

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

Laparoscopia e Histeroscopia

Guía para pacientes



SERIE DE INFORMACION PARA PACIENTES

Publicado por la American Society for Reproductive Medicine, bajo la dirección del Comité de Educación del Paciente y el Comité de Publicaciones. Ninguna parte en este documento puede ser reproducida en ninguna forma sin permiso por escrito. Este folleto no pretende de ninguna manera sustituir, dictar ni definir totalmente la evaluación y el tratamiento por parte de un médico calificado. Está destinado exclusivamente como una ayuda para los pacientes que buscan información general sobre temas relacionados con la medicina reproductiva.

Copyright © 2012 por la American Society for Reproductive Medicine

Laparoscopia e Histeroscopia

Guía para pacientes revisado en 2012

Un glosario de las palabras en cursiva se encuentra al final de este folleto.

INTRODUCCIÓN

Un examen completo de las estructuras pélvicas internas de una mujer puede ofrecer información importante acerca de la infertilidad y de trastornos ginecológicos comunes. A menudo, los problemas que no pueden ser descubiertos mediante un examen físico externo pueden ser descubiertos mediante la *laparoscopia* y la *histeroscopia*, dos intervenciones que ofrecen una mirada directa de los órganos pélvicos. Pueden recomendarse estas intervenciones como parte de su tratamiento contra la infertilidad, dependiendo de su situación particular. La laparoscopia y la histeroscopia pueden usarse tanto con fines diagnósticos (solo observar) como quirúrgicos (observar y tratar).

La *laparoscopia diagnóstica* puede usarse para observar el interior del útero, las *trompas de Falopio*, los *ovarios*, y el área pélvica interna. La *histeroscopia diagnóstica* se utiliza para examinar el interior de la cavidad uterina. Si se detecta una condición anormal durante el procedimiento de diagnóstico, a menudo pueden realizarse una *laparoscopia quirúrgica* y una *histeroscopia quirúrgica* simultáneamente para corregirla, lo cual evita la necesidad de una segunda cirugía. Tanto las intervenciones diagnósticas como las quirúrgicas deben ser realizadas por médicos con experiencia quirúrgica en estas áreas. La siguiente información ayudará a los pacientes a saber qué esperar antes de someterse a alguna de estas intervenciones.

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA

La laparoscopia puede ayudar a los médicos a diagnosticar muchos problemas ginecológicos, incluyendo la *endometriosis*, los *fibromas uterinos* y otras anomalías estructurales, los *quistes ováricos*, las *adherencias* (tejido cicatricial) y el *embarazo ectópico*. Si tiene dolor, antecedentes de infecciones pélvicas o síntomas que pudieran sugerir

una enfermedad pélvica, su médico puede recomendar esta intervención como parte de su evaluación. A veces se recomienda la realización de una laparoscopia luego de completar una evaluación de infertilidad inicial en ambos miembros de la pareja. Normalmente se realiza poco después del fin de la menstruación.

La laparoscopia normalmente se realiza en forma ambulatoria y bajo anestesia general. Luego de que el paciente esté bajo anestesia general, se inserta una aguja a través del ombligo, y el abdomen se llena con gas dióxido de carbono. El gas aleja la pared abdominal de la pared de los órganos internos de manera que el laparoscopio pueda colocarse en forma segura en la cavidad abdominal y disminuir el riesgo de lesiones a los órganos cercanos como el intestino, la vejiga y los vasos sanguíneos. Luego se introduce el laparoscopio a través de una incisión en el ombligo. Ocasionalmente, pueden usarse sitios alternativos para introducir el laparoscopio en base a la experiencia del médico o los antecedentes quirúrgicos o médicos del paciente. Al mirar por el laparoscopio, el médico puede ver los órganos reproductivos, incluyendo el útero, las trompas de Falopio y los ovarios (Figura 1).

