

ORIGINALES

Análisis de los factores que motivan la reconversión a laparotomía en los quistes de ovario tratados inicialmente por laparoscopia

M. de la Flor, J. Galera y R.M. Miralles

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

ABSTRACT

A descriptive, observational, retrospective study was performed of patients with cystic adnexal masses who required conversion from laparoscopic to open surgery in the same intervention in a 7-year period (1999-2005). The study was carried out in the Joan XXIII University Hospital in Tarragona, Spain. Patient characteristics and the possible factors contributing to a higher risk of failed laparoscopy, such as prior surgery, the presence of endometriosis, and cyst size, were analyzed. Conversion to laparotomy occurred in 8.6% of all patients and was associated with adhesions in 81%, incoercible bleeding in 5.4%, anesthetic difficulties in 5.4%, impossibility of performing pneumoperitoneum in 5.4% and equipment failure in 2.7%. Endometriosis was found in 67.5% of the total number of cysts.

INTRODUCCIÓN

El progreso actual de la endoscopia ginecológica nos ha permitido el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades en nuestra especialidad. Uno de los procesos más frecuentemente estudiado y tratado por esta vía es el quiste de ovario. De esta forma, la laparoscopia se ha aceptado como una vía inicial sumamente útil en el manejo de estos quistes. Ahora bien, continuamos registrando casos en los cuales, a pesar de iniciar el acto quirúrgico por una laparoscopia, nos vemos obligados a realizar una laparotomía para el correcto manejo de la afección anexial.

En este artículo analizamos los factores que nos obligan a la reconversión en los distintos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional del total de los quistes de ovario reconvertidos en el mismo acto quirúrgico de laparoscopia a laparotomía en los últimos 7 años (1999-2005) en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con quiste de ovario unilateral o bilateral como único diagnóstico prequirúrgico y a las que se practicó laparotomía tras la realización de una laparoscopia como técnica inicial de abordaje del quiste.

Se analizan varios factores: edad de la paciente, paridad, menopausia o no, cirugía abdominal previa o no, histerectomía previa o no, tamaño de la masa por ecografía, masa unilateral o bilateral, clínica asociada al quiste, causa que motiva la conversión a laparotomía y diagnóstico histológico de la pieza.

La edad media de las pacientes estudiadas fue de 38,6 años, con un rango entre 20 y 69 años. Un 93,7% de las pacientes intervenidas eran menopáusicas (35 mujeres). Un 56,7% (21 pacientes) de las mujeres tenía antecedente de cirugía abdominal previa por laparotomía. Un 12,5% de estas mujeres estaban histerectomizadas.

RESULTADOS

El total de mujeres intervenidas por quiste de ovario en este período es 426. En 116 se realiza una laparotomía de entrada (27%) por motivos diversos, tales como necesidad de cirugía concomitante, riesgo anestésico importante, cirugía de urgencia, etc. En 271 se realiza una laparoscopia y se resuelve el problema con éxito por esta vía (63,6%). En 37 mujeres se inicia una laparoscopia y se termina con una laparotomía (8,6%). En 2 pacientes se resolvió el cuadro con una punción ecoguiada (0,5% del total de casos). En la figura 1 podemos ver los porcentajes especificados según los años.

—
Aceptado para su publicación el 1 de julio de 2006.

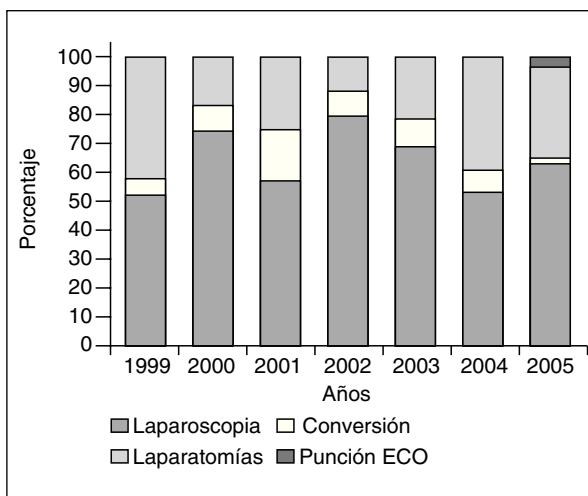


Fig. 1. Distribución por años del total de quistes tratados.

