

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EL HOSPITAL ESCUELA

DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY ON THE HOSPITAL ESCUELA

Ana Raquel Morales* Roberto A. Esquibel *

RESUMEN: *OBJETIVO:* Determinar el índice predictivo diagnóstico de la laparoscopia abdominal.

MATERIAL Y MÉTODO: Pacientes ingresados en el Hospital Escuela (HE) con patología intra-abdominal crónica sin diagnóstico preciso o con diagnóstico de malignidad intraabdominal que ameritaron evaluación por extensión tumoral para establecer operabilidad. *RESULTADOS:* De Enero a Octubre de 1996 se realizaron 35 laparoscopías diagnósticas. - En 29 pacientes (80.5%) se hizo para asegurar o excluir el diagnóstico de malignidad intraabdominal y para determinar su extensión; en seis pacientes (16.6%) para determinar la extensión tumoral únicamente. - En 13 pacientes (37.1%) con USG negativo por metástasis la laparoscopia fue positiva; en dos pacientes (5.7%) se realizaron colecistostomías paliativas con guía laparoscópica. De veintinueve pacientes, se llegó a un diagnóstico de certeza en 26 (89.6%). - Complicaciones: bilioma, un paciente (2.8%), sangrado intraabdominal, dos pacientes (5.7%) e insuflación del preperitoneo, un paciente (2.8%). *CONCLUSIÓN:* La laparoscopia diagnóstica no reemplaza por completo a la laparotomía, sin embargo, en grupos seleccionados de pacientes, puede ser utilizada para asegurar un diagnóstico, proporcionar paliación y evitar laparotomías innecesarias.

PALABRAS CLAVE: Laparoscopia, diagnóstico.

SUMMARY. *OBJECTIVE:* To determine predic-

tive diagnostic! rate of abdominal laparoscopy. MATERIAL AND METHOD: Hospitalized patients in the Hospital Escuela with chronic intra-abdominal sickness without precised diagnoses or with intraabdominal malignant diagnoses the require evaluation by tumoral xtension to establish operability.

RESUL TS: From january to october 1996 35 laparoscopies diagnoses were realized. In two patients (80.5%) it was maked to assure or to exelude the diagnoses of intraabdominal maligna/and to determine its extensi3n; in 6 patients (16.6%) to determine the tumoral extensi3n only. On 13 patients (37%) with negative USG by met3stasis the laparoscopy was positive; in 2 patients (5.7%) it was done palliative colecistostomies with laparoscopy guide. From 29 patients it was arrived to certain diagnoses in 26 (89.6%). Complications; bilioma a 1 patient (2.8%), intra-abdominal bleeding 2 patients (5.7%) and preperitany insuflation 1 patient (2.8%). *CONCLUSION:* The diagnostica! laparoscopy do not take place at all to the laparotomy, bes/de, in selected groups of patients it can be used to assure a diagnoses proporcionated palliation and reject innecesahes laparatomies.

KEY WORDS: Laparoscopy, diagnoses.

INTRODUCCIÓN:

La literatura internacional menciona varios estudios sobre el uso de taparos-

* Residente III Año Postgrado de Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

** Unidad de Cirugía Endoscópica, Hospital Escuela.

copia diagnóstica en Cirugía General (1-7), como por ejemplo: diagnóstico diferencial de ascitis, enfermedad hepática, detección de malignidades intraabdominales (8).

Se pueden agrupar las indicaciones más frecuentes de laparoscopia diagnóstica de la siguiente manera: 1.- asegurar el diagnóstico cuando se sospecha malignidad intraabdominal; 2.- para evaluar la operabilidad cuando ya se tiene diagnóstico de malignidad (9).

Además, estudios han demostrado que la laparoscopia diagnóstica es una técnica más sensible que los métodos de imágenes en detección de metástasis peritoneales y que a la vez facilitan la toma de biopsia bajo visión directa (10).

