

## NEUMOGINECOGRAFIA Y HALLAZGOS QUIRURGICOS

Drs.: ALFREDO DE RUTTE y JOSE CASQUERO B.

La pelvis femenina, a pesar de ser una región accesible a la exploración física y especializada, puede en algunas oportunidades estar limitada y ser insuficiente para precisar un diagnóstico, estos inconvenientes pueden ser: obesidad, pacientes vírgenes, fijación de órganos pelvianos, etc. Estas circunstancias pueden provocar disparidad de opiniones y dificultad diagnóstica, situación ésta que puede ser solucionada por medio de la radiología que constituye actualmente una especialidad muy valiosa como auxiliar diagnóstico en nuestra comunicación la neumoginecografía en cirugía ginecológica en particular.

Por ello deseamos exponer nuestra experiencia y casuística en lo que respecta a la neumoginecografía practicada como medio de diagnóstico ginecológico y los resultados obtenidos durante el acto operatorio.

El presente trabajo ha sido realizado en pacientes del Pabellón 5 sala 1ra. del Hospital A. Loayza y pacientes de la clientela privada, pacientes en los que se realizó la neumoginecografía seguida de la respectiva Laparatomía, como complemento diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

### CASUISTICA

Paciente C.G.G. 37 años. Casada. Ningún embarazo.

**Enfermedad actual:** Amenorrea primaria; a los 21 años, intervención quirúrgica vaginal, por imperforación de hímen; pierde sangre por vagina durante tres días, continuando luego en amenorrea hasta la actualidad, al igual que infertilidad; tiene 2 años de casada.

**Examen ginecológico:** Presencia de tabique vaginal, que ocupa toda la amplitud de la vagina, a unos 4.5 cm. de bordes de labias mayores.

**Neumoginecografía:** Sombro uterino de tamaño normal, se aprecia que lo sombro del ovario derecho se superpone parcialmente al borde posterior del útero de tamaño normal, no se delimita imagen del ovario izquierdo. La vejiga contrastada muestra signos de compresión extrínseca en su cara posterior.

**Hallazgo quirúrgico.**— Utero pequeño central, con adherencias múltiples a vejiga, intestino y recto en su cara posterior.

—Agenesia del anexo izquierdo.

—Tabique vaginal.

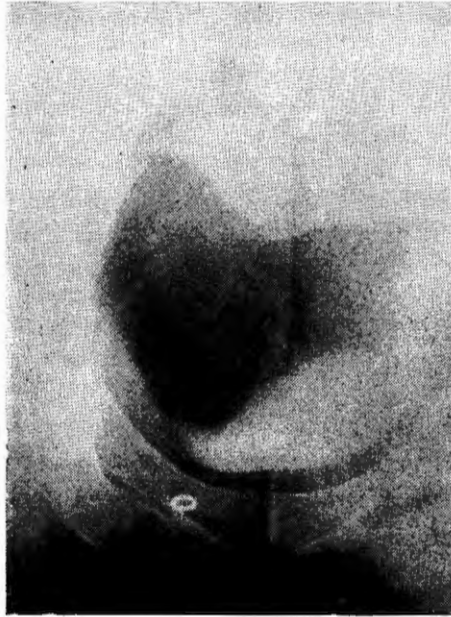


FIG. 1

Paciente A.Y.A. 31 años. Casada. Ningún embarazo.

**Antecedente patológico:** Hace 4 años metrorragia, que cedió luego de legrado uterino, con dg. de Metropatía hemorrágica funcional.

**Enfermedad actual:** Consulta por infertilidad, luego de seis años de casada. Hace dos meses presentó en forma brusca metrorragia, que cedió a tratamiento médico: coagulantes, uterotónicos, andrógenos.

**Examen ginecológico:** Impresión Dg. Mioma uterino.

**Neumoginecografía:** La imagen del cuerpo uterino presenta una prominencia a partir de su borde izquierdo y cara posterior. Ovario izquierdo de tamaño normal. Ovario derecho aumentado de tamaño aproximadamente 5 × 3 cm. (Fig. 1).



FIG. 2

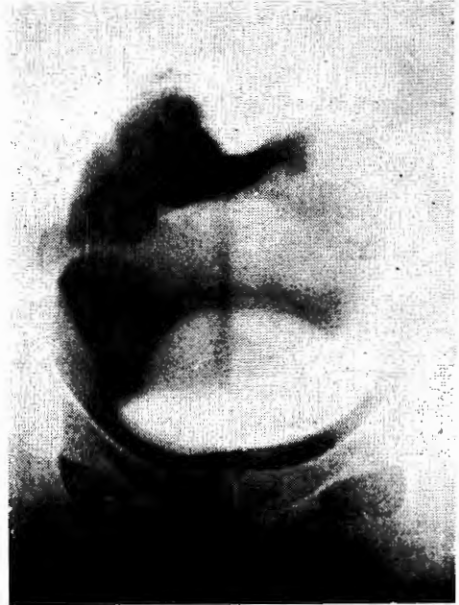


FIG. 3

**Conclusión:** Posible mioma subseroso uterino; ovario derecha aumentado de tamaño.

**Hallazgo quirúrgico:** Utero y anexos con múltiples adherencias a epiplon e intestinos.

—Cuerpo uterino de morfología normal, salvo adherencias extrínsecas.

