

LA CULDOSCOPIA COMO METODO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO EN GINECOLOGIA *

(Presentación de 70 casos)

Doctores **Fernando Del Corral ****, **Antonio Artuz ****, **Carlos A. Guzmán ****

INTRODUCCION:

La evolución constante de la medicina contemporánea ha llevado al médico en busca de nuevos instrumentos y métodos de ayuda que le permitan llegar a un diagnóstico correcto con un mínimo de molestias y complicaciones. Ejemplo de esto es el aporte que hizo a la ginecología el doctor Albert Decker (1), quien en 1942 introdujo un nuevo instrumento diagnóstico, el culdoscopia y su método de ampliación. Este procedimiento, desde entonces, ha mostrado ser de gran ayuda en la práctica de la especialidad. Para que un instrumento diagnóstico sea de valor, debe ser de fácil manejo, tener un alto grado de exactitud y causar un mínimo de complicaciones, y el culdoscopia ideado por Decker reúne estas condiciones. Instrumento y método han alcanzado

hoy día gran aceptación no solamente por su importancia, desde el punto de vista práctico, sino también como excelente aditamento en los programas de educación de internos y residentes en hospitales universitarios.

En 1903 Killing (2) practicó el primer intento de visualización abdominal mediante un cistoscopio. En 1940, R. W. Telinde introdujo un peritoneoscopia por el fondo de saco posterior para la inspección de los órganos pélvicos, y en 1942, Decker (1) practicó la visualización endoscópica transvaginal de las vísceras pélvicas a través de una punción en el fondo de saco posterior, con la paciente en posición genupectoral, procedimiento que llamó *culdoscopia*.

* Presentado al V Congreso Nacional de Obst. y Gin. Medellín, 1963.

** Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García".
Facultad de Medicina. Universidad del Valle, Cali.

PROCEDIMIENTO

Este debe incluir: 1º Preparación de la paciente. 2º Anestesia. 3º Técnica a seguir.

Preparación de la paciente. Esta exige la explicación detallada del método y los beneficios que de él pueden ser derivados. La paciente se admite en el hospital la mañana del procedimiento, para ser dada de alta a las 24 horas. De acuerdo con la anestesia a usar se hará la premedicación. Se administra enema evacuador y se practica cateterismo vesical.

Anestesia. Puede emplearse anestesia local infiltrando el fórnix posterior con xilocaína al 1% con adrenalina, la cual da buenos resultados; tiene la ventaja que permite a la paciente colocarse fácilmente en posición genupectoral. Con buen éxito también se han empleado la anestesia raquídea, la anestesia en silla, la caudal y la general. Con esta última es difícil mantener la posición genupectoral, a no ser que se disponga de mesas especiales para este procedimiento.

Técnica. La paciente se coloca en posición genupectoral con las rodillas separadas por una distancia de 20 a 30 cms, los muslos perpendiculares a la mesa y la espalda de la paciente inclinada sobre la misma. En esta posición, con la pared abdominal relajada, se crea un vacío intraperitoneal de 12 a 22 cms de agua (3). Previo lavado de periné, vulva y vagina con agua, jabón y zobenol, se coloca una valva de peso contra la pared vaginal an-

terior y una valva del espéculo de Graves rechazando el recto hacia arriba, contra la punta del cóccix. De esta manera quedan expuestos el fondo de saco posterior y la depresión semilunar de la mucosa que se forma entre los dos ligamentos uterosacros, gracias a la presión intra-abdominal negativa. Se toma el cuello transversalmente por su labio posterior con pinza, sin ejercer tracción. Si la anestesia escogida es la local, se infiltra el fondo de saco posterior con 2 cc de la mezcla anestésica en la región para-cervical de cada parametrio. A 2 cms de la base posterior del cuello, sobre la línea media, se realiza la perforación del fondo de saco posterior con la camisa del instrumento y el trocar correspondiente; retirando este último, si la perforación ha sido adecuada se escuchará el ruido característico producido por el paso de aire hacia la cavidad peritoneal. El culdoscopio, que ha sido previamente sumergido en agua estéril para evitar que se empañen sus lentes por el cambio de temperatura, se introduce a través de la camisa. Se retira la pinza de cuello que causa incomodidad, así como también las valvas previamente colocadas. La visualización debe hacerse en forma sistemática, para lo cual se hace necesario rotar el instrumento, debido a que la visión del telescopio sólo abarca un ángulo de 90 grados. Cuando algunos de los elementos (ovarios o trompas) se encuentran ocultos se pueden realizar maniobras tales como hacer pujar a la paciente, movilizar el útero mediante la introducción de un dedo en el recto o ejecutar tracciones del panículo adiposo sobre el abdo-