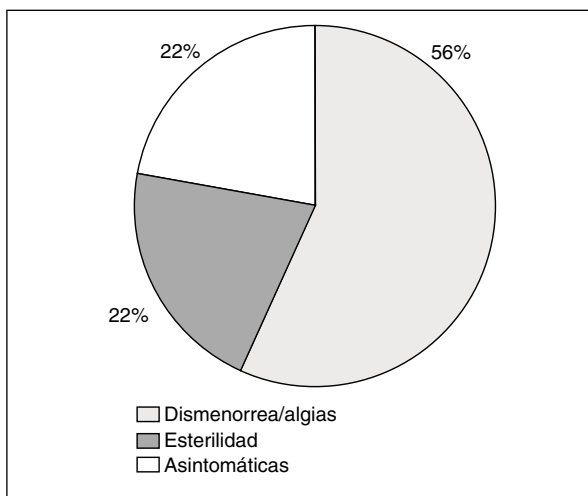


Fig. 2. Características clínicas de los quistes.

En el grupo de estudio (mujeres con reconversión) la clínica que motivó la cirugía está reflejada en el figura 2. Un 21% de estas pacientes estaban asintomáticas y de las que presentaban clínica, las algias pelvianas y/o dismenorrea eran las manifestaciones más frecuentes.

La ecografía preoperatoria, en el total de mujeres con reconversión, se etiquetó como de endometriosis en un 67,7% de los casos; éste fue el diagnóstico más frecuente (fig. 3). El tamaño medio del total de los quistes fue de 6 cm (2-12 cm) y en un 42% (16 pacientes) de los casos el quiste era bilateral.

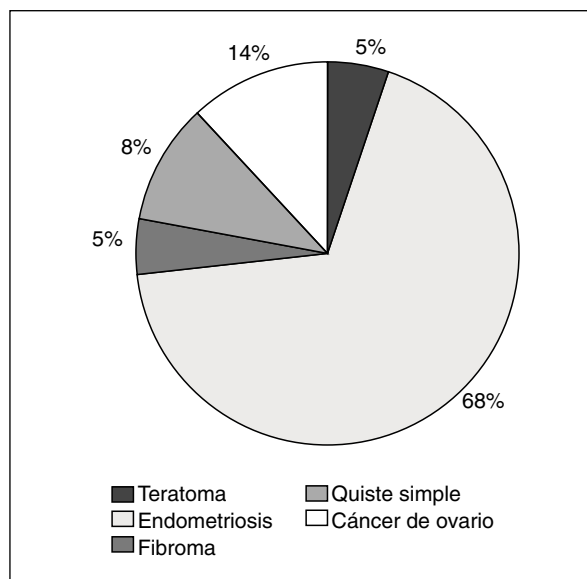


Fig. 3. Características ecográficas de los quistes.

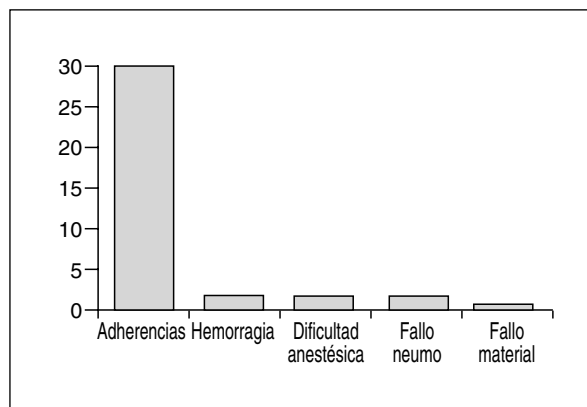


Fig. 4. Causas de conversión a laparotomía.

En el figura 4 se analizan las causas que constan en la hoja operatoria que motivaron la reconversión desde la laparoscopia. Del total de mujeres, 5 de ellas (15,6%) entraron en quirófano con la sospecha de cáncer de ovario. En una se confirmó y ésta fue la causa de conversión a laparotomía, de los 4 casos restantes, uno resultó ser una masa retroperitoneal abscesificada que requirió el concurso de cirujanos y urólogos en el curso de la laparotomía de drenaje. En los 3 casos restantes el diagnóstico anatomopatológico fue de teratoma y de endometriosis. En un caso (3,2%) el fallo en el material de laparoscopia fue el

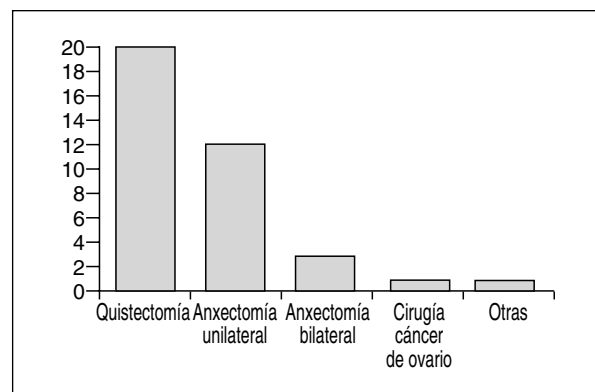


Fig. 5. Cirugía realizada en la laparotomía.

