



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, FECOLSOG

Filial de:

Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

**RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES
PRESENTADOS EN EL 13th AAGL
INTERNATIONAL CONGRESS ON MINIMALLY
INVASIVE GYNECOLOGY Y V CONGRESO
COLOMBIANO DE ENDOSCOPIA
GINECOLÓGICA REALIZADO DEL 22 AL 25 DE
FEBRERO DE 2017 EN CARTAGENA
(COLOMBIA)**

1.Poster	AP
2.Presentacion Oral	AO
3.Video	AV

LEIOMIOMATOSIS PERITONEAL DISEMINADA ATÍPICA

Alba Fernanda Aguilar, Radames Rivas, Jesus Emmanuel Silva Ponente.

alba.aguilarv@gmail.com

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Leiomiomatosis Peritoneal Diseminada es una condición de etiología incierta, asociada a estímulos hormonales, que ocurre en mujeres de edad reproductiva, con un aumento en la incidencia entre los 30 y 40 años de edad. Un factor importante para su aparición son: el embarazo y pacientes usuarias de anticonceptivos hormonales

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 45 años, menarca a los 12 años, Gesta 1, Cesárea 1 Ectópico 1, ritmo de 35 x 5 días, Fecha de Última Menstruación 26-04-15, última citología cervical negativa. Acude a consulta presentando cuadro caracterizado por dolor abdominal y pélvico tipo cólico, que se acentúa cuando permanece sentada. A la Exploración Física se detecta: abdomen distendido, al tacto vaginal se palpa útero con múltiples tumoraciones sólidas, resto normal. Estudios de laboratorio normales, marcadores tumorales negativos. Se realiza ultrasonido trasvaginal corroborando la presencia de miomatosis uterina de medianos y grandes elementos acompañada de tumoraciones sólidas que comprimen estructuras vecinas (vejiga e intestinos) que probablemente son dependientes de útero, ante la insistencia de la paciente por conservar su útero y la localización de los miomas se decide realizar una miomectomía laparoscópica asistida por robot. Para el procedimiento fue necesario un equipo quirúrgico integrado por: un cirujano, dos cirujanos ayudantes, anestesiólogo y enfermeras quirúrgicas. Dicho procedimiento se realizó en 3 tiempos (anestesia, acoplamiento y tiempo en consola). El equipo está conformado por el “primer cirujano” que gobierna al robot desde la consola, un “1er ayudante” que moviliza el útero y un “2do ayudante” que apoya con instrumental laparoscópico. La cirugía se realizó siguiendo el protocolo habitual quirúrgico laparoscópico con asistencia robótica.

RESULTADOS

Se encontraron múltiples miomas de medianos elementos presentes en peritoneo de pared abdominal anterior y en fondo de saco de Douglas. Se realiza disección y extracción de los miomas que se encuentran en fondo de saco y pared anterior, para posteriormente realizar miomectomía de cuerpo uterino. Las piezas se morcelan dentro de bolsa y se extraen en la misma. La valoración de las piezas quirúrgicas por Histopatología dio "Negativo para Malignidad". El procedimiento se llevó a cabo sin complicación, La paciente evoluciona de manera adecuada y se egresa. La valoración postoperatoria de la paciente a 1 semana y a 1 mes, se encontró sin alteración, con heridas quirúrgicas bien afrontadas y en proceso de cicatrización. Resto Normal.

CONCLUSIONES

La Leiomiomatosis tiende a la resolución espontánea, principalmente en el periodo postmenopáusico, después del cese del estímulo hormonal estrogénico/progestágeno. Algunos autores sugieren una histerectomía y la extirpación de todos los tumores, con el fin de eliminar la patología de base, aunque se ha demostrado su regresión

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

espontánea. Existen reportes de casos de miomatosis persistente de larga duración con posterior progresión a la degeneración sarcomatosa.

SISTEMA ROBÓTICO DA VINCI, EN EL ABORDAJE DE LA LINFADENECTOMÍA PARAAÓRTICA Y PARACAVAL POR CÁNCER ENDOMETRIAL

Emilio Jose Olaya Guzman, Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elvira Ali Quispe, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Cynthia Ileana Infante Melendez. drejolaya@hotmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN. El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más común en el mundo occidental y representa el 6% de todos los cánceres en la mujer. Su tratamiento básico inicial es quirúrgico entre el 90-95%, consiste en histerectomía total y salpingooforectomía bilateral, asociado a la linfadenectomía pélvica y paraaórtica si el tumor es indiferenciado. El sistema quirúrgico Da Vinci tiene ciertas ventajas en el cáncer de endometrio, ya que permite mayor precisión en la intervención con menor fatiga para el cirujano, desaparición del temblor, posibilidad de extraer ganglios íntegros; en cambio en la cirugía laparoscópica son extirpados frecuentemente seccionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

CUADRO CLÍNICO. Paciente de 56 años, gesta 1 parto 1, que acudió al servicio con antecedente de histerectomía total abdominal Piver I y linfadenectomía pélvica hace 4 años por adenocarcinoma de endometrio, recibió radioterapia. Se realizó PET de control, en donde se encontró actividad metabólica en tiroides y diseminación ganglionar paraaórtica y paracaval; BAAF de tiroides positivo a carcinoma papilar, razón por la cual se programó para resección laparoscópica de ganglios paraaórticos y paracavales asistidos por robot y al término tiroidectomía total con disección central de cuello.

RESULTADOS

Se realizó el acoplamiento del sistema robótico Da Vinci desde la cabeza de la paciente en dirección caudal (head docking), se usaron los 4 brazos robóticos y se realizó un acceso adicional para un ayudante. Se procedió a disecar el retroperitoneo a nivel de promontorio hasta identificar la arteria aorta y vena cava extrayéndose los ganglios ubicados a este nivel, hasta alcanzar la vena renal izquierda. Se dio el alta 48 horas luego de la intervención. En el resultado de anatomía patológica se reportó adenocarcinoma mal diferenciado metastásico a 3 ganglios, además carcinoma papilar de tiroides con un ganglio positivo en cuello. Se complementó tratamiento con Iodo 131 y radioterapia abdominal y quimioterapia.

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN. El tratamiento quirúrgico que combina la linfadenectomía pélvica y paraaórtica es recomendado para los pacientes con cáncer endometrial con un riesgo intermedio o alto de recurrencia. Se ha demostrado que el 67% de los pacientes con diseminación linfática tenían metástasis en los ganglios linfáticos paraaórticos, y de estos el 77% tenían metástasis encima de la arteria mesentérica inferior. La cirugía robótica en el cáncer de endometrio presenta varios beneficios para la paciente y el cirujano, ya que ha demostrado una reducción en los tiempos quirúrgicos, una menor pérdida sanguínea, una mejor disección ganglionar y una menor estancia hospitalaria que la laparoscopia convencional. Permitiendo además la posibilidad al tener menor pérdida hemática de poder resolver otra patología asociada como en el caso de la paciente que se realizó tiroidectomía total en segundo tiempo.

SÍNDROME DE HERLYN WERNER WÜNDERLICH. CAUSA DE ENDOMETRIOSIS EN ADOLESCENTES. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE CASO

Santiago Mesa, Dr. Astrid Cuervo, Gabriel Barbosa, Juan Lalinde, Fabiana Figueroa.
mariosantiagomesa@gmail.com

Hospital Regional Sogamoso - Hospital Universitario San Ignacio, Sogamoso, Boyacá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El útero didelfo con hemivagina en fondo de saco y agenesia renal ipsilateral (síndrome de Herlyn Werner Wunderlich), es una anomalía congénita poco frecuente. Existe dismenorrea severa progresiva y masa palpable, por hematocolpos unilateral. Presentamos el caso de síndrome de Herlyn Werner Wunderlich.

MATERIALES Y MÉTODOS

No aplica

RESULTADOS

CASO CLÍNICO. Adolescente femenina de 13 años de edad. Menarca a los 11 años. Niega inicio de vida sexual. Ciclos menstruales 28x4 días, con dismenorrea severa incapacitante, diarrea catamenial, distensión abdominal, disuria y polaquiuria.
DISCUSIÓN Los conductos wolffianos dan origen a los riñones, son inductores de la fusión de los conductos müllerianos. La anomalía en el desarrollo caudal de los conductos de wolff, es la causa de agenesia renal unilateral. En el lado del conducto de Wolff ausente, el conducto de müller está desplazado lateralmente sin fusionarse con el conducto contralateral, resultando útero bicorne sin contactar el seno urogenital central. El conducto mülleriano contralateral da origen a una vagina y el componente desplazado forma un saco ciego.

CONCLUSIONES

Es importante detectar este tipo de anomalías infrecuentes, que causan sintomatología precoz, endometriosis pélvica dismenorrea severa en adolescentes, asociado a masa pélvica.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL NO FRECUENTE DE MASAS ANEXIALES;
REPORTE DE TRES CASOS: RIÑÓN PELVICO, TUBERCULOMA
INTRABDOMINAL, QUISTE MESENTERICO**

Carlos Giovani Castro, Cesar Augusto Rendón, Juan Carlos Vergel Martinez.
giovanicastro@hotmail.com

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud- Hospital de San José, Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las masas anexiales son comúnmente encontradas en la consulta ginecológica y algunas veces se presentan dificultades para el diagnóstico y el manejo. La mayoría de masas anexiales son detectadas incidentalmente al examen físico o en ecografías pélvicas. Menos frecuente una masa podría presentar síntomas agudos o dolor intermitente. Las decisiones a la hora del manejo son influenciadas por la edad, historia familiar y de la paciente. En su mayor parte son benignas y el propósito fundamental siempre es excluir malignidad. Las masas anexiales no solo presentan origen ovárico; hay algunas presentaciones poco frecuentes pero que deben ser tenidas en cuenta como diagnósticos diferenciales. El objetivo es describir tres casos llevados a laparoscopia por masas anexiales con hallazgos intraoperatorios que diferían del diagnóstico inicial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza una revisión de los 3 casos y la descripción de cada uno.

RESULTADOS

PRESENTACION DE CASOS Caso 1: Paciente de 42 años con historia de salpingectomía bilateral y resección de nódulo peritoneal que reportaba tuberculosis asintomática, clínica de dolor pélvico crónico y sangrado vaginal anormal, evaluación ecográfica: masa anexial izquierda de 87x79x89 mm, marcadores tumorales negativos, tomografía abdominopélvica; masa anexial izquierda de 4x3 cm. Examen ginecológico; masa que ocupa el fondo de saco de 6 cm. Hallazgos intraoperatorios: síndrome adherencial, masa en pared abdominal anterior de aproximadamente 20*5*3cm desde fosa iliaca izquierda hasta reborde costal ipsilateral, múltiples lesiones en pared abdominal, serosa uterina, intestino, ovarios normales. Reporte histopatológico: reacción granulomatosa, con historia clínica anterior corresponde a tuberculoma peritoneal. Caso 2: Paciente de 20 Años con historia de dolor pélvico, remitida por masa anexial compleja izquierda. Ecografía transvaginal: anexo izquierdo imagen compleja irregular, de bordes mal definidos con diámetros de 53*54*61mm, marcadores tumorales negativos, sin antecedentes de importancia. Examen ginecológico normal. Hallazgos intraoperatorios: masa retroperitoneal que colinda con vasos ilíacos izquierdos de aproximadamente 15*12cm, componente sólido, móvil, resto de cavidad abdominopélvica normal. Se ordenó RMN de pelvis para control posoperatorio con sospecha de neoplasia retroperitoneal que reporto: riñón ectópico pélvico sin evidencia de otras alteraciones. Caso 3: Paciente 45 años historia de dolor pélvico con hallazgo ecográfico de masa anexial de 9x7 cm, antecedente de apendicetomía, hallazgos intraoperatorios: ovarios y útero normal, masa quística a nivel de asas delgadas de aproximadamente 5x6 cm compatible con quiste mesentérico, se realizó marsupialización del quiste sin complicaciones.

CONCLUSIONES

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

A pesar de que los hallazgos más frecuentes en la práctica clínica ginecológica son las masas anexiales en algunas ocasiones nos encontramos con patologías de origen no anexial las cuales son infrecuentes pero que se deben considerar como diagnósticos diferenciales que permitan dar un enfoque y manejo adecuado.

CERCLAJE POR VIA LAPAROSCOPICA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

Carlos Giovani Castro Cuenca, Cesar Augusto Rendón Becerra, Eduardo Naranjo Mejía. giovanicastro@hotmail.com

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud- Hospital de San José, Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El parto pretérmino es una de las principales causas de muerte neonatal y causa más común de hospitalización antenatal. En Colombia aproximadamente el 8.8% de embarazos ocurren antes del término, con costos de atención elevados, 26 billones o 51.000 dólares por prematuro por año ha reportado el instituto nacional de salud de Estados Unidos. El Colegio Americano de ginecólogos define la incompetencia cervical como la inhabilidad del cérvix para retener el embarazo en el segundo trimestre en la ausencia de contracciones uterinas. Uno de los abordajes del tratamiento es la vía transvaginal o transabdominal, siendo la técnica transvaginal el manejo estándar. Generalmente la vía transabdominal se reserva para pacientes donde la vía vaginal está indicada, pero por limitaciones anatómicas no se puede realizar o fallo de cerclaje transvaginal cervical que el resultado haya sido una pérdida del embarazo en el segundo trimestre. A continuación, se describe un caso con indicación de cerclaje transabdominal el cual se realizó un abordaje laparoscópico.

MATERIALES Y MÉTODOS

PRESENTACION DE CASO Paciente de 37 años con historia de corrección quirúrgica histeroscópica de malformación mülleriana: útero septado, posterior embarazo que termina en parto pretérmino de 24 semanas con cerclaje vaginal de emergencia en semana 20 con muerte perinatal asociada a prematuridad. Dos años después asiste a consulta por alto riesgo por embarazo de 9.1 semanas, ecografía reportaba: saco gestacional con polo embrionario único vivo, FPP: 05 abril 2017, embriocardia normal, saco vitelino normal, corion normal, cérvix corto de 23 mm. Se lleva a junta médica de alto riesgo y debido a tener historia de cerclaje vaginal previo fallido se realiza la propuesta de poder realizar el cerclaje por vía transabdominal con abordaje laparoscópico por el grupo de cirugía endoscópica. El procedimiento se realizó sin complicaciones, el embarazo con evolución adecuada cumpliendo hasta la fecha 27 semanas.

RESULTADOS

La prematuridad asociado al parto pretérmino sigue siendo una enfermedad con una prevalencia alta que genera altos costos al sistema de salud para la atención integral del prematuro. Dentro de sus causas la incompetencia cervical es una patología de difícil manejo sobretodo en casos donde ya ha presentado fallo de un cerclaje por vía vaginal.

CONCLUSIONES

Se propone como una alternativa de rescate el cerclaje por vía transabdominal y eligiendo la vía laparoscópica por presentar tasas elevadas de éxito durante el embarazo hasta el 85% y cuando se realiza de manera profiláctica hasta del 90% con tasas de supervivencia neonatal que superan el 95%, con pocas complicaciones, menor pérdida sanguínea intraoperatoria y menor estancia hospitalaria.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN ADOLESCENTES. POLIPOS ENDOMETRIALES COMO CAUSA POCO FRECUENTE. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE CASO

John Angarita, Santiago Mesa, Astrid Cuervo, Fabiana Figueroa.

mariosantiagomesa@gmail.com

Hospital de Sogamoso - Universidad de Boyacá, Sogamoso, Boyacá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sangrado genital anormal, consecuencia de trastornos del ciclo menstrual, representa el 50% de las consultas ginecológicas durante la adolescencia. La mayoría de los casos son atribuibles a ciclos anovulatorios producto de la inmadurez del eje hipotálamo- hipofisario-gonadal. Otras causas comunes de sangrado son el trauma genital, la presencia de un cuerpo extraño en la vagina, las infecciones genitales y las malformaciones uterinas. Los pólipos endometriales son poco frecuentes en mujeres menores de 20 años y una causa inhabitual de sangrado genital anormal durante la adolescencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción de casos

RESULTADOS

CASO CLÍNICO: Adolescente femenino de 12 años de edad. Conocida por el servicio de consulta externa, Menarca a los 10 años. Niega inicio de vida sexual. No antecedentes medico quirúrgicos.

Su motivo de consulta es hemorragia uterina anormal crónica predominantemente de volumen, con síndrome anémico asociado, ecográficamente con engrosamiento endometrial. Estudios de coagulopatía y endocrinológicos normales, se realiza enfoque PALM – COEIN finalizando con un diagnóstico de poliposis endometrial manejada con resección histeroscópica.

DISCUSIÓN

En la adolescencia el diagnóstico de hemorragia uterina anormal es frecuente, la causa más común es la anovulación pero en este caso se muestra como un enfoque integral de esta patología con el método PALM COEIN nos permite realizar un diagnóstico óptimo y adecuado pese a no considerar la poliposis endometrial una causa frecuente en este grupo etario.

CONCLUSIONES

En la práctica clínica, resulta importante en el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia uterina anormal el realizar una adecuada historia clínica, esta nos permite diferenciar los trastornos ya sean de volumen, duración o frecuencia. Basado en grupos etarios, factores de riesgo se permite considerar la causa pero en este caso en particular la evaluación con esquema PALM COEIN nos permitió manejar una HUA secundaria a una causa poco frecuente para la edad de esta paciente. Finalmente es de anotar que en el manejo de la hemorragia uterina anormal es fundamental un buen diagnóstico que nos permita tratar la causa específica dado que es frecuente ver manejo medico sin tener la causa adecuadamente identificada.

MANEJO LAPAROSCOPICO EN 3 CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ROTO TRATADOS EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACION

Verónica Noemí Reyes Santillán, Wilberth Raúl Méndez Vivas, Cynthia Ileana Infante Meléndez. memicha_1@hotmail.com

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El embarazo ectópico (EE) se define como todo embarazo implantado fuera de la cavidad endometrial. El 90% de las ocasiones éste se produce en la trompa. La incidencia oscila entre el 1 y el 2,4% (2/100-200 nacidos vivos) con una tasa de mortalidad del 0,3-0,4%; es la primera causa de muerte materna durante el primer trimestre, y representa el 9% de las muertes maternas globales. Mostrar las características del abordaje laparoscópico en las pacientes con embarazo ectópico roto. Determinar que constantes determinan el abordaje laparoscópico en el embarazo ectópico

MATERIALES Y MÉTODOS

Torre laparoscópica, Lente de 5 mm 0 grados y 2 puertos adicionales de 12 y 5 mm

RESULTADOS

Caso 1. La cirugía fue completada con éxito en 35 minutos incluyendo la resección del embarazo y salpinge y respetando el ovario izquierdo, se realiza drenaje de hemoperitoneo, egresada a los 2 días por mejoría y revalorada al mes prácticamente asintomática. Caso 2. Se realiza laparoscopia urgente empleando lente de 5 mm 0 grados y 2 puertos adicionales de 12 y 5 mm, la cirugía fue completada con éxito en 25 minutos incluyendo la resección del embarazo y salpinge y respetando el ovario izquierdo, se realiza drenaje de hemoperitoneo, fue egresada al día siguiente por mejoría y revalorada al mes prácticamente asintomática. Caso 3. Ingresa a laparoscopia urgente empleando lente de 5 mm 0 grados y 2 puertos adicionales de 12 y 5 mm, la cirugía fue completada con éxito en 37 minutos incluyendo la resección del embarazo y salpinge y respetando el ovario izquierdo, fue egresada al día siguiente y revalorada al mes prácticamente asintomática.

CONCLUSIONES

La decisión de intervenir a una paciente vía laparoscópica en un embarazo ectópico difiere en cada centro hospitalario, influye principalmente la estabilidad hemodinámica de la paciente; los embarazos ectópicos con rotura se pueden intervenir vía laparoscópica sin complicaciones, la decisión de realizar salpinguectomía o salpingostomía es propia únicamente del deseo genésico de la paciente y las condiciones de la salpinge, aun con los criterios de inclusión para una salpinguectomía o salpingocentesis, se puede realizar salpinguectomía laparoscópica con muy buena recuperación postoperatoria.

LINFOEPITELIOMA LIKE VAGINAL: UN REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

Daniel Sanabria, Pedro Montoya, Edison Ardila, Silvia Plata.

danielsanabriamd@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS - Clínica los Nogales. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los carcinomas linfopitelioma son tumores comunes en la nasofaringe. Morfológicamente se caracterizan por grandes células tumorales de nucléolo prominente y asociado un patrón inflamatorio importante. Típicamente se han asociado a infección por virus Epstein-Barr (VEB). Tumores similares fuera de la nasofaringe se han denominado linfopitelioma like y se han descrito casos en cérvix, endometrio, estómago, pulmón, glándulas salivales y vulva, entre otros. Sin embargo, solo dos casos se han reportado en vagina en toda la literatura científica. No todas las localizaciones se han reportado asociadas a VEB. El objetivo de este trabajo es describir el tercer caso reportado en la literatura de esta rara neoplasia (linfopitelioma like vaginal) y hacer una revisión del estado del arte.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión del estado del arte del linfopitelioma like vaginal a propósito del reporte de un caso clínico en nuestra institución en Bogotá – Colombia.

RESULTADOS

Paciente blanca de 48 años perimenopáusica con hipertensión arterial crónica en manejo como único antecedente de importancia, que se presenta a nuestro servicio por una anomalía en la citología cervicovaginal (NIC I). Colposcopia con evidencia de lesión sugestiva de carcinoma invasor en vagina y examen físico genitales externos normales, masa de aproximadamente 1cm en pared lateral derecha de vagina en su tercio superior. Biopsia de la lesión compatible con carcinoma escamocelular pobremente diferenciado, de patrón basaloide. Se propone manejo quirúrgico laparoscópico y es llevada en agosto de 2016 a histerectomía radical (C1) más linfadenectomía pélvica radical y vaginectomía parcial por laparoscopia. El resultado final de la patología informa un linfopitelioma like de vaginal, basados en su patrón de inmunohistoquímica: positividad de las células tumorales para CK 5/6, p63, CEA y p16, negatividad para p53, proteína s100 y HMB45 la población linfoide acompañante de la lesión fue positiva para CD3 y CD20, de predominio CD3. El índice de proliferación celular ki67 fue del 60%. Se reportaron 0/29 ganglios positivos y se logró la resección completa del tumor por vía mínimamente invasiva.

CONCLUSIONES

Los carcinomas linfopitelioma no son tumores infrecuentes en localizaciones como nasofaringe. Cuando se encuentran en otros sitios específicos, se denominan linfopitelioma like. Este es el tercer caso reportado en la literatura de linfopitelioma like vaginal, y fue satisfactoriamente llevado a cirugía mediante técnica laparoscópica, logrando una adecuada radicalidad, linfadenectomía y resección completa del tumor. De momento solo han transcurrido 5 meses desde la cirugía por lo que se requiere continuar con el seguimiento estricto ya que no hay evidencia suficiente en la literatura acerca de tasas de recaída o diferentes opciones de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN ECOGRÁFICA Y ANATOMOPATOLÓGICA DE UN ISTMOCELE SINTOMÁTICO: ENFERMEDAD FRECUENTE Y SUBDIAGNOSTICADA

Alvaro José Escobar Flórez, José Nasser, Jorge Arturo Piñeros Pachón, Adriana Martínez Peña, Sara Loaiza-Osorio. ajescob@hotmail.com

Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El istmocele es una saculación localizada a nivel de la pared anterior del istmo uterino. Es considerado un defecto de cicatrización de la cesárea. Aunque la mayoría de las veces, las pacientes no presentan síntomas, se ha reportado casos en los que se acompaña de sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico e infertilidad secundaria. La cirugía laparoscópica y la histeroscopia son los enfoques mínimamente invasivos utilizados actualmente. El objetivo de este reporte es documentar en imágenes la presencia anatómica y ecográfica de una enfermedad tan frecuente como subdiagnosticada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de caso de una paciente con diagnóstico de istmocele atendida por el servicio de cirugía laparoscópica ginecológica de la fundación valle del Lili (FVL). Se realizó una revisión en las bases de datos MEDLINE, SCIEDIRECT, OVID, SCIELO, CLINICAL KEY con los términos isthmocele, laparoscopic e istmocele, incluyendo reportes de caso, estudios observacionales y artículos de revisión; de los cuales se seleccionaron 25 artículos para revisión de texto completo. Se tomaron todas las precauciones necesarias para proteger la identidad de la paciente en el reporte de caso.

RESULTADOS

Paciente de 36 años, G3C2E1, con historia de 1 año de evolución de hemorragia uterina anormal consistente en menstruación prolongada con spotting de larga duración y dolor tipo cólico asociado, sin respuesta al tratamiento médico instaurado. Acude al servicio de ginecología de la FVL en donde se solicita ecografía transvaginal que reporta istmocele en cara anterior del útero. La paciente refiere paridad satisfecha y rechaza el manejo conservador con histeroscopia por lo cual se decide realizar histerectomía por laparoscopia. La cirugía es realizada de forma exitosa y la patología reporta cervicitis crónica sin otro hallazgo adicional. No se presentaron complicaciones en la evolución posquirúrgica.

CONCLUSIONES

El istmocele es una enfermedad frecuente en nuestro país, donde la tasa de cesárea es tan alta. Es necesario pensar en ella y buscarla activamente para diagnosticarla y tratarla. La remodelación histeroscópica es el tratamiento de elección en pacientes con deseo reproductivo. La histerectomía por laparoscopia es una alternativa eficaz y segura en determinados casos.

**VALIDATION OF THE PELVIC PAIN, URGENCY AND FREQUENCY SYMPTOM SCALE FOR WOMEN WITH PELVIC PAIN LIVING IN PUERTO RICO
2013-2015**

Pamela Silen-Rivera, Fidel Santos, Josefina Romaguera. pamelasilen@gmail.com

University of Puerto Rico, School of Medicine, San Juan, United States.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Bladder pain syndrome (BPS) is defined as over 6 months of pelvic pain, perceived to be related to the urinary bladder in the absence of an identifiable cause. At the moment there is no standard for the diagnosis of BPS in patients with chronic pelvic pain (CPP). The objective of the study is to validate the spanish version of Pelvic Pain Urgency/Frequency (PUF) questionnaire for hispanic living in PR and evaluate its correlation to bladder wall tenderness for the diagnosis of BPS in CPP.

MATERIALES Y MÉTODOS

This cross sectional study evaluated participants that presented with the complaint of CPP to the UPR SOM Gynecology clinics. Exclusion criteria were pregnancy, a proven urinary tract infection or hematuria, gynecologic malignancy, and a previous diagnosis of BPS. A previously validated Spanish version of the PUF symptom scale was culturally adapted to the selected population and then used to evaluate the participants. The adapted PUF questionnaire was administered to patients with a negative dipstick and a uterus of less than 12cm by pelvic bimanual examination. Bladder wall tenderness was evaluated at pelvic examination.

RESULTADOS

A total of 5 participants evaluated the already validated spanish version of the PUF symptoms score. Suggestions were given to clarify the definitions of “urgencia” as “ganas repentinas y fuertes de orinar” and “molesta” as “le afecta sus actividades diarias”. Participants also considered “ir al baño” should be more specific and it was changed to “orinar”. Participants though “occasionalmente” was better understood than “de vez en cuando”. The changed PUF was the administered to 5 more participants that completely understood the questions and did not make any further recommendations. A total of 34 participants were enrolled in this study and answered the adapted PUF symptom scale. The average age was 42 years old and 15% had already had already being treated with hysterectomy. A total of 10 were excluded, 6 due to positive dipstick for blood, 1 due to positive dipstick for nitrite, 1 for age and 2 refused pelvic examination. 24 participants met the inclusion criteria for the second part of the study and underwent pelvic examination. Of those that underwent pelvic examination in 19 (79%) of the bladder wall palpation correlated to worsening of pelvic pain with full bladder. A total of 16 (66%) participants with CPP referred bladder wall tenderness to palpation and of those 14 (54%) had a PUF score >10. A total of 8 (33%) participants with CPP denied bladder wall tenderness to palpation and of those 5 (63%) had PUF score >10. All of the participants that persisted with CPP after hysterectomy had bladder wall tenderness to palpation and 80% of them had a PUF score >10.

CONCLUSIONES

This study presents a culturally adapted questionnaire to help assess BPS in PR. Preliminar results shows that pelvic pain that is worse when bladder is full and a PUF score of >10 correlates with bladder wall tenderness to palpation.

CIRUGÍA ROBÓTICA GINECOLÓGICA, EXPERIENCIA A 3 AÑOS

Jesus Emmanuel Silva, Luis Ernesto Gallardo, Jaime Claudio Granados, Homero Flores, Alba Fernanda Aguilar, Otilia Loera. dr.jesus.silva@hotmail.com

Clínica de Endometriosis y Cirugía Laparoscópica, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Laparoscopia, uno de los principales avances médicos, ha venido a revolucionar a nivel mundial la cirugía. "La cirugía robótica", gracias a la tecnología, hoy es una realidad. El Robot DaVinci, creado por Intuitive Surgical, incursionó en el mercado en 1999, aprobado por la "F.D.A." en 2005 para su uso en la cirugía ginecológica mínimamente invasiva. Este sistema se utilizó para realizar en Mayo del 2014 la primera histerectomía robótica de México. El Propósito del estudio es mostrar la importancia y beneficios que la cirugía robótica proporciona a la ginecología. Además se busca exponer las distintas variables estudiadas, como: tiempos quirúrgicos, sangrado y complicaciones habituales, en 3 años de experiencia en nuestra clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, analítico. El criterio de inclusión fue: Pacientes atendidas por el Director de la Clínica de Endometriosis y Cirugía Laparoscópica del Hospital Ángeles Pedregal en el periodo de tiempo comprendido del 1/01/14 al 31/12/16. Exclusión: Pacientes registradas fuera del periodo mencionado, patología maligna como diagnóstico.

