

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Tratamiento de tumor anexial benigno por
laparoscopia en el Hospital Edgardo
Rebagliati Martins experiencia de 10 años
(1993-2003)**

TESIS Para optar el Título de: ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR

JUAN DE DIOS NILO CASTRO BRAVO

LIMA - PERÚ 2003

AGRADECIMIENTO .	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCIÓN .	5
MATERIAL Y MÉTODOS .	9
RESULTADOS Y ANÁLISIS .	11
CONCLUSIONES . .	15
RECOMENDACIONES .	17
BIBLIOGRAFÍA .	19
ANEXOS .	21
TEXTO COMPLETO EPUB . .	29

AGRADECIMIENTO

- A Dios por haber permitido culminar con éxito mi especialización.
- A mi Esposa Lidia y a mis hijos Jasson y Nilo Jesús, por la familiar ayuda, mancomunado sacrificio y cariñosa comprensión.
- Al Dr. Américo Fernández Rincón Jefe del Departamento de ginecología y Obstetricia, al Dr. Nicolás Medina Hidalgo Jefe del Servicio de Obstetricia, a la Dra. Mery León Jefa del Servicio de Ginecología del Hospital Dos de Mayo por sus consejos e incondicional apoyo.
- A Mis Maestros Médicos Asistentes del Glorioso y Benefactor Hospital Dos de Mayo por sus sabias y magistrales enseñanzas.

RESUMEN

Con el objeto de revisar la experiencia del servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en el tratamiento del tumor o masa anexial benigno, se revisaron las Historias Clínicas de todas las pacientes que clínica y mediante otros estudios tenían dicho diagnóstico y fueron tratadas quirúrgicamente por laparoscopia durante 10 años, desde el 01 de enero de 1993 hasta el 31 de enero del 2003, por lo que se revisaron 305 historias clínicas de igual número de pacientes.

En los diez años de estudio se realizaron un total de 10.653 intervenciones quirúrgicas ginecológicas, de las cuales 1.180 (11.08%) fueron realizadas por laparoscopia, de éstas, un total de 305 (25.84%) pacientes tenían diagnóstico clínico, ecográfico y de laboratorio de tumor anexial benigno, operadas por laparoscopia, quienes constituyen nuestro universo de estudio.

De acuerdo al resultado Anatómico-patológico la patología anexial más frecuente hallada fue el Cistoadenoma seroso de ovario en el 48.5% de pacientes, seguido de Quiste Endometriósico en 13.8% y Quiste Dermoide en 10.8%, predominando en el anexo derecho en el 54.8%.

La mayor incidencia de tumor anexial benigno se dio en el grupo etario de 30-34 años en un 23.6% y que en un 82% éstas se presentan antes de los 39 años de edad.

El nivel promedio de CA 125 fue de 26.92 U/ml con una desviación estándar de 26.6 siendo el valor mínimo de 2.38 y el máximo de 126.30.

El tamaño promedio del tumor fue de 64.11mm con una desviación estándar de

22.62, siendo el más pequeño de 10mm y el más grande de 151mm.

El tiempo operatorio promedio fue de 99.64 minutos con una desviación estándar de 38.37 siendo el tiempo mínimo empleado de 25 min. y el máximo empleado de 260..

Se presentaron un total de 8 complicaciones (2.62%); 4 de ellas por hemorragia, 3 por adherencias y en 1 caso por tumor maligno.

El tiempo promedio de estancia hospitalaria post operatoria fue de 2.6 días con una desviación estándar de 2.16 siendo el mínimo de 1 día y el máximo de 23 días.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una tumoración anexial en una mujer es normalmente motivo de una gran aflicción y preocupación para la paciente y un inmenso reto diagnóstico y de manejo para el gineco-obstetra, abocado íntegramente a tratar de diferenciar si dicha tumoración es de naturaleza benigna o maligna, cosa que, muchas veces resulta casi imposible hasta tener el resultado del estudio anatómo-patológico correspondiente, y por ende, el manejo amerita una cuidadosa evaluación de los hallazgos clínicos y auxiliares a fin de ofrecer a la paciente un adecuado y eficaz tratamiento.

La laparoscopia y la Internet son dos avances tecnológicos de punta del presente milenio que buscan: una cirugía eficaz, segura, menos invasiva la primera y una mejor, rápida y masiva comunicación la segunda para el bienestar, confort y satisfacción de los pacientes o usuarios.

