

La Celioscopia en Ginecología

Dr. Pío Aguirre

Toco-ginecólogo de la Maternidad Provincial

J A E N

La celioscopia es la endoscopia de la cavidad abdomino-pelviana previamente distendida por un neumoperitoneo artificial.

Lo mismo que en todo acto quirúrgico ginecológico, para la introducción del aparato de endoscopia, podemos valernos de dos vías: la vía transparietal y la vía vaginal. La Celioscopia transparietal, se denomina también peritoneoscopia y laparoscopia, esta última denominación ha sido siempre más usada por los cirujanos y especialistas de Aparato Digestivo. La Celioscopia transvaginal se llama también Culdoscopia y Douglascopia, y presenta dos variantes técnicas según se haga con la enferma en posición genupectoral, como preconizó Decker en 1944, o en posición ginecológica, como propuso Palmer en 1946.

Cada una de estas dos vías de entrada, la transparietal y la vaginal, tiene sus ventajas y sus incon-

venientes, de manera que no se deben de considerar contrapuestas, sino al contrario se complementan, beneficiándose cada una de las contraindicaciones de la otra. La Celioscopia transvaginal es más fácil de realizar, es más rápida y sobre todo es menos peligrosa, también es aceptada con más facilidad por las mujeres, pues se practica por las vías naturales y no deja ninguna señal. Sin embargo, su campo de visión es más reducido y, por lo tanto, más difícil de orientarse el operador correctamente.

La Celioscopia transparietal tiene la ventaja de proporcionar una visión general de la pequeña pelvis, y por consiguiente facilita mucho la orientación y el diagnóstico; permite también la inspección del resto del abdomen, apéndice, hígado, vesícula, etc. También es indispensable cuando se va a asociar la Celioscopia con alguna otra maniobra, como sección de adherencias,

toma de biopsia, hidrotubación, etc. Por lo tanto, los dos métodos no deben de oponerse uno a otro, sino que deben considerarse como dos modalidades de un mismo método, teniendo un instrumental y una técnica general comunes, entre los que se puede elegir en cada caso determinado, según las circunstancias de la enferma.

HISTORIA

Los primeros estudios experimentales de endoscopia fueron realizados por Kelling en 1902 en el perro. Este mismo autor, junto con Jacobsen, consiguieron practicar la primera endoscopia en el ser humano en 1911. Fue Berheim quien introdujo la práctica del neumoperitoneo para hacer así más visibles las vísceras pelvianas; este fue el primer paso importante en la endoscopia ginecológica. Te Linde, en 1940, consiguió la introducción de una cánula de endoscopia por el fondo de saco de Douglas, estando la enferma en posición ginecológica, pero esta técnica no tuvo gran éxito por la dificultad que oponían las asas intestinales a la visión de los órganos genitales. En 1944, Decker preconizó la posición genupectoral para la celioscopia por vía vaginal, de manera que la presión negativa del abdomen producía una neumoperitoneo espontáneo que rechazaba las asas intestinales; este método, llamado por su autor Culdoscopia,

se extendió rápidamente, sobre todo, en Norteamérica.

En Europa ha sido Palmer quien más ha difundido este método, fijando la técnica más cuidada, señalando sus indicaciones y enseñando sus posibles riesgos. Además ha introducido un detalle técnico como es la introducción de una cánula de insuflación en el cerviz uterino para así movilizarlo y hacer más visibles las trompas y ovarios.

En España, las primeras comunicaciones son del año 1952 y se deben a Botella, seguidas después por las de Gálvez y Echarte, en 1955.

La mayoría de edad de esta técnica podemos decir que la adquiere en el Simposio Internacional de Endoscopia Ginecológica celebrado en Palermo en 1964, donde acudieron los mejores celioscopistas del mundo entero. El interés de dejar un documento gráfico ha hecho que se desarrollen dos nuevas técnicas de endoscopia, la Celiofotografía y la Celiocinefotografía.

INSTRUMENTAL

Hay multitud de modelos de aparatos de endoscopia, desde los muy simples hasta los grandes aparatos muy perfeccionados que permiten hacer Celiocinefotografía. En esencia, está constituido por un conjunto óptico luminoso y una cánula para introducirlo. Nosotros utilizamos el fabricado por la casa Richard

Wolf de Alemania con dos ópticas distintas, una tipo Decker, con visión angular en 90 grados, y otra de tipo Palmer, con ángulo de visión de 135 grados.

En la figura 1 tenemos el instrumental usado por nosotros en una Celioscopia transparietal: lo vemos dividido en tres apartados: en un lado, valva vaginal, pinzas de garfios para tracción del cerviz, tallos de Hegar y cánula de insuflación. Por otro lado, la aguja para hacer el neumoperitoneo con un tubo de goma que se conecta a la fuente del gas, nosotros utilizamos una aguja de punción pleural con paso para el gas lateral, llave de paso y un mandril romo que sobresale por la punta de la aguja. Junto a ella hay una jeringa armada de una aguja larga y el celioscopio propiamente dicho con su cánula, un mandril romo y otro acerado y las dos ópticas. Un tercer apartado lo constituye unas pinzas porta y aguja, tijeras, etc., para dar un punto al finalizar la intervención en la brecha abierta por la cánula. La fuente luminosa está representada por una pila de 6 voltios.