RESULTADOS

En el tiempo correspondiente del 1/01/14 al 31/12/16, se encontraron 27 casos. El Diagnóstico Prequirúrgico más común fue Miomatosis, con 22 casos (81.4815%). El Procedimiento Quirúrgico más comúnmente realizado fue: histerectomía total robótica más otro procedimiento (salpingectomías, ooforectomías, adherenciolisis) (55.55%). La media de tiempos del procedimiento quirúrgico, fue 102.667 minutos (DS=31.056). La media de tiempo de Consola fue 92.296 minutos (DS=31.487); mientras que de Trocares fue 10.3704 minutos (DS=3.98). La media del tiempo Intrahospitalario total fue 51.778 horas (DS=13.946). Las complicaciones transoperatorias, fueron 3(11.1111%), y corresponden a lesiones "leves" perineales al extraer la pieza quirúrgica vía vaginal, reparadas de primera intención al término del procedimiento y una lesión "seria" de serosa intestinal, requirió de Cirugía General para repararse. Las Relaciones entre variables analizadas fueron: Cirugías Previas Abdominales y Sangrado (cc) donde encontramos una Correlación de Pearson (CP): $R=0.394588$, con $P=0.0417$ estadísticamente significativa. Relación entre Total de Miomas y Tiempo Quirúrgico Total con CP: $R=0.416160$, y $P=0.0308$ estadísticamente significativa. Relación entre Total de Miomas y Sangrado (cc) con CP: $R=-0.334217$, y $P=0.0884$, finalmente Relación entre Índice de Masa Corporal y Horas de estancia Hospitalaria con CP: $R=-0.130727$, y $P=0.5157$, estas dos últimas Relaciones no estadísticamente significativas, pero, con resultados inversamente proporcionales, contrario a lo esperado.

CONCLUSIONES

Solo existen 2 variables estadísticamente significativas: Sangrado VS Cirugías Abdominales Previas, y Cantidad de Miomas vs Tiempo Quirúrgico. No hubo relación estadísticamente significativa entre Cirugías Previas Abdominales vs Tiempo

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

Quirúrgico Total. El IMC de las pacientes no fue factor importante en ninguna relación. Finalmente, a pesar de que no es estadísticamente significativo, el sangrado total es inversamente proporcional a la cantidad de miomas encontrados prequirúrgicamente. Los resultados de este estudio nos exhortan a ampliar nuestra base de datos con la finalidad de conocer nuestras fortalezas y áreas de oportunidad a mejorar en nuestros manejos y técnicas quirúrgicas.

EXPERIENCIA DE HISTERECTOMÍA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN EL HOSPITAL GENERAL TOLUCA DR. NICOLÁS SAN JUAN, DURANTE EL PERIODO MARZO 2011- FEBRERO 2014

Mónica Delgado, Ricardo Jáuregui, Roberto Villalón. cdmonik@hotmail.com

ISEM, Toluca, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La primera histerectomía por laparoscopia la realizaron Harry Reich y sus colaboradores en Pensilvania en Enero de 1988. La histerectomía es considerada el procedimiento más frecuente en cirugía ginecológica; a una de cada tres mujeres se le realiza al cumplir los 60 años de edad. Desde que se introdujo la histerectomía laparoscópica, el uso de esta vía mínimamente invasiva ha aumentado de 0.3% a 14% de todas las histerectomías en el 2005. Durante los últimos 20 años se ha demostrado que la laparoscopia se puede aplicar perfectamente a patologías ginecológicas. Muchas intervenciones, incluyendo la histerectomía, se realizan con menos pérdidas hemáticas, menos complicaciones y estancias hospitalarias más cortas. Objetivo. Presentar los resultados obtenidos en las pacientes con padecimientos ginecológicos sometidas a Histerectomía Total Abdominal mediante abordaje laparoscópico, analizando las características clínicas y quirúrgicas, en el Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan; para poder cotejar los resultados de nuestro medio con los reportados en la literatura nacional e internacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo efectuado mediante la recopilación de datos de expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó histerectomía total por vía laparoscópica, durante el periodo comprendido entre el 1° de Marzo del 2011 al 28 de Febrero del 2014, en el Hospital General Toluca Dr. Nicolás San Juan. Se consideraron variables clínico-demográficas, quirúrgicas y complicaciones. Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos en Excel y se utilizó estadística descriptiva para su síntesis y análisis.

RESULTADOS

Se revisaron 33 expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó Histerectomía mediante abordaje laparoscópico, de los cuales se incluyeron 32 para su revisión y análisis. La edad media fue de 42.87 años, siendo la indicación quirúrgica más frecuente miomatosis uterina (59.37%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 141.03 minutos, encontrando disminución del mismo en relación a una mayor experiencia del cirujano, dicho fenómeno se repitió con respecto al sangrado, con un promedio de 111.25 ml. La estancia hospitalaria registrada fue de 1.4 días. Se reportaron complicaciones tardías: lesiones urológicas (9.37%) una re intervención por sangrado posquirúrgico a la cual se realizó laparotomía exploradora (3.12%) y conversión a cirugía abierta en un caso (3.12%).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio son en su mayoría similares a los reportados en la literatura nacional e internacional, con una mayor incidencia de lesiones urinarias, correspondientes a la curva de aprendizaje de la técnica. Consideramos que al fortalecer este punto, al seguir efectuando el procedimiento quirúrgico en mayor número de casos, mejorarán los resultados y disminuirán las complicaciones.

LA LAPAROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE OVARIO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS

Alexey Golubenko, Yaroslav Shvetsov, Lyudmila Krilova, Elena Medvedeva.
golubr@mail.ru

Centro Multidisciplinario Científico de Medicina de la Ayuda a Madres e Hijos de Z.I. Krugloy. Departamento de Ginecología y Tecnologías Reproductivas, Orel, Rusia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Últimamente es notable un crecimiento en el número de tumores y formaciones similares a tumores de ovarios en las mujeres embarazadas, lo que crea graves problemas para la madre y el feto y la necesidad de la intervención quirúrgica durante el embarazo. El propósito de la investigación es mejorar y analizar los resultados del tratamiento con laparoscopia de los tumores y formaciones similares a tumores de ovarios en mujeres embarazadas, además el período postoperatorio, el embarazo y el parto sobre según los resultados de un análisis completo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el período desde el año 2011 hasta el año 2016 en el departamento de ginecología del centro multidisciplinario científico de medicina de la ayuda a madres e hijos de Z.I. Krugloy fueron analizados los casos de 32 mujeres embarazadas con tumores y formaciones similares a tumores de ovarios a las cuales fueron hechas las operaciones quirúrgicas con laparoscopia en el período de 15-19 semanas de embarazo. Todas las mujeres embarazadas fueron examinadas de modo estándar. Fueron llevados a cabo el análisis de los datos clínicos, la evaluación de la intensidad del dolor en el período postoperatorio, la estructura morfológica de los tumores, la duración y métodos del parto y el procesamiento de datos estadísticos.

RESULTADOS

La edad media de las mujeres embarazadas fue de $28 \pm 5,7$ años. Las principales indicaciones para la hospitalización eran amenazas de aborto involuntario, un gran tamaño del tumor, dolor recurrente, síntomas de los trastornos circulatorios del tumor. Todas las mujeres embarazadas recibieron terapia básica de conservación del embarazo en los períodos peri y postoperatorias. El tamaño de los tumores variaba entre 50 - 92 mm, el promedio era de 71 mm. Todas las pacientes fueron sometidas a la cistectomía unilateral laparoscópica sin romper la integridad de la pared del quiste con histología, la extracción de material con la ayuda de endobag, revisión de órganos pélvicos y abdominales. En un caso fue realizada la anexectomía unilateral con resección del ovario y la resección del epiplón mayor debido a adenocarcinoma mucinoso 1a. artículo (G1 T1a N0 M0). La duración de la operación quirúrgica fue de $65,7 \pm 5,6$ minutos. La cantidad de pérdida de sangre fue $80,64 \pm 29,9$ ml. El curso postoperatorio era sin dolor y en todos los casos el embarazo fue prolongado. Los resultados obtenidos del estudio histológico fueron los siguientes: 32% - cistoadenoma seroso, 24% - un teratoma maduro, 10% - cistoadenoma mucinoso, 15% - quistes de endometriosis, 17,2% - formaciones de tumores de ovario, 1,5% - tumores benignos que se sitúan en la frontera, 0, 3% - cystadenocarcinoma mucinoso. Todas las pacientes embarazadas dieron a luz a tiempo: parto natural 26 (81,3%) de las pacientes, mediante operación cesárea - 6 (18,7%), según las indicaciones obstétricas.

CONCLUSIONES

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

La cirugía laparoscópica con la histología realizada a tiempo permitió prolongar el embarazo en 100% de los casos con resultado perinatal favorable.

LA ENDOMETRIOSIS EN CICATRIZ CUTÁNEA: LOS CASOS DE LA PRÁCTICA

Alexey Golubenko, Yaroslav Shvetsov, Lyudmila Krilova, Elena Medvedeva.
golubr@mail.ru

Centro Multidisciplinario Científico de Medicina de la Ayuda a Madres e Hijos de Z.I. Krugloy. Departamento de Ginecología y Tecnologías Reproductivas, Orel, Rusia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La endometriosis es un proceso hiperplásico que consiste en la aparición y crecimiento del tejido morfológicamente parecido al endometrio, pero que se encuentra fuera de la cavidad uterina. Se destacan dos formas de endometriosis: genital y extragenital. La localización de endometriosis sobre cicatriz postoperatoria es menos frecuente y se considera como muy rara. La literatura mundial contiene pocos datos sobre los estudios de la endometriosis en cicatriz cutánea.

MATERIALES Y MÉTODOS

En nuestra clínica en el período de 2012-2017 años fueron tratadas 7 pacientes con endometriosis sobre cicatriz postoperatoria. La edad media de los pacientes era de 27,6 años. La sintomatología es un dolor cíclico en la cicatriz postoperatoria asociado al ciclo menstrual. Todos los casos de la endometriosis en cicatriz cutánea están verificados según los resultados obtenidos después de la biopsia. Todas las 7 pacientes tuvieron la operación cesárea según diversas indicaciones obstétricas. La duración media de la aparición de evidencias clínicas de la endometriosis, de acuerdo con nuestros datos, es de 3,2 años. De acuerdo con los resultados de ecografía fueron diagnosticadas formaciones sólido-quísticas isoecóicas e hipoecogénicas en la pared abdominal anterior.

RESULTADOS

Uno de los siete casos de las pacientes operadas merece más atención. Una paciente de 31 años de edad fue operada por la causa del dolor durante la menstruación, además se quejaba de la presencia de los restos hemáticos en la zona de la cicatriz. La duración de la enfermedad - 7 años. La historia de la enfermedad contiene episodios de una terapia ineficaz con los anticonceptivos orales combinados y una terapia del uso prolongado de dienogest. Durante el tratamiento fue lograda la amenorrea de duración prolongada con la presencia de hemorragia cíclica de forma menstrual de la cicatriz cutánea. Durante la operación fue realizada la escisión quirúrgica del foco de la endometriosis de la cicatriz cutánea y laparotomía. Fue registrado un infiltrante crecimiento de la endometriosis a través de todas las capas de la pared abdominal anterior, incluyendo la piel y el peritoneo. El defecto de la pared abdominal anterior fue recuperado en capas. Además, fue realizada la plástica del defecto utilizando "tejidos locales." La curación de la herida quirúrgica – curación por primera intención. Después de la intervención quirúrgica fue prescrita la terapia de la duración de 4 meses con con la hormona liberadora de gonadotropina. 6 meses después de la observación postoperatoria de la paciente, ella misma evalúa satisfactoriamente su estado de salud, las quejas fueron recortadas por completo.

CONCLUSIONES

La endometriosis en cicatriz cutánea es una enfermedad bastante rara. En algunos casos la endometriosis propicia al crecimiento infiltrante en los tejidos subyacentes. El diagnóstico de la endometriosis de cada cicatriz cutánea es un proceso complicado, lo

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

que conduce a la detección tardía de la enfermedad y tratamiento de las pacientes. El principal método de tratamiento de la endometriosis en cicatriz cutánea es la intervención quirúrgica con la siguiente terapia adyuvante hormonal.

RESECCIÓN EXITOSA DE CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE DE 73 AÑOS DE EDAD. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ricardo Jáuregui, Mónica Delgado, Roberto Villalón. rickyjauregui@prodigy.net.mx

ISEM, Toluca, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

GMO. Femenino de 73 años, padecimiento actual de 1 año de evolución caracterizado por aumento progresivo de volumen abdominal, plenitud postprandial y pesantez pélvica. Valoración Enero del 2014: regulares condiciones generales, limitación para movimientos de amplexión y amplexación, ortopnea, mal conformada a expensas de crecimiento abdominal secundario a tumoración dependiente de hueco pélvico hasta apófisis xifoides, bordes regulares, consistencia blanda, parcialmente móvil, sin datos de irritación peritoneal. USG pélvico: imagen anecoica, pared de 4 mm sugiere quiste gigante de ovario de 462x217x123 mm. Preoperatorios y Ca-125 normales. Resección de quiste mediante abordaje laparoscópico, técnica habitual, punción y aspiración del contenido y posterior extracción de cápsula por puerto principal, sin complicaciones. Hallazgos transquirúrgicos: quiste gigante dependiente de ovario derecho de 40 cm, contenido líquido citrino (12,430 cc), macroscópicamente de características benignas. El objetivo del presente trabajo es mostrar la aplicabilidad de la cirugía mínimamente invasiva en pacientes geriátricos, con los beneficios propios de esta característica forma de abordaje.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Evolución posquirúrgica satisfactoria, egreso a las 24 horas por mejoría, sin complicaciones. RHP: cistoadenoma seroso de ovario.

CONCLUSIONES

Los tumores de ovario constituyen el tercer grupo de tumores de la mujer. Los que provienen del epitelio celómico superficial representan el 90% del total siendo el cistoadenoma seroso el más frecuente, constituyendo del 20-50%. La determinación de marcadores tumorales es de utilidad en protocolo de evaluación de una masa pélvica. El manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el estándar de oro para su resolución quirúrgica, con mayores ventajas con respecto a la laparotomía.

CORRELACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA PÓLIPOS ENDOMETRIALES

Giovanni Riaño, Byron Cardoso Medina, Nicolás Rodríguez Niño, Mariana Echeverry Gaviria. ginecolap@gmail.com

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Al comparar el rendimiento diagnóstico de la ecografía transvaginal (ET), la histerosonografía (HS) y la histeroscopia (HC) en la detección final de los pólipos endometriales, se ha encontrado que esta última es considerada el estándar oro. Sin embargo; algunos autores sugieren que la histerosonografía como método diagnóstico, puede ser una alternativa comparable e incluso menos invasiva, para la detección lesiones endometriales. Este estudio busca correlacionar el rendimiento diagnóstico existente entre la ET, la HS y la HC, en la detección de pólipos endometriales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio de pruebas diagnósticas, que se llevó a cabo en el hospital universitario Fundación Santa fe de Bogotá, entre enero de 2010 y julio de 2016. Se recolectaron datos de historias clínicas electrónicas de pacientes que asistieron al servicio de ginecología y obstetricia de la institución. Se incluyeron mujeres de cualquier edad llevadas histeroscopia, con diagnóstico imagenológico previo por ET y/o HS, de pólipo endometrial. Para el análisis estadístico de las características demográficas de las pacientes, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Se tomaron en cuenta variables como la sintomatología, el uso de terapia hormonal, estado de menopausia y tipo de especialista que llevó a cabo el diagnóstico imagenológico (radiólogo o ginecólogo ecografista). La correlación entre las pruebas diagnósticas para pólipo endometrial: ET, HS y HC se realizó por medio de porcentaje de concordancia.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 224 pacientes. La edad promedio de estas mujeres fue de 43 años. El 8,9% tenían problemas de infertilidad (n=20) y el 84,1% presentaban hemorragia uterina anormal (n=184). En cuanto a la ejecución de las ecografías transvaginales, el 25,4% (n=57) fueron realizadas por radiólogos y el otro 74,6% (n=167) fueron realizados por ginecólogos ecografistas. El 49,6% (n=111) de las histerosonografías fueron realizadas por radiólogos y el 50,4% (n=113) por ginecólogos. Al comparar las pruebas diagnósticas para pólipos endometriales encontramos que la ET tuvo una sensibilidad de 76,9% (IC: 70.3-82.5) con una especificidad de 54.76% (IC: 39.9-68.8) y un LR+ de 1,7 (CI: 1.53-1.89). La HS tuvo una sensibilidad del 78.7% (IC: 67.9-80.5), una especificidad de 42.9% (IC: 29.1-57.8) y un LR+ de 1,31 (IC: 1.2-1.4). Finalmente, la HC presentó una sensibilidad de 85.71% (IC: 79.9-90.1) con una especificidad del 57.14% (IC: 42.2-70.9) y un LR+ de 2 (IC: 1.79-2.24).

CONCLUSIONES

Este estudio incluyó un número de pacientes mayor a lo disponible en la literatura. Encontramos que la HC es la prueba con mejor desempeño para la detección de pólipos endometriales y además ofrece una opción terapéutica. Si bien estos valores

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

son inferiores a lo reportado en la literatura, sigue siendo una prueba diagnóstica superior a la ET y la HS. No obstante, hay que tener en cuenta que el diagnóstico imagenológico es observador-dependiente y es posible que a esto se deban nuestros resultados.

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO SECUNDARIO A ENDOMETRIOMA MANEJO CON SALPINGO-OFORECTOMÍA REPORTE DE CASO

Wendy Belén Castro Hernández, Emanuel Sánchez Ávalos, Martha Isolina Garcia Amador, Roberto Enrique Díaz González, Luis Arturo Ruvalcaba Castellón.
matucastro1@hotmail.com

Instituto Mexicano de Infertilidad, Guadalajara, Jalisco, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La endometriosis es un desorden ginecológico definido como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina. Tiene 3 fenotipos, endometriosis superficial peritoneal, endometrioma (ovario) y endometriosis infiltrativa profunda. Las mujeres en edad reproductiva están afectadas en un 5 a 10% y al menos un tercio de ellas son infértiles.¹ Los síntomas de la endometriosis incluyen dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico e infertilidad. Presentar el caso de una paciente de 42 años quien acudió por presentar dolor en fosa iliaca izquierda. Al realizar el ultrasonido transvaginal encontramos la presencia de un endometrioma en ovario izquierdo, se programa, pero días antes de la cirugía la inicia con dolor pélvico intenso en fosa iliaca izquierda y datos de irritación peritoneal por lo cual se decide realizar laparoscopia de urgencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, se coloca aguja de Veress, se insufla cavidad y se colocan trócar central y accesorios, se visualiza la cavidad encontrando escaso hemoperitoneo, presencia de adherencias de anexo izquierdo, a colon descendente y abundante tejido glandular en la serosa del fondo uterino. Realizamos adherensiolisis, para visualizar y liberar el endometrioma, posterior a ello se decide realizar salpingo-ooforectomía izquierda (SOI). Realizamos electrofulguración de tejido glandular previamente descrito, verificamos hemostasia y retiramos trócares bajo visualización directa. El tejido resecado fue enviado al departamento de patología para su respectivo análisis. La paciente en el postquirúrgico inmediato presentó dolor el cual fue mitigado con analgésicos. Egresó a las 24 horas de haber realizado la cirugía. A los 7 días retiramos puntos sin ninguna complicación y se indicó tratamiento con Acetato de Leuprolide por 3 meses.

RESULTADOS

El resultado de patología reportó, quiste endometriósico con signos de hemorragia reciente y antigua, fibrosis y cambios reparativos estromales. Parénquima ovárico residual con cuerpos albos y congestión vascular, porción de salpinge congestiva con hidatide de Morgagni. Datos negativos para malignidad.

CONCLUSIONES

La finalidad del tratamiento quirúrgico es la remoción o electrofulguración de los implantes visibles, el restablecimiento de la anatomía, preservación de la función, eliminación y prevención de adherencias. En este caso fue complementado con tratamiento médico con fines reproductivos.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA; EXPERIENCIA EN HOSPITAL PRIVADO

Jaime Claudio Granados, Jesus Emmanuel Silva, Luis Ernesto Gallardo.

klaumarin@gmail.com

Hospital Angeles Pedregal, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía ginecológica ha sufrido cambios derivados de la evolución tecnológica del siglo XXI, realizándose con mayor eficacia, menores complicaciones y excelentes resultados, tal es el caso del empleo de la cirugía laparoscópica, misma que hoy día se posiciona para ser la más empleada en el mundo trayendo consigo ventajas insuperables. Las patologías que usualmente requerían de un acceso abdominal para la histerectomía y que hoy día se encuentra como una opción de tratamiento, en hospitales privados es un procedimiento que se realiza cotidianamente desplazando a la cirugía ginecológica por laparotomía en un segundo plano. El objetivo de este estudio es conocer la casuística y principales diagnósticos por los cuales se realizó el procedimiento de histerectomía total laparoscópica, así como la correlación entre el diagnóstico clínico-patológico posterior al procedimiento; durante 3 años en hospital privado de la Ciudad de México.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio observacional, retrospectivo y transversal, con muestra 158 casos de que sometidas a histerectomía total laparoscópica de diciembre del 2013 a diciembre del 2016 en el Hospital Ángeles del Pedregal, realizando historia clínica recabando datos personales previo al procedimiento, siendo el método diagnóstico paraclínico empleado el Ultrasonido (USG). Firmando consentimiento informado sobre las potenciales complicaciones derivadas en la cirugía laparoscópica habituales para el procedimiento se realizó el procedimiento con técnica estandarizada utilizada por la Asociación Americana de cirugía laparoscópica, se contabilizó el sangrado transoperatorio, existencia o no de complicaciones, y tiempo quirúrgico desde la colocación de trocares hasta el cierre de los mismos. El estudio no requiere consentimiento del paciente ya que será retrospectivo y en ningún momento se revelara la identidad ni datos personales que pongan en riesgo la integridad del mismo.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 158 pacientes con histerectomía total laparoscópica, el periodo de tiempo establecido entre diciembre del 2013 a diciembre de año 2016, cumpliendo con los criterios de inclusión para el estudio previamente evaluados por el comité de ética del hospital. Los Diagnósticos Obtenidos, discrepan a los reportados preoperatoriamente, por lo cual se requirió de valorar un Índice de Pearson. Los resultados definitivos obtenidos fueron: Miomas en 90 casos, Adeniosis en 90 casos, Hiperplasia Endometrial en 12 casos, Lesión Intraepitelial de Alto Grado en 6 casos, Pólipos en 19 casos, Adenocarcinoma en 1 caso, Endometriosis en 4 casos.

CONCLUSIONES

En el caso del presente estudio se corrobora que existe una correlación baja entre el diagnóstico presuntivo que habitualmente el ginecólogo utiliza como método paraclínico el ultrasonido, que aunque constituye una buena herramienta para el diagnóstico por su bajo coste y amplia accesibilidad, tiene baja especificidad y es

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

operador dependiente, esta dependencia se relaciona a la experiencia y capacidad de operador, razón por la cual no el diagnóstico presuntivo puede variar con el definitivo.

CIRUGÍA ROBÓTICA ¿ES UN GASTO O UNA INVERSIÓN?

Alicia Amato, Nicolas D'Imperio, Claudio Koren, Alberto Villaronga, Débora Zucchella.
aliciaamato35@gmail.com

Servicio de Ginecología 1, Servicio de Urología 2, Complejo Médico Churruca Visca – CABA. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se analizan los costos de un programa inicial de cirugía robótica en pacientes que fueron sometidas a hysterectomías y nefrectomía parcial robótica en un Hospital de las Fuerzas de Seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión sistemática de los costos comparando la cirugía robótica versus cirugía laparoscópica tradicional.

RESULTADOS

Se compararon los costos en relación a: tiempos quirúrgicos, medicación intra y postoperatoria, instrumental quirúrgico, honorarios de equipo quirúrgico, entre la cirugía videolaparoscópica versus cirugía robótica. Los costos para la cirugía robótica fueron mayores en referencia al instrumental, fueron similares en el tiempo de hospitalización, medicación intra y postoperatoria, los tiempos quirúrgicos fueron menores para la cirugía robótica en los casos complejos.

CONCLUSIONES

La cirugía robótica puede cambiar el paradigma en varias especialidades quirúrgicas. En nuestro programa de robótica aunque los costos son elevados, decreció la morbilidad, el cirujano enfrente con mayor facilidad tumores pelvianos voluminosos y patología oncológica ginecológica; y los urólogos, demostraron mayor factibilidad de efectuar una nefrectomía parcial robótica que por videolaparoscopia, preservando el órgano. El inicio del programa robótico situó al hospital a la vanguardia de la tecnología.

UTILIDAD CLÍNICA DE ULTRASONIDO FOCALIZADO DE ALTA INTENSIDAD (HIFU) PARA LA ABLACIÓN DE ADENOMIOSIS

Junyan Gu, Lian Zhang, Jinyun Chen, Wenzhi Chen, Kequan Li, Felipe Carlos Petro Prieto. mandygu@hifu.cn

Department of Obstetrics of Chongqing Haifu Hospital; The Institute of Ultrasound Engineering in Medicine, Chongqing Medical University; Clinical Center for Tumor Therapy, The 2nd Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing, China; Clínica las Vegas, Medellín Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La adenomiosis es una enfermedad uterina benigna y frecuente, su síntoma típico son la menorragia y la dismenorrea progresiva que afecta gravemente a las mujeres en edad reproductiva. En este momento los tratamientos tradicionales son histerectomía total, histerectomía parcial y medicina para controlar los síntomas. Este estudio es para evaluar la eficacia y seguridad de ablación con ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU) en el tratamiento de la adenomiosis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde julio de 2006 a junio de 2013, 2.549 pacientes con adenomiosis recibieron la ablación con HIFU guiado por ultrasonido bajo sedación consciente. Las pacientes fueron monitorizadas para detectar signos vitales durante y 2 horas después del tratamiento. Se requirió a todas las pacientes a completar la imagen de resonancia magnética (MRI) de evaluación y el seguimiento a lo menos durante 6 meses. Efectos adversos y complicaciones fueron clasificados a base del sistema de clasificación SIR.

RESULTADOS

En este estudio, 6 meses después de HIFU 2.411 de 2.549 (94.59%) salieron con éxitos, con una disminución significativa del tamaño de la lesión ($P < 0.05$) y la gravedad de los síntomas y la escala analógica visual (EAV) de la dismenorrea ($P < 0.05$). El tiempo promedio de duración del tratamiento fueron $93,3 \pm 55,4$ min (rango, 15,0 a 240,0 min) y el tiempo de sonicación fueron $169,7 \pm 707,7$ s (rango, 185.0-3600.0 s). 13.16% de los pacientes refirieron dolor en bajo vientre o flujo vaginal a las 24 horas después del tratamiento. El dolor y el flujo vaginal desaparecieron en 3 días sin ningún tratamiento. Sin complicación grave.

CONCLUSIONES

En base a los resultados, la ablación con HIFU es altamente eficaz y segura en el tratamiento de pacientes con adenomiosis.

CERCLAJE ABDOMINAL, ABORDAJE POR MÍNIMA INVASIÓN

Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elvira Ali Quispe, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Cynthia Ileana Infante Meléndez, Luis Ernesto Gallardo Valencia, Lionel Leroy Lopez.
roemruba@gmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cerclaje abdominal laparoscópico se lo realiza en casos de incompetencia cervical, presentándose en aproximadamente 0,1% a 1,0% de todos los embarazos que no logran retener un producto intrauterino hasta su término. El tratamiento consiste en la colocación de una sutura alrededor del cuello uterino tradicionalmente se coloca la sutura por vía vaginal, el abordaje abdominal se reserva para pacientes con un cérvix extremadamente corto, deformado o ausente y aquellos en los que el cerclaje vaginal previo ha fracasado. La tasa de éxito del cerclaje abdominal es 85% a 90%, la cirugía endoscópica ofrece ciertas ventajas y se lo puede realizar tanto de intervalo o durante el embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

CUADRO CLÍNICO 1 Paciente de 37 años de edad con antecedentes de Gestas 3, Cesárea 1, Abortos 2, conizada en 2 oportunidades por LIEAG y criocauterización. Acude por infertilidad secundaria, se realiza ultrasonido en donde se evidencia: útero 53x38x53 mm, endometrio 4 mm, longitud cervical 0.8 mm, ovarios normales. Al examen ginecológico cuello plano invaginado, OCE puntiforme. Se programa para cerclaje tipo Benson laparoscópico por antecedentes. Se coloca cinta de mersilene, posteriormente se realiza control ultrasonográfico encontrándose cérvix de 2.5mm. CUADRO CLÍNICO 2 Paciente de 32 años con embarazo de 14 semanas, Gestas 3 Abortos 2, con antecedente de conización cervical hace 2 años, luego de lo cual presentó dos abortos consecutivos en el segundo trimestre. En el ultrasonido se evidenció cérvix corto, motivo por el cual se realizó cerclaje laparoscópico, utilizando un separador para abordaje de la región ístmica, con desperitonización anterior y posterior, finalmente con colocación de cinta de mersilene.

RESULTADOS

En el primer caso se realizó disección de la plica vésico uterina, identificando los vasos uterinos, posteriormente utilizamos mersilene de 5mm, el cual se introdujo en cavidad abdominal y se atravesó con esta a nivel del ístmo medial a los vasos uterinos, realizando lo mismo al lado contralateral, se terminó realizando un nudo y cubriendo la sutura con el peritoneo. En el segundo caso, se realizó de igual manera este procedimiento con la diferencia de que no utilizamos movilizador uterino pero si un separador abdominal en forma de abanico para disminuir la manipulación uterina.

CONCLUSIONES

Está claramente establecido que el cerclaje abdominal laparoscópico es una opción en aquellas pacientes con cuello corto y diagnóstico de incompetencia ístmico cervical con deseo de fertilidad, el realizar el procedimiento previo al embarazo presenta varias ventajas como la disminución de los riesgos maternos y fetales, facilidad en la exposición y sangrado mínimo. El cerclaje abdominal laparoscópico es igual o mejor que el laparotómico.

