



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia inicial en el tratamiento de enfermedad ginecológica benigna y maligna por laparoscopia en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Sergio Vásquez-Ciriaco^a, David Isla-Ortiz^b, Antonio Palomeque-Lopez^c,
Jaime Aron García-Espinoza^{d,*}, Arturo Jarquín-Arremilla^d
y Néstor Alonso Lechuga-García^d

^a Servicio de Oncología Quirúrgica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Oaxaca, México

^b Servicio de Ginecología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

^c Servicio de Oncología Quirúrgica, Hospital Aurelio Valdivieso de Oaxaca, Oaxaca, México

^d Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Oaxaca, México

Recibido el 13 de marzo de 2016; aceptado el 6 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Histerectomía;
Laparoscopia;
Estancia hospitalaria;
Tiempo quirúrgico;
Complicaciones
postoperatorias;
Neoplasias del cuello
uterino

Resumen

Antecedentes: La historia de la cirugía laparoscópica en afecciones ginecológicas creció con los avances de Semm, el perfeccionamiento de instrumentos, equipos y energías, que permitió el desarrollo en todas las áreas quirúrgicas, incluyendo la Oncología.

Objetivo: Presentar la experiencia inicial en el tratamiento de dolencias benignas y malignas ginecológicas por laparoscopia, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Material y métodos: Se analizaron 44 casos distribuidos en: histerectomía radical tipo III por cáncer cervicouterino invasivo, histerectomía tipo I por cáncer cervicouterino *in situ*, histerectomía extrafascial por enfermedad benigna, rutina de endometrio, rutina de ovario y salpingooforectomía. Variables: edad, índice de masa corporal (IMC), tiempo quirúrgico, sangrado, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, conversión, estancia hospitalaria y reporte de anatomía patológica.

Resultados: Histerectomía tipo III; edad 40.2 años, IMC 25.8 kg/m², sangrado 238 ml, tiempo quirúrgico 228 min, estancia hospitalaria 2.6 días, sin complicaciones transoperatorias o postoperatorias, tamaño del tumor 1.1 cm, 14 ganglios disecados, borde vaginal y parametrios negativos. Histerectomía tipo I por cáncer cervicouterino *in situ*: 51 años, IMC 23.8 kg/m², sangrado 283 ml, tiempo quirúrgico 127 min, útero de 9 cm, estancia hospitalaria 2 días, una conversión por lesión de arteria iliaca externa con sangrado de 1,500 ml. Rutina de endometrio: 50.3 años, IMC 30.3 kg/m², sangrado 83 ml, tiempo quirúrgico 180 min, útero 12.6 cm, estancia hospitalaria 2.3 días, sin complicaciones.

* Autor para correspondencia: Aldama s/n, colonia Paraje el Tule, San Bartolo Coyotepec, C.P. 71256, Oaxaca, México.

Tel.: +52 (951) 502 6202.

Correo electrónico: Jaime_506@yahoo.com.mx (J.A. García-Espinoza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.004>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Hysterectomy;
Laparoscopy;
Length of stay;
Operative time;
Postoperative complications;
Uterine cervical neoplasms

Conclusión: El manejo de afecciones benignas y malignas pélvicas por laparoscopia es factible, seguro, con menor estancia hospitalaria y una recuperación más pronta de las actividades cotidianas.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Initial experience in the laparoscopic treatment of benign and malignant gynaecological diseases in the Hospital Regional de Alta Especialidad in Oaxaca

Abstract

Background: The history of laparoscopic surgery in gynaecological diseases progressed with the advances of Semm, as well as with the development of tools, equipment, and energy that led to its development in all surgical areas, including oncology.

Objective: To present the initial experience in the laparoscopic treatment of benign and malignant gynaecological disease in the Hospital Regional de Alta Especialidad in Oaxaca.