Internet hace posible una rápida comunicación, información on line. Por cirugía laparoscópica operamos nuestros pacientes con la misma seguridad y buenos resultados que por la cirugía abierta, y con un postoperatorio más confortable (7)

En la evolución histórica de la Laparoscopia, han pasado muchos años desde que KELLING, en 1901, reportase el primer caso de inspección de la cavidad abdominal en un perro, con la ayuda de un Cistoscopio ideado por Nitze, introducido a través de un orificio cutáneo (5), pero recién con el descubrimiento de los cables de fibra óptica y los trabajos de PATRICK STEPTOE, considerado el "padre" de la laparoscopia moderna, a mediados de los años sesenta es cuando comienza a tomar mayor auge.

La Laparoscopia es una moderna técnica quirúrgica que consiste en la introducción de trócares para iluminación y visión ampliada, y para instrumental quirúrgico especial a la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones en la piel con la finalidad de apreciar in situ los órganos intraabdominales en general y los pélvicos en especial, llegar a un diagnóstico más preciso, extirparlo o corregirlo si fuera el caso.

Más aún con el advenimiento de la cirugía laparoscópica robotizada con una mínima invasión quirúrgica, con tele manipulación, donde el cirujano cómodamente sentado al lado de una consola manipula los brazos del sistema quirúrgico VINCI es ya toda una revolución médico-quirúrgica al servicio de la ciencia. (21)

El tratamiento por laparoscopia de una masa anexial ha demostrado ser seguro y eficaz, requiriendo para su indicación que el laparoscopista tenga un adecuado entrenamiento, habilidades técnicas y experiencia (13).

Con el tratamiento quirúrgico por laparoscopia lo que se busca es ofertar una nueva alternativa quirúrgica, diagnóstica y/o terapéutica a los pacientes portadores de una masa anexial benigna a fin de brindarles cicatrices operatoria mínimas, leve dolor post operatorio, escasa pérdida de sangre, corta estancia hospitalaria, rápida recuperación y pronto retorno a sus labores habituales. (3, 6, 8, 9, 10, 13).

Inclusive el manejo de masa anexial con CA 125 > 35 U/ml. y tumoración mayor de 10 cm. es factible y aplicable la laparoscopia hallándose en éstas 14 % de tumores malignos. (18)

En el servicio de ginecología del Hospital Rebagliati de Lima-Perú viene siendo practicada la laparoscopia ginecológica diagnóstica y/o quirúrgica desde el año 1993, por lo que transcurrido ya 10 años, es propicia la oportunidad para revisar, analizar y evaluar lo realizado a fin de sacar conclusiones que puedan ser de utilidad a la comunidad científica en general y a la ginecológica en especial.

Con las evidencias de que se trata de una tumoración de naturaleza benigna, la laparoscopia constituye uno de los procedimientos quirúrgicos de punta para el manejo terapéutico ofreciendo a la paciente un tiempo operatorio breve, un post operatorio con leve dolor, corta estancia hospitalaria, infrecuentes complicaciones, pronta recuperación y retorno temprano a sus actividades habituales.

Al cumplir, en el mes de enero del 2003, diez años de estar realizando laparoscopia diagnóstica y quirúrgica en el servicio de ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima-Perú hacemos la revisión y el análisis de todas las intervenciones laparoscópicas en tumor o masa anexial benigna a fin de evaluar nuestra experiencia con el propósito la determinar la incidencia y distribución de las diversas patologías halladas de acuerdo al resultado anatómico-patológico, determinar la distribución por grupos etarios, tamaño promedio del tumor, valor promedio de los niveles de CA 125, determinar el tiempo operatorio promedio, tiempo promedio de estancia hospitalaria post operatoria, frecuencia de complicaciones y sus causas, y correlación entre los diferentes parámetros estudiados, a fin de modificar o mejorar nuestro protocolo de procedimientos en laparoscopia ginecológica, y mostrar nuestra experiencia a la comunidad científica en general y a la Gineco-obstétrica en especial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 305 historias clínicas de todas las pacientes con diagnóstico clínico, ecográfico y de laboratorio de tumor o masa anexial benigno hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, desde el 01 de enero de 1993 hasta el 31 de enero del 2003, e intervenidas quirúrgicamente mediante laparoscopia, las cuales se agruparon de acuerdo a la frecuencia del tipo de tumor según el resultado anatómico-patológico, distribución de las edades por grupos etarios, por tamaño del tumor, frecuencia del marcador tumoral CA 125, del tiempo operatorio empleado en la cirugía, de las complicaciones presentadas en el intraoperatorio, y de los días de estancia hospitalaria post operatoria, así como también se asoció y buscó la correlación entre las diferentes variables mencionadas empleando el programa SPSS 10 y realizando el cálculo estadístico mediante Chi cuadrado o D de Somers'd según el caso.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Durante los 10 años últimos años, del 01 de enero 1993 al 31 enero 2003, en el servicio de ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins se realizaron 10.653 intervenciones quirúrgicas por diversas patologías, de las cuales 1.180 (11.08%) fueron realizadas por laparoscopia y de éstas 305 (25.84%) por tumor anexial benigno (Tabla N° 1).

