

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA”
BARACOA

**VIDEOENDOSCOPIAS NO VESICULARES.
ESTUDIO DE DOS AÑOS**

Dr. Eglis Rodiles Harriette¹, Dr. Wilson Laffita Labañino², Dra. Yaneira Jiménez Guzman.³

RESUMEN

Para la realización de este trabajo se efectúa un estudio retrospectivo, descriptivo de tipo observacional en el que se incluyen 33 pacientes operados de forma selectiva y urgente en el servicio de cirugía general modalidad mínimo acceso en el Hospital General Docente. “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja”, en el municipio Baracoa, provincia Guantánamo, en el período comprendido de junio 2007-diciembre 2008, ambos con diferentes diagnósticos que necesitan intervención quirúrgica. La estadía hospitalaria es de 2.5 días, no existen complicaciones.

Palabras clave: CIRUGIA ASISTIDA POR VIDEO, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS MINIMAMENTE INVASIVOS, URGENCIAS MEDICAS.

INTRODUCCION

El ser humano en su afán de alcanzar logros científicos y buscar la mejoría de los pacientes enfermos, desarrolla métodos novedosos para solucionar enfermedades quirúrgicas, hasta el punto en que los salones de operaciones parecen escenas de ciencia ficción, la mezcla de un poco de vanidad por parte de los pacientes en relación a la estética de su cuerpo permite realizar procedimientos que parecían imposibles y hasta difíciles para la cirugía convencional.

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

² *Especialista de II Grado en Cirugía General. Master en Urgencias Médicas. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Instructor.*

Los primeros intentos de visualizar una cavidad en el organismo se remontan a finales de siglo XIX. Bozzini en 1805 realizó la visión de una vejiga de mujer con una cánula uretral de doble lumen y un espejo reflector con un candil. Desormeaux, en 1843, considerado el padre de la endoscopia, inventó el primer endoscopio útil usando una lámpara de keroseno.¹

Bruck (dentista) en 1860 utilizó la iluminación eléctrica con un lazo de platino calentado por corriente eléctrica. Desde entonces se sucedieron una serie de acontecimientos, tales como el primer neumoperitoneo en perro vivo, realizado por Kelling en 1901, usando aire filtrado a través de un algodón, exploró la cavidad abdominal con un cistoscopio y nombró a este procedimiento "celioscopia". En 1910 Jacobeus (Stockholm) utilizó esta técnica en el humano.²

En Cuba la video endoscopia se trata de impulsar en dependencia de las necesidades de cada servicio y lugar en particular, en el anuario nacional estadístico se recoge que en el país se realizaron en el año 2007, de cirugía general 14248 operaciones de mínimo acceso, de ginecología 6605, de urología 5044 operaciones, en nuestra provincia se realizaron 745, operaciones.³

En el hospital de Baracoa entre los años 2007, últimos meses y 2008, se realizaron un total de 31 operaciones de mínimo acceso con diferentes entidades nosológicas, no vesiculares, se incluyen las mismas urgencias y electivas.

La necesidad de utilizar la cirugía videoendoscópica como un renglón más en las manos del cirujano, así como la política del país de desarrollar y utilizar este tipo de proceder para solucionar problemas quirúrgicos urgentes y electiva permite a pesar de la muestra poco representativa, mostrar los primeros resultados de la cirugía videoendoscópica no vesicular en el hospital de Baracoa, con la premisa de analizar con detenimiento las regularidades, ventajas y desventajas de los métodos utilizados.

METODO

Para la realización de este trabajo se efectúa un estudio retrospectivo, descriptivo de tipo observacional en el que se incluyen 33 pacientes operados de forma electiva y urgente en el servicio de cirugía general modalidad mínimo acceso en el HGD. "Dr. Octavio de la Concepción y La Pedraja", en el período

comprendido entre junio 2007- diciembre 2008, ambos con diferentes diagnósticos que necesitan intervención quirúrgica.