ENDOMETRIOMA OVÁRICO BILATERAL, ABORDAJE ASISTIDO POR EL SISTEMA DA VINCI

Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Elvira Ali Quispe, Cynthia Ileana Infante Meléndez, Luis Ernesto Gallardo Valencia, Lionel Leroy Lopez.
roemruba@gmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial funcionantes fuera de la cavidad uterina. La prevalencia a nivel mundial llega hasta 21%. El “Gold Estándar” para el diagnóstico es mediante laparoscópica y el reporte histopatológico de las lesiones. El sistema Da Vinci de Intuitive Surgical es el único sistema aprobado por la FDA en el 2005 para su empleo en ginecología. Entre las pacientes más beneficiadas en ginecología por esta tecnología, están las que padecen cáncer ginecológico y endometriosis avanzada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 35 años, nulípara, con antecedentes de dismenorrea moderada desde hace 2 años, acudió al servicio para control con ultrasonido que mostró: útero de 7cm, endometrio de 8mm, en ambos ovarios con evidencia de imágenes quísticas con apariencia endometriode, el izquierdo de 5cm y el derecho de 6cm aproximadamente. Se programó para resección laparoscópica asistida por robot por probable endometriosis severa.

RESULTADOS

Durante el acto quirúrgico se corroboró el diagnóstico, se procedió a resección y decapsulación de quistes endometriósicos ováricos bilaterales, además de adhesiolisis a nivel del fondo de saco de Douglas, durante la cirugía se identificó los uréteres por el proceso de inflamación crónica, se realizó además extracción de posibles focos endometriósicos a nivel vesical. El informe histopatológico reporta quistes endometriósicos. La paciente se recuperó favorablemente es enviada al servicio de reproducción humana por deseo de fertilidad.

CONCLUSIONES

La endometriosis ovárica provoca la destrucción del tejido ovárico, constituye un reto para el especialista. El diagnóstico y tratamiento oportuno de elección es laparoscópico, con el fin de poder conservar el ovario en pacientes con deseo de fertilidad. Nezhat y su equipo han reportado ausencia de ventajas en el procedimiento robótico sobre el laparoscópico, porque requiere mayor tiempo quirúrgico, pero indican que a pesar del tiempo de operación más largo, la cirugía robótica facilitaría una disección fina y precisa de las estructuras, con lo que minimiza las complicaciones y la cantidad de lesiones por endometriosis. Es difícil definir la extensión del procedimiento, ya que comúnmente el cirujano debe adaptarse a los hallazgos transoperatorios convirtiéndose en un reto cada procedimiento quirúrgico.

MANEJO HISTEROSCÓPICO EN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL

Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Elvira Ali Quispe, Cynthia Ileana Infante Meléndez, Luis Ernesto Gallardo Valencia, Lionel Leroy Lopez.
roemruba@gmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El embarazo ectópico cervical es raro, llega a amenazar la vida de la paciente, constituye aproximadamente el 0,15% de los embarazos ectópicos, su incidencia está entre 1 de cada 1000 embarazos, aunque se ha visto aumentada debido a procedimientos de fertilización in vitro, cesáreas y legrados. Se diagnostica comúnmente en el primer trimestre por ultrasonido transvaginal, pero el retraso en su diagnóstico y tratamiento a menudo termina en histerectomía. Recientemente se han introducido procedimientos para conservar la fertilidad como: cerclaje cervical, uso de metotrexate, taponamiento con sonda Foley y el manejo histeroscópico, el cual busca contraer los vasos sanguíneos alrededor del saco gestacional para reducir el sangrado, incluso se lo ha realizado junto a embolización de las arterias uterinas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 38 años gesta 2, cesárea 1, antecedentes patológicos: tabaquismo positivo, antecedentes quirúrgicos: ninguno. Paciente presentaba sangrado transvaginal escaso, en control ultrasonográfico se evidenció embarazo ectópico cervical de 7.6 semanas, con actividad cardíaca. Al examen físico: no presentaba signos de irritación peritoneal ni sangrado transvaginal. Se sesionó el caso y se tomó la decisión de un abordaje Histeroscópico una resectoscopia con riesgo de histerectomía.

RESULTADOS

Durante el procedimiento se observó: fondo uterino y ostium normales, en cara anterior uterina a nivel istmo cervical saco gestacional con embrión. Se introdujo el resectoscopio con evacuación del saco y restos ovulares, coagulando los vasos sanguíneos a nivel de la inserción del saco gestacional, se realizó AMEU (Aspiración manual endo uterina) complementario y se colocó sonda foley intrauterina, la misma que se retiró en el transcurso de las horas. El procedimiento estuvo guiado al mismo tiempo por laparoscopia. El resultado de anatomía patológica mostró estructura sacular con embrión de 2.7 X 1 X 1 CM.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cervical es excepcional, no siempre se llega al diagnóstico oportuno, confundiendo en muchas ocasiones con aborto incompleto y debutando con hemorragia incoercible, que en ocasiones termina en histerectomía. Como método de apoyo diagnóstico tenemos el ultrasonido, que identificará una cavidad uterina sin saco gestacional, pero si un saco en el conducto endocervical. La histeroscopia quirúrgica es una opción de tratamiento en embarazos de implantación anormal siempre y cuando la paciente esté en condiciones estables y se desee preservar su fertilidad.

ABORDAJE HISTEROSCÓPICO DEL ISTMOCELE

Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Elvira Ali Quispe, Cynthia Ileana Infante Meléndez, Luis Ernesto Gallardo Valencia, Lionel Leroy Lopez.

roemruba@gmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Istmocele está definido como un defecto de cicatrización por incisión de una cesárea previa, es una saculación a nivel ístmico, también llamado “síndrome de cicatriz de cesárea” ó “síndrome de Morris”. De acuerdo con la literatura mundial, la prevalencia del Istmocele puede llegar hasta 19.4%, cifra que resulta difícil de estimar ya que su diagnóstico puede resultar complejo. En los últimos años, el aumento en la tasa de cesáreas se ha asociado con la aparición de una serie de problemas, como este tipo de defectos en la cicatrización uterina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 33 años, con cesáreas 2, aborto 1, presento ciclos de 28 x 5 días, acompañados de dismenorrea moderada y sangrado postmenstrual de un año de evolución. Por esta razón acudió a consulta externa del servicio de alta especialidad de endoscopia ginecológica del CMN 20 de Noviembre, en donde se realizó ultrasonido observándose: útero de tamaño normal, a nivel de cicatriz de cesárea anterior imagen econegativa. Se programó para Histero - laparoscopia diagnóstica-terapéutica.

RESULTADOS

Durante el procedimiento de histeroscopia diagnóstica se evidenció pequeña saculación de aproximadamente 1.5cm, a nivel de istmo con un arco anterior y un arco posterior, realizándose una istmoplastia con resección de dichos arcos, al mismo tiempo se controló por laparoscopia posibles complicaciones. Paciente en control postoperatorio refiere mejoría de su sintomatología anterior.

CONCLUSIONES

EL istmocele es una patología que ha incrementado por el aumento de las cesáreas a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia de las cesáreas no debe exceder el 15%. El Gold estándar para el diagnóstico de istmocele es la Histeroscopia, visualizándose una saculación a nivel de la cicatriz de la cesárea previa. La técnica quirúrgica descrita por primera vez fue por Fernández en 1996, que consiste en remodelar la saculación, poniéndola en plano. Un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz mejora la calidad de vida de la paciente.

MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS ¿UN RETO EN LAPAROSCOPIA?

Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Elvira Ali Quispe, Cynthia Ileana Infante Meléndez, Luis Ernesto Gallardo Valencia, Lionel Leroy Lopez.
roemruba@gmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los miomas uterinos son tumoraciones benignas de músculo liso del útero, ocasionalmente malignizan (< 1 %). Su tamaño es variable, van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Se presenta en 25 a 30 % en mujeres en edad reproductiva. Son dependientes de estrógenos y progesterona, generalmente tienen regresión en la menopausia. La primera miomectomía laparoscópica de un mioma pediculado fue descrita en 1980. Para realizar la técnica quirúrgica vía laparoscópica, la mayoría de los autores coinciden en que se han de cumplir dos condiciones: tamaño del mioma principal < 8-9 cm, número máximo de miomas: 3-4.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 38 años, nuligesta, que desde hace 6 meses nota masa en región abdominal no dolorosa, además periodos de hipermenorreas, con deseo de fertilidad. Al examen físico: se palpó tumoración en hipogastrio a 2 centímetros por debajo de la región umbilical, móvil; a la exploración vaginal: cérvix desplazado hacia adelante, útero de aproximadamente 18 cm, anexos no valorables. En ultrasonido se encontró: endometrio desplazado por gran imagen compatible con mioma intramural de 16 por 14 cm, un posterior subseroso de 7cm y otro de 3 cm, ovarios normales.

RESULTADOS

Se realizó miomectomía laparoscópica por miomatosis múltiple de grandes elementos. Se evidencian miomas intramurales y subserosos, de 7cm en cara posterior de útero, otro de 7cm en fondo y dos de 3cm en cara anterior. El acceso con el trócar principal fue supraumbilical, se infiltró vasopresina (20 UI en 100cc), se suturó en 2 capas, con PDS 0, concluyéndose con morcelación de los miomas. EL resultado de patología mostró un peso total de 750 gramos.

CONCLUSIONES

Existe controversia en la vía de abordaje por laparoscopia para úteros grandes de peso > 500 g, debido a que algunos informes muestran complicaciones y alta posibilidad de conversión de la cirugía. Los factores que pueden influir en la conversión son: la localización anterior del mioma, el uso de análogos de GnRH y la experiencia del cirujano, que es muy importante. La miomectomía laparoscópica con morcelador electromecánico es un procedimiento factible para la extracción de tejidos de bajo riesgo de malignidad, con bajas tasas de conversión, mínimo sangrado operatorio y tiempo quirúrgico.

MANEJO LAPAROSCÓPICO CON TÉCNICA DE DAVYDOV EN EL SÍNDROME DE MAYER VON ROKYTANSKY KÜSTER HAUSER

Rodrigo Emilio Ruz Barros, Elizabeth Patricia Espinoza Rojas, Elvira Ali Quispe, Cynthia Ileana Infante Meléndez, Lionel Leroy Lopez, Alfredo Cortes Algara.
roemruba@gmail.com

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Mayer-Rokitansky - Kuster - Hauser es la causa más común de agenesia vaginal, con una incidencia estimada de 1: 1500 a 1: 4000. Tienen ausencia de vagina y útero (tejido uterino rudimentario puede estar presente), su genotipo normal 46XX, fenotípicamente normales. Presentan amenorrea primaria, pueden asociarse a malformaciones esqueléticas, déficits auditivos, y anomalías del tracto urinario tales como la duplicación de los uréteres y riñón en herradura o de localización pélvica. El procedimiento laparoscópico de Davydov es una alternativa mínimamente invasiva, en donde se utiliza peritoneo pélvico para la creación de una neovagina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 21 años, acudió por amenorrea primaria, con reporte ultrasonográfico de útero rudimentario y ovarios normales, se realizó resonancia magnética que mostró: útero rudimentario, con canal vaginal presente en su tercio distal. Se programó para laparoscopia con reconstrucción vaginal por diagnóstico de Síndrome de Mayer Von Rokitansky Küster Hauser.

RESULTADOS

Se realizó Técnica de Davydov, se disecó mucosa vaginal (1cm de introito a fondo de saco) y se introdujo un dilatador Hegar en vagina y recto para la disección. Se visualizó remanente uterino de 2cm, el cual se extrajo junto a salpinges. Se colocó punto vaginal de peritoneo a cara posterior de neovagina, laparoscópicamente se peritonizó para formar la cara anterior de la neovagina. Se colocó dilatador vaginal de plastilina epóxica de 5cm. La cirugía transcurrió sin complicaciones, se realizó cambios de dilatadores semanales. A los 5 meses del procedimiento, se realizó RMN de control con resultados favorables.

CONCLUSIONES

El procedimiento laparoscópico de Davydov es una técnica para la creación de una nueva vagina en pacientes con agenesia vaginal. Se utiliza el propio peritoneo pélvico para crear el canal vaginal y el vértice de la vagina. Los pacientes pueden comenzar las relaciones sexuales de forma relativamente rápida. Otros procedimientos utilizados para la creación de una neovagina son las técnicas de McIndoe o Vecchietti.

INTRAOPERATIVE TECHNIQUES FOR SAFELY PERFORMING A LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY AFTER MULTIPLE PREVIOUS CESAREAN DELIVERIES

Catherine Abied, Whitney Lieb, Nithya Gopal, Eli Serur, Nisha Lakhi.

cabied322@gmail.com

Richmond University Medical Center, New York Medical College, Staten Island, United States.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

(1) To present a video-enhanced lecture that illustrates safe and effective techniques to perform a laparoscopic assisted hysterectomy on patients with multiple previous cesarean deliveries (CDs); (2) to describe the intraoperative and peri-operative outcomes associated with laparoscopic assisted hysterectomy on patients with multiple previous CDs.

MATERIALS AND METHODS

Retrospective review of all consecutive hysterectomies on patient that had one or more previous CDs performed by a single surgeon (ES) from April 2010-May 2015. Demographic and perioperative outcomes were collected for each case. Intraoperative techniques utilized to successfully perform hysterectomies on patients with previous CDs were analyzed. Type of hysterectomy (laparoscopic supracervical (LSCH) vs. total laparoscopic (TLH)) was determined by surgical indication and patient preference. Techniques utilized included (1) ligation of the uterine artery at the level of the hypogastric artery, (2) separation of the uterus from the cervix at the level of the internal os followed by excision of cervical stump, (3) lateral approach to enter and to mobilize the bladder flap.

RESULTS

228 hysterectomies were performed on patients with one or more previous CDs during the study period. A total of 97 patients (42.5%) had one previous CD, 74 (32.5%) had 2 previous CDs, 44 (19.3%) had 3 CDs, 9 (3.9%) had 4 CDs, 3 (1.3%) had 5 CDs, and 1 (0.4%) had 6 CDs. Conversion to laparotomy occurred in 5/228 (2.2%) patients. Demographic data for mean age 48.3 years (range 29-75) and BMI 31.7 kg/m² (range 16.5-64.4) were identified. Mean skin-to-skin operative time, estimated blood loss and length of hospital stay were 185.2 minutes (range 75-420), 120.5 ml (range 5-1000), and 1.34 days (range 0-10) respectively. Mean uterine weight was 236 g (range 35-2402). TLH was performed on 179 (78.5%) patients and LSCH on 35 (15.4%). There were no intraoperative complications identified. Postoperative anemia was the most common complication. Six patients (2.6%) received transfusion of blood products. Mean number of units transfused was 2.8 units (range 2-4). Four patients (1.8%) were diagnosed with postoperative ileus. Three patients (1.3%) were treated for urinary tract infection. Two patients (0.9%) were diagnosed and treated for pulmonary embolism. One patient was noted to have pneumonia and one patient a wound cellulitis. Overall the six week post-operative complication rate was less than 5%.

CONCLUSIONS

Laparoscopy can safely be performed on patients with multiple CDs. The described intraoperative techniques allow for a low morbidity and decreased risk of conversion to open surgery.

CONCORDANCIA INTRA E INTEROBSERVADOR DE LOS DIAGNOSTICOS HISTEROSCOPICOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SAN JOSE BOGOTA COLOMBIA

Jesus Ivan Sierra Laguado, Ángel David Miranda, Carlos Giovani Castro, Henry Octavio Rodriguez, Rodrigo Ernesto Rodriguez, Carlos Humberto Perez.

jesivan@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) - Hospital de San José (HSJ), Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El valor diagnóstico de la histeroscopia se ve influenciado por el componente subjetivo del examen, la falta de uniformidad en criterios diagnósticos histeroscópicos y por la presencia de ciertas variables clínicas. El objetivo de nuestro trabajo fue explorar el grado de acuerdo intra e interobservador de los hallazgos histeroscópicos en mujeres atendidas en el servicio de cirugía endoscópica del Hospital de San José.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal de prueba diagnóstica donde se incluyeron mujeres a quienes se les realizó histeroscopia por alguna indicación médica con una evaluación detallada de los hallazgos en tiempo real. Todos los procedimientos fueron grabados en video, seleccionando aquellos que cumplieran con criterios de calidad para la evaluación y editados de forma que incluyera el segmento diagnóstico de interés en registros de máximo 2 minutos de duración. Cinco ginecólogos evaluaron los procedimientos en dos momentos: al finalizar la histeroscopia en tiempo real y al observar el video editado utilizando un formato prediseñado, único, de evaluación morfológica histeroscópica. Se estableció el grado de acuerdo intra e interobservador de los hallazgos histeroscópicos utilizando el coeficiente Kappa, tomando en cuenta la escala de interpretación cualitativa de Landis y Koch. El protocolo de investigación fue probado por el comité de ética institucional y todas las participantes dieron autorización para la utilización de sus datos e imágenes del procedimiento para fines del estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

RESULTADOS

125 pacientes cumplieron con los criterios de selección, el grado de acuerdo intra e interobservador se encontró entre bueno y aceptable para los diagnósticos de pólipo endometrial, leiomioma submucoso y hallazgos compatibles con malignidad al igual que para la exclusión de patología endometrial estructural.

CONCLUSIONES

El grado de acuerdo de los hallazgos histeroscópicos se encontró entre bueno y aceptable para la exclusión y el diagnóstico de las principales patologías endometriales estructurales. La implementación de un examen sistemático de evaluación morfológica histeroscópica podría mejorar la reproducibilidad de la histeroscopia.

OBJETO VIRTUAL DE AUTOAPRENDIZAJE DE PATOLOGÍAS ENDOMETRIALES MÁS PREVALENTES – DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Angel David Miranda Cruz, Rodrigo Rodriguez Ruiz, Carlos Giovani Castro Cuenca, Henry Rodriguez Daza, Silvia Margarita Plata Hinestroza, Santiago Machicado Villamizar. angeldamiranda@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) - Hospital de San José (HSJ), Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: Objetivo virtual de autoaprendizaje (OVA) de las patologías endometriales más prevalentes va dirigido a residentes de primera y segunda especialidad en ginecología y endoscopia ginecológica, se trata de una herramienta virtual que permita el aprendizaje significativo y autónomo para desarrollar rápidamente habilidades en la práctica histeroscópica tanto para diagnóstico temprano como tratamiento en las patologías endometriales más prevalentes que conlleve a disminuir la subjetividad en los hallazgos histeroscópicos, por tanto mejorar la validez de la prueba.

MATERIALES Y MÉTODOS

Justificación: La histeroscopia ha demostrado ser un método seguro, confiable y eficaz en la identificación y tratamiento de diversas patologías que afectan la cavidad uterina, con una alta precisión diagnóstica para patologías como cáncer de endometrio, pólipos y miomas submucosos y solo moderada para hiperplasia endometrial. Para lograr los conocimientos prácticos, la identificación y adecuado reconocimiento de dichas patologías por medio de la histeroscopia, es necesario el abordaje inicial de múltiples fuentes entre ellas de atlas de histeroscopia y posteriormente en la práctica quirúrgica mediante la visualización directa de los procedimientos. Estas prácticas poseen limitaciones ya que requiere una gran cantidad de tiempo, consulta de variedad de textos y debido a que la prevalencia de patologías intrauterinas diagnosticadas por histeroscopia es variable, se puede ver afectada la validez del examen, dado su componente subjetivo. El valor diagnóstico de la histeroscopia, dado su componente subjetivo, puede variar de acuerdo al grado de entrenamiento y la experiencia del cirujano. Para algunas patologías no existen criterios morfológicos estandarizados para su diagnóstico y en otras existen múltiples criterios y clasificaciones dadas por diferentes autores con lo que dificulta la unificación de criterios en los estudios para resultados más precisos.

RESULTADOS

Objetivo: Conocer e identificar la técnica de realización de un examen histeroscópico sistémico para un diagnóstico oportuno y tratamiento temprano de las patologías endometriales más prevalentes. Metodología: se desarrolla a través de un curso virtual compuesto por 12 unidades temáticas, cada uno con una guía y videos para el aprendizaje teórico y un cuestionario de cada tema para poder valorar los conocimientos adquiridos.

CONCLUSIONES

Conclusiones: Es de gran importancia implementar recursos virtuales como herramientas de enseñanza de las bases teóricas, con el fin de alcanzar una mejor transición a los escenarios de práctica quirúrgica, en beneficio de una buena calidad de los profesionales y tratamiento oportuno de los pacientes.

VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE FERTILIDAD EN ENDOMETRIOSIS (EFI) PARA PREDECIR EL EMBARAZO EN UNA POBLACIÓN INFÉRIL

Leticia Solari, Gustavo Angel Botti, Georgina Percivalle, Melisa Andrea Gutiérrez, Sabrina Dolores Marín, Maria Eugenia Mackey. dralsolari@hotmail.com

Centro de Cirugía Ginecológica Mini-invasiva Sanatorio Centro, Centro Médico PROAR, Rosario, Argentina.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La endometriosis afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva, algunos estudios demuestran que del 25% al 50% de las mujeres infértiles tienen endometriosis y que del 30% al 50% de las mujeres con esta patología son infértiles. Es una enfermedad compleja para la cual se han propuesto diversos sistemas de clasificación, entre ellos la de la ASRM (American Society for Reproductive Medicine) en 1996. Sin embargo, la limitante es que ninguna predice el pronóstico reproductivo de la paciente infértil con endometriosis. En un trabajo en 2014, no se observó diferencias en la tasas de embarazo entre los cuatro estadios ASRM, asumiendo una falta de habilidad predictiva para embarazo con éste sistema de estadificación. En el 2010, Adamson y Pasta desarrollaron el score EFI, siendo la única clasificación vigente de endometriosis que predice la tasa de embarazo espontáneo luego de la videolaparoscopia. La misma permite determinar qué tratamiento es el adecuado para ofrecerle a cada paciente y por cuánto tiempo. Luego de ser validado en la población norteamericana, estudios retrospectivos en otros países como Francia, Italia, Bélgica y China también han evaluado su utilidad, aunque aún no había sido estudiado en nuestro país. Objetivo: Determinar si el Índice de Fertilidad en Endometriosis (EFI) es útil para estimar el pronóstico reproductivo en pacientes infértiles con diagnóstico y tratamiento quirúrgico de endometriosis, en una población Argentina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron las historias clínicas de 65 pacientes que consultaron por infertilidad entre Abril de 2011 a Septiembre de 2014 a las cuales se les realizó una videolaparoscopia diagnóstica con hallazgo de endometriosis. Se excluyeron todas aquellas pacientes que presentaban factor masculino severo, factor uterino y que realizaron tratamientos de alta complejidad. Los factores quirúrgicos para la categorización de las pacientes según el EFI fueron obtenidos a través de la visualización de videos de laparoscopias y los factores históricos de las historias clínicas. Se evaluó la tasa de embarazo luego de 18 meses de seguimiento. Se subdividieron a las pacientes según los valores de EFI obtenidos en 3 grupos y se compararon las tasas acumulativas de embarazos.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue de 33,5 años (SD=2,7). El tiempo de infertilidad promedio fue de 2,8 años (SD=1,5), y el tipo de infertilidad primaria representó el 80% de las pacientes. La tasa total de embarazo fue de 47,7%, y según la clasificación del EFI fue 12,5% en el grupo 1, 35,7% en el grupo 2 y 69% en el grupo 3, presentando una tendencia lineal estadísticamente significativa ($p=0,002$).

CONCLUSIONES

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

Se observó que la probabilidad de embarazo espontáneo o con tratamiento de baja complejidad dentro de los 12 meses posteriores a la laparoscopia fue aumentando significativamente a medida que aumentaba la categorización del EFI. Esto nos permite considerar al EFI como una herramienta útil para estimar el pronóstico reproductivo de las pacientes infértiles con diagnóstico de endometriosis.

SUTURA BARBADA Y ENDOSUTURA CONVENCIONAL PARA EL CIERRE DE CÚPULA VAGINAL EN HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA. UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIZADO

Claudia Lopez, Jose Fernando De los Rios, Carolina Cifuentes, Luis Alberto Jiménez, Juan David Castañeda, Luis Almanza, Ricardo Vasquez, Jenifer Gonzalez, Daniel Serna. cclopezruiz@gmail.com

Clínica del Prado, Medellín, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sutura endoscópica con elaboración de nudos, requiere un alto nivel de destreza por parte del cirujano e incrementa de manera considerable el tiempo quirúrgico, en pruebas realizadas en modelos animales, se ha encontrado que la tensión obtenida en los nudos realizados mediante endosutura laparoscópica y robótica, es menor a la que se logra con sutura convencional, lo cual podría elevar el riesgo de sangrado posoperatorio, hematomas y dehiscencia de cúpula. Objetivo: Determinar el tiempo quirúrgico y las complicaciones al realizar el cierre de cúpula vaginal con sutura barbada o poliglactina 910 en pacientes sometidas a histerectomía total por laparoscopia por patología benigna.

MATERIALES Y MÉTODOS

Ensayo clínico controlado aleatorizado, desarrollado en una clínica privada en la ciudad de Medellín, Colombia durante el año 2016. Se aleatorizaron 150 mujeres, n=75 a sutura barbada (V Lock 2-0) o n=75 poliglactina 910 (Vicryl 0), todas con indicación de histerectomía laparoscópica por patología benigna, operadas con la técnica quirúrgica convencional. Se midió el tiempo quirúrgico y las complicaciones intra y posoperatorias. Las pacientes fueron evaluadas ambulatoriamente para evaluar su evolución a las 2 semanas posquirúrgicas y mediante entrevista telefónica a las 26 semanas, incluyendo evaluación de dispareunia.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico promedio fue de 68.93 (DE 24.0) minutos frente a 75.62 (DE 29.68) de sutura barbada vs Vycril (p 0.20). El tiempo promedio de la sutura de la cúpula fue 12.01 minutos (DE 5.37) vs 13.49 minutos (DE 6.48) de barbada frente a Vycril (p 0.96), la pérdida de sangre en ml fue de 31,56 (DE 22,93) frente a 30,82 (DE 21,75) de barbada frente a Vicryl (p 0.56). La frecuencia de eventos posoperatorios como: Hematoma, se encontró en 2 pacientes del grupo de sutura barbada, Celulitis de cúpula en 4 pacientes de cada grupo, Dehiscencia de cúpula en 1 paciente de cada grupo, 5 pacientes en el grupo de vicryl refirieron sangrado y 4 en el de sutura barbada, estos datos descritos no presentaron diferencia estadísticamente significativa, al igual que la presencia de fiebre, consulta por urgencias y requerimiento de hospitalización. Respecto a la dispareunia profunda interrogada a las 26 semanas posoperatorias, 13 pacientes refirieron presentarla en el grupo de vicryl vs. 11 en el grupo de sutura barbada y dispareunia referida por la pareja en 2 pacientes del grupo de vicryl y 1 en el grupo de sutura barbada, igualmente sin diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

El tiempo quirúrgico del cierre de la cúpula y la presencia de eventos adversos fueron similares en las pacientes utilizando sutura barbada frente a poliglactina 910.

¿ES LA HISTERECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA LA ELECCIÓN EN PACIENTES CON CARDIOMIOPATÍA DILATADA?

Jorge Darío López, Fernando Montoya, Dany Leandro Piedrahita, José Duván López, Ana Lucía Herrera, Juan Diego Villegas. lopezjd73@hotmail.com

Unidad de Laparoscopia Avanzada y Dolor Pélvico Crónico - ALGIA- Comfamiliar, Pereira, Risaralda, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía laparoscópica ha tenido gran auge por los beneficios: incisiones mas pequeñas, menor trauma tisular, sangrado, menor dolor, deambulación temprana y disminución de la morbimortalidad, esta tiene efectos hemodinámicos y respiratorios que son predecibles y tolerados por la mayoría de pacientes. A medida que se dispone de cirujanos con mejor entrenamiento en esta técnica quirúrgica sus usos se han extendido. Caso clínico de Histerectomía laparoscópica en una paciente con falla cardiaca severa, la técnica aunque no está formalmente contraindicada puede ser controversial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente con historia de SUA programada para HLT. En la evaluación anestésica se encuentra anemia ferropénica severa, y falla cardiaca. Ecocardiograma disfunción sistólica severa, FEVI 23 %, sin patología estructural, cateterismo y estudio electrofisiológico normal. Optimización farmacológica y hemotransfusión. Junta quirúrgica de alto riesgo decide abordaje laparoscópico. En cirugía optimización perioperatoria guiada por metas, monitoría hemodinámica, manejo vasoactivo milrinone y norepinefrina, procedimiento sin complicaciones. En el postoperatorio manejo en UCI, retiro progresivo del soporte vasoactivo, a las 48 horas es trasladada a hospitalización general y alta al 4 día postoperatorio, control ambulatorio con adecuada recuperación.

RESULTADOS

La histerectomía es una cirugía de uso frecuente en la patología benigna del útero, aproximadamente 600.000 por año. Indicaciones más frecuentes son miomas sintomáticos (40.7 %), endometriosis (17.7%), prolapso del piso pélvico (14.5%). Se reserva la vía abdominal para: 1. enfermedad cardiopulmonar por los riesgos del neumoperitoneo 2. Condiciones en que se requiera morcelación y se sospeche malignidad uterina. Vía abdominal requiere incisiones grandes, mayor frecuencia de complicaciones, infección, pérdida sanguínea y aumento de estancia hospitalaria. La vía laparoscópica se consideran la de elección. En pacientes de alto riesgo quirúrgico se ha demostrado que la optimización perioperatoria con monitoria continua, que permita guiar el manejo de los líquidos y vasoactivos disminuye la mortalidad. La cirugía laparoscópica tiene efectos hemodinámicos y respiratorios por el uso del neumoperitoneo y en ginecología por la posición de trendelenburg, cambios que pueden agravar el estado hemodinámico de los pacientes. Esto ha llevado a que los pacientes con pobre reserva funcional se evite el uso de cirugía laparoscópica ya que no pueden tolerar el stress hemodinámico impuesto, pero la vía abierta tiene postoperatorios de mayor riesgo por el dolor, reposo en cama, estado de hipercoagulabilidad, y alteraciones de la mecánica ventilatoria, que estarían

disminuidos o minimizados con el uso de cirugía menos invasiva. En la literatura hay reporte de casos de pacientes con obesidad mórbida, con falla cardíaca severa en manejo con asistencia ventricular a los que se les practica cirugía bariátrica o de vía biliar por vía laparoscópica.

