LA CULDOSCOPIA EN LA PRACTICA GINECOLOGICA

Dr. Eduardo Acosta Bendek*

Por considerarlo de importancia hemos determinado hacer una breve historia del origen del culdoscopia. Fue la introducción del cistoscopio en el año de 1878 lo que despertó el interés por la visualización de los órganos pélvicos.

Kelling (9) en 1902, fue el primero que visualizó los órganos abdominales en perros. En Estocolmo, Jacobaeu (8) en 1910, hizo la primera experiencia en humanos y creó el término de Laparoscopia para tal procedimiento. En Copenhague, Nordentoeft (10), en 1912, describió el uso del trocar, la posición de Trendelenburg y el neumoperitoneo en la endoscopia. En París, Palmer (11) en 1917 publicó su gran experiencia en laparoscopia y destacó la importancia de este procedimiento como un gran auxiliar en la práctica ginecológica; fue en Europa el pionero de este método diagnóstico. En América, Pernheim en 1911, llamó a este procedimiento Organoscopia. Ruddock (12) en 1934, comenzó a practicar la Laparoscopia y en 1937 publicó la técnica sobre biopsia y coagulación a través del Laparoscopia (13). En 1937, Anderson puso sobre el tapete de la discusión la esterilización tubárica por dicho procedimiento. Fue Decker (5, 6) en 1942, el pionero de la endoscopia por vía vaginal y a través de sus publicaciones la divulgó en todo el mundo. Clayman (2) continuó estas experien-

cias mejorando instrumentos y técnicas. Desde entonces, son múltiples las contribuciones de diferentes autores, tanto americanos como europeos en ambos procedimientos (1, 3, 4, 7, 12, 13) mejorados con el nuevo sistema de iluminación de fibra óptica, nuevos instrumentos y nuevas técnicas, que han hecho de estos métodos un gran auxiliar en la práctica ginecológica actual.

La endoscopia en la práctica ginecológica ha producido un verdadero impacto desde el punto de vista diagnóstico y quirúrgico debido a los últimos avances en el sistema de iluminación y con el perfeccionamiento de instrumentos accesorios de tipo operativo.

Nuestra experiencia endoscópica se relaciona únicamente con la culdoscopia, procedimiento éste que tiene puntos de contacto con la laparoscopia más que de distanciamientos. La culdoscopia es un recurso de gran utilidad en ginecología cuando otros métodos de exámenes son insuficientes para establecer un diagnóstico exacto para el estudio de la paciente estéril especialmente, como también en casos de dolores pélvicos difíciles de

* Decano de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Metropolitana. — Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia de la Clínica de Protección Materno Infantil.

diagnosticar clínicamente. La visualización de los órganos pélvicos ofrece al ginecólogo el descubrimiento de una patología insospechada ofreciendo la oportunidad de hacer un diagnóstico correcto y trazar una conducta terapéutica precisa, bien sea de tipo médica o quirúrgica evitando así laparotomías exploradoras innecesarias que representan para la paciente un riesgo y un sacrificio económico.

La importancia práctica de este procedimiento en ginecología, particularmente en el campo de la esterilidad es de un valor invaluable; en nuestra práctica corriente una vez seleccionado el caso, el procedimiento se realiza el día 20 del ciclo, porque desde esa fecha en adelante es factible detectar la ovulación; este procedimiento, además incluye la visualización del peritoneo pélvico, útero, trompas, permeabilidad tubárica con el uso de colorantes a base de rojo

carmín o azul de metileno, o cualquier patología ovárica. El estudio se complementa con biopsia de ovarios y endometrio en la misma sesión, obteniendo así el ginecólogo, en un solo examen una serie de datos que le permiten hacer un diagnóstico exacto de la paciente estudiada, además de recibir una orientación sobre la conducta y tratamiento médico o quirúrgico a seguir.

Para una mejor ilustración de la importancia de la endoscopía pélvica en la práctica ginecológica me permito presentar un breve resumen de tres casos estudiados y que dan méritos a la utilidad de este procedimiento.

CASO N° 1 — Paciente de 22 años con esterilidad primaria y amenorrea secundaria de 3 años. Al examen culdoscópico: útero y trompas hipoplásicas; ovarios pequeños de aspecto cerebroide simulando ovarios de mujer menopáusica. Se hizo biopsia de ovarios que demostró tejido ovárico con ausencia de folículos. Fig. 1.

FIGURA N° 1 — Tejido ovárico con ausencia de folículos.

FIGURA Nº 2 — Tejido ovárico con múltiples microquistes foliculares.

FIGURA Nº 3 — Tejido placentario.