Esto es lo que pudiéramos llamar "mínimo indispensable" para hacer una Celioscopia, pero hoy día hay aparatos muy completos con registro fotográfico o cinefotográfico como el fabricado por la casa Drapier, de París, cuyas características son las siguientes: Para la obten-

ción del neumoperitoneo dispone de peritoneostato, cuyo paso de gas carbónico se gradúa a una presión constante y él se encarga automáticamente de mantener dicha presión. Posee un generador de corriente eléctrica de 8 voltios que puede elevarse a 16 durante las tomas cinematográficas y que va unido a la lámpara por un tubo de caucho, por donde circula una corriente de aire frío para su refrigeración, ésta es de 70 w. y queda fuera del vientre, transmitiendo la luz por una lámina de cuarzo que va en el interior del tubo de celioscopio. De esta manera, sin un exceso de voltaje hiciera estallar a la lámpara, los trozos de ésta no quedarían en la cavidad abdominal, como pasaría con una óptica corriente. Con estos aparatos la visión se hace a través del visor de la cámara y cuando se quiere filmar, se aumenta automáticamente el voltaje.

T E C N I C A

La técnica es distinta según la vía elegida, la vaginal o la transparietal, pero tanto en una como en otra hay que tener las siguientes precauciones:

Debe efectuarse siempre en un quirófano y con todas las medidas de asepsia que en cualquier operación quirúrgica.

La enferma debe estar en ayunas y con la vejiga vacía.

Aunque la celioscopia puede hacerse con anestesia local, sobre todo, por vía vaginal, es preferible una ligera anestesia intravenosa que nos permita actuar con más tranquilidad y sin molestias para la paciente.

Antes de comenzar, el operador debe revisar y probar todos los aparatos, fuente de gas, iluminación, ópticas, etc.

Antes de comenzar la celioscopia propiamente dicha, el operador debe poner una valva vaginal y después de asepticar la vagina, dejar colocado dentro del útero un tallo de Hegar de un diámetro conveniente para que no se expulse, ni llegue a producir una dilatación forzada del cerviz, preferimos esta maniobra a la preconizada por Palmer de dejar colocada la cánula del insuflador, porque con el tallo de Hegar es más fácil la movilidad del útero en todas las direcciones, y solamente usamos la cánula cuando se trata de explorar la permeabilidad en las trompas por hidrotubación asociada a la visión de las mismas.

CULDOSCOPIA O TECNICA DE DECKER. El fundamento de esta técnica consiste en la posición genupectoral de la enferma que provoca una presión abdominal negativa, con lo que penetra el aire al interior de la cavidad abdominal al puncionar el fondo de saco de Douglas (fig. 2).

Para el mantenimiento de la posición genupectoral, Decker suspendía a la mujer de las preneras por medio de lazos y unas vueltas de venda, actualmente utiliza una mesa especial vasculante, con un soporte más bajo sobre el cual se arroja la mujer.

Se coloca una valva vaginal que comprima el perine, como se comprenderá, tiene que estar invertida y sostenida por un ayudante, se asepticar la pared vaginal con una solución de armil, se pinza el labio posterior del cuello y se tira de él, con lo que se consigue hacer más visible el fondo de saco vaginal posterior, que se infiltra con una solución de Novocaína, a los pocos minutos se hunde al trocar con el mandril punzante y, el tope a unos 3 cm., en el fondo de saco de Douglas a unos 15 mm. de la inserción de la vagina en el cerviz. Al retirar el mandril se oirá el ruido de la entrada del aire en la cavidad, motivado por la presión negativa que produce la posición genupectoral. Se introduce un tallo de Hegar en el útero para poder movilizarlo, se retira la pinza del cuello y se introduce la óptica de visión a los 90 grados, con lo que veremos la cara posterior del útero, los ovarios y, movilizándolo lateralmente, veremos las trompas (fig. 3).

Al terminar la exploración se retira la óptica y el tallo de Hegar, y antes de retirar la cánula se com-