La distribución de la patología anexial, de acuerdo a las edades de las pacientes agrupadas por grupos etarios, fue como sigue: La mayor cantidad de patología anexial benigna se concentró en el grupo etario de 30-34 años con 72 pacientes (23.6%) seguido del grupo 35-39 años con 68 (22.3%) y el de 25-29 años con 51 (16.8%), de 20 a 24 con 31 (10.2%), con lo que se observó que el tumor anexial benigno se presentó en el 82 % de casos en mujeres menores de 39 años de edad; cabe mencionar también que el tumor anexial benigno se presentó en 9 mujeres mayores de 60 años (3.0 %) con lo que no todo tumor en pacientes de la tercera edad es maligno. (Tabla N° 2).

Según el resultado anatomo-patológico la patología anexial se distribuyó de la siguiente manera: el tumor anexial benigno más frecuente encontrado en nuestro estudio fue el Cistoadenoma seroso en 148 pacientes (48.5%), seguido de Quiste Endometriósico con 42 casos (13.8%), Quiste Dermoide 33 (10.8%), cuerpo luteo hemorrágico 24 (7.9%), cistoadeno fibroma papilar 19 (6.2%), quistes foliculares 15 (4.9%), cistoadenoma mucinoso 7 (2.3%), quistes para tubáricos 6 (2.0%), hidrosálpinx 2 (0.7%), leiomioma pediculado 2 (0.7%), fibroma 1 (0.3%) y cistoadenocarcinoma 1 (0.3%). (Tabla N° 3). Predominando en el anexo derecho 167 (54.8%), seguido del izquierdo 132 (43.3%) y

bilateral 6 casos (2.0%).

El tamaño promedio del tumor benigno fue de 64.11mm con una desviación estándar de 22.62, siendo el tumor más pequeño de 10mm y el más grande de 151mm. (Gráfico N° 1). Como se puede apreciar 195 pacientes (63.90%) tenían tumores entre 51-100mm., en 85 pacientes (27.90%) de 10-50mm, en 24 (7.9%) entre 101-150mm. y en 1 caso (0.3%) de 151mm. con lo que podríamos señalar que más del 90% de tumores anexiales benignos fueron menores de 100mm.

El valor promedio de CA 125 fue de 26.92 U/ml con una desviación estándar de 26.6 siendo el valor mínimo de 2.38 y el máximo de 126.30; en 62 pacientes (20.3%) tenían valores menores de 35, en 21 (6.9%) tenían valores entre 36 a 100 y solo en 2 pacientes (0.7%) entre 101 a 150 U/ml.; se apreció además que el cistoadenoma seroso tenían niveles menores de 35 U/ml (44.7%), en 8 casos (9.4%) tenían entre 36 a 100 U/ml y 1 caso (1.2%) el valor fue entre 101 a 150 U/ml; Además se evidenció que el único cistoadeno carcinoma operado tenía un nivel de CA 125 menor de 35 U/ml. (Tabla N° 4).

El tiempo operatorio promedio fue de 99.64 minutos con una desviación estándar de 38.37 min. Siendo el menor tiempo operatorio de 25 y el máximo de 260 minutos. (Tabla N° 5). Apreciándose que en 195 casos (63.9%) la intervención quirúrgica laparoscópica demoró entre 61-120 minutos, en 50 (16.4%) entre 121 a 180 min. En 48 (15.7%) entre 0 a 60 min. En 12 (3.9%) fueron mas de 180 minutos. Observándose que en el 79.6 % de los casos la laparoscopia en un tumor anexial benigno demora menos de 2 horas (120 min.).