men de la paciente. Cuando se trata de investigar la permeabilidad de las trompas se puede instilar a través del cérvix, mediante conos metálicos (anexos al culdoscopio), una solución retrógrada de índigo carmín al 0.5% en solución salina y observar a través del instrumento el paso o no del colorante, de las trompas a la cavidad peritoneal.

Cuando las observaciones han terminado se retira el culdoscopio, dejando la camisa en su lugar, se coloca la paciente en posición prona y se comprime el abdomen con las manos, con lo cual se extrae gran cantidad del aire que ha penetrado gracias a la presión negativa. Esto evita una molestia posterior, que prolongaría la hospitalización de la paciente. Puede quedar una pequeña cantidad de aire residual, que ocasiona dolor en el hombro, como sucede en el test de Rubin. No es necesario practicar sutura en el sitio de perforación. Las duchas vaginales y las relaciones sexuales deben ser evitadas por una semana. Cyman (3) y Abarbanel (4) la practican como procedimiento de consultorio, sin ninguna complicación. Sin embargo, creemos que este procedimiento no es recomendable, sobre todo para aquél que se inicia.

En los cuadros siguientes anotaremos en forma somera las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones del procedimiento (tomados de varias publicaciones 3, 5, 6 y 8).

INDICACIONES

1º Para obtener información de los órganos pélvicos en momentos en que la laparotomía está o no indicada.

2º Estados patológicos de la pelvis, que no se pueden aclarar por los procedimientos usuales de clínica y laboratorio.

3º Útil, especialmente para comprobar o descartar el diagnóstico en casos de: a) Embarazo ectópico; b) Endometriosis; c) Síndrome de Stein Leventhal; d) T. B. C. pélvica; e) Dolor pélvico sin patología explicable; f) Información adicional en esterilidad (permeabilidad tubaria, adherencias, etc.)

4º Adiestramiento de personal docente, como procedimiento previo a laparotomías, cuando la culdoscopia no esté contraindicada.

CONTRAINDICACIONES

a) Vaginitis; b) Masa fija en fondo de saco posterior, incluyendo el útero en retroflexión; c) Vagina senil, atrófica y estrecha; d) Himen íntegro; e) Pacientes que no puedan adoptar la posición genupectoral por causas de enfermedades cardíacas, ortopédicas o pulmonares.

COMPLICACIONES

1. *Perforación del recto.* Este accidente es siempre extraperitoneal, en la mayoría de los casos es de buen pronóstico.
2. *Hemorragia del sitio de la punción.* Muy rara.
3. Hematoma retroperitoneal.
4. Prolapso del epiplón a través del orificio.
5. Infección.

6. Enfisema retroperitoneal.
7. *Aire residual retenido en la cavidad peritoneal.* Es rara, ocasiona dolor severo en el hombro, con la posición erecta y malestar abdominal. Desaparece en 2 o 4 días.

FALLAS EN PENETRAR A LA CAVIDAD ABDOMINAL

Las razones más frecuentes son:

1. Falta de relajación de la paciente.
2. Adherencias o masas fijas de la pelvis que obliteran el Douglas.
3. Tracción impropia o exagerada del cérvix que alteran las relaciones anatómicas del peritoneo del fondo de saco posterior.

