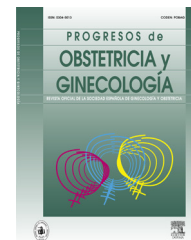




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Abordaje laparoscópico del dolor abdominal agudo en mujeres en edad fértil

Sandra Guerra, Juan Manuel Marín, María del Carmen Cuesta, Miguel Martínez-Etayo, Roberto Arina e Iñaki Lete*

Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Álava-sede Santiago, Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, Vitoria, España

Recibido el 2 de mayo de 2012; aceptado el 29 de abril de 2013
Disponible en Internet el 22 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal agudo;
Cirugía laparoscópica;
Conversión;
Complicaciones

KEYWORDS

Acute abdominal pain;
Laparoscopic surgery;
Conversion;
Complications

Resumen

Objetivo: Revisar los resultados del tratamiento quirúrgico, mediante abordaje laparoscópico, de los cuadros de dolor abdominal agudo habidos en un Servicio de Urgencias de un hospital general.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, de las urgencias ginecológicas originadas por un cuadro de dolor abdominal y tratadas mediante cirugía laparoscópica. Los parámetros fundamentalmente evaluados fueron el origen del cuadro de dolor, el tipo de cirugía realizada y las complicaciones habidas.

Resultados: En el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2011 hemos realizado 110 cirugías laparoscópicas urgentes por dolor abdominal: 40 casos (36,7%) por rotura de un quiste de ovario, 24 (21,8%) por embarazo ectópico, 23 (20,9%) por enfermedad inflamatoria pélvica, 12 (10,9%) por torsión anexial y 11 (10%) por otras causas. En estas 110 cirugías hemos tenido una reintervención por hemoperitoneo (0,9%) y un caso de conversión a cirugía laparotómica (0,9%).

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de la enfermedad ginecológica urgente es seguro y efectivo.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Laparoscopic management of acute abdominal pain in women of reproductive age

Abstract

Objectives: To assess the effectiveness of the laparoscopic approach in acute abdominal pain in women of reproductive age presenting to the Emergency Department.

Material and methods: We performed an observational, prospective study of acute abdominal pain treated by gynecological laparoscopic procedures. The main variables evaluated were the cause of pain, type of surgery, complications, and conversions to open surgery.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ilete@hsan.osakidetza.net,
luisignacio.letelasa@osakidetza.net (I. Lete).

Results: Between January 2009 and December 2011, we performed 110 urgent laparoscopic interventions. The reasons for surgery were rupture of an ovarian cyst in 40 interventions (36.7%), an ectopic pregnancy in 24 (21.8%), a pelvic inflammatory disease in 23 (20.9%), adnexal torsion in 12 (10.9%), and other reasons in 11 (10%). In these 110 interventions, there was one case of postoperative bleeding requiring reintervention and one case of conversion.

Conclusions: The laparoscopic approach is safe and effective in urgent gynecological surgery.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El dolor abdominal agudo es una causa frecuente de atención en los servicios de urgencia ginecológicos¹. Se ha sugerido que su prevalencia es superior en las mujeres en edad fértil a en las mujeres posmenopáusicas y este hecho estaría condicionado, tanto por la actividad folicular y posibilidad de gestación de estas mujeres como por el comportamiento sexual de las mismas².

La laparoscopia realizada de urgencia es, además de una herramienta muy valiosa de diagnóstico, una alternativa terapéutica para la mayoría de las enfermedades que cursan con dolor abdominal agudo³. En urgencias abdominales, los 2 componentes de la laparoscopia, el diagnóstico y el terapéutico, cobran especial valor⁴ y en la actualidad se considera que, en casi todas las ocasiones de abdomen agudo, el acceso laparoscópico es posible y deseable⁵.