En las 305 laparoscopías quirúrgicas realizadas se presentaron 8 complicaciones intra operatorias en igual número de pacientes lo que representa un 2.6% de complicaciones quirúrgicas, siendo en 4 de ellas por hemorragia al lesionar vasos sanguíneos durante el acto operatorio en si, en un caso se lesionó la vena cava inferior, en otra la arteria uterina y el uréter derechos y en los otros dos casos lesiones de vasos menores; en 3 casos la complicación se presentó al hallar adherencias múltiples por cirugías previas que imposibilitaron continuar con la laparoscopia, y el caso restante al realizar la biopsia por congelación intra operatoria se reportó como un tumor potencialmente maligno que luego se confirmó a la parafina como cistoadenocarcinoma seroso papilífero, cabe mencionar que esta última se trataba de una paciente de 58 años con tumor anexial izquierdo de 73 x 65mm, de aspecto heterogéneo a la ecografía, con CA 125 de 27 U/ml. En todos estos casos se procedió a la laparotomía para el tratamiento y manejo correspondiente (Tabla N° 6).

De las 4 complicaciones por hemorragia 1 de ellas era por cistoadenoma seroso, en 2 casos por cuerpo luteo hemorrágico y el otro por quiste endometriósico. De las 3 complicaciones por adherencias 1 de cistoadenoma seroso y 2 por cuerpo luteo hemorrágico; en todos los casos que se presentó hemorragia como complicación los tumores medían menos de 100mm.

Además de todos los casos que se complicaron solo a 2 pacientes se les había realizado dosaje de CA 125, tratándose la primera de un cuerpo luteo hemorrágico con CA 125 de 9 U/ml, con tiempo operatorio de 260 minutos y una estancia de 6 días; y el segundo caso se trató de un tumor maligno cistoadenocarcinoma seroso papilífero de

73x65mm. con CA 125 de 27 U/ml, tiempo operatorio de 190 minutos y estancia de 10 días.

Cuando se produce la complicación, como es de esperar, el tiempo operatorio se prolonga, siendo mayor si la causa de la complicación es por hemorragia y menor si es por adherencias.

El tiempo de estancia hospitalaria post operatorio fue de 2.6 días con una desviación estándar de 2.16 días, siendo la estancia más breve de 1 y la máxima de 23 días. Apreciándose que en el 70% de los casos la permanencia es de 2 días y en el 88% es de a 3 días o menos. En el 50 % de pacientes con hemorragia permanecieron 6 o menos días y el otro 50% entre 11 y 23 días, de acuerdo a la magnitud de la complicación ya mencionada, además el total de pacientes que presentaron adherencias múltiples como complicación y que imposibilitaron continuar con la laparoscopia tuvieron una estancia post quirúrgica de 3 o menos días, y solo en el caso del adenocarcinoma permaneció 10 días (Tabla N° 7).

El tipo de tumor según grupo etario se distribuyó de la siguiente manera: El Cistoadenoma seroso tuvo una mayor frecuencia de presentación, en nuestro estudio, entre las edades de 35 a 39 años con 32 casos (10.5%), y de los 15 a 39 años 110 (36%); de igual manera el Quiste Endometriósico se presentó con mayor frecuencia en el mismo grupo etario de 35-39 años con 13 casos (4.3%) y entre 25-39 años con 31 (10%); mientras que el Quiste Dermoide, cuerpo luteo hemorrágico y cistoadenofibroma papilar tuvieron una mayor incidencia en el grupo etario de 30-34 años con 11(3.6%), 5 (1.6%) y 6 casos (2%) respectivamente; Los quistes foliculares con 11 casos (3.6%) predominaron entre los 25-39 años; el Cistoadenoma mucinoso con 6 casos se asoció a los 30-39 años; y los otros: Quistes paratubáricos, Quistes paraováricos, Leiomioma pediculado, hidrosálpinx con 15 (4.9%) predominaron entre los 25-39 años mientras que el cistoadenocarcinoma y fibroma ovárico se presentaron en mujeres mayores de 55 años la primera y de 40 años la segunda. Por otra parte la mayor cantidad de los diferentes tumores benignos se concentraron entre los 30-39 años con 140 casos (46%) (Tabla N° 8).

La asociación del tipo de tumor de acuerdo a su tamaño se determinó que el 65 % de los cistoadenomas medían entre 51-100mm y que el 91 % de éstos tenían un tamaño menor de 100mm., además el 64% de todos los tumores medían entre 51-100mm y que el 92 % de tenían menos de 100mm., siendo el tumor de mayor tamaño operado el fibroma ovárico de 151 x 72mm. (Tabla N° 9).