La muestra está constituida por todos los pacientes operados de forma urgente o electiva por mínimo acceso sin diagnóstico de enfermedad vesicular.

RESULTADOS Y DISCUSION

La endoscopia es el examen visual de una cavidad orgánica (intra- o extraluminal) por medio de un endoscopio. La "endocirugía" es la realización de gestos y maniobras terapéuticas bajo visión endoscópica con la utilización de instrumentos apropiados para la exploración diagnóstica y realización de intervenciones quirúrgicas que se pueden llevar a cabo por este medio, a través de mini-incisiones, video-asistidas o puramente endoscópicas por medio de trócares correctamente situados.⁴

Naturalmente, hay que ser cautos con estos nuevos procedimientos, y se debe distinguir entre lo que "se puede hacer" y lo que "se debe hacer" por esta vía. Esta forma de trabajo solo significa una nueva vía de abordaje, menos agresiva que la cirugía convencional, pero los principios y fundamentos de las maniobras quirúrgicas siguen siendo los mismos.

En la Tabla 1 se observa que existe mayor número de mujeres (20), a las cuales se le realizó un proceder endoscópico que a hombres (11). Se relaciona con mayor frecuencia con enfermedades típicas de la mujer y que son posibles tratar por vía endoscópica. Lo que coincide con otros autores los cuales presentan en su serie un número mayor de mujeres que de hombres, con una edad media (28 años) coincidente con la nuestra (25 años) hecho asociado a la etapa de mayor actividad sexual en la mujer, por tanto, los diagnósticos de urgencia pueden llegar a confundir al profesional actuante.⁶

En relación al sexo y las afecciones que fueron atendidas en este centro se observa que hubo mayor número de mujeres atendidas que de hombres, fundamentalmente en las etapas jóvenes, se muestra que las afecciones predominantes están en relación con enfermedades ginecológicas, así como en los centros de alto nivel endoscópico, con personal y equipos disponibles se realizan 24 horas. Generalmente todas las intervenciones fueron obstétricas y de urgencia.

En los momentos actuales la vídeo cirugía es usada para el tratamiento de múltiples enfermedades, en esta serie de pacientes así como en las revisadas en la literatura, el uso de la misma se relaciona con la especialidad de ginecología teniendo en nuestra serie un total de 18 pacientes tratadas con diferentes enfermedades, entre ellas infertilidad, multiparidad, quistes y teratomas de ovario, las cuales fueron tratadas sin necesidad de cirugía convencional, en un segundo grupo las afecciones urológicas representan otra muestra del uso de la misma.⁷⁻⁹

Es importante resaltar que en las series revisadas se ofrecen indicaciones para el uso de este proceder en el caso de la cirugía obstétrica las indicaciones para realizar laparoscopia en embarazo ectópico son.⁹

- Embarazo ectópico postesterilización quirúrgica.
- Antecedente de microcirugía tubárica.
- Paciente que solicita esterilización.
- Hemorragia continua posterior a salpingostomía.
- Hormona Gonadotropina coriónica mayor de 15 000 UI
- Múltiples recurrencias del embarazo ectópico.
- Tamaño del embarazo ectópico mayor de 5 cm
- Embarazo ectópico inicial sin estado de choque

Además, en el caso de la cirugía para el paciente con sospecha de apendicitis aguda se resaltan como indicaciones precisas en la realización de la misma:

- Pacientes con dolor abdominal agudo del cuadrante inferior derecho.
- Pacientes con síntomas sugerentes.
- Peritonitis difusa.
- Endometriosis de anejo derecho con compromiso del apéndice.
- Dolor recurrente en fosa ilíaca derecha.

En cuanto a la cirugía urológica en el hospital se han realizado 8 cirugías para varicocele, vía endoscópica con alto índice de confiabilidad y bajo grado de recidiva del mismo. Se observó la elevación del número de espermatozoides en los análisis de seguimiento y permitió el tratamiento bilateral en algunos de los pacientes.