Mientras que en el pasado, ante cuadros clínicos de dolor abdominal agudo no concluyentes, una práctica habitual era la de observar sin intervenir debido a la morbilidad de una laparotomía exploradora, actualmente, con el desarrollo de la cirugía laparoscópica, el protocolo de actuación se ha modificado en muchos servicios hospitalarios⁶. Además, la realización de una laparoscopia precoz puede disminuir las complicaciones relacionadas con el retraso en el diagnóstico⁷ al tiempo que facilita un diagnóstico de certeza en el 50-95% de los casos⁸.

En este trabajo hemos querido revisar las indicaciones y resultados de las laparoscopias con indicación ginecológica realizadas de manera urgente en nuestro servicio hospitalario.

Material y método

Estudio prospectivo de las cirugías laparoscópicas urgentes realizadas en un Servicio de Ginecología de un hospital mediano (340 camas) durante el periodo comprendido entre enero del año 2009 y diciembre del año 2011.

El procedimiento que habitualmente seguimos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital en los casos de dolor pélvico o abdominal agudo en mujeres en edad fértil es: evaluación clínica general por parte del médico de Urgencias; evaluación específica por parte del ginecólogo de guardia, con realización de ecografía transvaginal siempre que las condiciones de la paciente lo permitan. En casos de pacientes que presentan shock hipovolémico o pacientes sin historia previa de relaciones sexuales, realizamos la ecografía por vía abdominal; valoración por parte del cirujano de guardia en aquellos casos en los que la exploración ginecológica y la ecografía no permiten realizar un diagnóstico de certeza y

realización de pruebas de imagen complementarias (TAC abdominopélvica) en los casos de duda sobre la etiología del dolor. En algunas ocasiones, es el cirujano el que realiza una primera valoración y nos deriva a la paciente por no hallar causa digestiva del cuadro de dolor.

Una vez realizado el diagnóstico de sospecha del origen ginecológico del dolor, procuramos realizar la cirugía laparoscópica lo más precozmente que sea posible. En ninguna ocasión nos hemos planteado la realización de una laparotomía exploradora o terapéutica en el ámbito de la urgencia hospitalaria.

Hemos clasificado la etiología del dolor abdominal agudo causante de la intervención quirúrgica en 5 grupos diferentes: 1) dolor relacionado con un quiste ovárico, que incluye fundamentalmente las siguientes entidades: cuerpo lúteo hemorrágico, foliculo hemorrágico y rotura de un endometrioma; 2) embarazo ectópico; 3) abscesos tubo-ováricos producidos por una enfermedad inflamatoria pélvica; 4) torsión de los anejos, bien del ovario, bien de la trompa o de ambos; y un último grupo 5) que incluye otras etiologías del dolor abdominal (apendicitis, abdomen agudo de origen no filiado y un caso de desgarró vaginal con evisceración de una asa de intestino delgado a través de la vagina).

Los datos de las pacientes y las intervenciones realizadas fueron recogidos en una hoja Excel, especialmente diseñada para el estudio, en la que se incluyó información sobre: edad y paridad de la paciente, diagnóstico de sospecha del cuadro de abdomen agudo, diagnóstico tras la laparoscopia, resultado del análisis de Anatomía Patológica en caso de enviar muestra, complicaciones intra- y postoperatorias y días de estancia hospitalaria de las pacientes.

Los resultados se presentan en forma de números absolutos y porcentajes.

Resultados

En el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2011 se atendió en nuestro Servicio de Urgencias a más de 3.000 mujeres que acudieron por cuadro de dolor abdominal. De ellas, 594 fueron catalogadas, inicialmente, con dolor abdominal agudo de origen ginecológico. Para la resolución del cuadro se realizaron 110 cirugías laparoscópicas urgentes a 109 pacientes. En la [tabla 1](#) se presentan las características clínicas de estas pacientes. La edad media de las mujeres intervenidas con cirugía urgente por vía laparoscópica fue de $32,6 \pm 8,4$ años. Los hallazgos de estas laparoscopias fueron: en 40 casos (36,7%) rotura de un quiste de ovario, en 24 (21,8%) embarazo ectópico, en 23 (20,9%) enfermedad inflamatoria pélvica, en 12 (10,9%) torsión anexial y en 11 (10%) otros ([fig. 1](#)). Entre estos 11 casos de hallazgos clasificados en