4. Punción alejada del sitio apropiado.

MATERIAL Y METODOS

En los últimos 3 años (julio, 1960 - julio, 1963) se practicaron en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle 70 culdoscopias, 54 de ellas en pacientes en quienes el examen pélvico reveló la presencia de una masa de etiología dudosa y 16 en pacientes que no presentaban masa, pero cuyos síntomas, a pesar de ser compatibles con gran número de afecciones ginecológicas, no eran concluyentes de una entidad particular. En este grupo se incluyen 10 pacientes con trastornos endocrinos y 9 pacientes en estudio de esterilidad. Las principales indicaciones para culdoscopia se encuentran en el cuadro 1.

CUADRO 1.

INDICACIONES PARA CULDOSCOPIA

1. Para establecer un diagnóstico de embarazo ectópico	35
2. Como complemento de estudios endocrinológicos	10
3. Como complemento en estudios de esterilidad	9
4. Para establecer la naturaleza de masas pélvicas	6
5. En dolor pélvico o abdominal inexplicable	4
6. Para establecer el diagnóstico de endometriosis	6
TOTAL	70

ANESTESIA

La más empleada fue la anestesia en silla de montar (71%); se empleó, además, anestesia local (12%), caudal (5%), raquídea (4.3%), general (3%), y no especificada (4.7%).

De las 35 pacientes en las cuales se sospechó embarazo ectópico, la culdoscopia comprobó este diagnóstico en 21 de ellas, éstas fueron sometidas a laparatomía, corroborándose el diagnóstico en 19, las dos restantes, en las cuales el diagnóstico a laparatomía estuvo

en desacuerdo con el diagnóstico culdoscópico, fueron: un caso en el cual se encontró un quiste folicular roto, sangrante, y la trompa del mismo lado distendida y congestiva por inflamación; el otro caso mostró una trompa engrosada, congestiva, la cual fue extirpada confundiendo macroscópicamente con un embarazo ectópico, y sólo la patología mostró que se trataba de una inflamación aguda. Por otra parte, en dos casos en que se realizó la culdoscopia sin sospecha clínica de embarazo se

comprobó la presencia de éste. Debe anotarse que en 10 de los casos en los cuales se encontró embarazo por culdoscopia, la culdocentesis fue negativa, aun en presencia de un caso de embarazo ectópico bilateral.

La culdoscopia es un valioso auxiliar en la determinación del aspecto morfológico de los ovarios, y por ello se emplea como complemento en el estudio endocrino de pacientes, y con esta indicación se realizaron 10 culdoscopias (ver cuadro 2).

CUADRO 2.

Nº de casos	Diagnóstico clínico	Diagnóstico culdoscópico
1	Aborto habitual. Aumento tamaño ovario izquierdo.	Quiste de ovario izquierdo
1	Hemorragia funcional.	S. de Stein Leventhal.
1	Hiperplasia suprarrenal. S. de Stein Leventhal?	Hiperplasia suprarrenal. Tumor de ovario izquierdo.
1	S. de Stein Leventhal.	Ovarios normales.
1	Ovarios normales.	S. de Stein Leventhal?
1	S. de Stein Leventhal. Tumor funcionante de Ovario izquierdo.	Ovario izquierdo tumoral.
1	S. de Stein Leventhal.	S. de Stein Leventhal.
1	Amenorrea secundaria.	Ovaritis izquierda. Adherencias periováricas. Quiste de ovario derecho.
1	Síndrome adrenogenital.	Gónadas pequeñas sin Actividad folicular.
1	Tumor ovario izquierdo.	S. de Stein Leventhal.
TOTAL: 10		

Se practicaron también culdoscopias en pacientes con problemas diagnósticos de esterilidad debidos a factor tubario, en los cuales los procedimientos co-

rrientes, como el test de Rubin o la histerosalpingografía, no aclararon suficientemente el diagnóstico. En estos casos la inyección retrógrada de índigo

carmín permitió visualizar a través del culdoscopio el paso o no de dicho colorante. La culdoscopia también se utilizó en aquellos casos en los cuales el único síntoma de consulta fue el dolor pélvico, cuando ni clínicamente ni por laboratorio se pudo establecer su etiología.