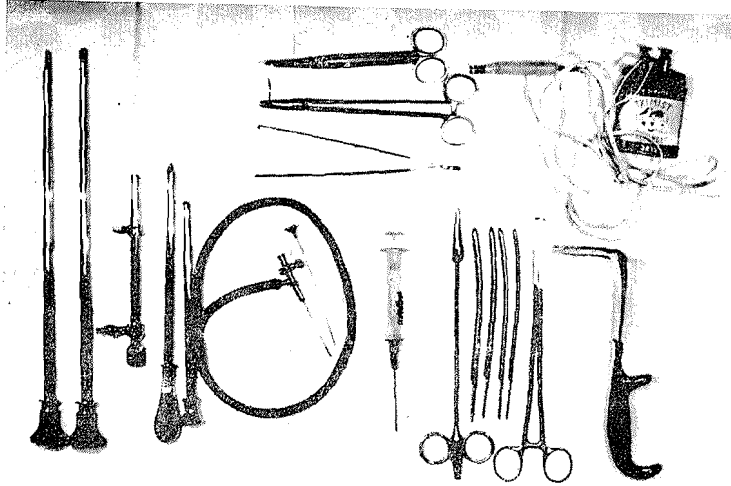
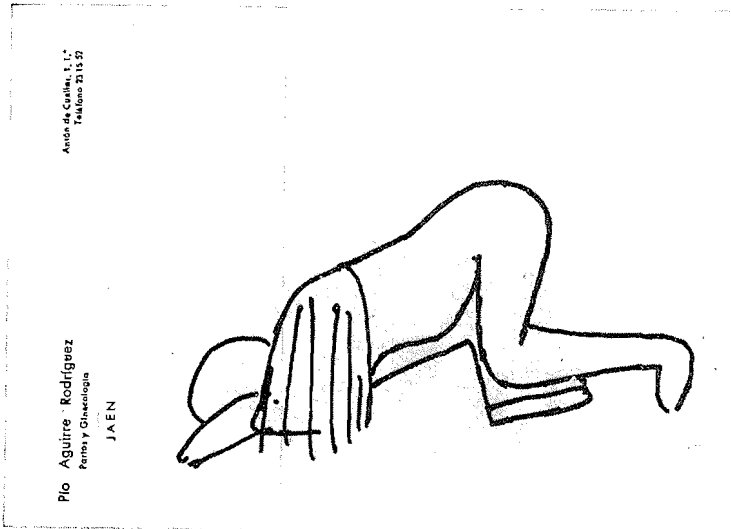


