

Valor diagnóstico de la laparoscopia de urgencia

Nuestra experiencia en 1000 casos

Dres. Gonzalo Negrotto y José Trostchansky

L laparoscopia de urgencia es un examen rápido, prácticamente de escaso riesgo y de alta efectividad. En nuestra experiencia en el 97,7% de los politraumatizados y en el 91,5% en casos de abdomen no traumático, la laparoscopia permite operar en "tiempo útil" pacientes en los cuales las lesiones no son evidentes por el examen clínico o estudios paraclínicos y, lo que es más importante, evita un gran número de laparotomías inútiles.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Abdomen, Acute, Diagnosis.

SUMMARY: Diagnostical value of urgent laparoscopy.

Urgent laparoscopy is a quick examination, of practically no risks, and of high effectiveness. In our experience, in 97.7% of multi-traumatized and 91.5% of non traumatic acute abdomen, urgent laparoscopy makes the operation of patients whose injuries are not clinically or paraclinically evident possible in "useful time". What is more, it prevents a great number of useless laparotomies.

Depto. de Emergencia (Director Prof. Dr. Guaymiran Ríos Bruno). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Valeur diagnostique de la laparoscopie d'urgence.

La laparoscopie d'urgence est un examen, rapide, de faible risque et d'une haute efficacité. Dans notre expérience, dans le 97% des polytraumatisés et dans le 91,5% des cas d'abdomen non traumatique, la laparoscopie permet d'opérer en "temps utile", des malades dans lesquelles, les lésions ne sont évidentes ni par l'examen clinique, ni par les études paracliniques. Ce qui est plus important encore: elle empêche d'effectuer un grand nombre de laparotomies inutiles.

El diagnóstico del abdomen agudo y/o traumático ha sido y es, aún en un gran número de casos, un problema difícil.

La medicina actual plantea al clínico la necesidad de un diagnóstico y una terapéutica inmediatos con el fin de evitar las complicaciones y las secuelas determinadas por la evolución de las enfermedades. Esto, por supuesto, tiene su máxima expresión en el abdomen agudo, lo que hace necesario diagnosticarlo en su período inicial y no en el período de estado^(2, 7).

Los recursos de que disponen médicos y cirujanos frente a estos pacientes son el examen clínico, las exploraciones de laboratorio, imagenológicas y punciones abdominales con los cuales, en muchos casos, se puede definir una

Presentado al Foro del 36º Congreso Uruguayo de Cirugía, Tacuarembó, diciembre de 1985.

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica y Colaborador Honorario del Depto. de Emergencia.

Dirección: G. Pereira 2793, Montevideo (Dr. J. Trostchansky).

conducta. Pero, cuando el diagnóstico no se pudo establecer, muchas veces se asume una actitud expectante hasta que el cuadro clínico adopta características más precisas. Ese tiempo de espera es, en muchos casos, peligroso ya que permite la evolución de lesiones actuándose fuera de un período útil. Por el contrario, intentando evitar esta situación, se efectúa precozmente una laparotomía exploradora que resulta, en ocasiones, innecesaria ya que no se obtiene, en muchos casos, el beneficio de la sanción terapéutica implicando, además, un riesgo anestésico-quirúrgico importante.

En estos casos consideramos que la indicación de la fibrolaparoscopia de urgencia es formal, lo que afirmamos en base a nuestra casuística y a la experiencia de otros autores^(4, 8).

En estas circunstancias la laparoscopia de urgencia ofrece: a) diagnóstico precoz y exacto en los casos quirúrgicos (apendicitis, colecistitis, perforaciones, embarazo ectópico, etc.)⁽¹⁾; b) diagnóstico de las lesiones abdominales pasibles de tratamiento médico (pancreatitis agudas, salpingitis agudas, etc.); c) orientación diagnóstica de las afecciones médicas al observar determinadas lesiones (hepatitis agudas, enterocolitis agudas, etc.); d) diagnóstico de las roturas o laceraciones en las vísceras sólidas o huecas, en caso de traumatismos abdominales, o la presencia de hematomas subperitoneales en casos de fracturas ocasionadas por dichos traumatismos; e) aun en los casos en que la laparoscopia no pudo establecer un diagnóstico etiológico exacto, su utilización es beneficiosa

pues orienta al cirujano hacia donde tiene que dirigir su exploración con lo que evita el empleo de vías de abordaje erróneas o ampliaciones innecesarias de las incisiones^(9, 12).