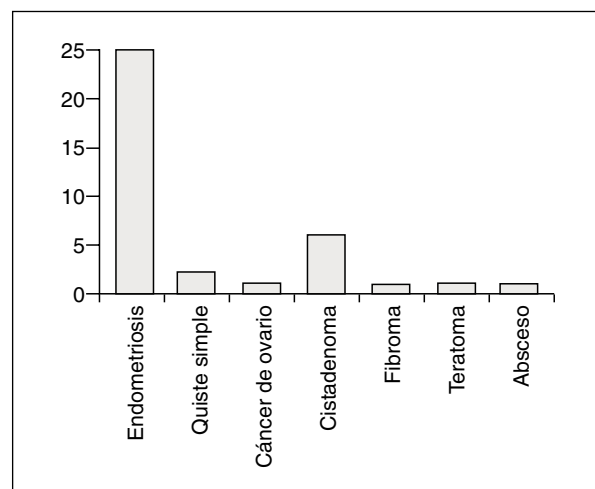


Fig. 6. Anatomía patológica en las masas tratadas tras la reconversión.

motivo de reconversión. La dificultad en el neumoperitoneo (2 casos) y las dificultades anestésicas (2 casos) fueron otras de las causas de cambio de vía. En un 5% de los casos la hemorragia incoercible impidió la resolución laparoscópica, y la causa que motivó el mayor número de casos de reconversión fue la presencia de cuadros adherenciales (81% de los casos).

En el figura 5 se analiza el tipo de cirugía completado tras la laparotomía, en la mayoría de los casos se realizó una quistectomía (20 casos).

Los hallazgos anatomopatológicos se reflejan en el figura 6, la mayoría de los quistes correspondieron a endometriosis (67,6% casos)

DISCUSIÓN

La laparoscopia se ha introducido como una técnica útil y segura en el manejo de la masa anexial¹. Las complicaciones mayores y menores asociadas a esta técnica se sitúan alrededor del 1%, con unos índices de mortalidad muy bajos². Pero esto es así si se cumplen 2 premisas previas muy importantes, como una buena evaluación prequirúrgica de la masa a tratar para escoger la vía adecuada de abordaje, y un buen conocimiento de la técnica por parte de cirujano para minimizar los riesgos y superar las posibles dificultades³.

Una de las complicaciones descritas en la literatura médica de la laparoscopia es la imposibilidad de realizar el correcto manejo de la enfermedad por esta vía y la necesidad de realizar una laparotomía. El porcentaje de conversión a laparotomía aquí presentado es del 8,6% del total de los quistes de ovario tratados. No difiere del presentado en las publicaciones que oscila entre el 8 y el 25%^{4,5}. Esta variabilidad puede estar en relación con la amplitud de inclusión de pacientes en indicación de laparoscopia como primer paso quirúrgico. De esta forma, en nuestra serie, si estadificamos a las pacientes por el diagnóstico prequirúrgico más probable de entrada, vemos que a 5 de ellas (15,6%) se las intervino con la sospecha de cáncer de ovario. En una se confirmó y fue la necesidad de realizar cirugía completa de ovario, lo que motivó la conversión a laparotomía. De los 4 casos restantes, uno resultó ser una masa retroperitoneal abscesificada. Posiblemente si hubiésemos sido más estrictos en la indicación de la vía de abordaje el porcentaje de reconversión habría sido menor. Por tanto, podemos pensar que una buena exploración por técnicas de imagen, así como unos marcadores tumorales previos a la cirugía, sobre todo en posmenopáusicas, afinaría más el diagnóstico preoperatorio y podríamos así disminuir el porcentaje de reconversiones^{6,7}.

La formación del cirujano es otro requisito indispensable para el buen manejo del quiste de ovario, así como la disponibilidad de un instrumental adecuado y un personal de quirófano entrenado y cualificado⁸. La revisión periódica del instrumental es fundamental, ya que la pérdida de una pequeña pieza del equipo o el fallo en una conexión pueden motivar que la cirugía no pueda continuar. En nuestra revisión esto ocurrió en un caso (3,2%).