La Tabla 3 muestra la relación entre el tipo de operación y la especialidad, como unidad endoscópica, el funcionamiento de la misma no solo debe estar relacionado al proceder electivo sino también al tratamiento de la urgencia. Se

observa que se realizaron 9 operaciones de urgencia para un total de 27.2 % y 24 operaciones electivas (72.2 %) esto muestra el trabajo, no solo llevar este método en las operaciones electivas con pacientes preparados sino en el tratamiento de la urgencia.

En cuanto al tipo de operación y la operación realizada (Ver Tabla 4) se observa que los procedimientos que en mayor medida se realizaron fueron las operaciones ginecológicas y urológicas en relación a esto se considera que nuestra unidad aunque con capacidad científica para operaciones de avanzada todavía no cuenta con la infraestructura para poder hacer las mismas, por tanto las operaciones básicas en video cirugía y sobre todo las mencionadas arriba se encuentran entre las más realizadas.

Acápites a mencionar son el tiempo quirúrgico el cual osciló entre 30-90 min. similar a otras series registradas y que se relaciona con las habilidades desarrolladas por los cirujanos actuantes, así como la estadía hospitalaria la cual estuvo en una media de 2 días similar a la revisada en la literatura.¹⁰⁻¹³

CONCLUSIONES

1. La cirugía endoscópica permite realizar operaciones de diferentes sistemas con adecuado uso sin riesgo para el paciente.
2. El tiempo de recuperación e incorporación a la vida normal con este método es menor en relación a la cirugía convencional.
3. No existieron complicaciones en nuestros pacientes.
4. La estadía hospitalaria fue de 2.5 días.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. García JL. Apendicetomía laparoscópica frente a apendicectomía abierta: relatividad de resultados y eficacia. *Cir. Esp.* 2000; 67: 221-222.
2. Rodero D. Abdomen agudo. Abordaje laparoscópico. *Comentario. Cir. Esp.* 2000; 68: 369.
3. Berchi FJ. State of Art of the Development and New Results in Pediatric Surgery and Endosurgery. *Congreso Münster (Alemania) Noviembre; 2002.*
4. Parker J, Bisits A. Laparoscopic surgical treatment ectopic pregnancy: salpingectomy or salpingostomy?. *Z J Obstet Gynaecol.* 2005; 37(1):115-7.

5. Graham A, Henly Ch, Mobley J. Laparoscopic evaluation of acute abdominal pain. *J Lap Surg*. 2005; 1(3):165-168.
6. Vecchio R, MacFayden B, Palazzo F. History of laparoscopic surgery. *Panminerva Med*. 2006; 42:87-90.
7. Saccia A. Laparoscopic surgery in abdominal emergencies. *Minerva Chir*. 2006; 50:859-61.
8. Llanio R. Contraindicaciones e indicaciones: justificación de su empleo. En: *Laparoscopia de urgencia*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.p.15-6.
9. Henry C, Smadja C, Vons C, Bobocescu E, Mariette D, Tahrat M, et al. Resultats du traitement coelioscopique des urgencies abdominales. *Ann Chir*. 2006; 52:223-8.
10. Squirrell DM, Maajeed AW, Troy G, Peacock JE, Nichol JP, Johnson AG. A randomized, prospective, blinded comparison of postoperative pain, metabolic response, and perceived health after laparoscopic and small incision cholecistectomy. *Surgery*. 2007; 123:485-95.
11. Fabian TC, Croce MA, Steward RM. A prospective analysis of diagnostic laparoscopic in trauma. *Ann Surg*. 2005; 217:557.
12. Koivusalo AM, Kellokumpu I, Lindgren L. Gassless laparoscopic cholecistectomy: comparison of postoperative recovery with conventional technique. *Br J Anaesth*. 2004; 77:576-80.
13. Mckenan J, Champion J. Access techniques: versus needle-initial blind insertion versus open laparoscopy with the Hasson trocar. *End Surg*. 2006; 3:35-8.
14. Unger SW, Unger HM, Edelman DS, Scott JS, Rosenbaun G. Obesity and indications rather contraindication to laparoscopic cholecystectomy. *Obes Surg*. 2000; 2:29-31.
15. Gatsolius N, Koulas S, Kijaros G, Tzafuestas N, Pangratis K, Pandis K et al. Laparoscopic cholecystectomy in obese and non obese patients. *Obes. Surg*. 2003; 9:459-61.
16. Rodríguez TU, Montero F, Rivas CCJR. Colecistectomía laparoscópica en el paciente geriátrico. Estudio comparativo. *Rev cubana Med Milit*. 2004; 28:108-13.
17. Johnson AB, Pietz ME. Laparoscopic appendectomy is an acceptable alternative for the treatment of perforated appendicitis. *Surg Endosc*. 2006; 12:940-3
18. Kathkouda N, Friedlander MH, Grant SW, Achanta KK, Essovi R, Prick P, et al. Intraabdominal abscess after laparoscopic appendectomy. *Am J Surg*. 2000; 180:456-9.