—Trompa y ovario derechos sinequiados al útero, el ovario aumentado de tamaño por presencia de quiste intracapsular, en su polo superior de 2 X 3 cm.

—Ovario izquierdo: escleroquístico.

Paciente V.M.M. 30 años. Casada. Embarazos 2; parto eutócico 1, aborto 1.

**Enfermedad actual:** Luego de U.R. de caracteres normales hace 4 meses, 12-7-60 a los 17 días (29-7-64), metrorragia brusca, acompañada de dolor en fosa ilíaca derecha, poliaquiuria, durante 10 días, cede especialmente con tratamiento médico, sin llegar a desaparecer la metrorragia, por lo que a los 34 días (2-9-60) le practican legrado uterino, reapareciendo metrorragia y dolor en fosa ilíaca derecha a los dos días, hasta el momento de su ingreso al hospital.

**Examen ginecológico:** Posibilidad Dg. Hematosalpinx derecho.



FIG. 4

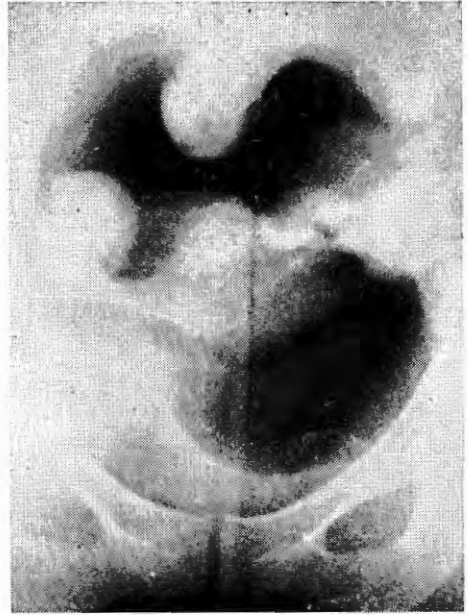


FIG. 5



FIG. 6

**Neumoginecografía:** Cuerpo uterino de forma y tamaño normales, desplazado a la izquierda. El anexo y ovario izquierdo se confunde con el borde de la pelvis menor. En el lado derecho existe una formación anormal de aproximadamente  $45 \times 30$  mm. localizada a nivel de la trompa, por detrás de esta formación impresión de ovario derecho, de caracteres normales (Figs. 2, 3).

**Conclusión:** Formación tumoral de anexo derecho, útero desviado a la izquierdo.

**Hallazgo quirúrgico:** Embarazo ectópico organizado, de anexo derecho. Al corte histopatológico se encontró un gran coágulo sanguíneo y vellosidades coriales necróticas.

Paciente I.F.de M. 24 años. Casada. Ningún embarazo.

**Enfermedad actual:** Consulta por infertilidad, dolor en fosa ilíaca derecha, de presentación intermitente.

**Examen ginecológico:** No llega a precisar patología.

**Neumoginecografía:** Utero pequeño de bordes regulares, lateralizado a la izquierda.

—Ovario derecho de tamaño habitual; imagen quiste paraovárico de más o menos  $5 \times 3$  cm.

—Ovario izquierdo de aspecto normal, trompa dilatada.

**Conclusión:** Quiste paraovárico del lado derecho; Anexitis izquierda con hidrosalpinx terminal.

**Hallazgo quirúrgico:** Quiste tubario derecho; ovarios normales; trompa izquierda congestiva, permeable; trompa derecha no permeable.

Paciente J.N.A. 46 años. Casada. Embarazos 5; partos eutócicos 4; aborto 1.

**Enfermedad actual:** Desde hace tres meses: hipermenorrea, polimenorrea. Hace 1 mes dolor tipo cólico localizado en flanca y fosa ilíaca izquierda, hipertermia cede cuadro con antibióticas, permaneciendo el dolor atenuado.

**Examen ginecológico:** No llega a precisar dg.; posibilidad de cuadro infeccioso de aparato genital.

**Neumoginecografía:** Imposibilidad de visualizar la imagen uterina, porque existe un aglutinado de asas intestinales, que lo incorporan y lo retraen hacia atrás, arriba y a la izquierda.

Ovarios son visibles y con caracteres habituales.