CONCLUSIONES

Proponemos que la cirugía laparoscópica produce menos alteraciones hemodinámicas en el postoperatorio por lo que es una técnica que puede ser tenida en cuenta en pacientes en los que se ha descartado esta intervención. En nuestro caso la paciente recibió optimización y monitoria perioperatoria que permitió cuantificar los efectos hemodinámicos del neumoperitoneo y corregirlos en el intraoperatorio.

EXPERIENCIA DE EXTRACCIÓN DE MASAS PELVICAS POR COLPOTOMIA POSTERIOR: SERIE DE CASOS

Rodrigo Ernesto Rodríguez, Ángel David Miranda, Henry Octavio Rodríguez, Carlos Giovanni Castro Cuenca, Cesar Augusto Rendón Becerra, Catalina Agudelo.
rodrigoernestor@gmail.com

Hospital de San José - Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir la experiencia de extracción de masas pélvicas a través de una colpotomía posterior en mujeres llevadas a laparoscopia ginecológica por el grupo de Cirugía Endoscópica Ginecológica del Hospital de San José Centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Análisis de serie de casos Lugar del estudio: Hospital universitario de San José IV nivel de atención Pacientes: 12 pacientes a quienes se sometieron a laparoscopia ginecológica para la extracción de masas anexiales por medio de colpotomía posterior.

RESULTADOS

Mediciones y resultados principales: Se realizaron 12 extracciones de masas pélvicas por colpotomía posterior en un Hospital Universitario con indicación quirúrgica de resección de masa pélvica con abordaje laparoscópico. Se realizó un análisis de frecuencias, proporciones, promedios y desviaciones estándar de acuerdo al tipo de variable. La media de tiempo quirúrgico fue de 136 minutos (DS: 50.3). La media de la edad fue de 35 años (DS: 9). El 50% de las pacientes eran nulíparas. La media del tamaño de la masa pélvica fue de 53 mm (DS: 28.7), la de mayor tamaño fue de 13 cm que correspondía a un mioma suberoso, el 60% de los procedimientos fueron miomectomías. No se realizó ninguna conversión a laparotomía. No se presentaron complicaciones intra ni posoperatorias.

CONCLUSIONES

Conclusiones: La colpotomía posterior es una alternativa segura para la extracción de masas pélvicas y una alternativa a la morcelación para los miomas uterinos. Se requieren estudios prospectivos aleatorizados con un tamaño de muestra mayor que permitan evaluar la eficacia de la mejor opción de tratamiento.

ANALYSIS OF PERIOPERATIVE AND SURVIVAL OUTCOMES FOR OPEN VERSUS LAPAROSCOPIC STAGING FOR UTERINE SEROUS PAPILLARY CANCER

Nithya Gopal, Jeanette Voice, Eli Serur, Nisha Lakhi.
nithya.gopal611@gmail.com

Richmond University Medical Center, New York Medical College, Staten Island, United States.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Evaluation of perioperative, debulking, and survival outcomes in patients with uterine serous papillary cancer (USPC) managed by either open or laparoscopic staging.

MATERIALS AND METHODS

Eight year retrospective review of USPC cases managed by a single surgeon from June 2007-May 2015 by either open (OS) or laparoscopic (LS) staging. Intention-to-treat analysis was conducted using chi-square and t-test with statistical significance defined at $p < 0.05$. Estimates of progression free and overall survival were calculated using Kaplan-Meier plots.

RESULTS

A total of 59 patients with pathology confirmed USPC were identified. OS was performed on 37 patients (67.7%) and LS on 22 (37.3%). Conversion rate from LS to OS was 0%. Pathological stage ($p=0.430$), median age (68 years vs. 71, $p=0.80$), BMI (30.7 kg/m² vs. 28.4, $p=0.78$) and prior abdominal surgery rate (43% vs. 36%, $p=0.40$) were similar between OS and LS. There was no significant difference in operative time between OS and LS (196 minutes vs. 216 $p=0.561$), however median estimated blood loss (310 ml vs. 175, $p=0.048$) and hospital stay (4 days vs. 1, $p < 0.042$) were lower for LS. Intraoperative complications (2.7% (1/37) vs. 0% (0/22), $p=.37$) and post-operative adverse events (43.2% (16/37) vs. 36.4% (8/22), $p=.41$) were similar between OS and LS. Pelvic lymph node dissection (18 nodes vs. 16, $p=0.96$) and omentectomy (100% vs. 91%, $p= 0.08$) were performed when indicated. Neoadjuvant chemotherapy rates were similar for OS and LS, (13.5 % vs. 18.2 % $p=0.45$). Debulking to zero centimeters residual disease was achieved in 65.7 % OS vs. 90.5 % of LS ($p=0.10$). Post-operative adjuvant therapy was similar between OS and LS: brachytherapy (4.5% vs. 0.5% $p=0.36$), external beam radiation (30.3% vs 33.3% $p=0.63$), adjuvant chemotherapy (71.9% vs. 86.4%, $p=0.21$). Differences in median follow-up for OS and LS were non-significant, (13 [range 1-78] months vs. 19 [range 1-36] $p=0.898$). Overall survival (OS) and progression free survival (PFS) were similar for all stages via both approaches. (OS 89.2 % vs. 86.4% $p=0.746$, PFS 75.7% vs. 63.3%, $P=0.323$). The estimated 36 month progression free survival was almost identical in both arms at 55.3% vs. 53.3% ($p=.727$).

CONCLUSIONS

Similar debulking rates and OS and PFS demonstrate that LS for the management of USPC is feasible.

CIRUGÍA ASISTIDA POR ROBOT - EXPERIENCIA COLOMBIANA INICIAL EN GINECOLOGÍA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

Daniel Sanabria, Edison Ardila, Bayron Cardozo, Tatiana Palacios, Nicolás Rodríguez.
danielsanabriamd@me.com

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía mínimamente invasiva es el adelanto que mas ha favorecido la recuperación temprana. Sin embargo la laparoscopia se restringe a curvas de entrenamiento prolongadas y limitaciones técnicas que distan de la percepción del cirujano y el tejido en sus manos. El desarrollo de la ingeniería robótica propone a la cirugía asistida por robot como la herramienta a mejorar el panorama actual de la mínima invasión potenciando las habilidades del cirujano al ofrecer precisos, amplios y mejores movimientos quirúrgicos con menores tiempos de aprendizaje. El Objetivo de este trabajo es describir la experiencia inicial en nuestro país con 28 casos consecutivos de cirugía asistidas por robot en ginecología y ginecología oncológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe una serie de 28 casos de pacientes con patología ginecológica benigna y maligna que fueron llevadas a cirugía asistida por robot por el grupo de cirugía robótica en la Clínica los Nogales y la Fundación Santa Fe de Bogotá entre Septiembre de 2016 a Enero de 2017.

RESULTS

Los 28 casos fueron pacientes con cáncer ginecológico y patología benigna ginecológica. El promedio de edad fue de 46 años e IMC de 26. El tiempo total promedio en sala de operaciones fue de 219 minutos, mientras que el tiempo de consola fue de 149 minutos. El tiempo de docking fue de 12 minutos. Hubo 9 casos de cáncer de cuello uterino, 6 casos de cáncer endometrial, 3 casos de cáncer ovárico, 10 casos de patología benigna (miomatosis – hemorragia uterina anormal). No se convirtió a laparotomía ninguna paciente ni se presentaron complicaciones intraoperatorias. El promedio de sangrado fue de 90 cc y la estancia hospitalaria promedio fue de 1 día.

CONCLUSIONES

La cirugía asistida por Robot es una técnica factible, reproducible y con tasas de complicaciones similares o menores a la laparoscopia convencional. Se destaca como ventaja de la cirugía robótica tales como menor sangrado, la recuperación temprana de los pacientes y mejor control del dolor posoperatorio.

DETECCIÓN DE GANGLIO CENTINELA ASISTIDA POR ROBOT A PARTIR DEL USO DE VERDE INDOCIANINA: EXPERIENCIA INICIAL EN CÁNCER GINECOLÓGICO EN COLOMBIA

Daniel Sanabria, Edison Ardila. danielsanabriamd@me.com

Clínica Los Nogales - Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El ganglio centinela en cáncer endometrial y cervical ligado a las técnicas de mínima invasión disminuyen de forma importante la morbilidad asociada a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en las neoplasias ginecológicas. El objetivo de este trabajo es describir la técnica quirúrgica y resultados preliminares en la detección de ganglio centinela en pacientes con cáncer endometrial y de cuello uterino llevadas a cirugía asistida por robot.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe una serie de 6 casos de pacientes con cáncer endometrial y cervical llevadas a cirugía robótica en la Clínica los Nogales entre Septiembre de 2016 a Enero de 2017. A estas pacientes se les aplicó 4 cc de verde de indocianina intracervical durante la colocación del manipulador uterino, con posterior visualización vía robótica del medio fluorescente a los 15 minutos para detección de ganglio centinela. En todos los casos se completó el vaciamiento ganglionar. Se recopilaron los datos sociodemográficos y clínicos, incluyendo resultado histopatológico en una base diseñada para tal fin.

RESULTADOS

El procedimiento se llevó a cabo en 4 pacientes con cáncer de cérvix y 2 con cáncer endometrial. La edad promedio fue 44 años. A todas se les realizó linfadenectomía pélvica y en cinco además se incluyó linfadenectomía para-aórtica. No hubo complicaciones intraquirúrgicas o tempranas. Solo una presentó una colección en cúpula vaginal al día 11 postgreso. Dentro de todos los casos, una sola paciente fue reportada con ganglios positivos siendo el ganglio mapeado negativo en los cortes de patología

CONCLUSIONES

Se presenta la experiencia en el mapeo de ganglio centinela con verde de indocianina en la institución. El aumento en el número de casos fomentará la introducción de esta técnica dentro de futuros escenarios de investigación, que permita su implementación para el manejo del cáncer ginecológico, logrando beneficios ya documentados en la literatura mundial.

HISTERECTOMÍA RADICAL EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO ASISTIDA POR ROBOT: UNA SERIE DE CASOS

Daniel Sanabria, Edison Ardila. danielsanabriamd@me.com

Clínica Los Nogales - Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de cuello uterino es el tumor maligno ginecológico más frecuente en nuestro medio. La cirugía radical de esta patología requiere un gran conocimiento anatómico y destreza quirúrgica para alcanzar los objetivos oncológicos con la menor tasa de complicaciones para la paciente en el peri y postoperatorio. El objetivo de esta publicación es describir la técnica quirúrgica y los resultados preliminares en la cirugía radical para cáncer de cuello uterino en estadio temprano asistidas por Robot.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe una serie de 7 casos de pacientes con cáncer cervical llevadas a cirugía asistida por robot en la Clínica los Nogales entre Septiembre de 2016 a Enero de 2017, se recogieron datos epidemiológicos y se completaron variables relacionadas con el procedimiento quirúrgico.

RESULTADOS

Se describen 7 pacientes llevados a histerectomía radical con edad promedio de 44 años a todas las pacientes se les completo procedimiento con la realización de linfadenectomía pélvica bilateral. El índice de masa corporal promedio fue de 27. 6 de las pacientes eran multíparas y 2 de ellas tenían antecedente de cirugía abdominal previa. En todas se realizó histerectomía tipo C1. El tiempo promedio de cirugía fue de 220 minutos con un sangrado que se encuentra entre 50 y 100 centímetros cúbicos. Ninguna de las pacientes cumplió criterios para tratamiento adyuvante con adecuados márgenes en todas. El recuento ganglionar pélvico promedio fue de 28 ganglios sin presentarse ninguna complicación en las 7 pacientes presentadas.

CONCLUSIONES

La cirugía Radical para cáncer de Cuello Uterino es factible y equiparable con la cirugía endoscópica convencional. Brinda las ventajas de la cirugía robótica como menor pérdida sanguínea recuperación temprana de las pacientes, dolor posquirúrgico bajo y recuentos ganglionares satisfactorios para los objetivos oncológicos deseados.

HIGH PROLACTIN LEVELS ARE ASSOCIATED WITH PRESENCE OF ENDOMETRIOSIS IN INFERTILE VENEZUELAN WOMEN. A CONTROLLED CLINICAL TRIAL

Luis A. Sanchez, Marilda Perez, Daniela Mautone, Maria E. Martucci, Lorena Lanz.
sanlua2000@yahoo.com

Caracas Fertility Center. Policlinica Metropolitana, Caracas, Venezuela.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Endometriosis is the most common gynecological benign disease affecting approximately 10-15% of reproductive age women and frequently (30±60%) is associated with infertility. The overall prevalence of endometriosis in women undergoing a laparoscopy for the evaluation of infertility is 9-50%. Prolactin might play an important role in promoting neovascularization and cell proliferation during formation of endometriosis. We have hypothesized that endometriosis women would have higher prolactin levels than control women without the disease. Objective was to determine the clinical, metabolic and hormonal profile of women with endometriosis compare to a control population.

MATERIALS AND METHODS

A total of 54 women who had laparoscopy for infertility evaluation and endometriosis were compared to 21 control women having laparoscopy for another reasons. Evaluation included a detailed physical examination, OGTT, measuring of total and free testosterone, luteal phase progesterone, TSH, prolactin, FSH, LH, and estradiol levels. Comparisons were performed between study and control group for physical and laboratory variables.

RESULTS

Both groups were comparable in clinical variables, including age, body mass index (BMI), and infertility length. Some hormonal variables did not demonstrated significant differences between Endometriosis and Control Group: (TSH, 1.85 mUI/ml vs 1.97 mUI/ml; Estradiol, 71.58 pg/ml vs 82.15 pg/ml; Progesterone 10.07 ng/ml vs 9.20 ng/ml; FSH, 7.72 mUI/ml vs 6.36 mUI/ml; LH, 7.81 mUI/ml vs 11.62 mUI/ml; Total testosterone, 45.85 ng/dl vs 35.53 ng/dl; Free testosterone, 0.88 pg/ml vs 1.12 pg/ml). Prolactin levels demonstrated significant between groups differences (30.42 ng/ml in the endometriosis group vs 14.86 ng/ml in the control group –P ≤0.02-). On the OGTT it was demonstrated that women with endometriosis have significantly lower levels of insulin at 30 and 120 minutes and basal glucose compared to control group (5.51 μUI/ml vs 83.03 μUI/ml; 43.61 μUI/ml vs 58.41 μUI/ml; 86.90 mg/dl vs 91.2 mg/dl). Myomas were more frequently found in control group (76.19%) than in endometriosis group (35.8%), p= 0.002.

CONCLUSIONS

We have demonstrated that in women with infertility, those having presence of endometriosis have higher prolactin levels than those without this condition. Whether this association is a causal one, remains to be determined, but prolactin is an angiogenic factor which has been involved in generation of several pathological conditions. We also have found that women with endometriosis are less insulin resistant and have myomas with lower frequency than our control group.

MANEJO DEL SÍNDROME DE HEMIVAGINA OBSTRUIDA Y ANORMALIDAD RENAL IPSILATERAL (OHVIRA): PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sara Milena Velandia Puerto, Pedro Wilfredo Perdomo Tejada, Maria Consuelo Forero Remolina. dra.saramilenaavelandiapuerto@hotmail.com

Centro Policlínico del Olaya, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome OHVIRA también conocido como síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, es una malformación mülleriana, de baja incidencia, reportada por primera vez en 1922. Es un desafío incluso para los ginecólogos más experimentados dado a su variabilidad en la presentación clínica. La demora en su diagnóstico aumenta las complicaciones agudas, crónicas y futuro reproductivo. Con el siguiente caso se pretende documentar, describir el proceso diagnóstico y terapéutico realizado, al igual que se analizaran las características propias de esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación de un Caso y revisión de La Literatura, Análisis Retrospectivo.

RESULTADOS

Paciente femenina de 12 años que consulto al servicio de urgencias por cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en dolor abdominal a nivel de hipogastrio, asociado a poliaquiuria y fiebre no cuantificada del mismo tiempo de evolución, sin otra sintomatología de importancia. Antecedentes ginecológicos: menarquia 12 años (hace 3 meses), fum: 08/01/2017, no inicio vida sexual, sin otros antecedentes de importancia. Al examen físico TA: 100/60 mmHg FC: 105 lpm FR: 20 rpm. Temperatura: 37°C, Peso: 53 kg Talla: 1.51 cm. Mamas tanner 2, vello axilar presente, vello púbico tanner 3. Genitales externos de nulípara virgen himen perforado, tacto vaginal unidigital vagina permeable no es posible encontrar cuello pero se toca masa ocupando el fondo de saco anterior y posterior de más o menos 5 cm , no hay sangrado, resto del examen sin alteraciones. Laboratorios con Wbc: 8.720, Neu: 69%, Hb: 13, Hct: 39%, Plt: 303.000. Creatinina: 0.74, Bun: 8.27, Uroanálisis: negativo, Gram orina: negativo. Ultrasonografía abdominal total: Agenesia renal izquierda, útero en anteroversoflexión, se observa colección localizada en el canal vaginal que mide 80x74x82 mm. Volumen 260 cc. Compatible a hematocolpos. RM de pelvis: Evencia de útero didelfo bicollis. Hemivagina izquierda distendida con colección sugestiva a hematocolpos limitada por un tabique transverso. Se considera paciente cursa con malformación mülleriana. Es llevada a vagino-histeroscopia, encontrando útero didelfo con cuellos uterinos independientes, septo vaginal transverso que oblitera el orificio cervical del hemi-utero izquierdo, se realiza incisión con bisturí y se amplía con electrobisturi. Se drena colección de sangre con volumen aproximado de 200 cc. Al ingresar a cavidad uterina se encuentra hipotrofica en comparación de la derecha. Procedimiento, sin complicaciones. Paciente con evolución clínica satisfactoria con egreso posterior.

CONCLUSIONES

El síndrome de ohvira es una entidad rara de difícil diagnóstico debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas, por lo que es necesario un alto índice de sospecha ante cualquier incidencia de malformaciones müllerianas. Hallazgos incidentales

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

como la agenesia o alteraciones renales, deben hacer sospechar al clínico de estas patologías. La RM es el estudio diagnóstico de elección. Pueden presentarse complicaciones como hematosalpinx, piosalpinx, pelviperitonitis, endometriosis, adherencias pélvicas, hematometrocolpos y riesgos obstétricos secundarios, los cuales pueden reducirse con un manejo temprano. Su tratamiento consiste en la resección del tabique hemivaginal y drenaje del hematocolpos lo que mejora de manera significativa el cuadro clínico y pronóstico de estas pacientes.

IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA ULTRARADICAL EN CÁNCER DE OVARIO

Jairo Mendoza Quevedo. doncairaco@yahoo.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cantidad de enfermedad residual luego de la cirugía citorreductora, es el principal predictor de supervivencia en pacientes con cáncer de ovario avanzado, al igual que la sensibilidad a los platinos. Pero tan solo el 42 – 45 % de los pacientes reciben citoreducción óptima en las series de casos observadas. La resección quirúrgica agresiva no está relacionada con el empeoramiento del pronóstico oncológico de la paciente. La cirugía citorreductora es la piedra angular del manejo de los pacientes con cáncer de ovario avanzado, donde se debe buscar la citoreducción completa. Está demostrado que el mayor esfuerzo quirúrgico impacta positivamente la sobrevida. Se ha probado además que la quimioterapia neo adyuvante no es inferior a la cirugía cito reductora primaria en cuanto a sobrevida libre de progresión y sobrevida global. OBJETIVOS: Mostrar cómo, mediante el uso de la quimioterapia neo adyuvante se puede convertir una paciente con cáncer de ovario en estadios avanzados, inicialmente irresecable en una paciente susceptible de citoreducción completa, lo que mejorará su pronóstico a largo plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se hace una revisión de un caso clínico de una paciente de nuestro servicio con cáncer de ovario avanzado y una breve revisión de la literatura. Con presentación de la misma en Power Point, en el marco del 13 AAGL International Congress.

RESULTADOS

Se logra demostrar la posibilidad de citoreducción óptima en pacientes inicialmente irresecables desde el punto de vista quirúrgico. Mediante el uso de la quimioterapia neo adyuvante.

CONCLUSIONES

Se demuestra que la citoreducción completa es el estándar de tratamiento de las pacientes con cáncer de ovario avanzado y la quimioterapia neo adyuvante es una herramienta útil en el manejo de dichas pacientes y que no es inferior a la cirugía citorreductora primaria en paciente con cáncer de ovario avanzado, en cuanto a sobrevida global y sobrevida libre de progresión.

TRASPLANTE UTERINO: ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE PEDÍCULOS UTERINOS EN PACIENTE DONANTE

Daniel Sanabria Serrano, Tatiana Palacios, Ricardo Rueda Saez
Nicolas Rodriguez. danielsanabriamd@gmail.com

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se considera que 1 de cada 500 mujeres presenta ausencia de factor uterino como motivo de infertilidad, lo que lleva a estimar que aproximadamente 1.5 millones de mujeres con deseo reproductivo en el mundo carecen de útero de forma congénita. Otro número importante de paciente es sometida a histerectomías por patología benigna u oncológica sin completar su paridad. La Organización Mundial de la Salud, en virtud del acceso a la salud como medio para el desarrollo mundial, reconoce a la “infertilidad como un problema de salud global y universal, donde se debe establecer el acceso a la salud reproductiva como uno de los Objetivos del Milenio del Desarrollo de las Naciones Unidas para el año 2015.” La experiencia sueca en trasplante uterino se ha demostrado en los últimos años su factibilidad y reproducibilidad. Es una alternativa en un grupo escogido de pacientes con deseo de fertilidad. El rescate del órgano a trasplantar es un procedimiento complejo que requiere gran habilidad quirúrgica y especial cuidado de las diferentes estructuras especialmente los pedículos vasculares uterinos. El procedimiento de rescate en la donante convencionalmente se realiza bajo laparotomía mediana. Se propone un abordaje endoscópico para tal fin evaluando la factibilidad especialmente de preservación de pedículos uterinos vasculares. Objetivo: describir la técnica quirúrgica de abordaje endoscópico para el rescate uterino en la paciente donante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se expone la experiencia inicial en modelos animales de trasplante uterino en Colombia. Así mismo se describe la técnica quirúrgica en pacientes sanas llevadas a cirugía por patología benigna en donde se realiza abordaje de pedículos uterinos vasculares por vía endoscópica. Se describen los pasos para rescate uterino por vía endoscópica y posibles beneficios.

RESULTADOS

Se realizan el trasplante exitoso de dos modelos animales bovinos por laparotomía en grupo interdisciplinario compuesto por Ginecología Oncológica, cirugía de trasplante y grupo de reproducción. Se realiza procedimiento tipo Histerectomía Radical C1 con presentación de Venas Uterinas. No se presentan complicaciones con sangrado mínimo. Video y gráficas

CONCLUSIONES

La vía endoscópica puede ser una opción viable en el rescate uterino. Se requieren mayor número de casos para demostrar la seguridad y estandarización del procedimiento.

HISTEROEMBRIOSCOPIA EN ABORTO RETENIDO

Orlando A. Villamizar. oraviga@hotmail.com

Clínica Santa Ana, Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Histeroembrioscopia, en casos de Aborto Retenido, permite la visualización directa del embrión, muerto in útero, antes de ser afectado por el daño causado en la evacuación instrumental o espontánea. De acuerdo a la literatura existente se reporta que: Los Cariotipos realizados de biopsias tomadas directamente por histeroembrioscopia en abortos retenidos, fueron más exactos que aquellos tomados del material de curetaje y se evita la contaminación con material genético de la madre. Proporciona una oportunidad única para observar el desarrollo embrionario, la presencia de anomalías morfológicas y la toma de tejido del mismo y/o de vellosidades coriales, para estudio genético. Ha sido sugerida como el estudio complementario en la etiología del aborto retenido. Resalta el beneficio de la consejería genética de la pareja y la posibilidad de plantear un pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo dirigido a pacientes con diagnóstico ecográfico de Aborto Retenido o Huevo anembrionado a quienes se les explicó el objetivo y finalidad del procedimiento. Procedimiento en sala de cirugía con anestesia general. Se usó el Histeroscopio "Set de Bettocchi", no dilatación cervical. Medio de distensión: Solución Salina con insufladores manuales. Ubicación del saco gestacional. Apertura del Corion, y del amnios. Visualización y evaluación morfológica del embrión (grabación del video para re observación del embrión) Toma de biopsia de embrión y/o Vellosoidad corial. Envío de muestras para FISH o MLPA. Se complementó con Legrado Obstétrico. Procedimiento ambulatorio.

RESULTADOS

35 pacientes 18 con alteraciones genéticas: 51.4% 7 XX 20.0% 10 XY 28.6%. Estudios Genéticos Anormales Trisomía X XY Tetraploide Trisomía 13, Síndrome de Patau Trisomía 14 Monosomía X, Síndrome de Turner Trisomía 14 Monosomía X Síndrome de Turner Trisomía 18 Trisomía 18 Trisomía 14 Trisomía 21, Síndrome de Down Polisomía 4, 13 y 20 Trisomía 22 Trisomía 4 y trisomía parcial del cromosoma 8 47 XX + 13. Trisomía 13 Trisomía 13 Trisomía X. Trisomía X y 15 Alteraciones morfológicas observadas Probocides Defectos de cierre de columna Macroglosia Lesiones del macizo facial. Higroma quístico. En las cuatro primeras alteraciones se coincidió con alteraciones genéticas. El higroma resulto un embrión 46XY.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, a pesar del poco número de pacientes evaluados, se confirma la presencia de alteraciones genéticas del embrión en un 51% de los casos. Se evidencia la presencia de alteraciones morfológicas que se correlacionan con el resultado genético anormal en la mayoría de las observadas pero también se observó un alteración morfológica en un embrión con cariotipo normal. Consideramos el de alto valor diagnóstico y pronóstico en Abortadora Recurrente. Se recomienda y estamos trabajando para implementar un estudio con mayor número de pacientes.

EXPERIENCIA GINECOLÓGICA EN LA LINFADENECTOMIA PÉLVICA Y PARAAORTICA ASISTIDA POR ROBOT

Daniel Sanabria Serrano, Tatiana Palacios, Edison Ardila, Nicolás Rodríguez.
danielsanabriad@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La linfadenectomía es un procedimiento de obligatoriedad en el manejo de cáncer ginecológico. La cirugía asistida por robot potencia las habilidades del cirujano al ofrecer movimientos más precisos y amplios con una curva de aprendizaje menor. Con este trabajo se da a conocer la experiencia ginecológica inicial en la realización de linfadenectomía pélvica y paraaórtica asistida por robot.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe una serie de catorce casos de pacientes con cáncer ginecológico en quienes se realizó linfadenectomía pélvica y paraaórtica laparoscópica asistida por robot entre agosto de 2016 y enero de 2017.

RESULTADOS

Se exponen catorce casos de mujeres con cáncer ginecológico; 42.8% cáncer de endometrio, 50% cáncer de cérvix y un caso de cáncer de ovario que representa el 7.1% de la población. En las características demográficas de las pacientes encontramos un promedio de 47 años de edad, con un índice de masa corporal con rangos de 21 a 38. El 42.8% de las pacientes presentaban cirugía abdominal previa y el 93% de ellas eran multíparas. Con respecto a los tipos de procedimientos realizados el 50% de las pacientes fueron llevadas a linfadenectomía pélvica y paraaórtica según indicación, en el otro 50% se realizó solamente linfaadenectomia pélvica. La hysterectomía + salpingooforectomía fue llevada a cabo en el 92.8% de las pacientes; de estas fueron llevadas 6 a hysterectomía radical. En 1 paciente se abortó la hysterectomía radical por presencia de compromiso ganglionar durante la exploración de los espacios pélvicos y se completó la clasificación quirúrgica de cáncer de cuello uterino con linfadenectomía para-aórtica transperitoneal asistida por robot. La detección de ganglio centinela se realizó en el 42.85% de los casos usando verde de indocianina. En total se contó con un recuento ganglionar promedio de 17 ganglios paraaórticos y 25.7 ganglios pélvicos por paciente. El tiempo quirúrgico promedio (tiempo de consola) fue de 203 minutos. Se utilizaron 3 brazos robóticos en los casos de linfadenectomía pélvica exclusiva y 4 brazos robóticos al incluir la linfadenectomía para-aórtica. El promedio de sangrado intraoperatorio fue de 79 cc, no hubo necesidad de convertir ningún procedimiento quirúrgico y no se presentaron complicaciones intraoperatorias. El tiempo de estancia hospitalaria post operatoria fue de 1 día. Se midió el dolor post operatorio por medio de escala visual análoga, encontrando que todas las pacientes presentaban adecuado control del dolor, con un puntaje menor de 3 sobre 10. No se presentaron complicaciones tempranas y se presentó una complicación tardía que fue una colección de cúpula vaginal que se resolvió de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

La cirugía asistida por robot permite una mayor visión, disección y disminución de

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

sangrado en la linfadenectomía pélvica y para aórtica. Se evidencia que los recuentos ganglionares aumentan conforme avanza la curva de aprendizaje en cirugía robótica y sobrepasan los recuentos ganglionares históricos reportados en la literatura.

CÁNCER DE OVARIO: UNA MIRADA DESDE LA MÍNIMA INVASIÓN

Daniel Sanabria Serrano, Adriana Páez, Edison Ardila. danielsanabriad@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de ovario es el cáncer ginecológico de mayor letalidad. La mayoría de los diagnósticos se realizan en estadios Avanzados. La cirugía es uno de pilares fundamental en el tratamiento y convencionalmente es una patología de manejo quirúrgico por laparotomía. Describir el papel actual de la cirugía de Mínima Invasión en el diagnóstico, estadificación y citorreducción del cáncer de ovario.

MATERIALS Y MÉTODOS

Se demuestra experiencia clínica en pacientes con Cáncer de Ovario en los diferentes estadios con diversidad de procedimientos aplicables desde la mínima invasión.