El propósito de este estudio es demostrar que la laparoscopia diagnóstica constituye un elemento de diagnóstico complementario importante en los pacientes con patología intraabdominal crónica en el Hospital Escuela, ofreciendo además alternativa de paliación por vía laparoscópica en pacientes con neoplasias malignas no curables.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio prospectivo de Enero a Octubre de 1996 en el Hospital Escuela de Tegucigalpa (Honduras), incluyendo 35 pacientes, 18 mujeres y 17 hombres con un promedio de edad de 52 años (rango de 14-85 años). Los criterios de selección fueron: pacientes ingresados con patología intraabdominal crónica sin diagnóstico preciso, o aquellos que teniendo un diagnóstico de malignidad intraabdominal, ameritaran ser evaluados por extensión tumoral para determinar su operabilidad. El procedimiento se contraindicó en pa-

cientes con trastornos incorregibles de la coagulación, hernias ventrales grandes, múltiples cirugías abdominales previas, peritonitis, o cuando se sospechó la presencia de adherencias.

Se utilizó anestesia general en 28 de los pacientes y anestesia local más sedación con midazolam en siete pacientes. Se instauró neumoperitoneo con técnica cerrada en 34 pacientes, introduciendo trocar de 10 mm a través de incisión paraumbilical derecha para laparoscopia; se empleó un trocar de cinco mm para la pinza de biopsia insertado dependiendo de la localización de los hallazgos intraabdominales. Cuando fue necesario se utilizaron trócars accesorios. A ningún paciente se le colocó sonda nasogástrica o vesical en forma rutinaria. No se utilizó profilaxis antibiótica en forma rutinaria.

RESULTADOS"

Se realizaron 29 laparoscopías diagnósticas (80.5 %) obteniéndose un diagnóstico de certeza en 26 de ellas (89.6%) (Cuadro 1).- El tiempo promedio de la cirugía fue de 20 minutos (rango de 15 - 90¹) .- En tres pacientes el procedimiento laparoscópico no fue definitivo para demostrar la etiología: dos de ellas debido a que el patólogo no pudo llegar al diagnóstico con la muestra de biopsia tomada; el otro paciente se convirtió a laparotomía.

Los siete primeros pacientes fueron sometidos a laparoscopia bajo anestesia local y sedación con midazolam, sin embargo hubo poca tolerancia al procedimiento, por lo que se optó por realizarlo bajo anestesia general.

Hubo necesidad de convertir a laparo-

tomía dos casos (5.5%): uno por sangrado intraabdominal originado en el intento de biopsia de una tumoración hipervascularizada que no pudo ser controlado mediante electrocauterización y otro en el cual se encontró una masa retroperitoneal pélvica cuya naturaleza no pudo ser determinada por videolaparoscopia y se decidió laparotomizar encontrando que se trataba de un riñón pélvico.

CUADRO 1
INDICACIONES DE LAPAROSCOPIA

INDICACION	CERTeza DX		COMPLICACIONES	
	Nº	%	Nº	%
DX+BIOPSIAS (29)	26	89.6	3	10.3
EXTENSION (6)	6	100	1	16.6

Un paciente (2.7%) con sospecha de carcinoma del páncreas desarrolló un bilioma luego de toma de biopsia de la masa tumoral, siendo necesario reintervenirlo, esta vez mediante laparotomía cinco días más tarde.

Un paciente (2.7%) desarrolló sangrado hepático luego de toma de biopsia, el cual se controló mediante electrocauterización sin necesidad de conversión.

Se insufló el preperitoneo en un paciente (2.7%), el procedimiento laparoscópico se completó sin problemas luego de detectar la localización anómala de la aguja de neumoperitoneo.

Se realizaron dos (5.5%) colecistostomías con guía laparoscópica paliativas en pacientes con carcinomas periamplares.

Se realizaron seis (16.6%) laparoscopías en pacientes con cáncer para determinar la extensión tumoral; de ellos cinco pacientes con cáncer gástrico y un paciente con cáncer esofagogástrico, encontrando que en tres casos (50%) el tumor era inoperable.

En 13 pacientes (36.6%) con USG negativos por metástasis, la laparoscopia diagnóstica resultó ser positiva, encontrando: en ocho casos metástasis hepáticas únicamente; en dos casos metástasis hepáticas y peritoneales; y en tres casos carcinomatosis.

DISCUSIÓN.

Este estudio mostró, al igual que otras series reportadas, que la laparoscopia diagnóstica es útil en casos de diagnósticos inciertos; además puede excluir o confirmar hallazgos patológicos en casos de malignidad, así como determinar la operabilidad y ayudar en el plan quirúrgico (9).- En este estudio la certeza diagnóstica fue de 89.6%.