Figura 1.^a



Andrés de Capriles, S. L.
Teléfono 23 15 22

Pío Aguirre Rodríguez
Ferre y Cirujano

JAJEN

Figura 2.^a

Antón de Cuellos, 1, 1.^o
Teléfono 221532

Pío Aguirre Rodríguez
Partera y Ginecóloga
JAEN



Figura 3.^a

Antón de Cuellos, 1, 1.^o
Teléfono 221532

Pío Aguirre Rodríguez
Partera y Ginecóloga
JAEN

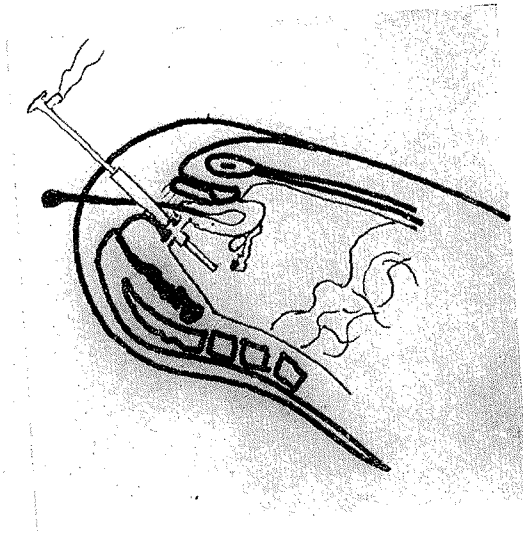


Figura 4.^a

Antón de Caceres, I. I.
Teléfono 213 57

Pío Aguirre Rodríguez
Punto y Ortopedia
JAEN

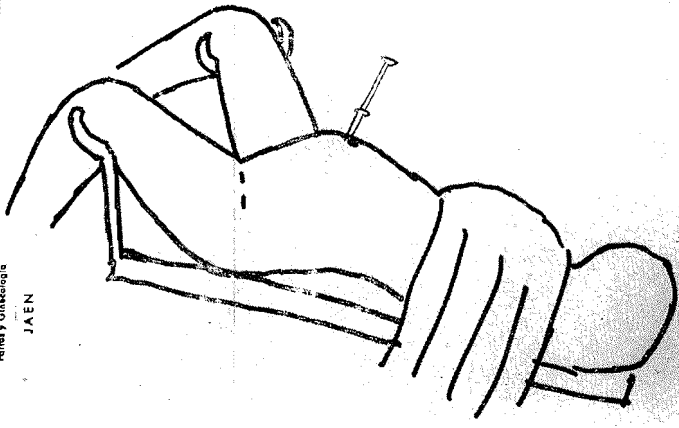


Figura 5.a

Antón de Caceres, I. I.
Teléfono 213 57

Pío Aguirre Rodríguez
Punto y Ortopedia
JAEN

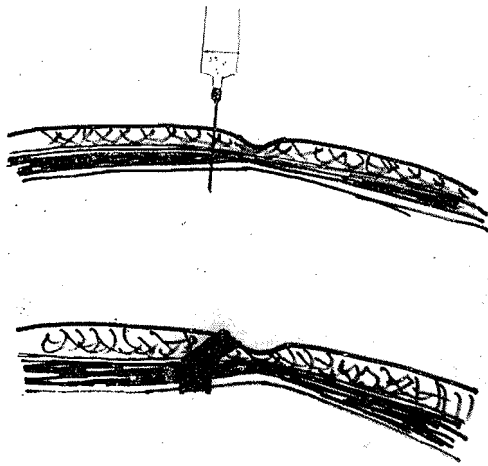


Figura 6.a

Antes de Cortar, U.S.
Teléfono 71 15 52

Pío Aguirre Rodríguez
Prensa y Gráfica
JAEN

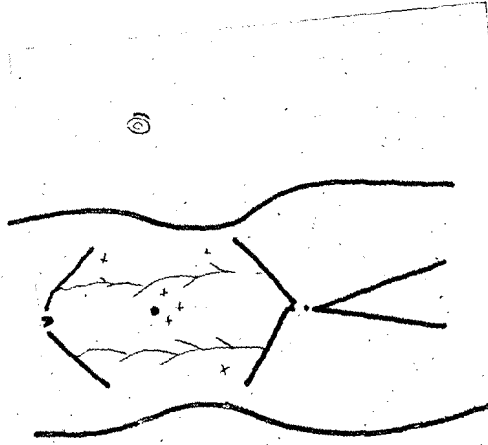


Figura 7.a

Antes de Cortar, U.S.
Teléfono 71 15 52

Pío Aguirre Rodríguez
Prensa y Gráfica
JAEN

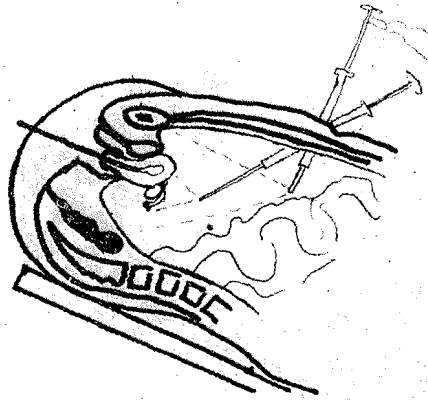


Figura 8.a

prime el vientre de la enferma para que expulse el aire y se coloca en decubito prono con un cojín debajo del vientre. Raramente sangra el orificio de penetración, pero si es así se puede dejar un ligero taponamiento o incluso dar un punto de hemostasia. La enferma guardará un día de reposo y a continuación puede ser dada de alta.

CELIOSCOPIA TRANSVAGINAL. EN POSICION GINECOLOGICA.

Técnica de Palmer.

Para este método se coloca la enferma en posición ginecológica en una mesa que pueda dar Trendelenburg y con las hombreras ajustadas. Se inicia una analgesia intravenosa. Se coloca una valva vaginal y se prepara la vagina. Se inclina la mesa unos 30 grados de Trend para rechazar las asas intestinales. El tiempo más delicado es elegir el punto de punción, pues es preciso penetrar por el fondo de saco vaginal posterior al primer intento. Para ello, tirando y aflojando con una pinza de garfios que se coloca en el labio posterior del cuello, se calcula en punto en que la vagina se une al cerviz y se punciona 15 mm. más abajo, en la línea media, fuertemente, en dirección al centro de la pelvis, sujetando fuertemente el cuello y llegando hasta el tope, que debe estar a unos 3 cm. Se retira al mandril y se inyecta CO₂, que entrará a muy poca pre-

sión, basta poca cantidad, unos dos litros. Se introduce después un tallo de Hegar en el útero para poder movilizarlo y a continuación se retira la pinza de garfios y se coloca la óptica de Decker con ángulo de visión de 90 grados. Esta posición tiene la ventaja de poder emplear anestesia general y además las trompas son más fáciles de estudiar que con la posición genupectoral (fig. 4).

CELIOSCOPIA TRANSPARIETAL

Es la más usada en la actualidad porque reúne una serie de ventajas sobre la vaginal, como es la visión panorámica de los genitales internos desde un ángulo desde el cual el cirujano está acostumbrado a verlos. Esta visión panorámica es muy importante para la comparación del tamaño del órgano que se observa respecto a los demás, pues hay que tener en cuenta que en celioscopia el tamaño de los órganos es distinto según la distancia en que esté colocada la óptica; así, si ésta se acerca mucho a un ovario, cualquier folículo nos parecerá mucho mayor. Esta vía transparietal es también la única a la que se puede asociar una serie de complementos que después describiremos, y procediendo con método y cuidado es una exploración exenta de riesgos, pues como dice Thoyer Rozat: "La celioscopia es un acto quirúrgico que debe ser efectuado por un cirujano ginecólogo, en un quirófano y con las precauciones de asepsia de cos-

tumbre. Ello comporta una serie de actos muy precisos que se suceden en un orden riguroso; esta suele ser la condición de que el examen sea efectuado con un mínimo de riesgos”.

Voy a exponer la técnica que nosotros usamos actualmente:

Se coloca la enferma en posición ginecológica y se procede a una ligera anestesia intravenosa.