**Hallazgo quirúrgico:** Píosalpinx izquierdo, cuerpo lúteo hemorrágico.

—Utero de forma y tamaño normal, con firmes y múltiples adherencias, al anexo izquierdo, el que se encuentra con múltiples adherencias a intestino delgado, sigmoide y base del ligamento ancho.

—Anexo derecho de caracteres normales.

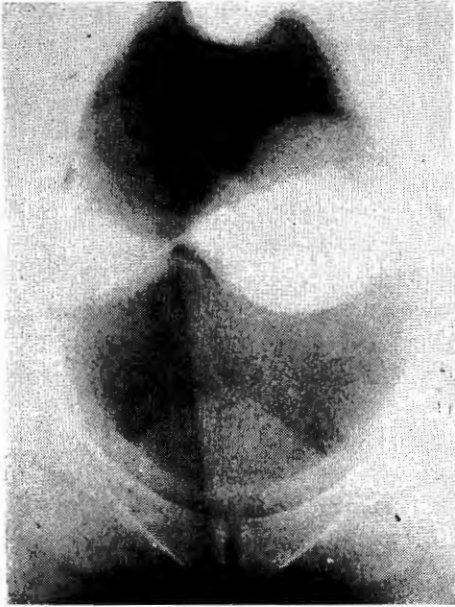


FIG. 7

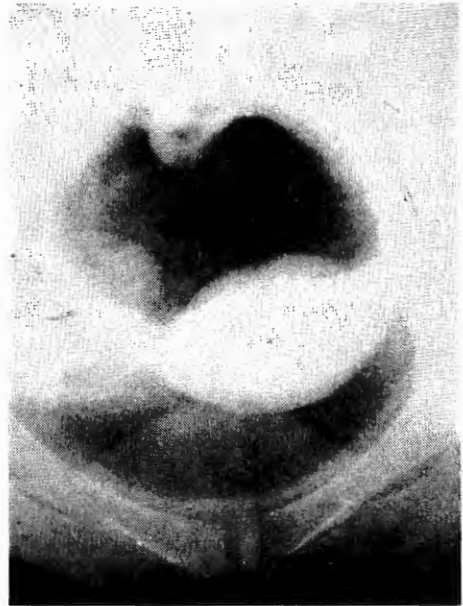


FIG. 8

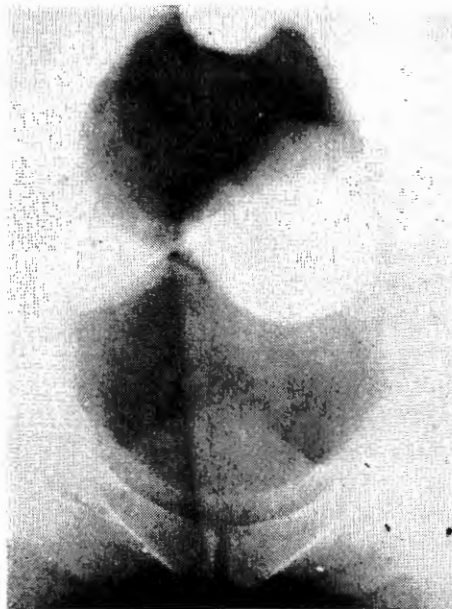


FIG. 9



FIG. 10



FIG. 11



FIG. 12

Paciente A.A.C. 18 años. Soltera.

**Enfermedad actual:** Consulta por amenorrea primaria.

**Examen ginecológico:** No se pudo realizar por tener aspecto de membrana hímen completa.

**Tacto rectal:** Impresión de formación compatible con vagina muy corta y estrecha; nos fue imposible determinar presencia de útero y anexos.

**Neumoginecografía:** Agenesia de útero y anexos.

Paciente I.S.B. 42 años. Soltera

**Enfermedad actual:** Marzo de 1964 presenta disuria, irregularidades menstruales: oligomenorreas y polimenarrea.

**Examen ginecológico:** Hímen completo. Tacto rectal se aprecia una tumoración pélvico-abdominal que es difícil de precisar caracteres por el examen.

**Neumopelvigrafía:** Se aprecia que el útero está marcadamente aumentado de tamaño, con forma más o menos redonda, midiendo unos 12 cm. de diámetro. Se visualiza bastante bien el ovario izquierdo que tiene tamaño normal. El del lado derecho no se visualiza.

**Conclusión:** Mioma uterino.

**Hallazgo quirúrgico:** Leiomioma uterino.

Paciente L.G.B. 23 años. Soltera.

**Enfermedad actual:** Desde hace 4 años, dolor abdominal y menorragias de 10 a 12 días de duración.

**Examen ginecológico:** Hímen completo. Tacto rectal se aprecia el fondo de saco izquierdo doloroso al examen.

**Neumoginecografía:** Útero y ovario izquierdo con caracteres normales. A nivel del anexo derecho hay una formación redondeada radio-opaca de 43 mm. de diámetro, compatible con quiste de ovario.