Figura 1

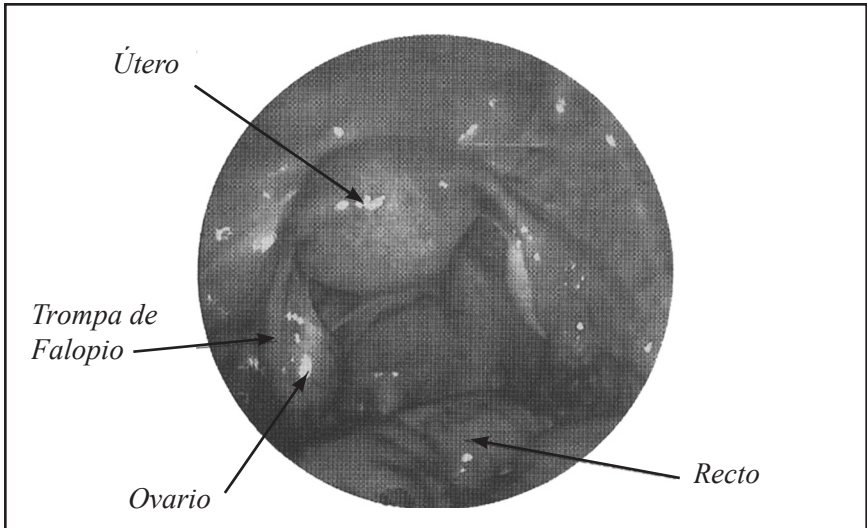


Figura 1. Vista laparoscópica de los órganos reproductivos femeninos internos

Normalmente se introduce una pequeña sonda a través de otra incisión sobre la *región púbica* para mover los órganos y permitir una visión más clara (Figura 2). Además, muchas veces se inyecta una solución con tinte azul a través del cuello uterino, el útero y las trompas de Falopio para determinar si las trompas están abiertas. Si no se encuentran anomalías en este momento, se cierran las incisiones con uno o dos puntos. Si se encuentran anomalías, la laparoscopia diagnóstica puede convertirse en una laparoscopia quirúrgica.

Figura 2

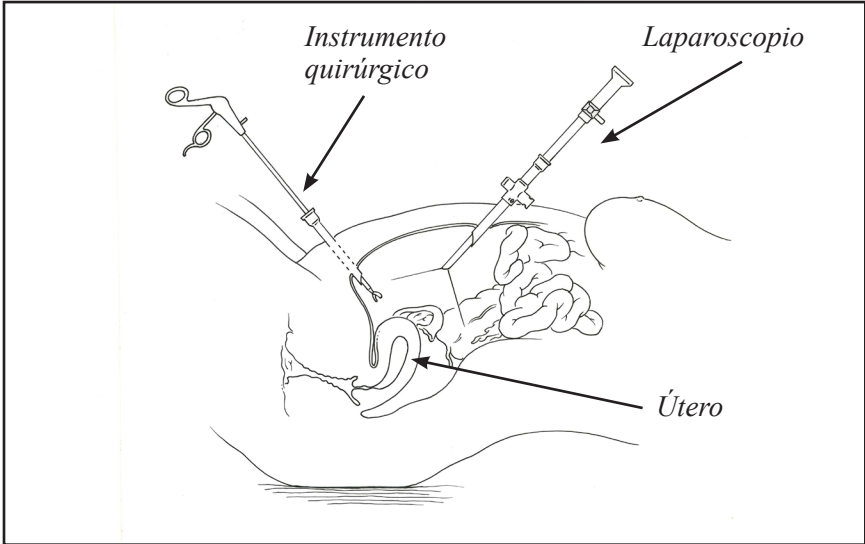


Figura 2. Laparoscopia diagnóstica

LAPAROSCOPÍA QUIRÚRGICA

Durante una laparoscopia quirúrgica, muchos trastornos abdominales pueden tratarse en forma segura a través del laparoscopio mientras se realiza el diagnóstico. Al realizar una laparoscopia quirúrgica, el médico introduce instrumentos adicionales como sondas, tijeras, instrumentos de agarre, pinzas para biopsias, instrumentos láser o *instrumentos electroquirúrgicos* y materiales de *sutura* a través de dos o tres incisiones adicionales. Los láser, aunque son de gran ayuda en ciertas intervenciones, son costosos y no necesariamente son mejores que otras técnicas quirúrgicas que se utilizan en una laparoscopia quirúrgica. La elección de la técnica y los instrumentos depende de muchos factores, incluyendo la experiencia del médico, la ubicación del problema y la