RESULTADOS

Se describe el abordaje desde la mínima invasión del cáncer de ovario en diferentes tópicos: Laparoscopia en estadios tempranos Laparoscopia en estadios avanzados e índice de carcinomatosis Citorreducción Re-estadificación

CONCLUSIONES

La cirugía de mínima invasión es factible y reproducible en cáncer de ovario. En pacientes seleccionadas es una herramienta con resultados no inferiores a la laparotomía con menos comorbilidades asociadas que la laparotomía.

TRASPLANTE DE ÚTERO FASE EXPERIMENTAL EN OVEJAS. REPORTE PRELIMINAR

Wendy Belén Castro Hernández, Emanuel Sánchez Ávalos, Martha Isolina Garcia Amador, Luis Arturo Ruvalcaba Castellón, Edwin Ramírez, Roberto Enrique Diaz González. matucastro1@hotmail.com

Instituto Mexicano de Infertilidad, Guadalajara, Jalisco, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trasplante de útero ha revolucionado las expectativas de maternidad en pacientes con Síndrome de Mayer Rokitansky Küster Hauser. En México recientemente hemos comenzado con la fase experimental en animales. Objetivo: Detallar la experiencia de útero trasplante (UTx) autólogo en ovejas en centro de colaboración adjunto de la Universidad de Guadalajara (UdG), en el ensayo de habilidades quirúrgicas específicas previo a su realización en humanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Técnica Quirúrgica: Realizamos trasplante autólogo en 7 ovejas. Mediante laparotomía llegamos a la visualización de útero, con equipo microquirúrgico pinzamos, ligamos y cortamos ligamentos redondos, disecamos vasos uterinos y arterias iliacas externas bilaterales. Pinzamos cérvix e incidimos 2cms por debajo en fondo de saco vaginal y referimos con riendas de sutura los ángulos de la cúpula vaginal. Seguidamente, colocamos clamps en los vasos uterinos previamente esqueletizados para cortarlos. Realizamos corte sagital de la arteria uterina y pinzamos para anastomosar con arteria iliaca externa. Mismo procedimiento contralateral. Verificamos perfusión mediante coloración rosácea y hemostasia.

RESULTADOS

Resultados: Una oveja falleció en el transoperatorio. Otra un mes después y una tercera sufrió lesión de miembros inferiores. En laparoscopías de control, el hallazgo más frecuente fue la presencia de adherencias. En la última oveja se apreció adecuada coloración de ambos cuernos y presencia de moco a nivel vaginal. En el próximo ciclo será preparada para realizar transferencia de embrión con la finalidad de conseguir gestación.

CONCLUSIONES

Conclusión Mediante algunos cambios en la técnica del trasplante y la adquisición de mayor habilidad quirúrgica en el modelo animal hemos conseguido resultados alentadores. Consideramos que el ensayo clínico en modelo animal es un precedente importante para la realización de un protocolo estructurado que nos lleve a concretar el primer trasplante de útero en humanos en México.

EFFECTIVIDAD DE LA SUTURA EN UN SÓLO PLANO DEL LECHO DE ENUCLEACIÓN EN MIOMECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Martha Isolina García Amador, Roberto Díaz González, Wendy Castro Hernández, María Teresa Ulloa Azpeitia, Emanuel Sánchez Ávalos, Víctor Moreno Palacio y Luis Arturo Ruvalcaba Castellón. mgarciaamador@yahoo.com

Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI), Guadalajara, Jalisco, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos femeninos más comunes. En edad reproductiva tienen una prevalencia del 20 al 40%. Miomectomía laparoscópica ha sido reportada desde 1979, con cierto predominio a favor de sutura en doble plano. Objetivo: Evaluar la efectividad de la sutura con puntos imbricantes en un solo plano del lecho quirúrgico del mioma enucleado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Materiales y Método: Estudio retrospectivo, observacional realizado en el Instituto Mexicano de Infertilidad (IMI) de enero del 2011 a diciembre del 2013. Incluye las pacientes intervenidas para miomectomía por vía laparoscópica en ese período. El diagnóstico se realizó mediante ecografía transvaginal previa. Intervención: Miomectomía laparoscópica y sutura con puntos separados imbricantes en un sólo plano. Técnica quirúrgica: Paciente canalizada, en posición de litotomía, piernas en ángulo recto y abducción. Realizamos asepsia de región abdominal, colocamos campos estériles. Incidimos piel del ombligo en forma longitudinal, con Kocher tracción en tienda de la fascia para introducir aguja de Verres, Insuflamos cavidad con CO₂, introducimos trocares principal y accesorios. Introducimos cámara a través de trocar principal, visualizamos órganos pélvicos, identificamos útero, realizamos percromotubación mediante instilación transcervical de azul de metileno. Infiltramos la superficie del mioma con vasopresina (1:10), aquéllos < 2 se incidieron linealmente, en mayores realizamos incisión en huso u ojal. Disecamos hasta plano de clivaje, enucleamos el mioma por tracción y contratracción. Sutura del lecho con (monocryl - 1 aguja ct-1), puntos separados imbricantes en un sólo plano. Variables analizadas: Edad, índice de masa corporal (IMC), tamaño, número y localización de los miomas, parámetros seminales, técnicas de reproducción. • Índice de Masa Corporal (IMC): Fue calculado por peso/talla². • Parámetros seminales: Según la OMS (2010)². • La miomatosis fue clasificada según diámetro y localización. Análisis Estadístico: Se realizó mediante prueba F, t de student y correlación de Pearson (r). Un valor de p ≤ 0.05 fue considerado significativo.

RESULTADOS

Intervenimos para miomectomía por vía laparoscópica 97 pacientes con edad promedio de 34.2 ± 4.57 (Cuadro 1). Realizamos exéresis de 161 miomas, un promedio de 1.65 ± 1 en pacientes no infértiles y 1.73 ± 1 en infértiles. Realizamos un plano sutura en 95/97, doble plano solamente en 2 casos por afección de cavidad. Presentaban infertilidad 81.44% (n=79). El IMC fue correlacionado positivamente con la posibilidad de más de 2 miomas y mayor tamaño (r=0.11, n=97). De igual manera menor edad con la probabilidad de tener más de 2 miomas y de mayor tamaño (r=0.18, n=97) (Cuadro 2). En el grupo de infértiles logramos nacido vivo posterior a la cirugía en (34/79) (43%), 58% mediante ICSI. En el gráfico 1 observamos tiempo de espera

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

para el logro de embarazo por grupos de edad. Los embarazos fueron interrumpidos por cesárea.

CONCLUSIONES

La sutura del lecho del mioma enucleado con puntos separados imbricantes en un sólo plano resulta efectivo y seguro, a juzgar por la ausencia de complicaciones post-miomectomía y los resultados obstétricos en pacientes con embarazo posterior.

TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO DEL OVARIO, PATRÓN TRABECULAR. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Wilson Múnera Pineda, Jose Fernando Polo Nieto, Luis Orlando Puentes Puentes.
wilson.munera@hotmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Mujer de 49 años con cuadro clínico de dolor pélvico de 6 meses de evolución, realizan ecografía transvaginal (3/12/2016) que reporta útero de configuración normal reporta anexo izquierdo imagen de 48 x 43 x 46 mm posible mioma pediculado vs fibroma, o tcoma. Marcadores tumorales para ovario; BHCG negativa, ACE de 1ng/ml, CA 125 de 13U/ml, AFP de 1.2ng/ml, LDH normal AP: no AGO: G3P3A0 AQX: tubectomía tipo pomero por laparotomía Al examen físico Abdomen no se palpan masas, dolor leve en fosa ilíaca izquierda, al tacto vaginal; útero de 9 cm en AVF móvil, anexo izquierdo se encuentra ocupado por lesión fija al parecer hace cuerpo con el útero, dolor moderado. Realizan TAC de pelvis contrastada (13/04/2017) masa sólida anexial izquierda no invasiva relacionada con el cuerno uterino, no se identifica ovario correspondiente, sugieren RNM realizada el 15/5/2017 que reporta masa solida anexial izquierda de 56 x 44 x 48 mm que sugiere fibroma vs fibrotecoma. Se realiza resección de tumor de ovario el 9/9/2016 Hallazgos intraoperatorios; útero de aspecto normal lesión anexial izquierda de aproximadamente 6 cm dura, libre, no lesiones sobre la superficie no ascitis, ovario contralateral normal no otros hallazgos Biopsia por congelación neoplasia maligna, se realiza histerectomía abdominal + salpingooforectomía contralateral y linfadenectomía pélvica y omentectomía Buena evolución postoperatoria Resultado de patología protocolo 1608383 : Tumor neuroendocrino bien diferenciado (carcinoide típico), patrón: trabecular. Índice mitótico: 1%, necrosis: ausente, KI 67: 1%, elementos asociados tipo teratoma: no evidentes Inmunohistoquímica: AE1/AE3, cromogranina, sinaptofisina y CD56 positivos Inhibina, calretinina, GATA 3, CK7, CK 20, TTF1, CDX2, PAX8 y WT1, PAX 8 negativos Junta médica ginecología oncológica y oncología clínica: tumor primario vs metastásico con primario desconocido. Asintomática, se inicia rastreo. EDS: Gastropatía crónica, Bx negativas Colonoscopia total: normal PET-CT (12/2016): adenopatías hipermetabólicas de aspecto metastásico en cadenas ilíacas externas derechas TAC de tórax (1/2017) negativo Se programa para rastreo pélvico y linfadenectomía paraórtica por laparoscopia (pendiente cirugía). Revisión de la literatura Objetivos Describir el caso y reporte de la literatura existente en este tipo de tumores de presentación ocasional en el ovario

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza búsqueda en MEDLINE, PUBMED; SCIELO.

RESULTADOS

Primer caso descrito en la literatura Latino Americana y uno de los pocos casos de la literatura mundial que ha sido tan extensamente estudiada

CONCLUSIONES

La importancia radica en que es el primer reporte en la literatura de Colombia y Latino América de un caso de tumor neuroendocrino del ovario primario y de patrón trabecular. En la literatura china hasta el 2010 sólo se habían registrado 6 casos, dos

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

de los cuales no asociados a elementos de teratoma. A nivel mundial se han reportado menos de 50 casos y este caso probablemente sea el que más exámenes de extensión y estudios de inmunohistoquímica que se hayan realizado para excluir la enfermedad metastásica de otros órganos como tracto gastrointestinal y pulmonar y además con exámenes de extensión como resonancia, tomografía y PET lo cual nos permite aseverar con mayor seguridad que seguridad que se trata de un tumor neuroendocrino primario del ovario

HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON MORCELADOR EN MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS

Jesus Emmanuel Silva, Luis Ernesto Gallardo, Jaime Claudio Granados, Alba Fernanda Aguilar. dr.jesus.silva@hotmail.com

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Miomatosis Uterina, son tumores benignos de músculo liso, cuyo riesgo de malignización es <1%. Pueden ser catalogados: Según su anatomía en Submucosos, Intramurales y Subserosos; Según su tamaño en Pequeños Elementos (= <2 cm de diámetro), Medianos Elementos (>2 cm a 6cm de diámetro), Grandes Elementos (>6 cm a 20cm de diámetro) y Gigante (>20 cm de diámetro). La edad con mayor incidencia es 35 a 45 años de edad; los Factores de Riesgo más importantes son: pacientes nulíparas, con obesidad o sobrepeso, menarca temprana, menopausia tardía, tumores ováricos productores de estrógenos, anticoncepción hormonal, estrógenos exógenos. Hasta un 50% de las pacientes son asintomáticas; sangrado uterino anormal, y dolor pélvico crónico son los principales síntomas. El tratamiento quirúrgico, incluye miomectomía o histerectomía, reservando la vía laparoscópica para la miomatosis uterina de pequeños elementos principalmente. Estudios con casuística adecuada sugieren manejo laparoscópico en miomatosis de grandes elementos, e incluso miomatosis gigante, sin aumentar el riesgo quirúrgico, proporcionando los beneficios de la mínima invasión. En nuestro caso no fue posible extraer la pieza quirúrgica vía vaginal debido al tamaño, secundario a la miomatosis, por lo cual modificamos la técnica habitual, extrayendo la pieza mediante morcelación, sin modificar negativamente el pronóstico de la paciente, evadiendo una laparotomía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 47 años, sin antecedentes heredofamiliares, 2 miomectomías por laparotomía previas. Menarca 11 años, ciclos menstruales irregulares, nuligesta sin uso de anticonceptivos. Cuadro clínico: Sangrado Uterino Anormal, Dolor Pélvico y Distensión Abdominal con Constipación. Ultrasonido Transvaginal: útero de 14.5*14*10.7cm, con la presencia de 7 miomas visibles, dos de ellos catalogados radiográficamente como de “grandes elementos” con 65 y 72mm de diámetro. Anexos no visibles por imagen uterina. Ante el diagnóstico de Miomatosis Uterina Múltiple de Medianos y Grandes Elementos, se decide realizar una Histerectomía Total Laparoscópica asistida con Morcelador. Técnica quirúrgica: Laparoscopia con una incisión principal supraumbilical de 5mm y 3 puertos accesorios, dos de 5mm localizados uno en fosa iliaca derecha, otro suprapúbico; finalmente un trocar de 12mm en fosa iliaca izquierda, como puerto de Morcelador. Se realiza histerectomía total laparoscópica, con modificaciones propias asociadas a tamaño uterino. Cierre de cúpula con puntos continuos. Finalmente se morcela la pieza quirúrgica sin complicación.

RESULTADOS

Sin complicaciones transoperatorias o postoperatorias. Tiempo quirúrgico 2:30hrs. Sangrado transoperatorio: 200cc. Hospitalización: 48hrs. Dolor Leve según la Escala Visual Analógica (EVA 1–2) durante la estancia hospitalaria. Seguimiento a 1 semana sin alteración, con heridas quirúrgicas en proceso de cicatrización y 1 mes sin alteración, con cúpula vaginal en proceso de cicatrización.

CONCLUSIONES

La Histerectomía Total Laparoscópica Asistida con Morcelador, es una opción de mínima invasión viable como tratamiento en la Miomatosis Uterina de Grandes Elementos. Se conservan los beneficios de la laparoscopia como: menor sangrado, tiempo de hospitalización, tiempo de recuperación y dolor postoperatorio. Es importante la valoración adecuada de cada paciente, incluyendo una buena anamnesis y estudios de gabinete adecuados como apoyo a nuestro diagnóstico de benignidad, debido al riesgo que existe de esparcir células cancerígenas durante la morcelación en caso de patología oncológica oculta.

HISTERECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO (CONUTA CLASE III B C3 V0)

Jaime Claudio Granados, Jesus Emmanuel Silva, Sergio Yaspik, Oscar Alejandro Mancera. klaumarin@gmail.com

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las malformaciones Müllerianas una de las principales causas de infertilidad en la población femenina se dividen desde el inicio de su estudio en 7 tipos según la clasificación americana del estudio de la infertilidad, actualmente han existido algunas modificaciones a ésta utilizándose la clasificación de CONUTA para un pronóstico reproductivo más certero. Existen pocos casos reportados de cirugía laparoscópica en malformaciones Müllerianas complejas tal es el caso del Útero didelfo, donde la posibilidad de realizar la misma requiere un entrenamiento avanzado según el tratamiento que se requiera, tal es el caso de la histerectomía en este tipo de casos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente femenino de 45 años de edad, con antecedente de 2 cesáreas por malformación Mülleriana de útero didelfo. Actualmente con diagnóstico clínico desangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina múltiple. Utilizando el nuevo sistema recomendado por la ASMR (American Society for Reproductive Medicine) se subclasificó como CONUTA Clase III B C3 V0. Se decide realizar histerectomía subtotal laparoscópica.

RESULTADOS

Útero izquierdo rudimentario no comunicante de 6x5cm, útero izquierdo de 7x6cm, endometrio funcional, proliferativo con miomas intrauterinos de pequeños elementos.

CONCLUSIONES

La cirugía Laparoscópica en las malformaciones Müllerianas resulta una herramienta sumamente funcional con tiempos quirúrgico relativamente iguales a los tiempos de la cirugía abierta pero con disminución en la tasa de sangrado, mejorando esto el pronóstico de la paciente. La AAGL (American Association of Gynecologic Laparoscopists) sugiere realizar este tipo de procedimientos de manera rutinaria como una alternativa a la cirugía convencional.

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE ENDOMETRIOSIS SEVERA EN LA INFERTILIDAD PRIMARIA

Jesus Emmanuel Silva, Jaime Claudio Granados, Luis Ernesto Gallardo, Alba Fernanda Aguilar. dr.jesus.silva@hotmail.com

Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México, México

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Endometriosis es una patología estrógeno dependiente, afecta principalmente órganos pélvicos femeninos, intestino, pared abdominal y órganos a distancia. Se encuentra en un 2-10% de las pacientes, puede ser causa de infertilidad primaria o secundaria. Los principales síntomas son: dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, y cuando hay afección profunda u otros órganos, síntomas urinarios (hidronefrosis, disuria, hematuria) y gastrointestinales (disquecia). El diagnóstico definitivo de esta patología es histopatológica, La clasificación de más aceptada internacionalmente es la “American Society of Reproductive Medicine” (ASRM), con Grados I/Mínima, II/Leve, III/Moderada y IV/Severa, sin embargo no clasifica infiltración profunda, siendo la más completa la que ofrece ENZIAN, publicada en 2011, diferencia órganos y estructuras afectadas uni o bilateralmente y el nivel/grado de afección de las mismas. El “Gold Standart” del abordaje quirúrgico para la Endometriosis, es Laparoscopia, permite el diagnóstico preciso y clasificación de la patología, además, es la mejor opción de tratamiento, se logra visualizar más adecuadamente y detallada la pelvis, localizando focos endometriósicos más pequeños y en zonas complicadas. La comparación de resultados entre la cirugía abierta y la laparoscópica, se ha demostrado ampliamente, que la Laparoscopia genera menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida y mejora en la estética de la paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 27 años de edad, con antecedentes de Quistectomía hace 1 año. Inicia con sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico incapacitante, refractario a analgésicos. A la exploración física se detecta dolor a la movilización cervical, dolor difuso abdominal. El ultrasonido revela zonas uterinas Adenomiósicas. Se diagnostica Adenomiosis probable Leve. Se Realiza una Laparoscopia Diagnóstica/Operatoria. Se detectan múltiples adherencias firmes y laxas con afección principal de ovarios, salpinges, focos endometriósicos en fondo de saco posterior, y nódulos endometriósicos en ligamentos Uterosacros, los cuales presentan infiltración profunda con afección Ureteral. Se realiza adherenciólisis, fulguración de focos endometriósicos y resección bilateral de nódulos endometriósicos. El diagnóstico postoperatorio fue de Endometriosis Severa (ASRM IV) con Infiltración Profunda (ENZIAN E2BB).

RESULTADOS

Sin complicaciones transoperatorias. Sangrado total menor a 50cc. Evolucionó de manera adecuada durante la estancia hospitalaria, egresando al 2do día postoperatorio. Valorada una semana después sin alteración donde se indican Análogos de GnRH inyectables mensuales por 6 meses como adyuvante al tratamiento a largo plazo de la Endometriosis. Revalorada clínicamente al mes, sin encontrar alteración ecográfica, solo efecto antiestrogénico asociado a los inyectables mensuales de Análogos de GnRH.

CONCLUSIONES

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

El manejo de la Endometriosis, debe ser vía Laparoscópica, tanto para diagnosticar como para tratar, Los beneficios se ha mostrado en incontables ocasiones, son mayores que la laparotomía: menor sangrado, menor tiempo quirúrgico, mejor visión, menor tiempo de recuperación y hospitalización, menor dolor, mayor estética. La manera más adecuada para la clasificación de la endometriosis es utilizando la escala de la ASRM, y si encontramos infiltración profunda, se debe complementar utilizando ENZIAN, facilitando así el diagnóstico y manejo postoperatorio de los síntomas y signos de la paciente, además de facilitar una revaloración en un posterior “Second Look”, en especial si es efectuado por otro Ginecólogo.

HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON ROBOT “DA VINCI” EN MIOMATOSIS UTERINA DE GRANDES ELEMENTOS

Luis Ernesto Gallardo, Jesus Emmanuel Silva, Jaime Claudio Granados, Alba Fernanda Aguilar. legallardodr@yahoo.com.mx

Clínica de Endometriosis y Cirugía Laparoscópica, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los Leiomiomas, son tumores benignos de musculo liso, con bajo riesgo de malignización (<1%). Según su localización se diferencian en: Submucosos, Intramurales y Subserosos, aunque poco común, también pueden estar localizados intraligamentarios y ováricos. De igual forma son catalogados según el tamaño en: Pequeños Elementos (= <2 cm de diámetro), Medianos Elementos (>2 cm a 6cm de diámetro), Grandes Elementos (>6 cm a 20cm de diámetro) y Miomatosis Gigante (>20 cm de diámetro). Esta patología es más frecuente entre los 35 y 45 años, en especial en pacientes nulíparas, obesas, con menarca temprana o menopausia tardía, expuestas anómalamente exógena o endógenamente, a estrógenos. Estas pacientes suelen presentar Dolor pélvico difuso, acompañado de menstruaciones anómalas. Esta patología puede ser manejada conservadoramente con miomectomía, recomendando la vía laparoscópica, sin embargo en casos como el nuestro con alto grado de dificultad, y zonas profundas en fondo de saco, el uso o aplicación de asistencia robótica, mejora la visión, agregando percepción de profundidad además los movimientos son más delicados, reduciendo el riesgo de daño de estructuras vecinas, mejorando el resultado quirúrgico además de ofrecer un procedimiento de mínima invasión, en una patología donde la laparotomía, suele ser, la vía de acceso abdominal de elección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Femenina de 58 años, antecedentes personales de insuficiencia venosa profunda y tromboflebitis; antecedentes quirúrgicos de 2 cesáreas previas, Ectópico izquierdo, salpingoclasia bilateral laparoscópica. Menarca 12 años, postmenopáusica. Diagnóstico previo de miomatosis, en esta ocasión con sintomatología de polaquiuria por compresión vesical. Se realiza ultrasonido mostrando mioma ístmico posterior. Se realiza una Histerectomía total laparoscópica asistida con Robot. Durante el procedimiento, se observa un mioma que deforma útero en su cara posterior de 15x10cm. Se procede a realizar histerectomía con técnica robótica habitual, con dificultad durante la incisión en cúpula vaginal, por el mioma, sin embargo gracias al uso del robot, se logra llevar a cabo sin complicación.

RESULTADOS

Sin complicaciones transoperatorias. Tiempo quirúrgico 2:27hrs. Sangrado transoperatorio menor a 150cc. Hospitalización de 24hrs postoperatorias. Seguimiento 1 semana, con escaso sangrado trasvaginal, cúpula afrontada, heridas quirúrgicas en proceso de cicatrización. Seguimiento a 1 y 2 meses, con cúpula vaginal cicatrizada, heridas quirúrgicas totalmente cicatrizadas. Sin mayor alteración. Resultado Histopatología, leiomiomatosis.

CONCLUSIONES

La cirugía Laparoscópica asistida con Robot, es una opción viable para todo tipo de cirugía ginecológica, en especial la complicada, ya sea por patología benigna o

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

maligna. Mejora la visión que se obtiene en una laparoscopia habitual, además de permitir un control estricto en los movimientos del cirujano, convirtiendo estos en finos y delicados, eliminando el factor “cansancio”, que generará el temblor fino que puede presentar el cirujano, y manteniendo una imagen fija, manejada en su totalidad por el cirujano principal. Todo esto se suma a los beneficios que tiene la cirugía laparoscópica habitual, agregando además: disminución de sangrado, tiempos quirúrgicos (ya que facilita tanto la técnica de sutura intracorpórea como la disección de las estructuras en general). Se ha demostrado disminución del dolor postoperatorio, ante una manipulación menor de las incisiones quirúrgicas.

TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO E HISTEROSCOPICO EN EMBARAZO ECTOPICO RESIDUAL EN CICATRIZ DE CESAREA PREVIA: REPORTE DE UN CASO

Angel David Miranda Cruz, Cesar Augusto Rendón Becerra, Silvia Margarita Plata Hinestroza. angeldamiranda@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir una técnica de reparación de abordaje histeroscópico y laparoscópico para la extracción de embarazo ectópico y reparación de defecto uterino.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Reporte de video con una explicación detallada del procedimiento
Generalidades: Las patologías asociadas a la cicatriz de cesárea han ido en aumento debido a la tasa elevada de este abordaje quirúrgico e incluye muchas condiciones ginecológicas asociadas como dolor pélvico, hemorragia uterina anormal, infertilidad. No existe una fuerte evidencia que concluya si el manejo por histeroscopia o laparoscopia es efectivo o superior uno del otro. Los embarazos ectópicos sobre la cicatriz uterina pueden incluir varias opciones de manejo que incluye el tratamiento médico con metrotexate y el manejo quirúrgico. El embarazo sobre la cicatriz uterina se asocia con defectos en la cicatriz conformando un istmocele. Cuando el defecto sobre la cicatriz es importante se puede proponer un manejo y reparo laparoscópico. En este video se describe la técnica de la remoción quirúrgica del embarazo ectópico residual sobre la cicatriz de cesárea con corrección laparoscópica del istmocele y retiro de tejido trofoblástico por vía histeroscópica, con evaluación de la cavidad uterina final por vía histeroscópica.

RESULTADOS

Intervención: Una paciente de 28 años de edad con historia de embarazo sobre la cicatriz uterina de cesárea tratada con esquema multidosis de metrotexate. Al seguimiento hasta los 6 meses aun presentaba pruebas positivas de BHCG y con tejido residual con defecto a nivel de la cicatriz uterina previa. El procedimiento se realizó en dos tiempos quirúrgicos, el primero un abordaje histeroscópico evidenciando un gran defecto sobre el istmo que correspondía a una pseudocavidad que se definió como istmocele con presencia de tejido trofoblástico el cual se extrajo por esta vía. El defecto residual fue corregido por vía laparoscópica utilizando sutura barbada para el cierre de la pared uterina en dos planos con peritonización. Se realizó una vista final histeroscópica donde se corrobora el defecto de la pared uterina corregido de manera adecuada.

CONCLUSIONES

Conclusión: Este manejo quirúrgico puede ofrecerse como alternativa en pacientes que han recibido previamente manejo con metrotexate. El manejo y reparo del defecto de la pared uterina por vía laparoscópica es un procedimiento seguro. La utilidad de un abordaje por histeroscopia nos puede permitir identificar que tan grande puede ser el defecto y nos determina mejor el plan quirúrgico además de la remoción del tejido residual por esta vía, visualizando de manera directa para su extracción completa.

SINDROME DE SWYER CON GONADECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA PRESENTACION DE UN CASO

Helbert Mauricio Wagner Vasquez, Cesar Augusto Rendón Becerra.
mwagnerv@hotmail.com

Hospital de San José - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

PRESENTACION DEL CASO: Paciente de 18 años de edad sin inicio de vida sexual, remitida por amenorrea primaria, antecedentes: hermano con criptorquidia, hermana con Síndrome de Swyer. Examen físico: talla alta, pobre desarrollo de caracteres sexuales secundarios, senos Tanner 1, Ecografía pélvica: útero hipertrófico de 2,1 x 3 x 2.1 cm, no se visualizan anexos, se visualizan bandas dependientes de útero, resto de la ecografía normal. Sospecha de síndrome de Swyer se solicitó: Genotipo: XY, SRY negativo, Testosterona normal, antimülleriana no se pudo realizar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se programa para gonadectomía por laparoscopia, procedimiento sin complicaciones.

RESULTADOS

La laparoscopia proporciona un enfoque mínimamente invasivo para el manejo de estos casos si se detecta a tiempo antes de que se presenten con tumores de células germinales, pero la evidencia disponible no ha descrito el método ideal para la gonadectomía.

CONCLUSIONES

Disgenesia gonadal, Gonadoblastoma, Disgerminoma, Laparoscopia, Genes sry.

SINDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: MANEJO QUIRURGICO, TIEMPO LAPAROSCOPICO Y TIEMPO VAGINAL CON RESECCION DE TABIQUE VAGINAL CON LASER DE CO2

Helbert Mauricio Wagner Vasquez, Cesar Augusto Rendón Becerra.
mwagnerv@hotmail.com

Hospital de San José - Fundación universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es una condición extremadamente rara que se caracteriza por presentar dos características importantes que son anomalías congénitas combinadas del conducto de Müller y malformaciones del conducto paramesonefrico del tracto urogenital femenino. Cuenta con la presencia de hemivagina ciega y agenesia renal ipsilateral. La prevalencia del síndrome es indeterminada, con cifras que pueden variar desde 1/2.000 hasta 1/28.000. Los síntomas se presentan después de la menarquia, cuando la formación de hematocolpos produce dismenorrea y masa en el fondo de saco posterior, así como alteraciones en el patrón menstrual (oligomenorrea o amenorrea). En un porcentaje elevado de casos los síntomas inespecíficos junto con un patrón menstrual normal por lo que hacen un diagnóstico difícil y poco precoz. Las complicaciones iniciales pueden manifestarse en forma de piohematocolpos, piosalpinx o incluso pelviperitonitis. A largo plazo puede aparecer endometriosis, adherencias pélvicas y riesgo aumentado de infertilidad. El objetivo del video es sensibilizar el manejo de las adolescentes con alteraciones Müllerianas dado que el primer manejo quirúrgico decide el futuro obstétrico y ginecológico de la paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

PRESENTACION DEL CASO: Paciente de 18 años sin antecedentes médicos de importancia, consultó por historia de sangrado vaginal irregular, dismenorrea, flujo vaginal fétido, recibiendo múltiples tratamientos médicos sin mejoría. Dentro del estudio ecográfico transvaginal reporto: útero didelfo y presencia de hematómetra, fue remitida para servicio de endoscopia ginecológica. Estudios complementarios de resonancia magnética reportó: útero izquierdo normal, útero derecho con hematómetra y con hemivagina proximal dilatada, riñón izquierdo visualizado y riñón derecho ausente. Ambos ovarios normales. Se llevó a drenaje de hematómetra por vía laparoscópica y resección de tabique vaginal con Laser de CO2, procedimiento sin complicaciones, controles con sangrados menstruales regulares con mejoría de dolor.