Se coloca una valva vaginal y se aseptica la pared vaginal con una solución de armil. Se pinza el labio anterior del cuello con una pinza sacabala y se introducen unos tallos de Hegar hasta que entre justo forzando ligeramente el cuello, para que luego en las maniobras de movilización del útero no se sangre, ni pueda lesionar la pared uterina, hecho lo cual se puede retirar la pinza y la valva vaginal.

En este momento se desflexiona ligeramente los muslos de la enferma, quedando en una posición intermedia de unos 35 grados con la horizontal. Se ajustan las hombreras a la enferma y se coloca la mesa en un ligero Trendelenburg (fig. 5).

Se aseptica la pared abdominal desde los rebordes costales hasta el pubis y se colocan unas tallas estériles. Entonces se procede a efectuar el neumoperitoneo. Nosotros empleamos una aguja de punción pleural que consta de un paso lateral que se conecta con la fuente de

gas y de un mandril romo que sobresale por la punta acelerada de la aguja, además de una llave de paso que permite hacer salir el gas

La punción la hacemos a través de un dedo por debajo del reborde costal izquierdo en su punto medio. Atravesamos la piel, tejido celular fascia y penetramos profundamente en el músculo, en este momento se introduce el mandril romo y con él atravesamos el peritoneo, por lo general se percibe la sensación brusca de atravesar el peritoneo. Se saca entonces el mandril y se cierra la llave de paso, y se comienza a inyectar el gas, éste debe ser CO₂, pero tampoco hay inconveniente en usar O₂, que siempre se encuentra en cualquier quirófano. Este es el momento que más atención y vigilancia exige, pues de él va a depender el éxito o el fracaso de la exploración: El gas debe penetrar a un ritmo lento y el abdomen debe distenderse poco a poco y de una manera regular, sin ninguna asimetría. La presión del gas debe ser vigilada y nunca pasará de los 20 cm. de mercurio. Por lo general basta con presiones mucho menores, de 12 ó 15 cm.

Al abrir la llave de paso, la aguja del gas debe salir con presión, a la percusión, todo el abdomen debe estar timpánico y la matidez hepática debe de desaparecer.

Una vez efectuado el neumoperitoneo ya estamos en condiciones

de hacer la celioscopia, pero antes acentuaremos el Trendelenburg y haremos la siguiente maniobra: con una jeringa, a la que le hemos quitado el émbolo, le ponemos un cc. de suero y la armamos con una aguja larga y fina, por ejemplo, un trocar de raquis, hacemos una punción en la pared abdominal en el sitio donde pensemos penetrar con la cánula del celioscopio, al llegar con la punta de la aguja a la cavidad abdominal distendida por el neumoperitoneo, el gas a presión saldrá por la jeringa y hará burbujear al líquido contenido en ella. Preferimos esta maniobra a la propuesta por Palmer, de puncionar con una jeringa vacía a la que la presión del gas haría subir el émbolo, pues muchas veces el émbolo no se desliza con facilidad y puede dar la impresión de que todavía no hemos llegado a la cavidad (fig. 6). Con esta medida, además de asegurarnos de que estamos en vía libre, nos da la medida del espesor de la pared abdominal en dicho punto, y a tenor de ella, ajustaremos el tope móvil de la cánula y ya podemos penetrar en ella, sin peligro, en la cavidad abdominal.

Para ello debemos elegir el sitio ideal, nosotros, siguiendo a Palmer, elegimos casi siempre el borde izquierdo de la cicatriz umbilical, pero se pueden elegir otros puntos como los indicados en la figura 7, pues lo importante es no lesionar ningún vaso, sobre todo los más

fáciles por su situación, son las ramas de las epigástricas.

Para penetrar en la cavidad hacemos primero una incisión con el bisturí en la piel, por ella introducimos la cánula con el mandril acorado en un ángulo de unos 45 grados hacia abajo hasta perforar la fascia, en este momento ponemos la cánula vertical a la pared abdominal y perforamos sin miedo, sabiendo con certeza que caemos en la cámara de gas y que el tope de la cánula no nos va a permitir llegar a zonas más peligrosas. El hacer la punción en dos tiempos labrando un túnel oblicuo por el tejido celular es para que la puerta de entrada en la piel y de salida en el peritoneo no coincidan.

Ya sólo basta conectar la pila a la óptica e introducirla por la cánula, en esta maniobra puede que se pierda algo de gas, por lo que, si es necesario, se puede insuflar algo más por la aguja del neumoperitoneo, que no se retira hasta terminar la exploración.

Con la óptica de visión oblicua a 135 grados orientada hacia los pies de la enferma (fig. 8), nuestra visión caerá sobre la pelvis y enseguida localizaremos el fondo uterino, si hay alguna dificultad, basta con movilizarlo a través del tallo de Hegar para enseguida verlo. Conviene empezar la exploración por una vista panorámica de los genitales internos y del peritoneo

que los rodea y después, siguiendo siempre cierto método, se explorarán los anexos, el ligamento ancho, el fondo de Douglas y los úteros sacros, todo ello ayudado por la movilidad que nosotros podemos imprimir al útero con el tallo introducido en él. Esta movilidad puede ser hasta forzada, yo recomiendo que sea el mismo observador quien movilize el útero; para ello, si se está situado a la izquierda de la enferma a nivel del ombligo, una vez que se tiene enfocada la parte que se quiere observar, con la mano derecha se sujeta la óptica y la cánula, y con la mano izquierda, a través del paño estéril que cubre la región pudenda, se puede movilizar perfectamente el tallo de Hegar que sobresale por la vulva.