disponibilidad del equipo. Algunos problemas que pueden corregirse mediante la laparoscopia quirúrgica incluyen la remoción de adherencias (tejido cicatricial) de alrededor de las trompas de Falopio y los ovarios, la apertura de trompas obstruidas, la remoción de quistes ováricos y el tratamiento del embarazo ectópico. La endometriosis también se puede quitar o extirpar del exterior del útero, los ovarios o el *peritoneo*. Bajo ciertas circunstancias, también pueden quitarse los fibromas del útero. La laparoscopia quirúrgica también puede usarse para quitar ovarios enfermos y puede realizarse como parte de una *histerectomía*.

Laparoscopia asistida por robótica

La cirugía de *laparoscopia asistida por robótica (LAR)* es un desarrollo más reciente y es una forma de laparoscopia quirúrgica. En la LAR, los instrumentos y el telescopio son muy similares a los de la laparoscopia tradicional, pero están unidos a un robot que a su vez es controlado por el cirujano que está sentado en una consola de visualización. Esta consola de visualización normalmente está ubicada junto al paciente, aunque se ha demostrado claramente la factibilidad de que un cirujano opere a un paciente desde otra ciudad u otro continente.

Aunque existe un debate en torno a los méritos y ventajas de realizar una laparoscopia quirúrgica con métodos convencionales en contraposición a hacerlo con asistencia robótica, no hay duda de que ciertos cirujanos son capaces de realizar intervenciones más extensas y complicadas con el robot. A su vez, esto puede permitirles ofrecer a sus pacientes una intervención con un enfoque menos invasivo, lo cual permite una recuperación más rápida y posiblemente otros beneficios.

Además, un número cada vez mayor de cirujanos realizan histerectomías con asistencia robótica. Es probable que incluso más operaciones que en el pasado requerían una laparotomía (ver más abajo) sean reemplazadas por la laparoscopia asistida por robótica. Sin embargo, la cirugía robótica es más costosa y en términos generales más lenta que la cirugía convencional, y no todos los hospitales tienen este equipodisponible. También es posible que los cambios en el cuidado de la salud afecten la disponibilidad de intervenciones robóticas u otras intervenciones de “alta tecnología.”

Riesgos de la laparoscopia

Hay riesgos asociados con la laparoscopia. La irritación de la piel y las infecciones de vejiga posoperatorias son los más comunes. También es

muy probable que se desarrollen adherencias. Los *hematomas* (moretones llenos de sangre) en la pared abdominal también pueden ocurrir cerca de las incisiones. Pueden ocurrir infecciones pélvicas o abdominales. Las complicaciones serias de la laparoscopia diagnóstica y quirúrgica son poco frecuentes. El mayor riesgo es el de daño al intestino, la vejiga, los *uréteres*, el útero, los vasos sanguíneos principales u otros órganos, lo cual puede requerir cirugía adicional. Pueden ocurrir lesiones durante la inserción de diversos instrumentos a través de la pared abdominal o durante el tratamiento quirúrgico. Ciertas condiciones pueden aumentar el riesgo de que surjan complicaciones graves. Estas condiciones incluyen las cirugías abdominales previas, especialmente las cirugías intestinales, los antecedentes o la presencia de adherencias intestinales/pélvicas, la endometriosis grave, las infecciones pélvicas, la obesidad o la delgadez excesiva. Las complicaciones relacionadas con la anestesia, las reacciones alérgicas y daño a los nervios ocurren rara vez. La *retención urinaria* posoperatoria es poco común y la *trombosis venosa* (coágulo sanguíneo) es rara. El riesgo de muerte como resultado de una laparoscopia es muy bajo (cerca de 3 en 100,000). Si se consideran todas las complicaciones, una o dos mujeres de cada 100 pueden desarrollar alguna complicación, normalmente de consecuencias menores.