RESULTADOS

Normalmente para la clasificación y el diagnóstico de las anomalías Müllerianas la resonancia magnética juega un rol importante en la caracterización del útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral. La ecográfica pélvica es una herramienta útil pero la resonancia magnética tiene una mejor caracterización anatómica en los cortes multiplanares. La laparoscopia es el patrón de oro en el que adicionalmente se beneficia de un manejo terapéutico que incluya el drenaje de hematómetra, hematocolpos, septotomía y marsupialización. Aproximadamente las pacientes que son llevadas a manejo quirúrgico tienen una tasa de embarazo exitosa del 87% y con un 23% de presentar un aborto subsecuente.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico inicial y oportuno es importante para disminuir las complicaciones a largo plazo como endometriosis, adherencias pélvicas y riesgo de infertilidad.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE TUMOR DE OVARIO CON COMPROMISO DEL ESPACIO RETROPERITONEAL

Henry Octavio Rodríguez Daza, Cesar Augusto Rendón Becerra, Silvia Margarita Plata Hinestroza. henryrodriguezdaza@gmail.com

Hospital de San José - Fundación universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Objetivo: Describir la técnica del abordaje laparoscópico para la disección de las masas anexiales que presentan compromiso del espacio retroperitoneal. Generalidades: La exploración de los espacios retroperitoneales constituye un verdadero desafío para el cirujano, es lugar de múltiples patologías que pueden tener origen en diferentes órganos. Corresponden al 0.07% a 0.6% de todos los tumores sólidos del organismo. La patología benigna con compromiso retroperitoneal es infrecuente, las lesiones malignas están mayormente asociadas con el compromiso de dicho espacio. A pesar que son poco frecuentes se deben resear con la intención de lograr el alivio de los síntomas, así como para descartar malignidad. A continuación, presentamos el video de un caso de resección de tumor de origen anexial con compromiso del espacio retroperitoneal izquierdo con disección e identificación de las diferentes estructuras anatómicas pélvicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Reporte de caso con explicación detallada de la técnica quirúrgica. Presentación del caso: _x000D_ Paciente de 34 años con historia de aborto previo y hallazgo ecográfico incidental de masa anexial, sin antecedentes de importancia remitida a grupo de cirugía endoscópica ginecológica con plan de resección mediante abordaje laparoscópico, al examen físico ginecológico, abombamiento de fondo de saco posterior y masa anexial derecha renitente de aproximadamente 8 cm. El reporte ecográfico: útero normal, endometrio normal, imagen ecogénica de ovario derecho de 10x10x11 cm sin áreas sólidas ni septos, marcadores tumorales: CA 125: 98 como único hallazgo positivo. Hallazgos intraoperatorios: lesión anexial izquierda de aproximadamente 10 cm, multilobulada, adherida a fosa ovárica dependiente de trompa y de ovario, involucrando las estructuras retroperitoneales entre ellas: uréter pélvico y vasos hipogástricos. _x000D_ Se realizó resección de la lesión mediante apertura de los espacios retroperitoneales o con plena identificación de estructuras vasculares y uréter, logrando la extracción de la lesión por completo mediante salpingooforectomía. No se presentaron lesiones intraoperatorias ni complicaciones en su postoperatorio. Reporte de patología: cistoadenofibroma seroso.

RESULTADOS

Los tumores retroperitoneales son de presentación infrecuente y se asocian con síntomas vagos e inespecíficos que suelen correlacionarse con la ubicación del tumor y su contacto con estructuras vecinas. Para realizar una exploración laparoscópica del retroperitoneo se requiere de conocimiento anatómico de los diferentes espacios que se pueden crear como el entrenamiento laparoscópico avanzado. Ofrece las ventajas sobre la cirugía abierta gracias a la magnificación de las estructuras, la ayuda del co2 que permite una mejor disección y otras ya bien conocidas como menor sangrado intraoperatorio, menor dolor postoperatorio, deambulación precoz y el manejo ambulatorio de estas pacientes.

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico de las lesiones retroperitoneales es un procedimiento seguro con baja tasa de complicaciones que demanda entrenamiento avanzando en laparoscopia.

TRAQUELECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA POR LAPAROSCOPIA

Luis René Pareja, Indira Rosero, Carlos Díaz Reyes. ajerapener@gmail.com

Clínica Nuestra Señora de Los Remedios. Cali, Valle, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentación en video de primer caso de traquelectomía radical y linfadenectomía pélvica por laparoscopia, en la ciudad de Cali-Colombia, como manejo conservador del cáncer de cérvix, en una paciente con adenocarcinoma de cérvix estadio FIGO IB1. Estableciendo un protocolo de manejo intraoperatorio por etapas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 33 años Grávida 0 Para 0 con deseo genésico, con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante de endocervix estadio FIGO IB1, diagnosticado por conización cervical y confirmado por estudios de inmunohistoquímica, quien se programa a traquelectomía radical y linfadenectomía pélvica por laparoscopia. La paciente fue informada del procedimiento, obteniéndose el consentimiento informado detallado, al igual que el consentimiento para grabar y realizar el video. La estrategia quirúrgica consistió en realizar la disección de los espacios anatómicos, y la sección radical de los ligamentos cardinales y uterosacros, con la preservación del nervio hipogástrico, y preservándose íntegramente la irrigación del cuerpo uterino.

RESULTADOS

La cirugía se realizó satisfactoriamente, con una media de duración de 3 horas. El análisis histológico intraoperatorio de biopsia por congelación del cérvix fue negativo para lesión residual, al igual que los bordes externo y vértice del cono. Reporte definitivo de patología negativa para lesión residual, bordes libres de lesión maligna.

CONCLUSIONES

La traquelectomía radical por laparoscopia, incluyendo la sección de los ligamentos cardinales y uterosacros, permite conservar la irrigación del cuerpo uterino y facilita la traquelectomía por vía vaginal. Es una técnica reproducible y aplicable para el manejo de esta patología con disminución de la morbilidad asociada a este tipo de procedimientos con las técnicas convencionales.

VARICOCELECTOMÍA DE VENA OVÁRICA BILATERAL MÁS VENTROSUSPENSIÓN LAPAROSCÓPICA PARA MANEJO DE SÍNDROME DE CONGESTIÓN PELVICA Y ÚTERO EN RETROVERSIÓN UTERINA

Carlos Díaz Reyes, Diana Solórzano. patosol67@gmail.com

Clínica Los Farallones. Cali, Valle, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentación en video de una paciente con un síndrome pélvico doloroso secundario a varices pélvicas con síndrome de congestión pélvica y útero en retroversoflexión, a la cual se le realiza ligadura de venas ováricas bilateral por vía transperitoneal y ventrosuspensión laparoscópica por fijación de los ligamentos redondos con sutura a la aponeurosis de los músculos rectos abdominales anteriores, realizado en la Clínica los Farallones, en la ciudad de Cali-Colombia, como manejo sugerido para el manejo del síndrome de congestión pélvica asociado a útero en retroversoflexión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 31 años Grávida 2 Cesárea 2 con fecha de ultimo parto en 2008 con clínica de dolor pélvico de aparición 2 años posterior al último parto caracterizado por dispareunia intra y postcoital, exacerbación del dolor por actividad física, dismenorrea moderada a severa, disfunción sexual con hallazgos clínicos de dolor en punto ovárico bilateral, sensibilidad anexial bilateral y útero en retroversoflexión marcada. La evaluación con ecografía transvaginal doppler reporte de varices pélvicas bilaterales con reflujo venoso y útero en retroversoflexión. La paciente fue informada del procedimiento, sus riesgos y complicaciones; obteniéndose el consentimiento informado detallado, al igual que el consentimiento para grabar y realizar el video. La estrategia quirúrgica consistió en la ligadura proximal de las venas ováricas por vía transperitoneal a nivel del músculo psoas con exonudo roeder de Polipropileno (Prolene # 1) y posteriormente los ligamentos redondos son atrapados en su punto medio y extraídos fuera de la cavidad abdominal a través de los sitios de inserción de los trocares laterales derecho e izquierdo de 5 mm a nivel medial de la espina iliaca anterosuperior ,donde se suturan con polyglactin 910 (vycril 1.0) a la aponeurosis de los rectos con la aguja de sutura fascial de Berci y la canula de carter thomason de 5 mm que se introduce a través de los puertos laterales de acceso , logrando la tensión adecuada para obtener el grado de anteversión uterina óptima.

RESULTADOS

Esta cirugía se realiza en aquellas pacientes con cuadro doloroso pélvico sugestivo de síndrome de congestión pélvica y presencia de útero en retroversoflexión, caracterizados por dispareunia, dismenorrea y dolor pélvico crónico. No hubo complicación ni requirió transfusión o terapia antibiótica .La cirugía se realizó con una duración de 43 minutos. Su mejoría en dolor fue medida con ESCALA VISUAL ANALOGA DE DOLOR preoperatorio de 8-9 y postoperatorio de 6 y 12 meses con reporte numérico de disminución a 1-2.

CONCLUSIONES

Se evidencia que un enfoque integral en el manejo de los síndromes pélvicos dolorosos en mujeres con síndrome de congestión pélvica y útero en retroversoflexión se benefician de la varicocelectomía y la ventrosuspensión laparoscópica a largo plazo con mejoría de calidad de vida.

MANEJO DE ABSCESO TUBO OVÁRICO POR LAPAROSCOPIA

Luis René Pareja, Indira Rosero, Carlos Díaz Reyes. ajerapener@gmail.com

Clínica Nuestra Señora de Los Remedios. Cali, Valle, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El absceso tubo ovárico es una complicación de la enfermedad pélvica inflamatoria, el cual ocurre usualmente en mujeres en edad reproductiva y tiene un alto riesgo de morbilidad, mortalidad y secuelas tales como dolor pélvico crónico e infertilidad. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico dependiente del tamaño de la masa y del compromiso de la paciente. Este trabajo tiene como objetivo mostrar a través de un video el manejo quirúrgico por cirugía laparoscópica de un gran absceso tubo ovárico con adecuada respuesta en una mujer en edad reproductiva nulípara sin deseo de paridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 41 años nulípara, portadora de dispositivo intrauterino sin deseo de paridad. Con cuadro clínico de 20 días de evolución de dolor en región lumbar de intensidad 10/10 EAV asociado a síntomas urinarios irritativos quien recibió tratamiento antibiótico oral ambulatorio con mejoría de sintomatología urinaria pero persistencia de fiebre y dolor lumbar. Con hallazgo ecográfico de imagen hipoecoica de localización parauterina izquierda, ovalada y bien definida de 80 x 35 x 60 mm sin líquido libre en fondo de saco posterior. Al examen físico, dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda y flanco izquierdo sin signos de irritación peritoneal y al tacto vaginal se palpa masa móvil de 8 x 7 cm dolorosa a la palpación. Se lleva a laparoscopia diagnóstica encontrando síndrome adherencial con adherencias de colon a gran absceso tubo ovárico izquierdo, ovario derecho con quiste simple, útero ligeramente aumentado de tamaño con mioma en cara anterior de 3 x 3 cm pediculado, fondo de saco de Douglas ocupado por absceso tubo ovárico izquierdo con drenaje de material purulento de 300 cc. Durante el procedimiento quirúrgico se realiza liberación de asa de colon del gran absceso tubo ovárico, drenaje de material purulento del cual se toma muestra, liberación del plastrón hasta visualizar trompa y ovario izquierdo, resección de capsula de absceso y lavado exhaustivo de la cavidad, se retira dispositivo intrauterino, el procedimiento se finaliza sin complicaciones. Posteriormente, continúa hospitalizada para manejo antibiótico Ceftriaxona/Metronidazol por 10 días con mejoría clínica y paraclínica.

RESULTADOS

El diagnóstico de los abscesos tubo ovárico se basa fundamentalmente en ecografía pélvica transvaginal y tomografía axial computarizada. El manejo quirúrgico laparoscópico junto con el manejo antibiótico de amplio espectro han demostrado éxito en el tratamiento con menor días de hospitalización, menos rehospitalización y menos complicaciones como síndromes adherenciales y dolor crónico.

CONCLUSIONES

Las diferentes modalidades de tratamiento para el absceso tubo ovárico comprenden terapia antibiótica, cirugía invasiva, drenaje con procedimientos mínimamente invasivos y combinación entre ellas. La cirugía laparoscópica sigue siendo una excelente modalidad de manejo independiente del tamaño de la masa con adecuados resultados, minimizando morbilidad y mortalidad.

HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCOPICA CON LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE CÉRVIX IB1

Jairo Mendoza, Luis Orlando Puentes. doncairaco@yahoo.com

Hospital Universitario de San José Centro. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de cérvix en estadio Ib1, está representado por la histerectomía radical + linfadenectomía pélvica radical por vía laparotomía o cirugía de Wertheim-Meigs, descrita desde hace más de 100 años. La laparoscopia oncológica ha evolucionado rápidamente desde que, en la primera mitad de la década de los noventa, Querleu y Dargent en Europa y Childers en Estados Unidos, demostraran la factibilidad de la linfadenectomía pélvica laparoscópica. La primera histerectomía radical laparoscópica, con tal denominación, fue publicada por Nezhat en 1992. El objetivo de este video es mostrar la experiencia institucional del Hospital de san José, en el manejo laparoscópico del cáncer de cérvix temprano, estadio IB1, utilizando las ventajas de la técnica quirúrgica mínimamente invasiva sin comprometer los resultados oncológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el video de una paciente de 46 años con IMC de 32%, con un cuadro clínico de 6 meses de sinusorragia, con biopsia cervical que muestra un carcinoma escamo celular infiltrante moderadamente diferenciado, estadificado clínicamente según la Figo 2009, en estadio IB1, a la cual se le realizo una histerectomía radical con linfadenectomía pélvica por vía laparoscópica con excelente resultados clínicos y oncológicos

RESULTADOS

La vía laparoscópica presenta indudables ventajas frente a la vía laparotómica convencional, tales como el acceso mínimamente invasivo y la posibilidad de obtener una radicalidad verdaderamente microquirúrgica.

CONCLUSIONES

La vía laparoscópica es una técnica factible y segura para el tratamiento quirúrgico radical del cáncer de cérvix, estadio Ib1.

A RARE CASE OF CLEAR CELL SARCOMA OF SOFT TISSUE

Yolianne Lozada-Capriles, Rafael Campos, Jorge F Carrillo. Yolianne_lozada-capriles@urmc.rochester.edu

University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, NY, United States.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Soft tissue sarcomas are extremely rare malignancies. Clear Cell Sarcoma of Soft Tissues (CCSST) is a subtype of these that specifically affects tendons and aponeuroses. It typically arises in the distal lower extremities. Metastasis is very common. It occurs mostly at the lungs and lymph nodes. Other reported sites are brain, bone and liver. Only one case of ovarian metastasis has ever been reported. The objective of this video is to present the second case of CCSST metastatic to the ovary and illustrate the feasibility of managing adnexal masses through a minimally invasive approach.

MATERIALS AND METHODS

We present the case of a 35 year old female with history of advanced CCSST of her foot who developed acute left lower quadrant pain. During evaluation and workup at the emergency department she was diagnosed with a left adnexal mass and a very large amount of free fluid in the abdomen and pelvis. She was taken to the operating room for a diagnostic laparoscopy. A ruptured left ovarian mass was encountered along with 5 liters of bloody fluid. A left salpingo-oophorectomy was performed. The patient recovered well and resumed her regular activities soon after surgery. Literature review on clear cell sarcoma of soft tissues was done on the Pubmed database.

RESULTADOS

Not applicable.

CONCLUSIONS

CCSST was initially described in 1965 in a case series of 21 patients. The tumor is highly aggressive and has a tendency towards repeated recurrences and eventual metastasis. It is primarily a disease of young adults, although cases have been reported as early as 9 years of age and up to 75 years. Recurrence and distant metastasis are more likely in patients who have primary tumors larger than 5cm and histologic evidence of necrosis. Metastasis is common. Ovarian metastasis, however, has only been reported once in the literature. In patients with CCSST who develop persistent ovarian cysts, a diagnosis of metastatic disease to the adnexa should not be disregarded. Therefore, first-line surgical management may be preferred over surveillance in order to make a prompt diagnosis and avoid complications such as torsion or bleeding. These tumors do not appear to be sensitive to chemo- or radiotherapy, further supporting the role of surgical treatment. It is not unreasonable to favor oophorectomy rather than cystectomy alone given the possibility of malignancy in the mass. It is unlikely that cyst rupture during surgery would alter disease staging or worsen the patients' prognosis. However, more studies are needed. Availability of a pathologist for frozen section interpretation is also recommended. The advantages of laparoscopic surgery have been well documented. New literature supporting minimally invasive approaches for the treatment of adnexal masses continues to emerge. The introduction of devices such as endoscopic bags have facilitated contained specimen

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

retrieval and helped minimize the effects of content spillage. This case demonstrates that even in the presence of a large adnexal mass and significant intra-abdominal fluid collection, laparoscopic surgery is still feasible and can be performed successfully.

REPARACIÓN QUIRÚRGICA POR LAPAROSCOPIA E HISTEROSCOPIA DE ISTMOCELE RECIDIVANTE

Ernesto Carfora, Ramón Fernandez, Marieugenia Martucci, Andrea Bruzual.
ernestocarfora@gmail.com

Policlínica Metropolitana, Caracas, Venezuela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El defecto en la cicatriz de la cesárea (istmocele, nicho, divertículo) es el resultado de la curación incompleta del miometrio ístmico después de una histerotomía transversal baja. Clínicamente puede ser asintomático o manifestarse con sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico e infertilidad secundaria. El manejo conservador brinda mejoría temporal siendo la reparación quirúrgica el tratamiento definitivo. No existen pautas establecidas para la elección del abordaje, supeditado éste a las características clínicas y habilidades del cirujano. La reparación histeroscópica o laparoscópica mejoran los síntomas, sin embargo, por si solas son poco precisas para la delimitación del divertículo, actualmente diversos autores han publicado su experiencia con el abordaje combinado, el cual permite definir con claridad los bordes del defecto y limita las complicaciones, siendo un método eficaz y seguro en la reparación del istmocele con tasas de mejoría hasta de 95%. El objetivo del reporte de éste caso en video es demostrar la técnica de reparación combinada por laparoscópica e histeroscopia de istmocele recidivante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 40 años de edad con antecedente IIG II Cesáreas, reparación de istmocele Grado 3 por histeroscopia en 2014, quien presenta sangrado uterino anormal persistente de 4 años de evolución. Ecografía transvaginal reveló defecto anecoico triangular en la pared ístmica anterior. Se realizó laparoscopia con disección cuidadosa de pared vesical de la cara anterior del útero, luego histeroscopia diagnóstica y delimitación del divertículo de la cicatriz de cesárea por transiluminación, escisión del defecto de la cicatriz uterina utilizando tijeras laparoscópicas, re aproximación de bordes miometriales con sutura monofilamento PDS con puntos separados. Seguimiento ecográfico postoperatorio a los 20 días, sin evidencia de defecto en miometrio ístmico anterior. Asintomática en el control del 1º mes postoperatorio.

RESULTADOS

La reparación quirúrgica combinada vía laparoscópica e histeroscópica del defecto de la cicatriz de cesárea Grado 3 recidivante mejora los síntomas ginecológicos. El abordaje combinado aumenta el espesor de la pared uterina y mejora el sangrado uterino anormal. Mayor tiempo quirúrgico pero mejor delimitación del defecto y limitación complicaciones iatrogénicas por hemorragias o lesiones vesicales en istmocele recidivante.

CONCLUSIONES

La reparación combinada del istmocele, es un procedimiento mínimamente invasivo eficaz y seguro en el tratamiento del síndrome por defecto de cicatriz de cesárea recidivante. Es necesaria la realización de estudios prospectivos a largo plazo y definir protocolos del manejo quirúrgico del istmocele.

ABORTO TUBARICO

Christian Ronald Choque Hidalgo, Cristina Anais Hernandez Saldaña, Oliver Paul Cruz Orozco. choquehidalgochristian@gmail.com

Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aborto tubárico se refiere a la expulsión de los productos de la concepción a través de la fimbria. El aborto tubárico puede seguir varios cursos: reabsorción de los productos de concepción, extensión intraluminal con expulsión de los productos gestacionales, perforación y ruptura de la cavidad peritoneal. La reabsorción espontánea ocurre con la muerte embrionaria muy temprana, y generalmente es asintomática y no diagnosticada. La presentación clínica del aborto tubárico incluye síntomas de dolor tipo cólico, náuseas, vómitos, síncope y signos de irritación peritoneal y shock. El objetivo de este video es presentar un caso de manejo laparoscópico de un aborto tubárico en el instituto nacional de perinatología.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó el expediente clínico de paciente atendida en el Instituto Nacional de Perinatología, se anexa video de cirugía laparoscópica.

RESULTADOS

Paciente de 30 años, con antecedentes de importancia de 2 abortos a las 12 y 6 semanas, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipotiroidismo. Paciente ingresa por urgencias al referir dolor pélvico tipo cólico y sangrado transvaginal escaso aproximadamente de 20 horas de evolución, signos vitales estables, abdomen con peristalsis presente, blando, no depresible, sin datos de irritación peritoneal o datos de abdomen agudo, el espéculo y el examen vaginal revelaron una hemorragia mínima, y cérvix cerrado. Ultrasonido transvaginal con útero de bordes irregulares, no se alcanza a delimitar adecuadamente debido a la presencia de masa heterogénea localizada hacia el borde posterior del útero, lobulada, avascular al modo Doppler color, que mide 8.7x4x6.5 cm, en sus ejes mayores, se observa predominantemente hacia la fosa iliaca derecha, endometrio mide 1.4 cm no se observa saco vitelino. Ovario izquierda normal. Gonadotropina coriónica de 19.252 mUI/ml, progesterona 8.11 ng/ml, por lo que se establece diagnóstico de embarazo ectópico derecho no roto, se realiza laparoscopia con hallazgos en cavidad abdominal a nivel de fondo de saco se evidencia embrión abortado de aparente 10-12 semanas y ampulla derecha edematizada equimótico con dimensiones de 6x3 cm (embarazo ectópico) sin datos de sangrado activo y coágulos (50 cc) en fondo de saco. Reporte de patología segmento distal de salpinge derecha de 7 cm de longitud por 2 cm de diámetro, serosa época, congestiva, con pequeños focos hemorrágicos y coágulos a nivel de la fimbria, al corte de luz está ocupada por saco gestacional que distorsiona, la dilata en el 90% de su trayecto, la pared está muy adelgazada y alcanza un espesor de 1 mm en su parte proximal, por separado un feto de sexo masculino sin malformaciones congénitas de 4 cm de talla y abundante coágulos hemáticos con diagnósticos se observa segmento de salpinge distal con vellosidades coriales en su luz, embarazo ectópico no roto, feto de sexo masculino sin malformaciones congénitas.

CONCLUSIONES

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

El aborto tubárico es una enfermedad rara y el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. El tratamiento inmediato al descubrir la condición es esencial. El manejo depende de la edad gestacional, y del sitio de implantación placentaria. La laparoscopia ha demostrado ser segura, eficaz y más económica que la laparotomía para el tratamiento de aborto tubárico y se asocia con una recuperación más rápida.

MANIPULADOR UTERINO PARA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Alejandro Agudelo. agudeloayerbe2009@hotmail.com

Clínica Farallones, Cali, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Diseñar un manipulador uterino de bajo costo con materiales de uso común en quirófano.

MATERIALES Y MÉTODOS

La solución que se muestra es una varilla de acero inoxidable de 35 cm que se introduce por una sonda Foley número 24, se coloca la copa uterina, la sonda se introduce en el útero, se infla el balón de la sonda en el útero lo que sirve para que el manipulador no se salga del útero, se aplica la copa al cérvix con una pinza foester curva se pinza la sonda a nivel de la copa para evitar que la copa se salga del cérvix.

RESULTADOS

Se muestra un manipulador uterino de bajo costo con igual eficiencia que los comercialmente disponibles.

CONCLUSIONES

We design a cheap uterine manipulator.

PERITONECTOMIA Y RAFIA DIAFRAGMÁTICA POR LAPAROSCOPIA

Daniel Sanabria Ponente, Silvia Plata, Adriana Páez. danielsanabriamd@gmail.com

Hospital de San José Centro, Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Objetivo: Describir la técnica usada en manejo de lesión diafragmática durante peritonectomía por cáncer de ovario vía laparoscópica. Generalidades: El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. El quinto informe del observatorio nacional de salud, en el periodo de 2010-2014 se registró un total de 132.799 casos nuevos de cáncer. En frecuencia, el cáncer de ovario representa la quinta causa de los cánceres en la mujer. Esta enfermedad se presenta en la sexta a séptima década de la vida y la mayoría se diagnostica en estadios avanzados (II, III Y IV) y tan solo el 15-20% se diagnostican en estadios tempranos con una supervivencia a 5 años de > 90% y requiriendo técnicas quirúrgicas menos mórbidas, mientras que en estadios avanzados la mortalidad a 5 años se reduce hasta un 30% con requerimiento de citorreducción completa que pueden tener compromiso de mayores complicaciones; cuando es necesario realizar peritonectomía la lesión del musculo diafragma con neumotórax oscila en 4-9% y le sigue en frecuencia absceso subdiafragmático en un 3%.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Reporte de video con una explicación detallada del procedimiento

RESULTADOS

Se trata de una paciente de 62 años con masa de origen anexial derecho de gran tamaño, llevada a cirugía para citorreducción completa y estadificación por laparoscopia, procedimiento en el cual se encontró tumor de 20 cm aproximadamente con superficie capsular lisa, implantes tumorales en serosa uterina, trompas uterinas, fondo de saco de Douglas, peritoneo vesical, peritoneo parietal anterior, peritoneo diafragmático derecho, motivo por el cual se realizó peritonectomía con resección de las lesiones con lesión muscular diafragmática de 12 mm la cual fue corregida vía laparoscópica usando sonda Foley a succión para descompresión de neumotórax y realizando rafia con V- Loc 00. El control radiográfico en postoperatorio fue negativo para presencia de hidroneumotorax. La patología fue compatible con Carcinoma Seroso papilar de alto grado estadificación quirúrgica IIIC.

CONCLUSIONES

Este manejo quirúrgico puede ofrecerse como alternativa en pacientes que son llevadas a citorreducción completa de tumor de ovario por laparoscopia y que durante peritonectomía se produce lesión diafragmática y que con esta técnica elimina la necesidad de paso de tubo de tórax intra o postoperatorio sin ser necesario cambiar de vía quirúrgica para la corrección del mismo.

SACROCOLPOPEXIA LAPAROSCOPICA CON MALLA EN SITUACIONES DIFICILES

José Duván López Jaramillo, Juan Diego Villegas Echeverri, Jorge Darío López Isanoa, Dany Leandro Piedrahita Gutiérrez, Ana Lucía Herrera Betancourt, Gloria Elsy Franco, Eliana Soley Gutiérrez Calderón. joduloja@yahoo.com

Unidad de Laparoscopia Avanzada y Dolor Pélvico Crónico Algia, Pereira, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La colpopexia sacra por vía abdominal tiene una tasa de éxito mayor que la colpopexia sacroespinal pero con menos dispareunia postoperatoria; el abordaje puede ser por vía abierta o laparoscópica siendo esta última tan eficaz como la abierta pero con reducción de la pérdida de sangre y el tiempo de estancia hospitalaria; el objetivo es mostrar que la sacrocolpopexia laparoscópica puede ofrecerse aun en pacientes con situaciones complejas como el síndrome adherencial severo y la recidiva del prolapso apical.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza descripción de un caso clínico y se ilustra paso a paso el procedimiento quirúrgico de una sacrocolpopexia laparoscópica con malla en paciente con síndrome adherencial severo para el tratamiento de una recidiva de prolapso de cúpula vaginal.

RESULTADOS

Se realizó de manera exitosa una sacrocolpopexia laparoscópica con malla en una paciente con síndrome adherencial severo y recidiva de prolapso de cúpula vaginal.

CONCLUSIONES

La sacrocolpopexia laparoscópica con malla puede ofrecerse incluso a pacientes con síndrome adherencia severo y con recidiva del prolapso apical.

MANEJO DE MIOMATOSIS GIGANTE POR LAPAROSCOPIA

Juan Carlos Ramirez Mejía, Kriscia Lorena Mosos Lamprea.
laparoscopiaincountry@hotmail.com

Clínica del Country – Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La miomatosis uterina afecta aproximadamente a un tercio de las mujeres en edad reproductiva en el mundo. Los miomas son tumores benignos que pueden generar o no sintomatología y pueden ser tratados de forma médica o quirúrgica según el tamaño y la clínica de las pacientes. La miomectomía laparoscópica es una técnica quirúrgica eficaz en la remoción de miomas dependiendo del tamaño y la experiencia del cirujano. Este trabajo tiene como objetivo mostrar a través de un video el manejo quirúrgico por cirugía laparoscópica de una miomatosis gigante con adecuada evolución en una mujer en edad reproductiva con deseo de paridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 34 años, nulípara con deseo de paridad con hallazgo ecográfico incidental de útero en AVF, de 120 x 100 x 60 mm con presencia de gran mioma fúndico subseroso de 10 x 10 x 6 cm que no muestra componente intramural, de tipo homogéneo e hipoecoico. Entre el fondo del endometrio y la pared del mioma existen aproximadamente 10 cm. Al examen físico, abdomen no doloroso con masa móvil en hipogastrio. Es programada para miomectomía por laparoscopia encontrando útero aumentado de tamaño, irregular, deformado por mioma de 12 x 12 cm, en cara anterior y fúndica con un peso de 500 gr. Durante el procedimiento quirúrgico se realiza corte en superficie serosa de mioma con monopolar previa infiltración de vasopresina diluida con posterior disección roma de capsula de mioma y morcelación in situ del mismo. Se realiza corte del tejido uterino redundante, verificación de hemostasia con bipolar y recubrimiento de lecho cruento con material hemostático. Se sutura serosa y borde miometrial con sutura barbada en un plano y se deja material hemostático en lecho cruento. Se finaliza el procedimiento sin complicaciones. Posteriormente, se continúa vigilancia médica ambulatoria con adecuada evolución.