Nuestra experiencia confirma en forma rotunda el valor diagnóstico de la fibrolaparoscopia de urgencia. Desde el año 1981 hasta agosto 1985, sobre un total de 3500 exámenes realizados, 1000 corresponden a cuadros agudos de abdomen y politraumatizados (cuadro 1).

Refiriéndonos, en primer lugar, al abdomen traumático (cuadro 2) nos encontramos que en el 50.97% de los exámenes realizados no se encontró patología intraabdominal, evitándose una intervención quirúrgica. En el 49% restante existía patología, en el 19.3% ésta no requirió la intervención del cirujano. De estos 364 casos (70%), 2 constituyen falsos negativos (0.38%) en los cuales hubo error en la interpretación de los datos obtenidos. Ambos pacientes tenían una rotura traumática de vejiga, error que no se volvió a cometer ya que actualmente, en caso de duda, se inyecta azul de metileno por la sonda vesical comprobándose su aparición o no en la cavidad abdominal.

Dentro del grupo de pacientes con patología y que no fueron intervenidos la gran mayoría tenía un hemoperitoneo mínimo y detenido en el momento del examen (desgarro hepático pequeño, desgarro del ligamento suspensor), hematoma retroperitoneal, hematomas del meso.

Cuadro 1

Laparoscopías	Politraumatizados	520 (52%)
urgencia	Abdomen agudo	460 (46%)
1000	Post-operatorio inmediato	20 (2%)

Cuadro 2
Traumatismos abdominales
520 casos

Normales	con patología		falsos +	falsos —
	sin sanc. quir.	con sanc. quir.		
265 (50.97%)	99 (19.03%)	156 (30%)	10 (1.82%)	2 (0.38%)

El 30% fueron operados y únicamente en 10 casos (1.92%) la intervención se reveló inútil. Estos fueron, en su mayoría, los primeros exámenes en los cuales no cuantificábamos correctamente el hemoperitoneo y se demostró que las lesiones eran mínimas y no hubieran requerido una intervención.

El cuadro 3 resume la patología hallada en nuestra casuística.

En el 65% de los pacientes con patología se pudo hacer diagnóstico etiológico correcto. En el 35% restante se hizo un diagnóstico presuntivo ya que el hemoperitoneo era muy abundante y no permitió una correcta evaluación.

Con respecto al abdomen agudo no traumático nuestra experiencia asciende a 460 casos (cuadro 4). En el 44.3% el examen fue catalogado como normal. En 3 casos (0.65%) correspondieron a un falso negativo demostrado por la evolución posterior: dos de ellos eran una pancreatitis aguda y el restante una colecistitis aguda.

En el 22.39% se encontró una patología intra-abdominal que no obtendría beneficio de una intervención quirúrgica (pancreatitis aguda, procesos inflamatorios anexiales, infarto mesentérico masivo).

En el 33.3% de los casos se hizo diagnóstico de afecciones que se beneficiarían de la intervención quirúrgica. En 67 de estos pacientes se pudo determinar exactamente la etiología del proceso en causa. En los restantes, generalmente, se encontró un proceso inflamatorio difuso, pero dado el largo tiempo de evolución que presentaba, no se pudo determinar su etiología precisa. De esto extraemos una conclusión que pensamos es de fundamental importancia: la laparoscopia debe ser indicada precozmente, lo que permitirá efectuar un diagnóstico etiológico más preciso.

El 7.8% constituyó un falso positivo, es decir, pacientes en los que se indicó una intervención quirúrgica de la cual no se obtuvo beneficio terapéutico. El cuadro 5 resume los diagnósticos más frecuentemente efectuados.

La laparoscopia puede tener su indicación en pacientes que cursan un postoperatorio inmediato de cirugía abdominal. Hemos efectuado 20 exámenes laparoscópicos en este tipo de enfermos. Generalmente corresponden a pacientes internados en C.T.I. de un altísimo riesgo quirúrgico. La laparoscopia en 19 de ellos resolvió el problema. Únicamente en un caso el diagnóstico fue erróneo, no visualizándose un absceso subfrénico⁽⁶⁾.