De las 85 pacientes que se realizó el dosaje de CA 125 de pudo determinar que el 80% de los Cistoadenomas serosos tenían un valor de CA 125 menor de 35 U/ml, y que el 71 % de los Quistes endometriósicos tenían entre 36-100 U/ml, además el 73 % de todos los tumores tenían un nivel de CA 125 menor de 35 U/ml (Tabla N° 10).

La duración del tiempo operatorio de acuerdo al tipo de tumor se logró determinar que en el 65 % de pacientes con Cistoadenoma seroso la cirugía laparoscópica duraba entre 61-120 minutos, y en el 84 % de éstos era menor de (120min); además en el 80 % de todas las operaciones por cualquier patología demoraba menos de 2 horas (120 minutos). (Tabla N° 11).

Por otro lado se calculó la asociación entre el tamaño del tumor y el tiempo operatorio mediante el estadístico D de Sommers obteniéndose un valor de 0.041, esto indica que no existe ninguna asociación estadística. Por lo que independientemente del tamaño del tumor el tiempo operatorio por lo general es menor de 120 minutos.

La duración de la estancia hospitalaria post cirugía laparoscópica de acuerdo al tiempo operatorio se pudo determinar que en el 85 % de las pacientes cuyo tiempo operatorio había sido menor de 120 minutos su estancia post operatoria era de 2 ó menos días, y que aquellos casos en que la estancia post operatoria era más de 5 días el tiempo intraoperatorio había sido mayor de 121 minutos, solo en 0.3 % de casos y con tiempo operatorio mayor de 240 minutos la estancia fue mayor a 20 días. (Tabla N° 12).

CONCLUSIONES

- De las 305 pacientes que fueron intervenidas laparoscópicamente por tumor anexial benigno durante los 10 años del presente estudio el tumor más frecuente fue el cistoadenoma seroso en un 48.5% de casos.
- El lado anexial más afectado fue el derecho con 54.8%
- La edad promedio es de 32 años y la distribución por grupo etario se dio entre las edades de 30-34 años (23.6%), 35-39 años (22.3%) y 25-29 años (16.8%); por lo que señalaríamos el tumor anexial benigno se presentó en el 82% de casos en mujeres menores de 39 años de edad y en el 3% en mayores de 60.
- El tamaño promedio del tumor anexial benigno es de 64.11mm., y que el más del 90% de éstos miden menos de 100 mm. al momento de su diagnóstico y manejo.
- El valor del CA 125 promedio fue de 26.92 u/ml, en los 85 casos que se realizaron.
- El tiempo operatorio promedio fue de 99.64 minutos
- La Hemorragia fue la complicación más frecuente en 4 de 8 casos.
- El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 2.6 días
- Independiente del tamaño y la patología anexial benigna, el tiempo operatorio por lo general es menor de 120 minutos.

Con lo mencionado estamos seguros que con el presente estudio se ha confirmado los informes científicos internacionales que la laparoscopia para el tratamiento de tumor

anexial benigno constituye una de las alternativas terapéuticas con corto tiempo operatorio, raras complicaciones, breve estancia hospitalaria por ende pronto retorno a las actividades cotidianas y laborales demostrando sus bondades por lo que debe ser fomentado y protocolizado en todos los servicios de ginecología del ámbito nacional a fin de brindar a nuestras pacientes una tecnología de punta con demostrada eficacia y comprobado beneficio.

RECOMENDACIONES

- La práctica de la laparoscopia como moderna técnica de diagnóstico y tratamiento para tumores anexiales es recomendable por su corto tiempo operatorio, raras complicaciones, breve estancia hospitalaria.
- Para disminuir aún más el tiempo operatorio es menester que este procedimiento sea realizada por personal adecuadamente entrenado altamente capacitado y con experiencia.
- A fin de minimizar las complicaciones, además de lo mencionado, es necesario una exhaustiva y minuciosa selección de las pacientes con tumor anexial benigno a someterse a laparoscopia en base a una protocolizada evaluación clínica, ecográfica y de laboratorio a fin de tamizar los posibles casos sospechosos o evidentes de malignidad, y de aquellos que por su estado clínico-patológico es preferible la laparotomía.
- Si bien es cierto que el marcador tumoral CA 125 no es específico ni usado como diagnóstico para neoplasias malignas, en casos de tumores anexiales benignos solo es orientador y debe tomarse como tal.
- La laparoscopia diagnóstica y quirúrgica en nuestro medio debe ser fomentado y protocolizado especialmente para tumores anexiales benignos por sus bondades, beneficios y eficacia comprobada.