RESULTADOS

La miomatosis uterina puede ser tratada de forma médica o quirúrgica dependiendo del tamaño, clínica y afectación en la fertilidad de las pacientes. La miomectomía por laparoscopia puede ser realizada para el retiro incluso de 3 miomas de hasta 4 cm y 1 mioma de hasta 10 cm teniendo en cuenta además, el riesgo de recurrencia según la edad de la paciente. La técnica de morcelación puede ser efectiva y sin complicaciones en pacientes con bajo riesgo y sin predisposición genética de malignidad.

CONCLUSIONES

Dentro de los diferentes tratamientos para la miomatosis uterina, las técnicas de acceso mínimamente invasivo son útiles en pacientes con deseo de fertilidad con miomas mayores de 10 cm, bajo condiciones quirúrgicas adecuadas permitiendo minimizar dolor posoperatorio, estancia hospitalaria y eventos adversos tales como síndrome adherencial con adecuados resultados obstétricos en el futuro.

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH: DOS MODALIDADES DIFERENTES DE PRESENTACIÓN

Janer Sepúlveda Agudelo, Hermes Jaimes Carvajal. janersepulveda@yahoo.es

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Síndrome de Herlyn- Werner-Wünderlich, rara anomalía congénita, con útero didelfo, hemivagina obstruida asociada con agenesia renal ipsilateral, conocido como síndrome de OHVIRA. Su incidencia de 1 en 20.000 mujeres_x000D_ Objetivo, presentar un video con este síndrome en dos modalidades. Realizar una revisión detallada de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Primer caso una paciente de 13 años de edad con dolor pélvico severo de 8 días, menarquia 11 años, antecedente de laparoscopia hace un año por cuerpo lúteo hemorrágico. Al examen físico dolor abdominal generalizado con defensa voluntaria. Ecografía pélvica por vía abdominal, útero bicorne con hematocolpos; resonancia magnética nuclear, útero único con hematocolpos y agenesia renal derecha; es llevada a cirugía; ecografía en el quirófano, útero didelfo, hematosalpinx derecho y hematocolpos. Laparoscopia útero didelfo con hematosalpinx, síndrome adherencial moderado de epiplón y focos de endometriosis, posterior incisión a nivel del tabique vaginal y resección del mismo, logrando drenaje completo del hematocolpos y vaginoplastia, con buena evolución hasta la fecha. Segundo caso, paciente de 30 años, con dismenorrea, dolor pélvico e infertilidad, ciclos regulares, antecedente de hospitalización a los 19 años por masa en vagina y posterior salida de material purulento. Se observan dos cuellos, el derecho de aspecto normal y el izquierdo puntiforme, ecografía, útero didelfo con colección líquida en uno de los hemiúteros; resonancia nuclear magnética útero didelfo y agenesia renal izquierda. Histeroscopia, cuello derecho y hemiútero con cavidad tubular, endometrio y ostium derecho normal. Cuello izquierdo rudimentario puntiforme con salida de material purulento, se suspende procedimiento por vía vaginal, se decide realizar laparoscopia, donde se evidencian dos hemiúteros con trompas y ovarios normales. Se continúan dilataciones mensuales, histeroscopia a los 3 meses, hemiútero derecho sin cambios e izquierdo de menor tamaño, se deja dispositivo T de cobre; aproximadamente a los 2 años logra embarazo, se realiza cesárea a la semana 39 sin complicaciones con producto vivo. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura con los términos Herlyn-Werner-Wünderlich AND Syndrome, Uterus Didelphys AND Obstructed Hemivagina, en Med line-PubMed, SciELO, Embase, Ovid-Hinari, y Bireme. Se firmó el consentimiento informado autorizando la divulgación científica de los casos. Se garantizó la confidencialidad de la información, protegiendo la identidad de las pacientes y preservando sus derechos

RESULTADOS

Se obtuvieron 129 publicaciones que cumplieron con los criterios de búsqueda, se excluyeron: 26 por duplicidad, 13 por no acceso completo, 6 por videos o cartas al editor, 3 por otro idioma y 3 por no tratar el tema, para un total de 78 artículos. En la actualidad se describen 2 formas de presentación de este síndrome con obstrucción completa o incompleta lo que hace que las manifestaciones clínicas sean diferentes al igual que la edad de la presentación.

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz de esta afección disminuye la morbilidad a largo plazo la posibilidad de endometriosis deterioro de la fertilidad y complicaciones obstétricas. Se debe usar las técnicas de mínimo acceso en el manejo de este síndrome para aprovechar las ventajas que estas tienen por todos conocidas.

MORCELACIÓN ELÉCTRICA CONTENIDA: DEMOSTRACIÓN DE LA TÉCNICA DE AKDEMIR

Lina María Zulúaga García, Juan Diego Villegas Echeverri, José Duván López Jaramillo, Jorge Darío López Isanoa, Danny Leandro Piedrahita Gutiérrez, Ana Lucía Herrera Betancur, Eliana Soley Gutiérrez Calderón. linazuluaga85@gmail.com

Algía- Clínica Comfamiliar, Pereira, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La morcelación electromecánica es un procedimiento muy importante que facilita la cirugía mínimamente invasiva. Desde 1993 con el uso de esta tecnología miles de mujeres se han sometido a laparoscopia sin requerir laparotomía. Sin embargo, la morcelación electromecánica ha sido realizada sin ser contenida. Por consiguiente esta práctica ha sido sometida a escrutinio por la preocupación de diseminación de tejido. Adicional al riesgo de dolor postoperatorio, infección y necesidad de reoperación, está la diseminación involuntaria de malignidades ocultas y empeoramiento del pronóstico. En Abril del 2014 la FDA emitió una alerta para el desuso la morcelación eléctrica en laparoscopia. Como respuesta a esta preocupación, los investigadores han desarrollado diferentes técnicas contenidas de extracción de tejido. Una de ellas es la propuesta por el Dr Ali Akdemir del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Ege de Izmir, Turquía. Objetivo: Reproducir de manera sistemática los pasos descritos en la morcelación contenida en guante quirúrgico publicado en la revista de Obstetricia y Ginecología de 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reproducción de la técnica paso a paso, descrita en el artículo publicado. A- Se introduce el guante, previamente lavado con SSN por el trocar de fosa iliaca de 12 mm. B- Se embolsa el espécimen bajo visión directa. C- El pulgar se saca de la cavidad abdominal por el puerto inferior izquierdo con una pinza grasper. D- Los labios del guante con la pieza adentro se sacan por el puerto umbilical con ayuda de una pinza grasper, exteriorizando el trocar y la óptica. E- Se inserta nuevamente la óptica y el trocar umbilical a través del guante y se insufla a una presión de 14-20 mmHg. -La punta del pulgar se corta y por allí se inserta el morcelador bajo visión directa. F- Una vez morcelada la pieza, se ocluye el pulgar para evitar fugas. G- Se extrae el guante por el puerto umbilical bajo visión directa.

RESULTADOS

Se reproduce de manera exitosa la técnica descrita por el Dr Akdemir, como lo demuestra el video.

CONCLUSIONES

Se reproduce una técnica innovadora descrita como una posible solución para morcelación eléctrica contenida completa, sin embargo se requieren otros estudios para demostrar la seguridad de la técnica. Adicionalmente el autor sugiere la creación de una bolsa en forma de guante específico para este procedimiento que pueda facilitar y acelerar el progreso en eliminar el problema de diseminación durante la morcelación.

BOLSA DE MORCELACION INTRAPERITONEAL

Fernando Gómez, Jimmy Castañeda, Ivonne Díaz, Jaime Villamil, Ramón Sotolongo.
fergomezmd@hotmail.com

PMA, Clínica de Marly, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Reportar un método de morcelación reproducible con bolsa intraperitoneal que permite la fragmentación de los especímenes quirúrgicos en cirugía ginecológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

La técnica incluye el acceso con cuatro puertos de laparoscopia uno umbilical de 10 mm para la óptica, otro en flanco izquierdo de 10 mm para la introducción del morcelador y dos puertos accesorios en fosa iliaca. La introducción de la bolsa se realiza por el puerto del flanco izquierdo, una vez contenida la muestra se exterioriza por el puerto del morcelador realizándose un sello hermético. Posterior a esto se exterioriza uno de los bordes de la bolsa por el puerto umbilical, se realiza cierre hermético y se introduce la óptica y el neumoperitoneo, se realiza el proceso de morcelación.

RESULTADOS

La bolsa permite el aislamiento de la cavidad peritoneal de la pieza quirúrgica y permite una excelente visualización para morcelar de una manera eficiente y segura. Proporciona seguridad para el proceso de morcelación y evita la aspersión de fragmentos de tejido que eventualmente pueden ser tumorales.

CONCLUSIONES

La morcelación de piezas quirúrgicas con esta técnica es un método reproducible, seguro, de bajo costo y con curva de aprendizaje corta.

DETECCIÓN GANGLIO CENTINELA CON VERDE DE INDOCIANINA – CÁNCER DE CÉRVIX

Daniel Sanabria, Edison Ardila. danielsanabriamd@me.com

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (FUCS) - Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La linfadenectomía es un procedimiento importante en el manejo quirúrgico del cáncer de cérvix; sin embargo contribuye a incrementar el tiempo quirúrgico, la pérdida de sangre y se asocia a complicaciones a corto y largo plazo. La determinación del ganglio linfático centinela puede reducir la morbilidad del procedimiento, el verde de indocianina se ha utilizado clínicamente para el mapeo del ganglio centinela con literatura actual que apoya su uso y recomienda su implementación en el cáncer de cérvix temprano. El objetivo del video es describir la técnica quirúrgica con esta nueva técnica en una paciente con cáncer de cérvix.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe un caso de una paciente de 48 años con diagnóstico clínico de cáncer de cérvix estadio Ib1, historia de dos partos previos quien al examen clínico presenta una lesión tumoral dependiente de cérvix de 2 cm con reporte de patología que informa carcinoma escamocelular invasor. Dentro del manejo quirúrgico se propone ser llevada a histerectomía radical + linfadenectomía pélvica. Dentro de protocolo de investigación se ofrece incluir a la paciente para la determinación de ganglio centinela utilizando colorante fluorescente – verde de indocianina.

RESULTADOS

Se realiza procedimiento quirúrgico asistido por robot (da Vinci®) logrando el mapeo de forma bilateral de los ganglios centinelas sin sufrir complicaciones en procedimiento, adicionalmente se presenta en este caso ubicación poco usual en área paraaórtica de ganglio centinela del lado derecho.

CONCLUSIONES

El ganglio centinela es una herramienta actual que brinda la posibilidad de disminuir la morbilidad asociada a los vaciamientos ganglionares extensos que se realizan en pacientes con cáncer de cérvix, el procedimiento se pudo realizar sin complicaciones en la paciente presentada demostrando que es una técnica reproducible.

LAPAROSCOPIC REPAIR OF A PERITONEAL DEFECT AT THE LAZKO'S PARARECTAL SPACE WITH HERNIATION OF THE ISOLATERAL ADNEXA

José Fernando De los Ríos, Claudia López, Juan David Castañeda, Ricardo Vásquez, Luis Almanza, Carolina Cifuentes, Adriana Arango, Catalina Agudelo, Jean Pierre Vergnaud. crisidelos@une.net.co

Clínica del Prado, Medellín, Colombia.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Se presenta el caso clínico de una paciente joven con dolor pélvico acíclico en quien se encuentra un defecto peritoneal poco común y su forma de corrección por laparoscopia.

MATERIALS AND METHODS

Durante el video se presenta el caso y los hallazgos laparoscópicos, se explica la anatomía del defecto y se muestra la forma como se corrigió.

RESULTS

Tras el procedimiento de corrección, los síntomas de la paciente remitieron, pudiendo por tanto, atribuir su dolor a la herniación crónica del anexo a través del defecto peritoneal.

CONCLUSIONS

Los defectos peritoneales deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor pélvico crónico y su abordaje para el diagnóstico y tratamiento puede llevarse a cabo por laparoscopia.

HEMIHISTERECTOMÍA SUBTOTAL IZQUIERDA SECUNDARIO A ÚTERO DIDELFO NO COMUNICANTE

Jesús Emmanuel Silva, Luis Ernesto Gallardo, Jaime Claudio Granados, Alba Fernanda Aguilar. dr.jesus.silva@hotmail.com

Clínica de Endometriosis y Cirugía Laparoscópica. Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las Malformaciones Müllerianas, son un grupo de malformaciones asociadas a la agenesia o falta en la fusión de los conductos. Estas malformaciones, originan Agenesias y disgenesias útero-vaginales, como: Septos Vaginales, Cervicales y Uterinos, No unión total de los conductos, generando Útero Didelfo; Esta patología ocupa el 4to lugar en frecuencia de las malformaciones müllerianas, con una incidencia del .1 al 3.8%. Las malformaciones müllerianas, en especial las mayores que dan por resultado un útero didelfo “No Comunicante”, se han asociado a Agenesia Renal Ipsilateral, alteración anatómica que presentaba nuestra paciente. El cuadro clínico que presentan las pacientes varía, los más frecuentes síntomas son Amenorrea, dismenorrea, dolor pélvico, abortos espontáneos o partos prematuros, sangrados uterinos anormales, entre otros. Esta patología no se asocia a infertilidad pero si a formación de Hematometras, siendo la alteración más importante por la cual se decide realizar algún procedimiento quirúrgico, dependiendo del deseo genésico de la paciente, hemihisterectomía o histerectomía total. En este caso, al no comunicar el hemiútero izquierdo con el derecho y obstruir el drenaje con la salpingooforectomía ipsilateral, se formará un hematometra, por ello se decide hemihisterectomía profiláctica.

MATERIALES Y MÉTODOS

40 años, Agenesia Renal Izquierda. Alérgica a la Penicilina, Antecedentes Ginecoobstétricos: Menarca 14 años, Irregular, Nuligesta, Dismenorrea incapacitante. Acude a valoración por Presencia de quistes ováricos y Dismenorrea Incapacitante. Exploración física: Cérvix Único, Eutrófico, tumoración derecha palpable. Ultrasonido: Útero Didelfo, hemiútero izquierdo de 77x70mm, línea endometrial 9mm, aparentemente no comunicante, Derecho de 86x60mm, línea endometrial 2mm. 3 Tumoraciones ováricas aparentemente derechas de 9, 7.5 y 7cm probables Endometriomas. Se sugiere diagnóstico de endometriosis + probable hematometra de hemiútero izquierdo no comunicante, por estos hallazgos, cuadro clínico y CA-125 de 1992 UI/ml. Se realiza una laparoscopia. Se observa útero en retroversoflexión de 7x5x4cm, plastrón en fosa iliaca izquierda comprendido por adherencias cólico-ováricas densas con obliteración total de parametrio izquierdo y fondo de saco posterior. Se realiza una salpingooforectomía izquierda, se visualiza hemiútero izquierdo, el cual se corrobora no comunicar en hemiútero derecho, por ello se realiza hemihisterectomía izquierda.

RESULTADOS

Sin complicaciones transoperatorias. Estudio histopatológico transoperatorio de Anexo izquierdo negativo para malignidad, Diagnóstico postoperatorio de Útero Didelfo ESHRE/ESGE-U4c/C0V0, Endometriosis Grado IV Severa (ASRM/98pts). Tiempo quirúrgico 1:30hrs. Sangrado >50cc. Hospitalización: 24hrs. Valoración 1 semana postquirúrgica, heridas quirúrgicas afrontadas en proceso de cicatrización, sin alteración, se indica Acetato de Leuprolide como tratamiento adyuvante de la

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

Endometriosis por 6 meses. Valoración Mensual durante 4 meses sin alteración ni sintomatología de Endometriosis.

CONCLUSIONES

El manejo de los Hematomas es quirúrgico, y es aceptado un manejo profiláctico preventivo. Dependiendo del deseo genésico de la paciente es que se optará por un tratamiento conservador o radical. Independientemente de esto, la cirugía laparoscópica es la vía de abordaje de elección, mejorando la visión directa de la patología, disminuyendo el sangrado, tiempo quirúrgico, riesgo de infección, dolor postoperatorio además de mejorar los resultados estéticos para la paciente. El riesgo de complicaciones es mínimo, y el retorno a las actividades diarias rápidamente.

UTERINE VASCULAR INJURY WITH UTERINE MANIPULATOR

Cilmario Leite da Silva Filho, Ivani Pires de Andrade Kehdi, Ana Maria Morato Gagliardi, Ana Paula Fernandes Ribeiro Carvalho. cilmariomed@yahoo.com.br

SCOPE Ginecologia Mini Invasiva, São Paulo, Brasil.

INTRODUCTION AND OBJETIVES

Uterine perforation is a potential complication of all intrauterine procedures and may be associated with injury to surrounding blood vessels or viscera (bladder, bowel). In addition, uterine perforation and its complications can result in hemorrhage or sepsis. The risk of uterine perforation is increased by factors that make access to the endometrial cavity difficult (eg, cervical stenosis) or alter the strength of the myometrial wall (eg, pregnancy, lactation, and menopause). When performing a laparoscopic procedure, the use of uterine manipulator aims to suitably mobilize the uterus.

MATERIALS AND METHODS

We present a case-report of a uterine perforation with uterine vein injury with successful repair.

RESULTS

A 59 years-old postmenopausal female patient attended to perform a left adnexectomy due to adnexal mass. Despite of cervical stenosis, insertion of Cohen's uterine manipulator was performed without difficulty. During the laparoscopic procedure, the tip of the manipulator was located in the right side of broad ligament, with a punctiform lesion. At first, the procedure was carried on, upon a careful observation. As the hematoma increased, the exploration of it was mandatory at the time. During inspection of hematoma, a branch of uterine vein was identified as the cause of bleeding. Then, vein uterine was dissected from uterine artery, and was performed an absorbable suture around the vessel. The peritoneum was closed and the procedure was concluded. The patient was sent home at the other day, with a good recovery. After one week, an ultrasound was performed with no hematoma or aneurism identification. After six months, the patient has been asymptomatic, without any concern.

CONCLUSIONS

Precaution must be taken when insertion of uterine manipulator in atrophic uterus. In this case-report, the instrumental was responsible for a lateral uterine perforation, with the risk of great bleeding. In order to treat the iatrogenic injury, the surgeon must avoid new lesions to ureters, nerves or iliac vessels. Fortunately, conservative treatment was enough, with no need of hysterectomy or laparotomy.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE URGENCIA EN ÚTERO GESTANTE POR EMBARAZO ECTÓPICO ÍSTMICO

Jimmy Castañeda, Sandra Gomez. mikejim2@yahoo.es

Clínica de Marly, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se presenta caso clínico de una ruptura uterina, posterior a la técnica de aspiración manual endouterina AMEU, realizada para interrupción voluntaria del embarazo, así como el manejo laparoscópico realizado en esta urgencia quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 32 años, G3P2C2 planificando con DIU de cobre, quien presenta embarazo intrauterino de 8 semanas y a quien le practican Interrupción Voluntaria del embarazo mediante técnica AMEU, durante la técnica se observa hemorragia obstétrica de 800 cc, se activa código rojo y se inicia manejo. A la reevaluación de la paciente se evidencia dolor abdominal difuso y sangrado vaginal activo en moderada cantidad, se practica ecografía transvaginal donde se observa útero aumentado de tamaño con irregularidad de sus paredes y heterogeneidad miometrial y una inadecuada definición de cavidad endometrial. Ante cuadro clínico y hallazgos ecograficos se sospecha ruptura uterina y se procede a laparoscopia exploratoria.

RESULTADOS

Durante la laparoscopia se observa gran hematoma pélvico que compromete todo el ligamento ancho hasta parametrios y una ruptura uterina a través de región ístmica de 5 cm, se procede a realizar histerectomía laparoscópica total. Procedimiento sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La perforación uterina es una complicación infrecuente de la técnica AMEU para la interrupción voluntaria del embarazo, pero potencialmente sería si no es reconocida a tiempo. Los factores que aumentan este riesgo, incluyen anomalías uterinas, infección y cicatrices uterinas previas. El reconocimiento temprano, junto con el manejo inmediato es clave para reducir morbilidad, mortalidad y consecuencias a largo plazo. Es importante que los médicos que practican AMEU estén adecuadamente entrenados en reconocer los signos clínicos tempranos de la perforación uterina, para así poder instalar el manejo adecuado de forma pronta y oportuna.

EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DEL CUERNO UTERINO RUDIMENTARIO

Alexey Golubenko, Oleg Chernogorov, Lyudmila Krilova, Elena Akulenko, Anna Pizhova. golubr@mail.ru

Centro Multidisciplinario Científico de Medicina de la Ayuda a Madres e Hijos de Z.I. Krugloy. Departamento de Ginecología y Tecnologías Reproductivas, Orel, Rusia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El útero unicorne es una rara malformación uterina que resulta del desarrollo anormal de uno de los conductos de Müller. El segundo conducto está poco desarrollado o falta. En la literatura que analizamos nosotros se destacan 4 opciones de anomalías: útero unicorne con cuerno rudimentario con comunicación con la cavidad uterina; cuerno uterino rudimentario cerrado; la presencia de cuerno rudimentario sin cavidad; la ausencia del cuerno rudimentario.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el año 2016, en nuestra clínica, fue realizada una operación quirúrgica de forma urgente - la laparoscopia. Extirpación del cuerno uterino rudimentario. Mujer de 15 años de edad fue traída a la sala de urgencias de cirugía pediátrica. Fue notado un desarrollo gradual de dolor localizado en la fosa ilíaca derecha con la presencia de un ataque agudo de dolor insoportable. El día en el que acudió a la clínica era el 6^o día de la menstruación. La menarquia desde los 14 años. Durante los últimos 1,5 años, se quejaba de la dismenorrea, hemorragia uterina que curaba por su cuenta con la ayuda de los analgésicos. Los exámenes de laboratorios preoperatorios, ecografía abdominal pélvica no permitió revelar las anomalías de los órganos genitales internos, patología tumoral y enfermedades del espacio retroperitoneal. Debido a la sospecha de apendicitis aguda fue realizada la laparoscopia diagnóstica, durante la cual fueron identificadas y corregidas las malformaciones del útero: útero unicorne con cuerno rudimentario con comunicación con la cavidad uterina a través de una pequeña "fístula". El video muestra las etapas principales de la operación. El período postoperatorio se transcurría sin complicaciones, la paciente fue dada de alta en el quinto día después de la operación. Después de 6 meses ella misma evalúa satisfactoriamente su estado de salud, dismenorrea y menometrorragia fueron recortadas por completo.

RESULTADOS

Etapas de la operación (el video): - laparoscopia diagnóstica; - revisión de órganos pélvicos y abdominales, verificación de malformación uterina; - coagulación bipolar y la intersección de la ligadura de trompas y tubas uterinas; - disección y movilización de la hoja trasera del ligamento ancho del útero, identificación del uréter; - coagulación bipolar y la intersección del ligamento redondo del útero; - disección y movilización de pliegue vesicouterino; - identificación, coagulación bipolar y la intersección de los vasos uterinos del cuerno uterino rudimentario; - recorte del cuerno uterino con la identificación de fistulas uterinas; - sutura de B-Lynch de fistulas uterinas; - periodización de pliegue de peritoneo vesicouterino; -morcelación y extirpación del cuerno uterino.

CONCLUSIONES

El útero unicorne con el cuerno uterino rudimental es una rara malformación uterina que resulta del desarrollo anormal de uno de los conductos de Müller y que causa la sintomatología expresada en forma de dolor cíclico persistente. Laparoscopia

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

diagnóstica es un método diagnóstico fiable, que pueden ser continuada por la intervención quirúrgica que corrige la malformación. La histerectomía laparoscópica del cuerno uterino rudimentario en el útero unicorne es una intervención quirúrgica adecuada con la realización de todas las etapas y principios de la cirugía de las malformaciones uterinas.

LAPAROSCOPIC CERCLAGE AFTER LAPAROSCOPIC RADICAL TRACHELECTOMY

Carolina Meza Paúl, Gabriel Rendón, Lina Echeverry, Carlos Contreras, René Pareja.
carolina.meza.paul@gmail.com

Clínica Las Américas, Medellín, Colombia.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Present the technique of interval laparoscopic cervical cerclage using Prolene suture.

MATERIALS AND METHODS

Surgical Video Laparoscopic Cervical Cerclage Technique and postoperative ultrasound with 3D reconstruction performed in a 34 year-old patient treated in 2011 for Ib1 cervical cancer by means of chemotherapy and laparoscopic radical trachelectomy and pelvic lymphadenectomy who desired a fertility sparing approach and after a five year disease free follow-up consulted with desire of pregnancy.

RESULTS

Surgical time of 25 minutes, blood loss of 20 cc, performed in an ambulatory setting withoupt intra or postoperative complications.

CONCLUSIONS

Laparoscopic cervical cerclage seem to be a safe technique that offer the advantages of the minimally invasive approach regarding blood loss and fast recovery.

ENDOMETRIOSIS INFILTRANTE PROFUNDA CON COMPROMISO INTESTINAL

Dany Leandro Piedrahita Gutiérrez, Juan Diego Villegas Echeverri, Jorge Darío López Isanoa, José Duván López Jaramillo, Jesús Ariel Hinestroza, Ana Lucía Herrera Betancourt, Eliana Soley Gutiérrez Calderón, Mario Luis Pájaro Corredor.
danyp110@gmail.com

Unidad de Laparoscopia Avanzada y Dolor Pélvico Crónico Algia, Pereira, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Endometriosis profunda que invade el intestino constituye un importante desafío para el ginecólogo. Afectación intestinal por nódulos de endometriosis profunda se ha estimado que ocurre en el 8-12% de las mujeres con endometriosis y la enfermedad colorrectal representa casi el 90% de estos casos. El objetivo es ilustrar un caso de proctosigmoidectomía laparoscópica para el tratamiento de esta entidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza descripción de un caso clínico y se ilustra paso a paso el procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la endometriosis intestinal.

RESULTADOS

La proctosigmoidectomía laparoscópica es una opción de tratamiento quirúrgico que puede ofrecerse a pacientes seleccionadas con endometriosis colo-rrectal.

CONCLUSIONES

La proctosigmoidectomía laparoscópica es una opción de tratamiento quirúrgico que puede ofrecerse a pacientes seleccionadas con endometriosis colo-rrectal.

ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Luis Orlando Puentes, Jairo Mendoza. orlando-puentes@hotmail.com

Hospital de San José, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Daniel Dargent fue el pionero de la cirugía laparoscópica oncológica, realizando en 1987, las primeras histerectomías radicales vaginales con linfadenectomías pélvicas por vía laparoscópica. Posteriormente Steven Vasilev, en 1996, describió la técnica de la linfadenectomía extra peritoneal, utilizando un balón para crear el espacio extra peritoneal. Desde entonces este campo ha tenido enormes avances tanto así que en este momento el abordaje laparoscópico para la estadificación quirúrgica del cáncer de endometrio es un estándar al tener los mismos resultados oncológicos de la cirugía abierta, pero con un menor número de complicaciones. El objetivo del video es mostrar la experiencia institucional del Hospital de san José, en el manejo laparoscópico del cáncer de endometrio, mediante una técnica combinada, utilizando las ventajas de la vía extra peritoneal para la linfadenectomía para aórtica y las ventajas de la vía transperitoneal, utilizando los mismos puertos de trabajo, para la realización de la histerectomía y la linfadenectomía pélvica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el video de una paciente de 56 años con IMC de 33%, con un cuadro clínico de 3 meses de evolución de hemorragia uterina post menopaúsica, con muestreo endometrial positivo para adenocarcinoma de endometrio tipo endometrio de Figo 3, a la cual se le aplico, la técnica quirúrgica combinada por vía laparoscópica.

RESULTADOS

Menor formación de adherencias, mejores recuentos ganglionares, menor tiempo operatorio, viabilidad operativa a pesar de cirugías previas, disminución del riesgo de lesión intestinal directa e igual tasa de complicaciones que la vía transperitoneal.

CONCLUSIONES

Conclusiones. El abordaje laparoscópico para el manejo del cáncer de endometrio mediante la técnica combinada, es una técnica fácil, segura y ofrece muy buenos resultados oncológicos. El Hospital de San José es pionero a nivel regional en esta técnica.

MANEJO LAPAROSCÓPICO PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL: SUTURA BARBADA, UNA TÉCNICA INNOVADORA

Giovanni Riaño, Byron Cardoso Medina, Juan Manuel Clavijo, Mariana Echeverry.
ginecolap@gmail.com

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El embarazo ectópico intersticial representa un desafío en cirugía mínimamente invasiva dado que su localización representa un alto riesgo de sangrado. Existen varias técnicas descritas, todas encaminadas a lograr un adecuado control hemostático previo a la resección. En el presente video mostramos en 8 pasos los aspectos técnicos del abordaje laparoscópico del embarazo ectópico intersticial, resaltando el papel de la sutura barbada en el control hemostático y en la histerorrafia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un caso de una mujer de 24 años G4P1A1E2, con antecedente de salpinguectomía por embarazo ectópico derecho. La paciente consultó por sangrado vaginal escaso y dolor pélvico tipo cólico, luego de haber recibido manejo médico con metotrexate en dos dosis, tras confirmación bioquímica y ecográfica de embarazo ectópico intersticial a la semana 7.3, con niveles iniciales de BHCG de 14,212 mUI/ml. Luego de 21 días de seguimiento, la paciente presenta falla terapéutica al manejo, con BHCG control en 14,051 mUI/ml y ecografía control que mostraba aumento del tamaño del embarazo, razón por la cual se decide llevar a manejo laparoscópico.