Tabla 1 Datos clínicos de las pacientes incluidas en el estudio

Edad (años)	15-24		25-34		35-49	
	N	%	N	%	N	%
Paridad (hijos)	25	22,7	62	56,4	23	20,9
	0		1		≥2	
	N	%	N	%	N	%
	62	56,4	34	30,9	14	12,7

el apartado de otros, contamos con 5 apendicitis agudas, 5 casos de dolor pélvico agudo asociado a enfermedad maligna ovárica y un caso de desgarró vaginal con evisceración de un asa de delgado a través de la herida vaginal.

En estas 110 cirugías hemos tenido una complicación mayor (0,9%), un caso de hemoperitoneo posquirúrgico que requirió reintervención, que también se realizó por vía laparoscópica, y un caso de conversión a cirugía laparotómica (0,9%). En 9 casos (8,2%) no existió concordancia entre el diagnóstico de sospecha y el diagnóstico de certeza realizado durante la laparoscopia.

La estancia media de las pacientes sometidas a laparoscopia urgente fue, en nuestra serie, de 1,61 días con un rango de 1 a 5 días.

Discusión

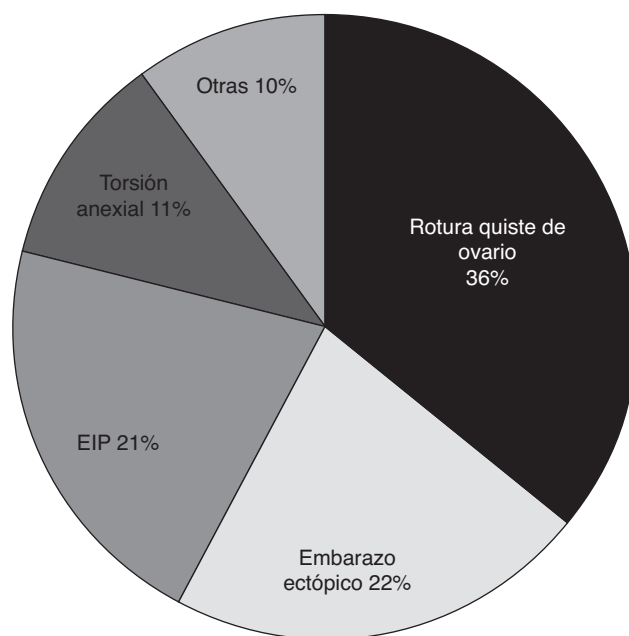
En este trabajo presentamos nuestra experiencia y resultados en el manejo laparoscópico de los cuadros de abdomen agudo en pacientes en edad fértil. Nuestro servicio comenzó, hace 10 años, un programa específico de desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva en la que el abordaje laparoscópico ocupó un lugar preeminente. Este programa nos permitió ampliar el número de indicaciones y de actos quirúrgicos laparoscópicos con buenos resultados⁹⁻¹¹. Uno de los objetivos del programa de introducción y desarrollo de la cirugía laparoscópica era el de formar a todos los médicos del servicio que realizan guardias en esta técnica, de forma que pudiesen aplicar la técnica en situaciones de urgencia. Diez años después, todos los miembros del servicio que realizan guardias están capacitados para la realización de abordaje laparoscópico en situaciones de abdomen agudo ginecológico, incluidos los casos de hemoperitoneo importante, secundario a rotura de un embarazo ectópico. Una muestra de las habilidades adquiridas es que en solo un caso de los 110 habidos (0,9%) se tuvo que convertir la vía inicial de acceso y realizar una laparotomía.

