reprod Hum 2000, 14: 32-47.