19. López R, Gutiérrez G, Borran V. Diagnostic and therapeutic usefulness of laparoscopic surgery in acute abdomen of gynecologic origin. *Ginecol Obstetr Mex.* 2007; 66:377-80.
20. Sosa JL, Baker M, Puente I, Sims D. Negative laparotomy in abdominal gunshot wounds: potential impact of laparoscopy. *J Trauma Inj Infect Crit Care.* 2008; 38:194 -7.
21. Stephen S, Wichita K, William R. Therapeutic laparoscopy in trauma. *Am J Surg.* 2006; 170:632-5.

TABLA 1. GRUPO DE EDADES Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 - 19	4	12.9	3	9.67	7	21.8
20 - 29	7	22.5	3	9.67	10	31.2
30 - 39	6	19.3	2	6.45	8	25
40 - 49	2	6.45	3	9.67	5	15.5
50 - 59	-	-	-	-		
60 y más	1	3.22	-	-	1	3.2
TOTAL	20	64.5	11	35.4	31	100

Fuente: Archivo.

TABLA 2. SEXO Y AFECCIONES POR ESPECIALIDADES.

AFECCIONES POR ESPECIALIDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ginecológicas	-		18	54.5	18	54.5
Urológicas	8	24.2	-	-	8	24.2
Obstétricas	-		3	9.09	3	9.09
Cirugía general	2	6.06	2	6.06	4	12.1
TOTAL	10	31.2	18	71.8	33	100

Fuente: Archivo.

TABLA 3. AFECCIONES POR ESPECIALIDAD Y TIPO DE OPERACION.

AFECCIONES POR ESPECIALIDADES	ELECTIVA		URGENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ginecológicas	-		18	54.5	18	54.5
Urológicas	8	24.2	-	-	8	24.2
Obstétricas	-		3	9.09	3	9.09
Cirugía general	2	6.06	2	6.06	4	12.1
TOTAL	10	31.2	18	71.8	33	100

Fuente: Archivo

TABLA 4. TIPO DE OPERACION Y OPERACION REALIZADA.

OPERACION REALIZADA	ELECTIVA		URGENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Esterilización quirúrgica	5	15.15	-	-	5	15.15
Exéresis de quiste de ovario	3	9.09	1	3.03	4	12.12
Hidrotub. y salpingoplastia	4	12.12		-	4	12.12
Salpingectomia	4	12.12	4	12.12	8	24.24
Varicocele	8	24.24	-	-	8	24.24
Apendicetomía	-	-	4	12.12	4	12.12
TOTAL	24	72.2	9	27.2	33	99.4

Fuente: Archivo