Para observar con detalle los ovarios y las trompas es conveniente introducir más la óptica hasta llegar cerca de ellos y con movimientos combinados de la óptica y el útero poder hacer una inspección lo más completa posible. Después de inspeccionar los genitales internos, se debe rotar la óptica para observar el ciego, el apéndice, el borde inferior del hígado y la vesícula.

Al terminar, se retira la óptica, dejando la cánula en su sitio, se coloca la enferma en posición casi horizontal y se comprime el vientre para que acabe de salir la mayor parte posible del gas introdu-

cido y a continuación se saca la cánula y se da un punto con hilo de algodón o se coloca un agrafe. Es importante desalojar el gas introducido para evitar los dolores de hombro, cuello y escápula que pueden presentarse después por irritación del nervio frénico. La enferma puede ser dada de alta a las 24 horas.

Al terminar la celioscopia es conveniente redactar un informe y, sobre todo, hacer un esquema con las alteraciones encontradas.

MANIOBRAS QUE SE PUEDEN ASOCIAR A LA CELIOSCOPIA.—

Cada vez que describen nuevas técnicas de maniobras asociadas a la celioscopia, unas con finalidad diagnóstica y otras con fines de tratamiento. Nosotros, hasta ahora, sólo hemos asociado la hidrotubación en casos de esterilidad, para comprobar la permeabilidad tubárica. Para ello se coloca una cánula de insuflación y un ayudante inyecta unos centímetros de una solución coloreada, en caso de trompas permeables, se verá fluir por el pabellón, y en caso contrario, se verán las trompas distenderse, y si la presión aumenta pueden observarse sufusiones subserosas coloreadas que indican la existencia de pequeñas roturas intestinales. Patter propone la inyección coloreada seguida de insuflación con CO₂.

Otras técnicas auxiliares serían la sección de adherencias, las tomas de biopsias tubáricas u ováricas, la punción de quistes ováricos, la aspiración de líquidos peritoneales o de sangre, la infiltración anestésica del nervio presacro, la electrocoagulación de focos de endometriosis y hasta se ha realizado la esterización tubárica. Para ello, además de ser un celioscopista consumado, hace falta un instrumental muy especializado.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LA CELIOSCOPIA

La celioscopia, como toda maniobra instrumental, no está libre de algunos accidentes, la mayoría de ellos evitables con una buena técnica.

Estos se pueden producir en el curso del neumoperitoneo y durante la introducción de la cánula del celioscopio.

El riesgo de perforar con la aguja del neumoperitoneo un asa intestinal más teórico que real, a no ser que ésta se encuentre adherida a la pared, en este caso se produce la insuflación del gas en el intestino con la consiguiente hinchazón localizado y salida de gases malolientes por la aguja, basta retirar la aguja y observar la enferma unos días con hielo en el vientre. Se ha descrito la punción del estó-

mago y del colon con expulsión de gases por boca o ano, respectivamente.

Más fácil es la inyección del gas en el tejido subperitoneal, sobre todo, en mujeres obesas: el gas entra con dificultad, la hinchazón es asimétrica y a veces se percibe por palpación crepitación profunda, es la causa más frecuente del fracaso de la celioscopia, no tiene consecuencias.

Otro accidente del neumoperitoneo es la hiperdistensión por exceso de gas, vigilando la presión esto no es posible; es indispensable que esta vigilancia la haga otra persona distinta de la que hace la celioscopia, pues éste está ocupado en la observación de las imágenes que tiene a la vista. Esta vigilancia se la encomendamos siempre al anestesista. En caso de que la hiperdistensión se produzca basta retirar la óptica para que el gas salga rápidamente por la cánula.

También es posible herir un vaso de la pared con la aguja del neumoperitoneo con salida de sangre por el pabellón, basta retirar la aguja y clavarla unos centímetros desviada.

Durante la introducción de la cánula del celioscopio también puede haber accidentes, el más peligroso es la herida de un asa intestinal, en este caso está indicada la laparotomía; esta eventualidad es muy difícil si antes, como aconsejamos

se hace una punción comprobadora con una aguja larga y fina montada en una jeringa sin émbolo y con algún líquido que nos haga ver la salida del gas a presión, señal inequívoca de que estamos sobre la cámara del gas. Esta maniobra también nos señalará el grosor de la pared abdominal para a su medida adaptar el tope de la cánula y que no penetre más que lo justo y evitar que una penetración más profunda pueda herir órganos más alejados de la pared.