En otras ocasiones la culdoscopia se realizó para determinar la naturaleza de masas pélvicas, particularmente en lo que se refiere al diagnóstico diferencial de quistes de ovario, endometriosis, hidrosalpinx, anexitis y otras afecciones en las cuales es indispensable, para su buen manejo, la certeza del diagnóstico. Con alguna frecuencia se encuentran pacientes en las cuales el síntoma más sobresaliente es el dolor pélvico localizado, y al examen físico se comprueba la existencia de una masa pélvica, con la sospecha diagnóstica de embarazo ectópico estas pacientes son sometidas a culdocentesis, con la obtención de un material serohemático que puede ser interpretado como un dato más para justificar la intervención en este tipo de pacientes. La culdocentesis es un procedimiento simple, y la ausencia de líquido o las características del líquido obtenido (sanguinolento o purulento) representa información que ayuda cuando se integra con el resto del cuadro clínico, y puede sugerir el diagnóstico más probable; sin embargo, es igualmente obvio que la información suministrada por culdocentesis es limitada y no puede establecer un diagnóstico definitivo (7). La falla en la obtención de líquido serosanguinolento no descarta el embarazo

ectópico, ni la aspiración de sangre establece definitivamente su presencia.

En 7 de las culdoscopias practicadas por nosotros se obtuvo punción positiva para líquido serohemático, y, sin embargo, la mayoría de estos casos (cinco) mostraron procesos inflamatorios agudos o crónicos de la pelvis; en un caso se encontró endometriosis y en el otro no se observaron cambios patológicos. La endometriosis es una entidad de difícil diagnóstico, la cual se hace, la mayoría de las veces, por laparotomía. En 6 casos con sospecha clínica de endometriosis, no se comprobó ésta a la culdoscopia en ninguno de ellos. El único caso en el cual se hizo diagnóstico culdoscópico de endometriosis (arriba anotado) no se sospechó clínicamente esta entidad.

VALORACION DEL PROCEDIMIENTO

Para una mayor comprensión de los resultados obtenidos por culdoscopia hemos querido agruparlos de acuerdo con la visualización lograda en tres categorías (ver cuadro 3).

CUADRO 3.

VISUALIZACION		
Completa	Incompleta	Ninguna
37	30	3

A) *Visualización completa.* Cuando se visualizaron todos los elementos (útero, ovarios, trompas).

B) *Vizualización incompleta.* Cuando no se visualizaron uno o más elementos, pero sí la patología del órgano responsable del cuadro clínico. Esta visualización incompleta puede tener resultados buenos cuando la patología de los órganos visualizados permite decidir una conducta, y malos cuando el procedimiento no permite hacer el diagnóstico por falta de visualización.

C) *Ninguna visualización.* Por falta de penetración al Douglas, adherencias, sangre o secreciones de la cavidad pélvica.

Los resultados fueron agrupados, además, en tres categorías (cuadro 4).

a) *Bueno.* Visualización satisfactoria e identificación de la patología.

b) *Regular.* Visualización incompleta pero con identificación de la patología de los órganos vistos.

c) *Malo.* Culdoscopia fallida o diagnóstico incorrecto.

De acuerdo a estos datos hemos agrupado los resultados del grupo de pacientes estudiadas por nosotros (7) en cuadro 4.

CUADRO 4.

RESULTADOS		
Bueno	58	82.86%
Regular	9	12.88%
Malo	3	4.26%
TOTALES:	70	100%

COMENTARIO

La culdoscopia es considerada en la actualidad como un procedimiento de gran utilidad y ayuda valiosa en el diagnóstico de muchas afecciones de la pelvis.