En pacientes seleccionados la laparoscopia diagnóstica puede dar iguales resultados que una cirugía abierta, evitando el trauma de una laparotomía; es por esto que se ha convertido en el paso diagnóstico preferido previo a una laparotomía en tumores periampulares (5,6) y en cáncer esofagogástrico (10). Los autores encontraron que el 50% de los pacientes a los que se les realizó laparoscopia diagnóstica para determinar la extensión tumoral, resultaron ser inoperables, y a dos de ellos se les realizó en el mismo tiempo quirúrgico colecistostomías paliativas con guía laparoscópica, evitando así una cirugía abierta.

En la mayoría de los pacientes con ma-

lignidad intraabdominal los tests de imágenes no invasivos (USG, TAC) generalmente permiten un adecuado estudio de la enfermedad, sin embargo, estos tests frecuentemente no detectan metástasis menores de un cm de diámetro y carcinomatosis. La Laparoscopia permite la detección de pequeños implantes metastásicos y tiene la ventaja de facilitar la biopsia bajo visión directa (9,10). En el presente estudio se encontró que en el 36.6% de los pacientes la laparoscopia demostró metástasis hepáticas y/o carcinomatosis no detectada por el USG.

Las series consultadas no reportan porcentajes de conversión; nosotros tuvimos un porcentaje de conversión de 2.8%.

Se puede concluir que en vista de que nuestro sistema de salud adolece de falta de recursos para la realización de exámenes especiales, y que siendo muchos los pacientes que necesitan de tales estudios (TAC, RMN, USG) para establecer un diagnóstico preciso, o en caso de patología maligna, para establecer la extensión de la enfermedad, y tomando en consideración también, que en ocasiones los exámenes mencionados, aún cuando se realizan, dejan margen de duda, lo que obliga a laparotomizar pacientes que probablemente estén fuera de posibilidad de curación, causando gastos extras al Hospital Escuela, pues estos pacientes deben permanecer hospitalizados por espacio de varios

días luego de laparotomizarlos, aparte de que el procedimiento en sí es costoso.

Los autores concluyen que la laparoscopia diagnóstica es una alternativa rápida, segura y de bajo costo que, aunque no sustituye a los otros métodos diagnósticos, sino que los complementa, debe formar parte de los protocolos de manejo de pacientes con patología maligna intraabdominal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Easter DW, Cuschieri A, Nathanson LK, Lavaile-Jones M. The utility of diagnostic laparoscopy for abdominal disorders. Arch Surg. 1992;127:379-383
2. Greene FL. Laparoscopy in malignant disease. SurgClinNorthAm. 1992; 72:112S-1137 .
3. Cuesta MA, Meijer S, Borgstein PJ. Laparoscopy and the assessment of digestive tract cancer. Br J Surg 1992; 79: 486-487.
4. Fabian TC, Croce MA, Stewart RM et al. A prospective analysis of diagnostic laparoscopy in trauma. Ann Surg. 1993; 5: 557-565.
5. Beleman WA, Wit L, Delden OM, Smits NJ. Diagnostic laparoscopy combined with laparoscopy ultrasonography in staging of cancer of the pancreatic head region. Br J Surg. 1995; 82: 820-824.
6. Jonh TG, Greig JD, Carter D. Carcinoma of the pancreatic head and peripapillary region. Ann Surg. 1995; 2: 156-164.
7. Warshaw AL, Gu ZY, Wittenberg J. Preoperative staging and assessment of resectability of pancreatic cancer. Arch Surg. 1990; 125: 230-233.
8. Zucker KA, Bailey RW, Reddick EJ. Surgical laparoscopy. IraEd. QMP, Inc. 1991. pages 101-113.
9. Schrent P, Woisetschlager R, Wayand W, Rieger R. Diagnostic laparoscopy: a survey of 92 patients. Am J Surg. 1994; 168: 348-351.
10. Brien MG, Fitzgerald EF, Lee G, et al. A prospective comparison of laparoscopy and imaging in the staging of esophagogastric cancer before surgery. Am J Gastro. 1995;12: 2195-2194.