CASO Nº 2 — Paciente de 27 años con esterilidad primaria de 5 años; ciclos irregulares tipo 60/90 x 5 niveles estrogénicos normales. A la culdoscopia se encontró: ambos ovarios aumentados de tamaño y con múltiples micropoliquistes, sin signos de ovulación; se tomó muestra de ambos ovarios que demostró tejido ovárico con múltiples microquistes foliculares. El resto de las estructuras pélvicas fueron normales. Fig. Nº 2.

CASO Nº 3 — Paciente de 32 años con antecedentes de esterilización quirúrgica desde hacía 4 años; consultó por dolor pélvico agudo seguido de un retardo menstrual de una semana. El examen pélvico fue negativo. Se practicó culdoscopia y se encontró una masa de 2 x 1 cm. en el resto proximal de la trompa izquierda, la cual estaba engrosada y de aspecto hemorrágico, haciéndose el diagnóstico de embarazo ectópico. Resto de estructuras pélvicas normales. Fig. Nº 3.

Análisis y Comentarios

En el primer caso se hizo el diagnóstico de una amenorrea secundaria de origen gonadal y que desde el punto de vista de su esterilidad no hay tratamiento para ayudarla; sólo nos limitamos a recomendarle una terapia cíclica hormonal para mantener su función menstrual y mejorar el estado psicológico de la paciente.

En el segundo caso se hizo el diagnóstico de poliquistosis ovárica y se le instituyó un tratamiento a base de inductores de la ovulación consiguiéndose un embarazo en el segundo ciclo de la terapia y obteniéndose un producto sano.

En el tercer caso, inmediatamente después de la culdoscopia, se hizo laparotomía y se comprobó el diagnóstico de embarazo ectópico en resto de trompa.

Los casos anteriormente anotados nos comprueban la importancia de la endoscopia ginecológica en los problemas de esterilidad, como en aquellos

casos de dolores pélvicos ocultos, permitiéndonos definir un diagnóstico y así trazar una conducta y tratamiento adecuados.

Lo anterior confirma una vez más la importancia de este procedimiento para el estudio de la mujer infértil, el cual debe incluirse en la práctica corriente como un procedimiento de rutina.

Analysis and Comments

The diagnosis of an secondary amenorrhea of a gonadal origin was diagnosed in the first case and there is no treatment to relief same from the point of view of sterility; we limited ourselves to recommend a cyclical hormone therapy to up-keep menstrual functions and improve the psychological condition of the patient.

The diagnosis of an ovarical polycytosis was diagnosed in the second case and a general treatment on the basis of inducers of ovulation was prescribed, thus obtaining a pregnancy during the second cycle of the therapy with a healthy product.

Laparotomy was performed in the third case immediately after culdoscopy and the diagnosis of an ectopic pregnancy in the remaining portion of the Fallopian tube was proven.

The above cases indicate the importance of gynecological endoscopy for sterility problems, such as in those cases of hidden pelvic pains, permitting a diagnosis and the establishment of adequate control and treatment.

The above confirms again the importance of this procedure for the study of the sterile woman and which must be included in regular routine procedures.

BIBLIOGRAFIA

- 1 CIBILIS L. A.: Technique of col ovarian. Biopsy at Laparoscopy. The Journal of reproduction Medicine. 9: 149, 1972.
- 2 CLAYMAN M. J.: Importance of culdoscopy in fertility studies. New York. J. Med. 66: 1867, 1966.
- 3 COHEN M. R.: Laparoscopy, Culdoscopy and Gynecography. W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1970.
- 4 CORSON S. at cols.: Laparoscopy, an overview and results of large series. The Journal of reproduction medicina. 92: 148. 1972.
- 5 DECKER A. and CHERRY T.: Culdoscopy: an new method in diagnosis of pelvic disease. Am. J. Surg. 64: 40, 1944.
- 6 DECKER A. Culdoscopy. Amer. J. Obstet. Gynec. 63: 654, 1952.
- 7 DEL CORRAL G.: Ligadura y sección tubárica por culdoscopía. Rev. Col. Obst. y Ginec. 24: 329. 1973.
- 8 JACOBEAU H. C.: Ueber die Möglichkeit die Zystoskope bei Untersuchung seroser Hohlung Anzuwenden. Munch. Med. Wschr. 57: 2090, 1910.
- 9 KELLING G.: Über Oesophagoskopie, Gastroskopie, and Koloskopie. Munch. Med. Wschr. 57: 2358, 1902.
- 10 NORDENTOEFT S.: Über Endoskopie Geschlossener Cavitäten mittels eines Trokar-Endoskops. Vehr. Dtsch, Ges. Chir. 41: 78, 1912.
- 11 PALMER R.: Instrumentation et Techniue de la coelioscopie gynecologique. Gynec. Obstet. (Paris) 46: 420, 1947.
- 12 RUDDICK J. C.: Peritoneoscopy. West. J. Surg. 42: 392, 1934.
- 13 RUDDOCK J. C.: Peritoneoscopy. Surg. Gynec. Obstet. 65: 623, 1937.