BIBLIOGRAFÍA

- Hopkins Michael P et al. The myths of laparoscopic surgery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2000; 1(183):1-5
- Ferriman Annabel. Laparoscopic surgery: two thirds of injuries initially missed. BMJ 2000 sept;321:788
- Tay J I et al. Ectopic pregnancy. Regular Review. BMJ 2000 Apr;320:916-919
- Tamussino. Kart F et al. Ureteral complications with operative gynecologic laparoscopy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1998; 5 (25):178-183.
- Laporte Eric, Arner Antoni. Historia de la Laparoscopia. Servicio de Cirugía del Hospital Sabadell. CIVaLaparoscopia.org 2000
- Farquhar Cinthia M. Endometriosis, Evidencias clínicas. BMJ 2000 may; 300:1449-1452
- Laporte Eric, Arner Antoni. Cirugía Laparoscópica, Introducción para cirujanos. Servicio de Cirugía del Hospital Sabadell. CIV @ Laparoscopia.org 2000
- Pittaway Donald E. et al. Laparoscopic adnexectomy: A comparison with laparotomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994 Aug; 2 (171): 385-391.
- Kelleher Con. Recent advances Gynaecology. BMJ 1999 Sept; 319:689-692
- Parker William H. et al. Laparoscopic management of benign cystic teratomas during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1996 May; 174:1499-501
- Schutter eltjo M.J. et al. The differential diagnostic potential of a panel of tumor markers (CA 125, CA 15-3, and CA 72-4 antigens) in patients with a pelvic mass. American

- Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002 Aug; 2(187):7-35.
- Timmerman Dirk et al. A comparison of methods for preoperative discrimination between malignant and benign adnexal masses: The development of a new logistic regression model. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999 Jul; 1 (181):5-28.
- Ripley Daylene et al. The impact of laparoscopic surgery in the management of adnexal masses. Departments of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Science, And Community Medicine, Mount Sinai School of Medicine. 1999 Jan; 1(66):31-34.
- Krissi Haim et al. Fallopian Tube Torsion: Laparoscopic Evaluation and treatment of a Rare Gynecological Entity. Tel Aviv University. J. Am Board Fam Pract 2001; 4 (14):274-7.
- Yuen P.M. et al. a randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1997 Jul;1(177):109-14
- Salberg Moore,S et al. The role of irrigation in the development of hypothermia during laparoscopic surgery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1997 Mar; 176(3):598-602
- Gomez Flaquet, W et al. Repercusión económica de la esterilización laparoscópica en el Hospital "Mariana Grajales"- Cuba. Medicentro 99; 3(2):1-35
- Childers Joel. Laparoscopia y sospecha de masa anexial. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996 Dic; 6 (175):1451-9
- Morice Philippe et al. Port-side metástasis after laparoscopic surgery for gynecologic cancer. The Journal of Reproductive Medicine 2000, 45(10): 837-40.
- Gotlier W. et al. CA 125 measurement and Ultrasonography in borderline tumor of ovarian American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000; 183: 541-6
- Darzi Ara. Recent avances in minimal access surgery. BMJ 2002 Jan; 324:31-34
- Busacca Mauro et al. Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999(Mar);3 (180)519-23
- Lin Perry et al. Excision of ovarian dermoid cyst by laparoscopy and by laparotomy American Journal of Obstetrics and Gynecology 1995 (Sep); 3 (173):769-71
- Smidt Veronica J. et al. Effect of carbon dioxide on human ovarian carcinoma cell growth American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2001 (Dec);6(185): 1314-17.
- Sewell Catherine A. et al. Trends for inpatient treatment of tubal pregnancy in Maryland American Journal of Obstetrics and Gynecology.2002(Mar);3(186):404-8.
- Muzii Ludovico et al. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: A prospective, randomized trial American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2000(Sep); 3(183):588-92.

ANEXOS

Tabla N° 1. Descripción de las pacientes con tumor anexial benigno operadas por laparoscopia.