La sospecha de embarazo ectópico ha sido, desde hace mucho tiempo, la más frecuente indicación de culdoscopia. Pacientes con embarazo temprano o moderadamente avanzado no presentan historia clínica ni hallazgos típicos sobre los cuales basar un diagnóstico firme de embarazo ectópico, el cuadro clínico es, a menudo, obscuro y sugiere numerosas posibilidades diagnósticas. Sólo en un buen número de embarazos ectópicos, en los cuales ha ocurrido franca ruptura y hemorragia masiva, podemos encontrar el "cuadro típico" de embarazo ectópico; en ellos el diagnóstico es obvio y la culdoscopia innecesaria. Pero, por otra parte, una gran variedad de desórdenes ginecológicos y abdominales, muchos de los cuales no requieren tratamiento, están acompañados por síntomas y signos que sugieren la posibilidad de un embarazo ectópico, y es aquí en donde la culdoscopia tiene su aplicación.

La laparotomía empleada solamente como procedimiento diagnóstico es difícil justificarla cuando se tiene a mano un medio más simple.

La culdoscopia en embarazo ectópico no tiene una importancia únicamente académica, porque no solamente la detección temprana antes de una ruptura y hemorragia masiva tiende a reducir la mortalidad, sino que también el pronto reconocimiento de un embarazo temprano reduce al mínimo el do-

lor y la morbilidad (7). La culdoscopia también es importante en investigaciones endocrinas y de esterilidad, ya que suministra información acerca del estado anatómico y funcional de las trompas, a menudo descubre adherencias peritubáricas y tubo-ováricas, no sospechadas, que interfieren con la función tubaria, afectando total o parcialmente la permeabilidad e impidiendo, por lo tanto, la normal migración del huevo dentro de la luz de la trompa. La culdoscopia, en estos casos, suministra informaciones más precisas y concluyentes acerca de la naturaleza y extensión de la enfermedad tubaria o peritubaria; de esta manera ha ilegado a asumir un lugar de importancia en el manejo de pacientes con infertilidad no explicable por los estudios de rutina.

La culdoscopia puede ser de valor en el diagnóstico de salpingitis aguda, salpingitis crónica o enfermedad inflamatoria pélvica (8). La salpingitis aguda no debe considerarse como contraindicación de culdoscopia, y su empleo es preferible a la administración insensata del tratamiento médico, basado en un diagnóstico dudoso o presumible, vincu-

lando la posibilidad de reconocer algún otro problema pélvico o abdominal grave que requiera tratamiento quirúrgico inmediato (7). La visualización anatómica de los órganos pélvicos hacen de este procedimiento un pilar firme en el diagnóstico de endometriosis, varicocele pelviano, quistes y tumores ováricos paraováricos.

SUMARIO

Se presentaron 70 culdoscopias practicadas por un mismo grupo de examinadores, realizadas en un período de tres años.

Se analizan las indicaciones, condiciones y resultados del procedimiento. Se recomienda su uso como un procedimiento auxiliar valioso en el diagnóstico de las afecciones de la pelvis.

Debido a que el procedimiento bien empleado está exento de complicaciones, se recomienda su enseñanza en hospitales universitarios como un complemento en el entrenamiento de internos y residentes de la especialidad.

RECONOCIMIENTO

Agradecemos a los doctores Reinaldo Mora y Byron Ríos por su colaboración en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. DECKER A.: *Culdoscopy*. Philadelphia, W. B. Saunders, and Co. 1962.
2. KILLING, citado por FRENKEL D. A. et AL.: Technical improvements in culroscopic examination. *Am. J. Obst. Gynec.* 64: 1.303, 1962.
3. CLYMAN M. J.: *Culdoscouy*. *S. Clin. North America*. 1359. 1957.
4. ABARBANEL A. R.: Transvaginal pelviscopy simplified and safe technique as an office procedure. *Am. J. Surg.* 90: 122. 1955.
5. ANGEL L. H. and TELINDE R. W.: Further experiences in culdoscropy. *Annals of Surgery*. 135: 690. 1952.
6. KELLY J. and ROCKK J.: Culdoscropy for diagnosis in intertality. *Am. J. Obst. and Gynec.* 72: 523. 1956.
7. GREEN T. H.: The role of culdoscropy in the diagnosis of tubol disorders. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 5: 799. 1963.
8. BROWN A. B. et AL.: Culdoscropy. *Am. J. Obst. Gynec.* 80: 1960.