Tener en cuenta las contraindicaciones relativas o las dificultades técnicas inherentes a cada paciente también puede influir en el porcentaje de fracasos a la hora de tratar el quiste de ovario por laparoscopia. Una obesidad mórbida que dificulte la realización de un

correcto neumoperitoneo (2 casos en nuestra serie, 5,2%) o una masa muy voluminosa que dificulte el abordaje se pueden obviar con la pericia del cirujano. La utilización de punciones en el hipocondrio izquierdo, en el primer supuesto, o la punción-aspiración intraoperatoria del quiste antes de la laparoscopia, en el segundo caso, pueden ser posibles soluciones⁹.

La hemorragia es otra de las causas que motivaron la realización de una laparotomía. En la mayoría de las ocasiones, la hemorragia se resuelve de forma satisfactoria con coagulación monopolar o bipolar o con clips quirúrgicos; en casos más complicados la sutura nos puede ayudar. Ahora bien, en situaciones de hemorragia importante, con una mala visualización de estructuras cuya lesión puede resultar fatal, como en intestino, uréter o vejiga, es necesaria la correcta disección de estas estructuras antes de proceder a la hemostasia «a ciegas» de la zona. En la literatura médica se recogen varias series donde fue necesaria la realización de una laparotomía para realizar hemostasia de un lecho sangrante, sobre todo en cuadros de endometriosis. En la serie de Clermond-Ferrand fue de un 1,7% de casos y en la de Benifla et al⁴ del 5,5%⁵. En nuestra serie el porcentaje es similar al de las series publicadas, de un 5,5%.

Un principio muy útil a la hora de realizar cirugía laparoscópica del anejo es que no se debe practicar hemostasia o cirugía anexial sin haber logrado previamente una buena liberación del anejo y las estructuras adyacentes, como el uréter o la vejiga. Siguiendo esta premisa, podemos entender que el mayor número de laparoscopias convertidas es debido a cuadros adherenciales (81%). Esto ocurre con relativa frecuencia en el caso de la endometriosis. En esta enfermedad es fundamental, sobre todo si hay dolor pelviano asociado, una buena adhesiolisis. Es importante, en estos casos, conocer nuestras limitaciones y aceptar la conversión a laparotomía si el caso así lo requiere¹⁰.

RESUMEN

Se realiza un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo del total de los quistes de ovario recon-

vertidos en el mismo acto quirúrgico de laparoscopia a laparotomía en los últimos 7 años (1999-2005) en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. Se analizan las características de las pacientes y los posibles factores que contribuyen a un mayor riesgo para la reconversión, como la cirugía previa y afecciones como la endometriosis y el tamaño del quiste.

El porcentaje de reconversión es de un 8,6%. Las causas fueron cuadros adherenciales, 81%; hemorragia incoercible, 5,4%; dificultad anestésica, 5,4%; imposibilidad de realizar el neumoperitoneo, 5,4%, y fallo en el material, 2,7%. La anatomía patológica más frecuente en estos casos fue de endometriosis en un 67,5% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dottino PR, Levine DA, Ripley DL, Cohen CJ. Laparoscopic management of adnexal masses in premenopausal and postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 1999;93:223-8.
2. Harkki-Siren P, Sjöberg J, Kurki T. Major complications of laparoscopy: A follow-up Finnish study. *Obstet Gynecol.* 1999;94:94-8.
3. Miralles RM. Pelvic masses and endoscopic surgery Diagnosis. *Eur J Obstet Reprod Biol.* 1996;65:75-9.
4. Benifla JL, Benkazine Y, Guglielmina JN. Endometriosis ovariennes. Étude rétrospective de 155 cas pris en charge par celioscopie du 1er janvier 1986 au 31 décembre 1992. *Contr Fertil Sex.* 1994;V Suppl:854-6.
5. Canis M. Laparoscopic treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Science.* 1998; Suppl 150:15-20.
6. Havrilesky L, Peterson B, Dryden D, et al. Predictors of clinical outcomes in the laparoscopic management of adnexal masses. *Obstet Gynecol.* 2003;102:242-51.
7. Parker WH, Berek JS. Management of selected cystic adnexal masses in postmenopausal women by operative laparoscopy: A pilot study. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163:1574-7.
8. Eltabbakh GH, Piver MS, Hempling RE, Recio FO, Paczos T. Analysis of failed and complicated laparoscopy on a gynecologic oncology service. *Gynecol Oncol.* 1999;74:477-82.
9. Childers JM, Nasser A, Surwit EA. Laparoscopic management of suspicious adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1451-7.
10. Del Pozo. Tratamiento laparoscópico de la endometriosis. En: Comino R, editor. *Cirugía endoscópica en ginecología*. Barcelona: Prous Science; 1989; Suppl 150:15-20. Cap 12.