Variable	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad (años cumplidos)	32.5	10	12	72
Tamaño del tumor (ml)	64.11	22.62	10	151
CA 125 (U/ml), (85 casos)	26.92	26.6	2.38	126.3
Tiempo operatorio (minutos)	99.64	38.37	25	260
Estancia Hospitalaria (días)	2.6	2.16	1	23

Grupo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<15	8	2.6	2.6
15-19	20	6.6	9.2
20-24	31	10.2	19.3
25-29	51	16.7	36.0
30-34	72	23.6	59.6
35-39	68	22.3	81.9
40-44	32	10.5	92.4
45-49	11	3.6	96.0
50-54	2	0.7	96.7
55-59	1	0.3	97.0
>60	9	3.0	100.0
Total	305	100	100

Tabla N° 2. Distribución de las edades de las pacientes con tumor anexial benigno operadas por laparoscopia.

Tumor Anexial	Frecuencia	Porcentaje
Cistoadenoma seroso	148	48.50%
Quiste endometriósico	42	13.8
Quiste dermoide	33	10.8
Cuerpo luteo hemorrágico	24	7.9
Cistoadenofibroma papilar	19	6.2
Quistes foliculares	15	4.9
Cistoadenoma mucinoso	7	2.3
Quistes para tubáricos	6	2
Quistes para ováricos	5	1.6
Hidrosápinx	2	0.7
Leiomioma pediculado	2	0.7
Fibroma	1	0.3
Cistoadenocarcinoma	1	0.3
Total	305	100

Tabla N° 3. Distribución de la frecuencia del tipo de Tumor Anexial encontrado en

pacientes operados por laparoscopia.

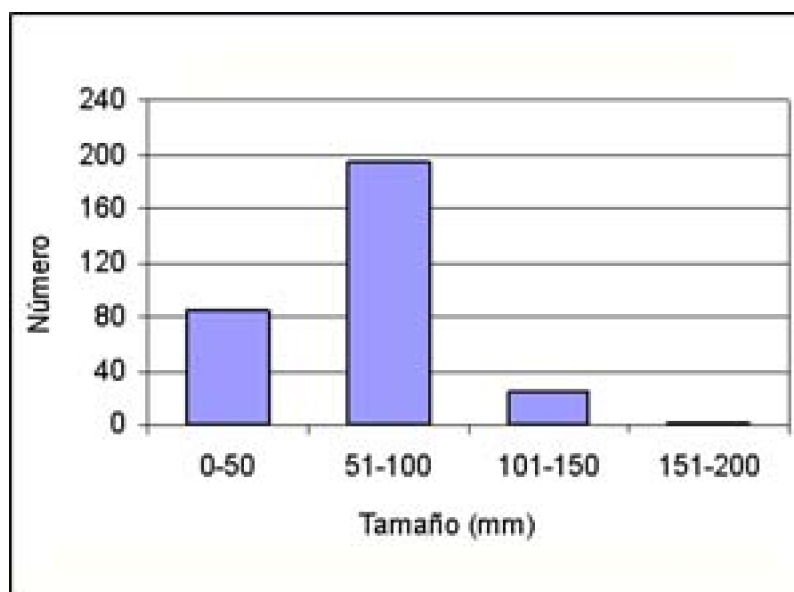


Gráfico N° 1. Distribución del tamaño del tumor anexial.

CA 125 (U/ml)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0-35	62	72.9	72.9
3-100	21	24.7	97.6
101-150	2	2.4	100.0
Total	85	100	

Tabla N° 4. Distribución de la frecuencia del nivel de CA 125 encontrado en pacientes operados por laparoscopia.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0-60	48	15.7	15.7
61-120	195	63.9	79.7
121-180	50	16.4	96.1
mas de 180'	12	3.9	100.0
Total	305	100.0	

Tabla N° 5. Distribución de la frecuencia del tiempo operatorio (minutos) en pacientes operados por laparoscopia.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
NO	297	97.4
SI	8	2.6
Tipo de Complicación	Frecuencia	
Hemorragia	4	
Adherencias múltiples	3	
Tumor maligno de ovario	1	

Tabla N° 6. Distribución de la frecuencia de complicaciones en pacientes operados por laparoscopia.