Aparte de estos accidentes tenemos también varias causas de fracaso de la celioscopia: Cuando al mirar no se ve más que rojo. Puede ser sencillamente que la óptica esté sucia por sangre, ya porque exista un hemoperitoneo o porque el paso de la cánula haya herido algún vaso parietal y al introducir la óptica ésta se haya manchado, basta sacar la óptica y mirar por ella para convencerse de que está sucia y hay que limpiarla con una gasa estéril, o el motivo de ver rojo es otro. Puede ser también que la óptica haya penetrado demasiado y éste, en contacto con las asas intestinales, basta retirarla un poco para que veamos la cavidad pelviana. Pero el motivo más corriente es que la óptica no esté en la cavidad abdominal, sino que la cánula haya despegado el peritoneo en lugar de atravesarlo y la óptica se coloca en el tejido subperitoneal, esto es más

frecuente cuando en lugar de neoperitoneo lo que hemos provocado antes es un enfisema subperitoneal.

INDICACIONES

Al hablar de indicaciones quiero empezar por las palabras que escribe Dexeus en el prólogo de la monografía que sobre Celioscopia Ginecológica ha publicado su hijo, dice así: "Sus indicaciones son múltiples y, como las de todo medio diagnóstico, ampliables a medida que nos familiarizamos con él. Además de sus indicaciones concretas, como es la de ir en busca de una endometriosis, de una malformación o de unos ovarios grandes, la celioscopia tiene un objetivo, a mi juicio, importantísimo, que es el de ir a por nada. Aunque esto parezca incongruente, una de las más felices indicaciones de este método radica en la comprobación de no apreciar nada patológico en el aparato genital. Es posible que ciertos ginecólogos no estén de acuerdo con esta manera de pensar y que, en la consulta diaria, posean suficientes arrestos como para poder encasillar a todas sus enfermas. No me creo en este caso y cuando me decido por el diagnóstico de ovarios poliquísticos, de endometriosis del Douglas o tensión premenstrual, suelen acometer dudas y una impresión de osadía impropia de una cierta madurez.

Los diagnósticos complacientes para la enferma y su ambiente, pueden terminar también por la curación, pero reclaman un convencimiento profundo del médico. En el entusiasmo de la afirmación está la base del éxito. Cuando se ha sobrepasado la edad de la fácil contaminación emocional, estos diagnósticos no apoyados por una fe decidida, suelen estar abocados al fracaso. El curso posterior de la enfermedad y la cirugía realizada en estas mujeres señala claramente lo falso de ciertos diagnósticos lanzados más o menos a la ligera.

La celioscopia representa entonces un gran recurso para aquellas pacientes ante las cuales nos asalta la perplejidad. Nada encontramos al examen clínico. Ni las investigaciones de laboratorio, ni la radiografía bastan para abrirnos un camino suficientemente seguro para apoyar nuestra terapéutica. Si se operan, son sometidas a soluciones que llevan al fracaso en la mayoría de los casos. Para evitar la cirugía del aburrimiento, tanto del profesional como de la paciente, es muy útil poder asegurar a la enferma que se han visto sus órganos, que el médico ha pasado su mirada escrutadora por los más recónditos lugares de su pelvis y puede pontificar entonces sobre la normalidad hallada. Creo que de esta forma devolveremos la paz a muchas pseudoginecópatas y realizaremos una medicina más científica y menos ele-

mental. Por otra parte, el sacrificio pedido a la enferma se reduce a un tiempo y una molestia mínima”.

A continuación paso a exponer las indicaciones en que la hemos realizado: Quizás la principal indicación sea, por su transcendencia, la sospecha no comprobada de gestación ectópica. Son esos casos en que sospechamos con fundamento que aquella gestación es ectópica y, sin embargo, no tenemos la seguridad suficiente para llevarla al quirófano, casos en que antes sometíamos a la enferma a una observación y que algunas veces volvían de urgencia, a los pocos días, con una gran hemorragia interna; hasta algún caso conocemos en que después de varios días de vigilancia en ambiente clínico, la enferma moría de anemia aguda el mismo día en que fue dada de alta. En estas enfermedades está indicadísima una celioscopia, que nos da un diagnóstico seguro y si se confirma nuestra sospecha es operada en el acto, y en caso contrario es dada de alta al día siguiente, con la tranquilidad de que la enferma no corre ningún peligro.

El diagnóstico por celioscopia es fácil, su imagen variará según el estado en que se encuentre el embarazo. lo hemos visto sin interrumpir, contenido en la trompa que presentaba un engrosamiento violáceo y unas gotas de sangre saliendo por el pabellón. Otras veces se observa una gran tumoración en la

ampolla tubárica o pequeños hematocelos. En otro caso que clínicamente nos parecía un ectópico, observamos una hemorragia del cuerpo luteo.

Otra indicación de la celioscopia es en el estudio de las amenorreas. En ellas podemos descubrir una agenesia ovárica, una hipoplasia, un síndrome de Stein, un ovario quístico o un ovario escleroso. También podemos descubrir una malformación uterina, una aplasia vaginal con hematometra o una tuberculosis genital.