RESULTADOS

Se realizó bajo anestesia general resección en cuña del cuerno uterino derecho por laparoscopia con una técnica estandarizada de cuatro puertos. Se estableció pneumoperitoneo con presión intraabdominal de 15 mm HG. Se infiltró con vasopresina 30 ml de solución al 10% intramiometrial, en la base del sitio de implantación del embarazo ectópico y se empleó sutura barbada en jareta para el control hemostático, previo a la resección del cuerno afectado con energía monopolar a 25 watts. Se llevó a cabo la histerorrafia en dos planos usando la misma sutura y posteriormente se extrajo producto de la gestación con Endo Catch™. Al final se utiliza Tisseel™ para complementar la hemostasia y adhesión tisular de los bordes. La duración del procedimiento fue de 118 minutos y no tuvo ninguna complicación asociada. Se dio egreso a la paciente al día siguiente del procedimiento y se le realizó control postoperatorio al día 12, con ecografía transvaginal reportada como normal y BHCG francamente en descenso (95,15mUI/ml).

CONCLUSIONES

El abordaje por laparoscopia es una técnica segura y efectiva en el manejo del embarazo ectópico intersticial. En este caso demostramos la aplicabilidad de la sutura barbada en este tipo de procedimientos, la cual además de permitir un adecuado control vascular, puede tener ventajas respecto a las suturas convencionales al momento de la histerorrafia. Esta sutura no requiere anudado y por sus características, tiene menor riesgo de deslizamiento en el tejido miometrial, lo que permite una mayor facilidad en la técnica del procedimiento.

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA ASISTIDA POR ROBOT

Daniel Sanabria Serrano, Tatiana Palacios, Edison Ardila.

danielsanabriamd@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La linfadenectomía pélvica es un procedimiento utilizado para el adecuado manejo del cáncer ginecológico requiriendo un adecuado conocimiento de la anatomía y sus posibles variantes, además de la habilidad quirúrgica del cirujano con la intención de ocasionar la menor morbilidad posible a las pacientes. La cirugía asistida por robot potencia las habilidades del cirujano al ofrecer movimientos más precisos y amplios con una curva de aprendizaje menor. El objetivo de este video es demostrar la técnica quirúrgica de la linfadenectomía pélvica, la anatomía y el beneficio de la asistencia del robot para preservación de estructuras relacionadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se demuestra cómo se realiza el abordaje desde el posicionamiento de los puertos robóticos, el docking y la descripción secuencial de los pasos en la disección de las estructuras para la linfadenectomía pélvica con la disección de los espacios.

RESULTADOS

Se realiza procedimiento quirúrgico asistido por robot (da Vinci) logrando la disección de los espacios requeridos en el procedimiento y la linfadenectomía pélvica sistemática completa. El procedimiento se realiza sin complicaciones con un sangrado mínimo cumpliendo con los estándares para esta cirugía.

CONCLUSIONES

La cirugía asistida por robot permite una mejor visión, disección y disminución de sangrado y complicaciones en la linfadenectomía pélvica.

LINFADENECTOMÍA PARA-AÓRTICA ASISTIDA POR ROBOT

Daniel Sanabria Serrano, Tatiana Palacios, Edison Ardila.
danielsanabriad@gmail.com

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Clínica Los Nogales, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se demuestra cómo se realiza el abordaje desde el posicionamiento de los puertos robóticos, el docking y la descripción secuencial de los pasos en la disección de las estructuras del espacio paraaórtico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza procedimiento quirúrgico asistido por robot (da Vinci) logrando la disección de los espacios requeridos en el procedimiento y la linfadenectomía paraaórtica completa. El procedimiento se realiza sin complicaciones con un sangrado mínimo cumpliendo con los estándares para esta cirugía.

RESULTADOS

La cirugía asistida por robot permite una mejor visión, disección y disminución de sangrado y complicaciones en la linfadenectomía para- aortica.

CONCLUSIONES

Procedimientos de cirugía robótica asistida, cáncer ginecológico.

TORSIÓN OVÁRICA EN EL EMBARAZO

Cristina Anais Hernandez Saldaña, Christian Ronald Choque Hidalgo, Oliver Paul Cruz Orozco. cristy_hs@hotmail.com

Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La torsión del ovario es una verdadera emergencia ginecológica y hasta una quinta parte ocurre durante el embarazo, siendo más común en el primer trimestre, puede ser un diagnóstico particularmente difícil durante el embarazo, ya que los signos y síntomas no son específicos y se asocian con una amplia variedad de otros procesos de enfermedad abdominal. La necrosis tisular puede ocurrir rápidamente, y el diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales para preservar la función ovárica y el embarazo. El objetivo de este video es presentar un caso de torsión ovárica en el embarazo temprano y revisar su epidemiología, diagnóstico y tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó el expediente clínico de paciente atendida en el Instituto Nacional de Perinatología, se anexa video de cirugía laparoscópica.

RESULTADOS

Femenino de 24 años, gesta 2, cesárea 1, cursando embarazo de 7.5semanas que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso en fosa iliaca izquierda de 5 horas de evolución de inicio súbito, constante y agudo, asociado a nausea, no asociado a fiebre, cambio en patrones de heces, sangrado vaginal, o secreción vaginal anormal. La paciente sin antecedentes médicos de importancia. Exploración física signos vitales: tensión arterial 112/76mmHg, frecuencia cardiaca 78lpm, Frecuencia respiratoria 18rpm, Temperatura 36.7°C, oximetría de pulso 98% al aire ambiente; la paciente orientada, hidratada, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda. Ultrasonido pélvico útero grávido de 7.5x7.4x6.02 cm, embarazo intrauterino para 7.5semanas, actividad cardiaca fetal 162lpm, se identifica masa paraovárica izquierda anecoica de 6.6x6.7x6.07 cm, de contorno regular, definido y tubular a la aplicación doppler color muestra flujo vascular periférico. Resultados de laboratorio con Hb 13.4gr/dL, Hto 38.9%, plaquetas 242 mil, leucocitos 13.1 mil, con neutrófilos del 90.5%, urianalisis normal. Ante la probable torsión ovárica se realiza laparoscopia quirúrgica encontrando útero de aspecto grávido de 12x9x8cm, tumor dependiente de ovario izquierdo de 7x6x6cm torcido una vez sobre su pedículo involucrando salpínges ipsilaterales, ambos de aspecto necrótico. Anexo derecho normal, por lo que se realiza salpingooforectomía izquierda. El examen histopatológico reportó ovario con cuerpo lúteo hemorrágico.

CONCLUSIONES

La torsión ovárica durante el embarazo es un diagnóstico desafiante, debido en gran medida a los signos y síntomas no específicos involucrados, por lo cual se debe mantener una alta sospecha clínica de torsión ovárica en pacientes embarazadas con dolor abdominal y un ovario agrandado; para evitar diagnósticos erróneos y secuelas tardías de la necrosis ovárica y posible pérdida fetal. El método de imagen preferido para el diagnóstico de la torsión ovárica es el ultrasonido. Las opciones de manejo dependerán de la edad gestacional del feto, así como de las características

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

anatómicas del ovario afectado (tamaño, posición, existencia de una masa anexial). Una vez que se sospecha o confirma el diagnóstico de torsión ovárica por ultrasonido, es necesaria una intervención inmediata, teniendo en cuenta que la cirugía laparoscópica correctiva es una opción de tratamiento viable y comúnmente recomendada, que a menudo puede resultar en resultados favorables del embarazo.

GONAECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD A ANDRÓGENOS

Christian Ronald Choque Hidalgo, Oliver Paul Cruz Orozco, Cristina Anais Hernandez Saldaña. choquehidalgochristian@gmail.com

Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de insensibilidad a los andrógenos se caracteriza por la presencia de cariotipo 46 XY, fenotipo femenino y presencia de gónadas masculinas. Se trata de una entidad de interés por su relevancia en la identificación sexual y por su posible asociación de tumores malignos de las gónadas masculinas, que hace necesario un correcto diagnóstico y tratamiento quirúrgico. El objetivo de este video es presentar un caso de gonadectomía laparoscópica en una paciente con síndrome de insensibilidad a andrógenos completa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó el expediente clínico de paciente atendida en el Instituto Nacional de Perinatología, se anexa video de cirugía laparoscópica.

RESULTADOS

Paciente de 18 años con diagnóstico de desorden de diferenciación sexual (DSD 46 XY), ingreso al Instituto Nacional de Perinatología por amenorrea primaria y ausencia de desarrollo de caracteres sexuales secundarios por lo que inicio protocolo de estudio por uroginecología, endocrinología y genética. Antecedentes de importancia plastia inguinal derecha a los 8 años y plastia inguinal izquierda con resección de tumoración sin reporte de histopatología definitivo. Clínicamente ingresa con fenotipo femenino, tanner mamario I, tanner genital I, labios mayores escrotizados, cliteromegalia 1 cm, orificio uretral único o introito vaginal presente. El ultrasonido pélvico se corrobora ausencia de útero, anexos y se reporta una imagen ovoidea de 3.9 x 4 cm en hueso pélvico, cariotipo 46 XY, genitograma con uretra de aspecto femenino. Se decide prueba de estimulación de gonadotropina corionica a dosis de 5000 UI dosis única con cuantificación hormonal basal y post 72 Horas.

CONCLUSIONES

Paciente con diagnóstico final de insensibilidad completa a la acción de andrógenos (CAIS). Llamaba la atención las concentraciones de testosterona bajas para un sujeto de 18 años XY, sin embargo la paciente fue sometida a gonadectomía durante la hernioplastia izquierda del 2012 y probablemente esto explica la falta de desarrollo mamario dado que no hay adecuado sustrato para aromatización periférica. La literatura sugiere no realizar gonadectomía en las formas completas (CAIS) hasta no alcanzar un adecuado desarrollo mamario, debido al bajo riesgo de malignidad que tienen estos sujetos. No así en las formas parciales (PAIS) en donde la gonadectomía es de suma importancia dado que en ellos hay un mayor riesgo de malignidad gonadal. Después de la resección, estos pacientes deben recibir terapia de reemplazo hormonal para disminuir el riesgo de osteoporosis en la vida adulta.

PRESACRAL NEURECTOMY

Erica Stockwell, Jessica Sisto, Warren Volker. estockwell@wellhealthqc.com

Las Vegas Minimally Invasive Surgery, Las Vegas, Nevada, United States.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

For many women endometriosis is a chronic debilitating disease due to pelvic pain. There are multiple medical treatment options including nonsteroidal anti-inflammatory drugs, estrogen-progestin contraceptives, progestins, gonadotropin-releasing hormone agonists, danazol, aromatase inhibitors, and neuropathic pain treatments. When medical treatment options fail, surgical treatment options include surgical ablation or resection of endometriosis, hysterectomy with or without oophorectomy, or nerve transection including laparoscopic uterosacral nerve ablation or presacral neurectomy. Presacral neurectomy is a therapeutic option for patients with midline pain. This video presents the steps of and describes this procedure.

MATERIALS AND METHODS

This procedure was performed via robotic assist with the Intuitive Da Vinci robotic platform. Three arms were utilized (one camera arm and two instrument arms).

RESULTS

Successful treatment of midline endometriosis pain with presacral neurectomy is demonstrated in a patient with debilitating chronic pelvic pain related to endometriosis, failed medical management, and status post numerous laparoscopic resections.

CONCLUSIONS

In conclusion, presacral neurectomy is an effective procedure that may be performed quickly and safely either laparoscopically or robotically in the treatment of midline pain associated with endometriosis.

ROBOTIC ASSISTED TUBAL REANASTAMOSIS

Erica Stockwell, Jasmine Pedroso, Warren Volker. estockwell@wellhealthqc.com

Las Vegas Minimally Invasive Surgery, Las Vegas, Nevada, United States.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Approximately 20% of women aged 30 or younger at the time of sterilization and 6% of women over age 30 at the time of sterilization express regret within 10 years after the procedure. Of these women, a small percentage seek in vitro sterilization or tubal reversal surgery. The percentage of women seeking reversal of sterilization is increasing, the most common reason given being a change in marital status. Women with the best chances of successful reversal are those with the smallest amount of tube damaged by the sterilization procedure, such as those with Filshie clips or Falope rings. Microsurgery offers the best chance of successful reversal of sterilization and can be performed robotically. Robotic platforms offer delicate precision and high-definition three-dimensional close-up view of the surgical site.

MATERIALS AND METHODS

Robotic assisted tubal reanastomosis

RESULTS

This video demonstrates a successful bilateral tubal reanastomosis procedure.

CONCLUSIONS

Women seeking pregnancy after tubal sterilization have the option of pursuing in vitro fertilization versus tubal reanastomosis. For those seeking tubal reanastomosis, microsurgery offers the best chance of successful reversal and can be performed robotically.

CITORREDUCCIÓN GANGLIONAR PÉLVICA LAPAROSCÓPICA EN UN CASO DE CARCINOSARCOMA UTERINO

Oscar Suescún, Angélica Duque. oscarsug@gmail.com

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El carcinosarcoma corresponde a un tumor mixto uterino compuesto de elementos epiteliales y mesenquimales que representa menos del 5% de los tumores en esta localización. Se considera un tumor de alto grado del endometrio lo que justifica la realización de la mayor citorreducción posible en el caso de los estadios avanzados. El objetivo de este trabajo, es lograr exponer, mediante el uso de la laparoscopia, la posibilidad de lograr la realización de citorreducción completa de la enfermedad para este caso particular en el que se evidenció, durante la exploración de los espacios pélvicos, un extenso compromiso tumoral ganglionar. De ésta manera, se intenta además mostrar la mejor técnica de disección posible ante la presencia de conglomerados ganglionares firmemente adheridos a estructuras vasculares de la pelvis, lo que aumenta el grado de dificultad para este tipo de procedimiento. La utilidad de este trabajo es poder ejemplificar al resto de especialistas en el área la utilidad de la laparoscopia en el manejo quirúrgico de los estadios avanzados de esta enfermedad, lo que puede lograrse mediante el uso de una técnica adecuada.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo corresponde a un registro de vídeo, que se centra en la exploración y citorreducción ganglionar pélvica en el caso de una paciente de 67 años de edad con un estudio histopatológico previo que demuestra compromiso de la trompa y ovario derecho por carcinosarcoma luego de haberse realizado cirugía no oncológica. Marcador tumoral Ca 125 en 25 UI/ml, estudios de imagen negativos. Se completa manejo quirúrgico oncológico por laparoscopia utilizándose cámara de 30 grados y cinco trócares abdominales, realizándose adicionalmente histerectomía, anexectomía izquierda, linfadenectomía para aórtica. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria con una estancia hospitalaria no mayor a 12 horas. Para fines éticos, se obtuvo consentimiento de la paciente para obtener y presentar las imágenes con objetivos académicos.

RESULTADOS

Mediante la realización de una técnica adecuada, se logró realizar la citorreducción completa de la enfermedad, lo que incluyó la citorreducción de conglomerados ganglionares pélvicos adheridos a estructuras vasculares de la pelvis, completándose el procedimiento sin complicaciones ni conversión de la técnica quirúrgica. La resección completa de la enfermedad lograda para este caso tendrá repercusiones en el mejor pronóstico de la enfermedad.

CONCLUSIONES

El uso de la laparoscopia es una herramienta útil en el manejo quirúrgico del carcinosarcoma en estadios avanzados, logrando realizarse citorreducción completa de la enfermedad mediante el uso de una técnica quirúrgica adecuada, permitiendo así la recuperación rápida del paciente, la menor pérdida sanguínea y el pronto inicio del tratamiento adyuvante.

ATYPICAL EPITHELIOID TROPHOBLASTIC LESION IN RETROUTERINE CYST AFTER A CESAREAN SECTION: RESSECTION AND UTERINE RECANALIZATION

Cilmario Leite da Silva Filho, Ivani Pires de Andrade Kehdi, Ana Maria Morato Gagliardi, Ana Paula Fernandes Ribeiro Carvalho. cilmariomed@yahoo.com.br

SCOPE Ginecologia Mini Invasiva, São Paulo, Brazil.

INTRODUCTION AND OBJECTIVES

Gestational trophoblastic disease broadly divides into molar and nonmolar diseases. Nonmolar diseases include choriocarcinoma and lesions from placental site.

MATERIALS AND METHODS

We present a case of atypical postcesarean epithelioid trophoblastic lesion.

RESULTS

A 38-year-old Brazilian woman gravida 1 para 1, with desire of new pregnancy, presented with amenorrhea since the last pregnancy, when she has undergone a lower-segment cesarean section (2 years prior). This patient also have a laparoscopic surgery for deep endometriosis 5 years ago, with resection of a large retrocervical nodule and need of rectosigmoidectomy. The serum human chorionic gonadotropin (HCG) was undetectable. Other etiologies for amenorrhea were excluded. Hysterosalpingogram revealed a fistula between the cervix and the posterior uterine wall. MRI showed a cystic lesion with nearly 4 cm between the cervix and the rectum. Intraoperatively, we first performed a hysteroscopyc and identificated a large cyst into cervical canal, with amorphous structure similar to trophoblastic tissue. Then, at laparoscopy, we saw that the lesion was around the posterior uterine wall and contact with previous rectum anastomosis. The adnexal were unremarkable. The cystic lesion was removed without harm. The cervix was removed and the corpus of uterus was attached to the vagina and, then, recanalized with hysteroscopy view to ensure that the fistula was closed. On microscopic observation, the lesion was well circumscribed and surrounded by normal fibers without myometrial and vessel invasion. Mitotic figures and necrosis were not found. Imunohistochemical pattern showed positivity for inibin, CD-10, cytokeratin monoclonal antibodys AE1-AE3 and p63, while hPL and HCG were negative. Ki 67 index was low (5%). The ovulation was inhibited with GnRh analogue for six months, and then the patient performed a new hysterosalpingogram and hysteroscopy that revealed an irregular remanescent cervix, but with normal uterine cavity and normal endocervix. After 12 months, she returned bleeding monthly.

CONCLUSIONS

A 38-year-old Brazilian woman gravida 1 para 1, with desire of new pregnancy, presented with amenorrhea since the last pregnancy, when she has undergone a lower-segment cesarean section (2 years prior). This patient also have a laparoscopic surgery for deep endometriosis 5 years ago, with resection of a large retrocervical nodule and need of rectosigmoidectomy. The serum human chorionic gonadotropin (HCG) was undetectable. Other etiologies for amenorrhea were excluded. Hysterosalpingogram revealed a fistula between the cervix and the posterior uterine wall. MRI showed a cystic lesion with nearly 4 cm between the cervix and the rectum. Intraoperatively, we first performed a hysteroscopyc and identificated a large cyst into cervical canal, with amorphous structure similar to trophoblastic tissue. Then, at laparoscopy, we saw that the lesion was around the posterior uterine wall and contact with previous rectum anastomosis. The adnexal were unremarkable. The cystic lesion

Resúmenes de Trabajos Libres – 13th AAGL International Congress On Minimally Invasive Gynecology y V Congreso Colombiano de Endoscopia Ginecológica realizado del 22 al 25 de febrero de 2017 en Cartagena (Colombia)

was removed without harm. The cervix was removed and the corpus of uterus was attached to the vagina and, then, recanalized with hysteroscopy view to ensure that the fistula was closed. On microscopic observation, the lesion was well circumscribed and surrounded by normal fibers without myometrial and vessel invasion. Mitotic figures and necrosis were not found. Immunohistochemical pattern showed positivity for inhibin, CD-10, cytokeratin monoclonal antibodies AE1-AE3 and p63, while hPL and HCG were negative. Ki 67 index was low (5%). The ovulation was inhibited with GnRh analogue for six months, and then the patient performed a new hysterosalpingogram and hysteroscopy that revealed an irregular remanent cervix, but with normal uterine cavity and normal endocervix. After 12 months, she returned bleeding monthly.

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA: REVISIÓN A LA TÉCNICA

Fredy Alberto Quintero, Angélica Duque. fquintero30@gmail.com

Clínica Vida, Medellín, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La linfadenectomía pélvica es un procedimiento que hace parte del manejo quirúrgico de un gran número de condiciones en el área de Ginecología Oncológica, la realización de este procedimiento por laparoscopia tiene beneficios en cuanto puede lograrse una mayor magnificación de los espacios pélvicos, identificando de una mejor manera los límites anatómicos para su realización. El presente trabajo tiene por objetivo exponer la revisión de la técnica estandarizada de la linfadenectomía pélvica laparoscópica, mediante el uso de la mejor técnica quirúrgica posible lo que permite lograr la disección de los espacios anatómicos de la pelvis y la visualización de los reparos anatómicos de modo que éste procedimiento pueda ser reproducible para el resto de especialistas. De esta manera, la relevancia de este trabajo es poder aportar una herramienta académica visual que pueda ser útil para el resto de especialistas en formación en el área de ginecología oncológica que deseen reproducir de forma adecuada este procedimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo corresponde a un registro de vídeo, que se centra en la realización de la linfadenectomía pélvica (derecha, para este ejemplo particular), en el caso de una paciente de 35 años de edad con hallazgo de masa cervical de 1cm, con reporte histopatológico que informa carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado y estudios de imagen diagnóstica negativos para compromiso metastásico. Con los anteriores hallazgos se consideró con un estadio clínico IB1. Se lleva a procedimiento quirúrgico laparoscópico mediante la utilización de cámara de 30 grados y cuatro trócares abdominales, realizándose histerectomía radical, salpingectomía bilateral, linfadenectomía pélvica bilateral. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria con una estancia hospitalaria no mayor a 12 horas. Para fines éticos, se obtuvo consentimiento de la paciente para presentar las imágenes con objetivos académicos.

RESULTADOS

Mediante la realización de una técnica adecuada y segura, se logró realizar la linfadenectomía pélvica bilateral, completándose el procedimiento sin complicaciones ni conversión de la técnica quirúrgica. La realización de este procedimiento será de vital relevancia en el manejo adyuvante y en el pronóstico de la enfermedad, lo que significa que su reproducción debe ser altamente segura mediante el empleo de la técnica quirúrgica adecuada.

CONCLUSIONES

La linfadenectomía pélvica es un procedimiento frecuente en el área de Ginecología Oncológica; su realización por laparoscopia es un procedimiento seguro, estandarizado y reproducible siempre que se emplee una técnica adecuada. En aras de este objetivo y mediante la elaboración de este trabajo, se logró configurar una herramienta visual de tipo académico para especialistas en entrenamiento.

HISTERECTOMÍA + SALPINGUECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO EN CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE CÉRVIX IN SITU

Luz Adriana Almeciga Villamil, Diana Jimena Santana Ballesteros, Lina María Trujillo Sánchez, Mónica Medina Restrepo, Óscar Suescún Garay, Pedro Hernando Calderón Quiróz, Jesús Antonio Acosta Peñaloza. adrianaalmeciga@hotmail.com

Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El desarrollo reciente de la cirugía laparoscópica por puerto único es un intento de mejorar los beneficios cosméticos de la cirugía mínimamente invasiva, así como la morbilidad potencial asociada con múltiples incisiones; los avances preliminares de esta demuestran que las técnicas son viables siempre que se disponga de una experiencia técnica quirúrgica e instrumentación. El propósito de este trabajo es mostrar la experiencia en la realización de cirugía laparoscópica por puerto único en el tratamiento quirúrgico de carcinoma escamocelular de cérvix in situ, con la utilización de instrumental standard de laparoscopia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó el procedimiento de Histerectomía + Salpinguectomía laparoscópica por puerto único en el servicio de ginecológica oncología en 2016, en paciente con diagnóstico oncológico de carcinoma escamocelular de cérvix in situ. La paciente se sometió a cirugía a través de una incisión umbilical única de 2-3 cm con un puerto multicanal, uso de lente de 30º e instrumental standard de laparoscopia, el cierre de la cúpula vaginal se realizó por vía vaginal.

RESULTADOS

La edad de la paciente al momento de la cirugía fue de 45 años, el índice de masa corporal fue de 21, el tiempo medio de operación fue de 85 minutos, el sangrado intraoperatorio de 10cc. Procedimiento sin complicaciones intra o post operatorias.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica por puerto único para el tratamiento de diversas condiciones oncológicas ginecológicas, es factible en pacientes seleccionadas.

MIOMA INTRALIGAMENTARIO - RESECCIÓN POR LAPAROSCOPIA

Juan Carlos Ramírez, Diego Nicolás Rojas. diego_rojasr@hotmail.com

Clínica del Country, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Paciente de 52 años con hallazgo de mioma intraligamentario, con reporte de patología que señala presencia de mioma atípico objetivos mostrar resección de mioma intraligamentario por laparoscopia explicar hallazgos de miomatosis atípica en comparación con miomas normales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación caso clínico.

RESULTADOS

Miomatosis atípica.

CONCLUSIONES

Paciente de 52 años con hallazgo de mioma atípico intraligamentario patología de variante rara cambios histológicos se consideran como verdadera atipia se describen dos tipos tipo ii alta tasa de inmunoreactividad.

TUMOR DE OVARIO. CISTADENOMA. OBJETO VIRTUAL DE APRENDIZAJE

Henry Hernán Bolaños Bravo. bolakos@gmail.com

Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción: Presentar el manejo laparoscópico de los tumores benignos del ovario, y utilizar el vídeo producto de la cirugía para realizar un “Objeto Virtual de Aprendizaje” (OVA) en el que se explique las principales características de los tumores benignos del ovario; de tal manera que sirva como un “recurso educativo” para los profesionales de la salud en formación. Que pueda ser publicado en la Internet y usado en forma libre como material educativo; contribuyendo de esta manera al e-learning, en ésta “la Sociedad de la Información” Objetivo: 1) Brindar la mejor tecnología para realizar un procedimiento quirúrgico que beneficie a las pacientes con patología de ovario benigna. 2) Utilizar la grabación del vídeo obtenido durante el procedimiento quirúrgico para realizar un “Objeto Virtual de Aprendizaje” 3) Contribuir al proceso de formación de los estudiantes mediante el e-learning.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una historia clínica completa para una paciente que consulto al servicio de consulta externa con un tumor gigante de ovario, el cual fue catalogado clínicamente como cystadenoma. Se programó el procedimiento quirúrgico, previa firma del consentimiento informado. El procedimiento quirúrgico se realizó en la sala de cirugía endoscópica del Hospital Universitario Departamental de Nariño, en la Ciudad de Pasto. El vídeo obtenido de la cirugía se procesó utilizando herramientas de edición de vídeo “Corel Video Studio” y de Audio (Audacity), y para agregar el vídeo en este formulario se bajo "de peso" en bytes con Freemake Video Converter.

RESULTADOS

La cirugía se programó y realizó en forma ambulatoria. No se presentaron complicaciones. Demostrando las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, en lo referente a manejo del dolor, sangrado durante el procedimiento, hospitalización, recuperación, herida quirúrgica e incapacidad laboral. Se construyó el “Objeto Virtual de Aprendizaje” y se subió a la red de internet en YouTube, en la cual se puede ver y utilizar sin restricciones y con mejor calidad de video que el archivo que se subió para evaluación. <https://youtu.be/8cDMD8ae-8g>.

CONCLUSIONES

Se muestra en general la técnica quirúrgica para el manejo de los tumores benignos del ovario, las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva; y además usar el "Objeto Virtual de Aprendizaje" en el e-learning para la formación de los profesionales. Hace falta trabajar más con respecto a los diferentes usos "académicos" que se le pueden dar a los vídeos obtenidos durante los procedimientos quirúrgicos como: caso clínico en video, club de videos, videoquis (evaluación online), entre otros.

GANGLIO CENTINELA POR LAPAROSCOPIA EN CÁNCER DE CÉRVIX ESTADIO IB1

Luz Adriana Almeciga, Óscar Suescún, Diana Jimena Santana, Lina María Trujillo, Mónica Medina, Pedro H. Calderon, Jesús Acosta, Viviana Fletcher, Javier Burbano, Abel Merchán, Juan C. Castro. adrianaalmeciga@hotmail.com

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los estadios tempranos (IA1 a IB1/IIA1), la cirugía se ha establecido como el manejo oncológico primario, elegida por encima de la radioterapia dado los efectos deletéreos de esta última en la función ovárica y sexual. Sin embargo, hasta un 25% de los casos operables requerirán adyuvancia con radioterapia por presentar factores de riesgo para recaída, siendo el estado nodal no solo el más importante de ellos sino también un factor pronóstico para supervivencia. El compromiso nodal depende del estadio, tamaño tumoral y profundidad de la invasión, se presenta hasta en un 15% a 20% de los cáncer de cérvix tempranos, y en la mitad de estos hay compromiso para-aórtico; Consecuentemente, más del 80% de las pacientes no se beneficiarían de una linfadenectomía pélvica; teniendo en cuenta estas pacientes, se propone la detección de ganglio centinela que por definición comprende el primer o primeros ganglios linfáticos que reciben drenaje del tumor sólido primario; la tasa de detección del GC depende de diferentes variables, entre ellas las técnicas utilizadas y el tipo de solución inyectada al cérvix El propósito de este trabajo es mostrar la experiencia en la implementación de la técnica en el tratamiento quirúrgico de carcinoma de cérvix estadio temprano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó el procedimiento de Histerectomía radical + salpingooforectomía bilateral + mapeo ganglio centinela + linfadenectomía pélvica y biopsia paraaórtica. Mediante la aplicación de 99mTC el día previo al procedimiento quirúrgico 0,5 ml en hora 12- 3 – 6-9, realización de SPECT-CT el día del procedimiento quirúrgico y Aplicación de azul de metileno posterior a la apertura del retroperitoneo en igual localización y cantidad al 99mtc.

RESULTADOS

Se evidenció ganglio centinela marcación parametrial izquierda con azul de metileno. Escaneo con gammasonda con captación de nódulo caliente 10:1 parametrial izquierdo No detección con azul de metileno ni con radiofármaco de ganglio centinela a otro nivel. Verificación exvivo con gammacamara sin detección de nódulos pélvicos ni para aórticos en el control externo abdominal Nódulo caliente en pieza quirúrgica (parametrial) izquierdo. No nódulos calientes en tejido exvivo de ganglios linfáticos pélvicos ni para aórticos No complicaciones intraoperatorias ni post operatorias.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo el conocimiento disponible del ganglio centinela, se hace necesario desarrollar la curva de aprendizaje en la detección del ganglio centinela en pacientes con cáncer de cérvix en estadios tempranos que son llevadas a tratamiento quirúrgico primario, con el fin de definir si en un futuro próximo este puede ser un estándar en el manejo oncológico en esta patología.