**Hallazgo quirúrgico:** Quiste folicular de ovario bilateral. Quiste seroso de ovario derecho.

Paciente F.P.C. 42 años. Casada.

**Enfermedad actual:** Desde hace un año dolor en bajo vientre, balonamiento de abdomen, baja de peso.

**Examen ginecológico:** Cuello uterino de consistencia aumentada, el resto de la exploración ginecológica es difícil de realizar por la obesidad de la paciente.

**Neumoginecografía:** Se aprecia el útero aumentada de tamaño con contornos algo irregulares, sugiriendo miomatosis. El ovario derecho es muy pequeño y el izquierdo de tamaño normal.



**Hallazgo quirúrgico:** Útero de forma y tamaño normales, anexos de caracteres normales.

**Informe anatómico-patológico:** Se encontró carcinoma in situ e infiltrante.

Paciente M.P.P. 40 años. Soltera.

**Enfermedad actual:** Desde hace varios años dolor abdominal, menorragias de 8 días de duración, dismenorrea.

**Examen ginecológico:** Hímen completo. Tacto rectal: no se llega a precisar diagnóstico.

**Neumoginecografía:** Útero: totalmente deformado y enmascarado por gruesos nódulos fibromatosos, de los cuales pueden individualizarse claramente unos 3 ó 4, uno de ellos localizado en el lado izquierdo, está parcialmente calcificado. Estos fibromiomas salen parcialmente de la excavación pélvica para hacerse presente en el abdomen.

Ligamentos anchos y redondos están ocultos por los fibromiomas. Trompas, no se pueden precisar. Ovarios, se visualizan un tanto defectuosas, presentando tamaño y forma normales.

**Hallazgo quirúrgico:** Se encuentra útero aumentado de tamaño con múltiples nódulos miomatosos, uno de ellos parcialmente calcificado.

### CONCLUSIONES

1. Entre los métodos de exploración radiológica aplicados a la ginecología, la neumoginecografía representa un valioso y en ocasiones primer elemento eficaz de diagnóstico, sobre todo en los casos en que el examen clínico ginecológico sea insuficiente, determinando por los datos valiosos que ofrece múltiples ventajas y conducta a seguir en el acto quirúrgico posterior.
2. Nuestra intención al hacer este trabajo de la neumoginecografía y los hallazgos quirúrgicos, ha sido y es comprobar los alcances y limitaciones que se debe tener en cuenta con este medio de examen radiológico para el tratamiento y pronóstico de la paciente.
3. Hemos podido constatar en los casos presentados que la neumoginecografía no siempre revela íntegramente la calidad de la lesión del aparato genital femenino, habiendo encontrado un pequeño porcentaje de discordancia entre el informe radiológico y el hallazgo quirúrgico.
4. Hacemos hincapié que estos valiosos elementos auxiliares de diagnóstico para su mejor utilización y perfeccionamiento deben actuar en forma integral y continua, esto es, desde el inicio hasta el final del caso tratado con el servicio asistencial correspondiente.

## BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA TORRES HOMERO: Consideraciones de la neumoginecografía como método de diagnóstico. Tesis Bach., 1958.
2. ARCOS RAMOS DOMINGO: Neumoginecografía e Histerosalpingografía combinadas en el diagnóstico ginecológico. Tesis Bach, 1959.
3. BARACCO GANDOLFO: El Neumoperitoneo artificial en el diagnóstico de la Hidatidosis abdominal. Segundo Congreso Peruano de Cirugía. 1945 - 382.
4. CASTELLARES ZUÑIGA M.: Estudio radiológico de la mujer infecunda y su tratamiento quirúrgico. Revista de cirugía Año III N° 1 - 4. 1945.
5. CARNEVALLI V, LUCARELLI. P. PARACCHI.: The uses of Pneumoperitonemin. Gynecologic diagnosis. Radiol. Med. Milán: 41: 721 - 741 - 1955.
6. GEROSA y MALENCEHINI.: Pneumoperitoneo pelviano. Prensa médica argentina Vol. 42 - 27. 1955.
7. A. MARQUEZ A. E. VALDIVIA PONCE: El diagnóstico radiológico de las Ginecopatías mediante el Pneumoperitoneo pelviano. Revista peruano de radiología: 20 - 7 - Nov. 1957.
8. MAGIENDIC.: Pneumopelvigrahy and Gynecologic - An Journal As of Gynecol An Obst. 1956. Vol. 71. 460.
9. SILINKOVA - MALKOVA E.: Pneumopelvigraficka diagnostika V. Gynekologichké endokainologii. III. Int. Praha. C. S. L. Rentgenol. 1961. 15. 2.
10. A. PIERNES: Diagnóstico radiológico de embarazo ectópico. Acta radiológica Interamericana Vol. VII., Nov. 1. 1957.

\* \* \*