Sabemos que la causa más frecuente por la que las mujeres en edad fértil acuden a un Servicio de Urgencias es el dolor pélvico o abdominal agudo¹². De entre todas las posibles causas del dolor, la apendicitis es la más frecuente¹³. En nuestra serie, la primera causa de origen del cuadro de dolor pélvico fue la rotura de un quiste de ovario, bien un endometrioma, bien un folículo o cuerpo lúteo hemorrágico. Esta diferencia con los datos publicados por otros autores radica en el hecho de que somos un Servicio de Ginecología que atiende urgencias de origen ginecológico y en que, en las ocasiones en las que puedan existir dudas sobre el origen del dolor, realizamos una evaluación de la paciente conjuntamente con el cirujano de guardia, de forma que el diagnóstico de sospecha del origen del dolor suele ser bastante

aproximado a la realidad. A partir de aquí, y de acuerdo con el Servicio de Anestesiología, siempre nos planteamos un abordaje laparoscópico. Este proceder explica las diferencias encontradas con los informes de otros autores, en los que únicamente el 38,2% de los abordajes quirúrgicos se realizan mediante laparoscopia¹⁴. La laparoscopia, además, nos permite realizar un diagnóstico de certeza en la mayoría de las ocasiones, lo que facilita el mejor abordaje quirúrgico del cuadro originario del dolor agudo¹⁵. Se ha estimado que, en el 96% de los casos, el abordaje laparoscópico permite realizar un diagnóstico de certeza, al mismo tiempo que facilita el tratamiento del cuadro¹⁶.

En nuestra experiencia, en menos del 10% de los casos hubo discrepancias entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico final, tras la laparoscopia. Otros autores informan de este tipo de discrepancia hasta en el 31,8% de las ocasiones¹⁷. Consideramos que el protocolo, anteriormente explicado, que incluye la discusión con otros profesionales del área de Urgencias así como la realización de pruebas de imagen complementarias ayuda a que los errores de diagnóstico sean menores. Una reciente revisión de la Cochrane Library ha puesto de manifiesto la superioridad de la laparoscopia frente a la cirugía abierta a la hora de realizar un diagnóstico específico del origen del dolor (OR 4,10; IC 95%: 2,5-6,71)¹⁸.

La estancia media hospitalaria de nuestras pacientes intervenidas por cirugía laparoscópica urgente es baja,

**Figura 1** Indicación de las laparoscopias urgentes realizadas (diagnóstico definitivo tras la realización de laparoscopia).

1,61 días, inferior a la que se informa en casos de abordaje laparoscópico de las apendicitis agudas (2,6 días)¹⁹. La explicación a esta diferencia radica en que la enfermedad por nosotros abordada no afectó al tracto intestinal. por lo que las pacientes reiniciaron la tolerancia, en general, a las 6 h de finalizada la cirugía, mientras que en los casos de apendicectomías, habitualmente, el reinicio de las ingestas se demora más y, con ello, el alta hospitalaria.

En los 110 casos que presentamos hemos tenido una complicación grave que consistió en un hemoperitoneo en una mujer intervenida, 24 h antes, por causa de un endometrioma roto. De acuerdo con las evidencias publicadas por otros autores, no son de esperar mayores tasas de complicación en mujeres intervenidas por cirugía laparoscópica que en mujeres operadas con cirugía abierta²⁰.