Nosotros la hemos practicado con esta indicación en tres casos, los tres de amenorrea primaria en mujeres jóvenes. En un caso se descubrió una hipoplasia gonadal, en otro una malformación uterina con ovarios normales y el tercero, que tenía ausencia de vagina, se vio que faltaba también el útero, había unos rudimentos de trompas con ovarios, en uno de los cuales había un cuerpo lúteo. Esta enferma tenía también un riñón pélvico que se vio perfectamente por celioscopia.

Sigue en orden de frecuencia, en cuanto sus indicaciones, la esterilidad. En el diagnóstico de la Esterilidad, aunque parezca extraño, no ha desplazado las exploraciones que pudiéramos llamar clásicas, como la isuflación, la histerosalpingografía, la biopsia de endometrio, etc. Pero la Celioscopia tiene, a mi modo de ver, dos indicaciones precisas.

La primera, cuando nos encontramos un caso en que, a pesar de todas las pruebas normales, el embarazo no se produce; entonces vamos a ver muchas veces, pequeña patología, sobre todo, de las trompas, trompas que aunque sean permeables están acodadas o rodeadas de adherencias o muy distantes del ovario, con imposibilidad de adaptarse a él en el momento de la ovulación.

La otra indicación es cuando se piensa hacer cirugía para corregir una esterilidad, ya sea tubárica o uterina; en estos casos está indicada la celioscopia antes de operar, para hacer una exploración completa y visual de los genitales internos que nos convencerá o no de la conveniencia de esta operación proyectada.

Nosotros la hemos usado dos veces en la primera indicación y otra vez en una estéril que, por ser sensible a las sales de Iodo, no nos atrevimos a hacer histerosalpingografía. En la esterilidad, como ya dijimos, se puede hacer una hidrotubación que nos pone de manifiesto la permeabilidad, obstrucción o estenosis de las trompas. También puede ser, en caso de esterilidad, interesante la inspección del ovario y la demostración del folículo recién estallado o la visión del cuerpo lúteo. Para ello hay que hacer esa exploración en días señalados.

Otra indicación que me parece muy importante, es la patología pelviana en la mujer virgen. Todos sabemos lo difícil que es a veces hacer un diagnóstico ginecológico en una muchacha virgen, por un tacto rectal, muchas veces con resistencia de la enferma, y lo corriente que es que cataloguemos a estas mujeres como anexíticas, o fímicas, o hipoplásicas, sometíéndolas a tratamientos largos y, lo que es peor, creándonos un complejo de enfermas o mujeres inútiles, incapaces de la maternidad, cuando a veces estas lesiones no existen o son de mucha menor importancia, de lo que nosotros creemos. Y otras veces, al contrario, catalogamos a la enferma de neurótica, y la celioscopia nos descubre una endometriosis o una tuberculosis o algo más peligroso para la enferma.

Y pasamos a otra indicación muy extendida, a las algias pelvianas sin causa aparente a la exploración usual, a lo que decía Dexeus, "a ir a por nada". Este punto creo que está suficientemente comentado con las palabras que copiamos de Dexeus al principio de este capítulo.

Otra indicación importante es la ascitis, aquí creo que hay un campo importantísimo de estudio, no sólo ya para el Ginecólogo, sino también para el Cirujano de digestivo. Aquí podemos encontrar tuberculosis, tumores sólidos de ovarios, ruptura de quistes hidatídicos, carcinomas, ru-

turas de quistes mucinosos, patología hepática, etc.

Nosotros hemos practicado recientemente una celioscopia en una enferma con ascitis y se pudo descubrir un carcinoma ovárico con metástasis en epiplón y asas intestinales que hacían el caso inoperable; a esta enferma no sólo se le ahorró una laparatomía, sino que pudo empezar el tratamiento radioterápico mucho antes que si se hubiera operado.

Otras muchas indicaciones podríamos citar de la celioscopia en ginecología, entre ellas quizás destaque por su importancia los síndromes dolorosos abdominales en los primeros meses del embarazo. Thoyer, que la ha practicado tres veces, ha encontrado: una torsión de anexos, una necrosis de mioma y una gran adherencia del útero a la pared abdominal.

CONTRAINDICACIONES

La vía abdominal estará siempre contraindicada cuando se sospeche que pueda haber asas intestinales adheridas a la pared, o sea, en principio toda mujer portadora de una cicatriz laparotómica infraumbilical, en estos casos si la celioscopia es importante efectuarla, se puede seguir la siguiente técnica: Después de hacer el neumoperitoneo se practica una radiografía del abdomen de perfil, con la enferma en decubito. La celioscopia estaría autorizada

si existe una banda clara de dos traveses de dedo entre la pared abdominal y las asas intestinales.

La vía vaginal está contraindicada cuando existe un impedimento en

vulva, vagina o Douglas: Hímen íntegro, estenosis vaginal, retroflexión fija, Douglas ocupado por tumor hematocele, y también en caso de ascitis por el peligro de infección.