Material and methods: An analysis was performed on a total of 44 cases, distributed into: type III radical hysterectomy for invasive cervical cancer, hysterectomy type I cervical cancer *in situ*, extrafascial hysterectomy for benign disease, routine endometrium, ovary and routine salpingo-oophorectomy. The variables included age, BMI, surgical time, bleeding, intraoperative and postoperative complications, conversion, hospital stay, and pathology report.

Results: Hysterectomy type III; age 40.2 years, BMI 25.8 kg/m², 238 ml bleeding, operative time 228 min, 2.6-day hospital stay, intraoperative or postoperative complications, tumour size 1.1 cm, 14 lymph nodes dissected, vaginal and negative parametrical edge. Type I hysterectomy cervical cancer *in situ*: 51 years, BMI 23.8 kg/m², 80 ml bleeding, operative time 127 minutes, uterus of 9 cm, length of stay of 2 days, a conversion by external iliac artery injury, with bleeding of 1500 ml. Routine endometrium: 50.3 years, BMI 30.3 kg/m², 83 ml bleeding, operative time 180 minutes, uterus 12.6 cm, length of stay 2.3 days, no complications.

Conclusion: The management of benign and malignant pelvic diseases using laparoscopy is feasible and safe, with shorter hospital stays and a prompt recovery to daily activities.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

La necesidad del ser humano por realizar el diagnóstico de enfermedades en forma más exacta lo motivó a introducir métodos invasivos de exploración de órganos abdominales.

La exploración del interior de nuestro organismo se inicia con la introducción del cistoscopio por Nitze en la Real e Imperial Sociedad de Medicina de Viena en 1879, instrumento mejorado en 1886 por Leiter, al adaptarle una pequeña lámpara incandescente de Edison¹.

El desarrollo de la laparoscopia abdominal lo inició Kelling, en Dresde, quien utilizó el cistoscopio urológico descrito por Nitze, que introdujo a través de un orificio abierto en la pared abdominal de un perro, con la finalidad de inspeccionar el contenido intestinal. A esta técnica de exploración la denominó «celioscopia» y presentó los resultados en el Congreso de la Sociedad Médica y de Biología Germana, en Hamburgo, en septiembre de 1901².

Ott, un ginecólogo de San Petersburgo, describió la «ventroscopia» con la que visualizaba el interior de la cavidad a través de una cánula iluminada por un fotóforo frontal. En 1910, en Estocolmo, Jacobeus³ empleó el cistoscopio en humanos, lo introdujo en el abdomen a través de un trocar,

tras distender la cavidad con agua o aire, para explorar su interior, y denominó al método «laparoscopia», técnica que reprodujo en el tórax. En 1911 Berheim, de Estados Unidos, publicó un trabajo titulado: «Organoscopia: cistoscopia de la cavidad abdominal»⁴. En 1916, Goetze desarrolló una aguja de punción para mejorar la insuflación de aire; Ordoff, en 1920, perfeccionó la punta y la convirtió en piramidal para facilitar su penetración; Stone desarrolló un dispositivo valvular en el trocar para impedir la salida del gas. En 1929, Kalk creó la visión óptica de 135° con visión oblicua; Zollikofer, en 1934, utilizó dióxido de carbono en lugar de aire para la insuflación abdominal, de modo que disminuye el riesgo de embolia gaseosa e irritación peritoneal⁵.

En 1938 el húngaro Veress, médico internista de Viena, diseñó una aguja atraumática para la creación de neumotórax, que posee una vaina externa con la punta en bisel y un estilete interno romo, que se exterioriza en el momento de penetrar en la cavidad abdominal, con lo que evita dañar los órganos internos, razón por la cual fue adoptada inmediatamente para la producción del neoperitoneo⁶.

Semm⁶, un ginecólogo e ingeniero de Kiev, describió el insuflador automático, y en 1966, comenzó la realización de procedimientos quirúrgicos bien elaborados; además, diseñó

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831157>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831157>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)