Cuadro 3
Diagnósticos

Hemoperitoneo	Lesión visc. macizas	Lesión visc. hueca	Rotura diafrg.	Lesiones menores
205	Hígado 70 Bazo 90	6	3	106

Cuadro 4
Abdomen Agudo
460 casos

Normales	sin sanc. quir.	con sanc. quir.	Falsos +	Falsos —
204 (44.3%)	103 (22.4%)	153 (33.3%)	36 (7.8%)	3 (0.65%)

Cuadro 5
Diagnósticos

Peritonitis	102
Perforación visceral	33
Inf. Intest. mesentérico	60
Pancreatitis aguda	40
Apendicitis aguda	25
Colecistitis aguda	9
Afec. ginecológicas	15

La eficacia de la técnica en las series internacionales es del orden del 95-97%^(7, 10, 11, 12). En nuestra casuística la eficacia global, según surge de los cuadros citados, es del 94.6% (97.7% en el politraumatizado, 91.5% en el abdomen agudo).

Hemos utilizado esta técnica en pacientes de toda edad (entre los 6 meses y los 104 años de edad). El 80% de los estudios se realizaron con anestesia local⁽¹³⁾. La anestesia general es de rutina en los niños. Como toda técnica invasiva tien-

sus complicaciones. En las diferentes series la morbimortalidad fluctúa entre el 3-5%⁽⁵⁾. En nuestra casuística hemos tenido una morbilidad del 4% y una mortalidad de 0%.

Las complicaciones que hemos sufrido consistieron en: perforación de víscera hueca por el trocar (1 caso), perforación de víscera hueca por aguja para el neumoperitoneo (2 casos), epiplon estrangulado a nivel de la incisión (1 caso).

CONCLUSIONES

La laparoscopia, estudio anteriormente tan discutido y muchas veces negado, demuestra ser una técnica de alta efectividad y prácticamente con escasas complicaciones. En estudios comparativos con técnicas clásicas como la punción abdominal a ciegas y la punción lavado peritoneal y otras modernas de alto costo (TAC y Ecografía) por ej. mantiene su primordial indicación y efectividad.

Dada su efectividad, su excelente tolerancia, aun en casos extremos, pensamos que en el momento actual la fibrolaparoscopia ha sustituido, como método de diagnóstico en situaciones de duda, a la laparotomía exploradora. Su valor es tanto mayor cuanto más precozmente se le utilice.

Es en este sentido que pensamos que la laparoscopia ha adquirido definitivamente un lugar como uno de los métodos de diagnóstico más útiles en la patología abdominal de urgencia que poseemos en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADDUCCI J.E. — "Laparoscopy in the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory diseases with abscess formation". *Int. Surg.* 66: 359, 1981.
2. ANTEBY S.O., SCHENKER J.C. — "The value of laparoscopy in acute pelvic pain" *Ann. Surg.* 4: 484, 1975.
3. COOPER G.M. — "Laparoscopy, a stressful procedure" *Anaesthesia* 37: 266, 1982.
4. CORTESI N., MANENTI A., GIBERTINI G., GOTUZZO L., MALAGOLI N. — "Laparoscopy in routine and emergency surgery". *Am. J. Surg.* 137: 647, 1979.
5. DEL POZO A., CAMARON J., PAJARES I.M. — "Laparoscopia: complicaciones y valoración de sus riesgos en una serie de 700 exploraciones", *Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig.* 48: 85, 1976.
6. MARTI VICENTE A. Y COL. — "Peritoneoscopy examination following abdominal operations". *Gastrointest. endosc.* 25: 144, 1979.
7. NEGROTTO G. — "La laparoscopia en la urgencia". Tesis de Doctorado 1982. Inédita.
8. NIKIFOROV B.I., MIROSHNI V.M. — "Laparoscopy in early diagnosis of acute surgical diseases and closed injuries to the abdominal organs". *Girurgia* 1982: 28, 1982.
9. PAOLAGGI M.J. — "Laparoscopie d'urgence" *Arch. Fr. Mal. App. Dig.* 61: 433, 1972.
10. STEINER M., FEHR H.F. — "Laparoscopy as an emergency examination" (Meeting abstract). *Scheitz Med. Wochenschr.* 112: 546, 1982.
11. STEENBLOCK U., DURIG — "Die diagnostik des stumpfen bauchtraumas peritonea-lavage oder notfall-laparoskopie?" *G. Ital. endosc. dig.* 7: 86, 1984.
12. SUNDAL E. — "Peritoneoscopy in abdominal emergencies, evaluable diagnostic tool". *Endoscopy* 14: 97, 1982.
13. WOOD R.A.B., CUSCHIERI A. — "The patient with abdominal pain and negative investigations: discharge of laparoscopy" *Br. J. Surg.* 66: 900, 1979.