Nuestro trabajo tiene la limitación de tratarse de un estudio no comparativo en el que únicamente hemos analizado los resultados de las cirugías laparoscópicas, no disponiendo de un grupo control basado en pacientes sometidas a cirugía abierta por cuadro de dolor pélvico o abdominal agudo. Esta limitación nos impide obtener resultados comparativos propios, pero el análisis de las evidencias publicadas y, en especial, la revisión Cochrane¹⁸, nos permite asegurar que el abordaje laparoscópico en los casos de urgencias motivadas por dolor pélvico o abdominal agudo es factible, seguro, eficaz y eficiente para la gran mayoría de las pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2003 emergency department summary. Disponible en: <http://cdc.gov.ezproxy.auckland.ac.nz/nchs/data/ad/ad358.pdf>. [consultado 12 Abr 2012].
- Decadt B, Sussman L, Lewis MP, Secker A, Cohen L, Rogers C, et al. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *Br J Surg*. 1999;86:1383–6.
- Al-Mulhim AS, Nasser MA, Abdullah MM, Ali AM, Kaman L. Emergency laparoscopy for acute abdominal conditions: A prospective study. *J Laparoendosc Adv Sur Tech*. 2008;18:599–602.
- Agresta F, de Simone P, Bedin N. The laparoscopic approach in abdominal emergencies: A single-center 10-year experience. *J Soc Laparoendosc Surg*. 2004;8:25–30.
- Temoche E, O'Connor A, Hauyhua PC, Zapata EO, Ubillus J, Hamaguchi H. Laparoscopia en emergencias quirúrgicas. *Trauma*. 2007;10:41–5.
- Stromberg C, Johansson G, Adolfsson A. Acute abdominal pain: Diagnostic impact of immediate CT scanning. *World J Surg*. 2007;31:1347–57.
- Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain: A review of 1320 patients. *Surg Endoscop*. 2005;19:882–5.
- Moberg AC, Ahlberg G, Leijonmarck CE, Montgomery A, Reirtsen O, Rosseland AR, et al. Diagnostic laparoscopy in 1403 patients with suspected acute apendicitis. *Eur J Surg*. 1998;164:833–40.
- Lete I, Cuesta MC, Martínez-Etayo M, Gómez O. La histerectomía laparoscópica: un abordaje posible. Estudio retrospectivo de las histerectomías laparoscópicas realizadas en un hospital público. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:649–55.
- Lete I, Cuesta MC, Martínez-Etayo M. Estudio comparativo de la miomectomía laparotómica frente a laparoscópica. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52:266–71.
- Marín JM, Guerra S, Cuesta MC, Martínez-Etayo M, Arina R, Lete I. Abordaje laparoscópico del adenocarcinoma endometriode de endometrio: resultados a corto y medio plazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54:563–7.
- Walker JW. Abdominal and pelvic pain. *Emerg Med Clin N Am*. 1987;5:425–8.
- Al Hilli Z, Prichard RS, Roche-Nagle G, Leader M, McNamara DA, Deasy J. Emergency appendectomy in the era of laparoscopy: A one-year audit. *Irish J Med Sci*. 2009;178:473–7.
- Karamanakos SN, Sdralis E, Panagiotopoulos S, Kehagias I. Laparoscopy in the emergency setting: A retrospective review of 540 patients with acute abdominal pain. *Sur Lap Endos Percut Tech*. 2010;20:119–24.
- Navarro JA, Tárraga PJ, Rodríguez JA, López MA. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency department. *Rev Esp Enf Digest*. 2009;101:610–8.
- Agresta F, de Simone P, Bedin N. The laparoscopic approach in abdominal emergencies: A single-center 10-year experience. *J Soc Laparoendosc Surg*. 2004;8:25–30.
- Aulestia SN, Cantele H, Leyba JL, Navarrete M, Llopla SN. Laparoscopic diagnosis and treatment in gynecologic emergencies. *J Soc Laparoendosc Surg*. 2003;7:239–42.
- Gaitán HG, Reveiz L, Farquhar C. Laparoscopy for the management of acute lower abdominal pain in women of childbearing age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. Art. No.:CD007683. DOI: 10.1002/14651858. CD007683.pub2.
- Navarra G, Ascanelli S, Turini A, Carcoforo P, Tonini G, Pozza E. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy in suspected acute appendicitis in female patients. *An It Chirug*. 2002;73:59–64.
- Morino M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E, Mao P. Acute nonspecific abdominal pain: A randomized controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann Surg*. 2006;244:881–6.