Días	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1	33	10.8	10.8
2	182	59.7	70.5
3	53	17.4	87.9
4	18	5.9	93.8
5	6	2.0	95.7
más de 5	13	4.3	100.0
Total	305	100.0	

Tabla N° 7. Distribución de la frecuencia de días de estancia hospitalaria post-laparoscopia quirúrgica

Tipo	Grupo Etáreo											Total	%
	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	≥60		
Cistoadenoma seroso	5	14	16	20	28	30	18	5	2		8	148	48.5
Quiste endometriósico		1	3	7	11	13	6	1				42	13.8
Quiste dermoide	1	1	6	7	11	5	2					33	10.8
Cuerpo luteo hemorrágico	2	1	3	3	5	5	4	1				24	7.9
Cistoadenofibroma papilar		1	1	4	6	4	1	1			1	19	6.2
Quistes foliculares		1	2	5	3	3		1				15	4.9
Cistoadenoma mucinoso				1	3	2						7	2.3
Quistes para tubáricos		1		2	2	1						6	2.0
Quistes para ováricos				2	2			1				5	1.6
Leiomioma pediculado					1	1						2	0.7
Hidrosálpinx						1		1				2	0.7
Cistoadenocarcinoma										1		1	0.3
Fibroma							1					1	0.3
Total	8	20	31	51	72	66	32	11	2	1	9	285	100
%	2.6	5.6	10.2	18.7	23.6	22.3	10.5	3.6	0.7	0.3	3.0		

Tabla Nº 8. Distribución del tipo de Tumor anexial según grupo etáreo en pacientes operados por laparoscopia.

Tipo de tumor	Tamaño del tumor en mm.				Total
	10-50	51-100	101-150	151-200	
Cistoadenoma seroso	38	96	14		148
Quiste endometriósico	10	30	2		42
Quiste dermoide	5	24	4		33
Cuerpo luteo hemorrágico	12	11	1		24
Cistoadenofibroma papilar	5	12	2		19
Quistes foliculares	10	5			15
Cistoadenoma mucinoso	1	5	1		7
Quistes para tubáricos	2	4			6
Quistes para ováricos	1	4			5
Leiomioma pediculado		2			2
Hidrosálpinx	1	1			2
Cistoadenocarcinoma		1			1
Fibroma				1	1
Total	85	195	24	1	305

Tabla Nº 9. Distribución del tipo de Tumor anexial según su tamaño en pacientes operados por laparoscopia.

Tipo de tumor	Nivel del CA 125 en U/ml			Total	%
	0-35	36-100	100-150		
Cistoadenoma seroso	38	8	1	47	55.3
Quiste endometriósico	3	10	1	14	16.5
Quiste dermoide	11	1		12	14.1
Cuerpo luteo hemorrágico	2	2		4	4.7
Quistes foliculares	2			2	2.4
Cistoadenocarcinoma	1			1	1.2
Quistes para tubáricos	1			1	1.2
Quistes para ováricos	1			1	1.2
Cistoadenoma mucinoso	1			1	1.2
Cistoadenofibroma papilar	1			1	1.2
Hidrosálpinx	1			1	1.2
Total	62	21	2	85	100
%	72.9	24.7	2.4	100	

Tabla N° 10. Distribución del tipo de Tumor anejal según nivel de CA 125 en pacientes operados por laparoscopia.

Tipo de tumor	Tiempo operatorio en minutos				Total	%
	0-60	61-120	121-180	más de 180		
Cistoadenoma seroso	29	96	20	3	148	48.5
Quiste endometriósico	1	31	8	2	42	13.8
Quiste dermoide	2	20	10	1	33	10.8
Cuerpo luteo hemorrágico	4	14	5	1	24	7.9
Cistoadenofibroma papilar	3	13	2	1	19	6.2
Quistes foliculares	5	8	2		15	4.9
Cistoadenoma mucinoso		3	2	2	7	2.3
Quistes para tubáricos	2	3	1		6	2.0
Quistes para ováricos		5			5	1.6
Hidrosálpinx	1	1			2	0.7
Leiomioma pediculado		1		1	2	0.7
Fibroma	1				1	0.3
Cistoadenocarcinoma				1	1	0.3
Total	48	195	50	11	305	100
%	15.7	63.9	16.4	3.5	100	

Tabla N° 11. Distribución del tipo de Tumor anejal según tiempo operatorio (minutos) en pacientes operados por laparoscopia

Días de estancia	Tiempo operatorio en minutos				Total	%
	0-60	61-120	121-180	más de 180		
1	10	19	3	1	33	10.8
2	30	123	24	5	182	59.7
3	4	34	13	2	53	17.4
4	4	13	1		18	5.9
5		3	3		6	2.0
más de 5		3	6	4	13	4.3
Total	48	195	50	11	305	100
%	15.7	63.9	16.4	3.6	100	

Tabla N° 12. Distribución del tiempo operatorio (minutos) y los días de estancia en pacientes operados de laparoscopia

TEXTO COMPLETO EPUB

Descargar texto completo en formato EPUB en la dirección:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/castro_bj/epub/castro_bj.epub