Cuidado posoperatorio

Luego de una laparoscopia, el área del ombligo queda sensible y el abdomen puede presentar moretones. El gas que se utiliza para distender el abdomen puede causar incomodidad en los hombros, el pecho y el abdomen, y la anestesia puede causar náuseas y mareos. El nivel de incomodidad depende del tipo y el alcance de las intervenciones realizadas. Normalmente se puede volver a la actividad normal a los pocos días. Un importante dolor abdominal, el empeoramiento de las náuseas y los vómitos, una temperatura de 38°C (101°F) o más, el drenaje de pus de una incisión o el sangrado considerable de una incisión son posibles complicaciones graves que requieren atención médica inmediata.

LA LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA VERSUS LA LAPAROTOMÍA PARA LAS CIRUGÍAS PÉLVICAS

Muchas operaciones ginecológicas se realizan mediante una laparotomía, en la cual se realiza una incisión (en forma de bikini o hacia arriba y hacia abajo) para abrir el abdomen. Los pacientes generalmente permanecen en el hospital durante algunos días luego de la cirugía y

pueden volver a trabajar luego de dos a seis semanas, dependiendo del nivel de actividad física necesario. Muchas intervenciones ginecológicas también pueden realizarse mediante una laparoscopia quirúrgica. Luego de una laparoscopia quirúrgica, los pacientes normalmente pueden volver a casa en el día de la cirugía y se recuperan más rápidamente: pueden volver a sus actividades normales luego de tres a siete días.

Algunos tipos de intervención pueden ser demasiado riesgosos para realizarlos mediante laparoscopia, mientras que en otros no está claro si la laparoscopia ofrece resultados tan buenos como los que se obtienen mediante una laparotomía. La experiencia del cirujano también desempeña un papel en determinar si se debe realizar una laparoscopia quirúrgica o una laparotomía. Al evaluar una operación ginecológica, el paciente y su médico deben discutir las ventajas y desventajas de realizar una laparotomía contra las de una laparoscopia quirúrgica.

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

La histeroscopia es una intervención útil para evaluar a las mujeres con infertilidad, abortos espontáneos frecuentes o sangrado uterino anormal. La *histeroscopia diagnóstica* se utiliza para examinar la cavidad uterina (Figura 3) y es útil para diagnosticar condiciones uterinas anormales como la existencia de fibromas en la cavidad uterina, cicatrices, *pólipos* y malformaciones *congénitas*. Puede realizarse una *histerosalpingografía* (una radiografía del útero y las trompas de Falopio), una sonohisterografía (ultrasonido con introducción de solución salina en la cavidad uterina) o una *biopsia endometrial* para evaluar el útero antes de una histeroscopia.

Figura 3

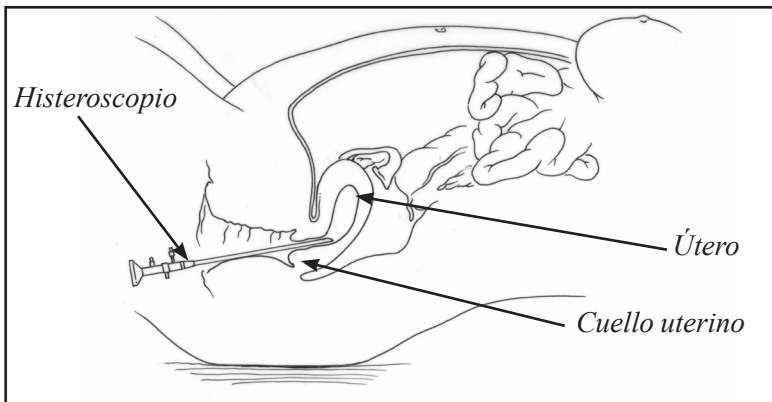


Figura 3. Histeroscopia diagnóstica

El primer paso de una histeroscopia diagnóstica normalmente involucra dilatar levemente el canal del cuello uterino con una serie de *dilatadores* para aumentar en forma temporal el tamaño de la abertura. Una vez que se haya dilatado el cuello uterino, se introduce el *histeroscopio* (un instrumento largo, delgado y con luz que se parece a un telescopio) en el útero a través del cuello uterino. No se requieren incisiones en la piel para la *histeroscopia*. Luego se inyecta dióxido de carbono o un líquido especial en el útero a través del histeroscopio. Este gas o líquido expande la cavidad uterina y permite que el médico vea directamente la estructura interna del útero. La histeroscopia diagnóstica es una intervención ambulatoria que se realiza en el consultorio del médico o en el quirófano. Normalmente se realiza poco después de que haya terminado la menstruación porque es cuando se puede evaluar más fácilmente la cavidad uterina.

HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA

La histeroscopia quirúrgica puede tratar muchas de las anomalías que se encuentran durante una histeroscopia diagnóstica. La histeroscopia quirúrgica es similar a la histeroscopia diagnóstica excepto por que se introducen instrumentos delgados en la cavidad uterina a través de un canal en el histeroscopio quirúrgico. Pueden quitarse fibromas, tejido cicatricial y pólipos del interior del útero. La histeroscopia puede permitir corregir ciertas anomalías estructurales, como los tabiques uterinos.

Puede que su médico le pida que tome medicamentos para preparar su útero para la cirugía. Es posible que, al final de la cirugía, el médico introduzca un *catéter balón* u otro dispositivo en el interior del útero. Pueden prescribirse antibióticos o estrógenos luego de ciertos tipos de cirugía uterina para evitar la infección y estimular la curación del *endometrio*. La ablación endometrial, una intervención en la que se destruye el endometrio, puede usarse para tratar algunos casos de sangrado uterino excesivo. La ablación del endometrio no se realiza en las mujeres que desean quedar embarazadas. Para obtener más información sobre este tema, consulte la hoja informativa para pacientes “*Ablación endometrial*” de la ASRM.

RIESGOS DE LA HISTEROSCOPIA

Las complicaciones de la histeroscopia se presentan en aproximadamente dos de cada 100 intervenciones. La perforación del útero (un pequeño orificio en el útero) es la complicación más común. Aunque normalmente las perforaciones se cierran en forma espontánea, pueden causar sangrado o provocar daños a órganos cercanos, lo cual puede requerir cirugía adicional. Pueden desarrollarse adherencias o infecciones en la cavidad uterina luego de una histeroscopia. Algunas de las complicaciones graves relacionadas con los fluidos que se utilizan para distender el útero incluyen el ingreso de dichos fluidos a los pulmones, problemas de coagulación de la sangre, exceso de fluidos, desequilibrio electrolítico y reacciones alérgicas graves. Sin embargo, las complicaciones graves o que pongan en riesgo la vida son muy poco frecuentes. Algunas de las complicaciones anteriores pueden evitar que se complete la cirugía.

Cuidado posoperatorio

Luego de una histeroscopia, puede haber sangrado o flujo vaginal y pueden experimentarse dolores vaginales durante algunos días. Normalmente se pueden volver a realizar la mayoría de las actividades físicas luego de uno o dos días. Debe preguntar a su médico cuándo puede volver a tener relaciones sexuales. Si se deja un catéter balón en la cavidad, normalmente se lo quita luego de algunos días. Pueden prescribirse estrógenos por varias semanas luego de la cirugía.

CONCLUSIÓN

La laparoscopia y la histeroscopia permiten a los médicos diagnosticar y corregir muchos trastornos ginecológicos en forma ambulatoria. El tiempo de recuperación del paciente es corto y significativamente menor que el asociado con la cirugía abdominal a través de incisiones más grandes. Antes de someterse a una laparoscopia o una histeroscopia, los pacientes deben discutir con sus médicos cualquier inquietud acerca de las intervenciones y los riesgos asociados.

GLOSARIO

Adherencias. Bandas de tejido cicatricial fibroso que pueden unir órganos pélvicos o tramos de intestino entre ellos. Las adherencias pueden ser causadas por infecciones, endometriosis o cirugías previas.

Biopsia endometrial. La extracción de una muestra de tejido del endometrio (revestimiento del útero) para su examen bajo el microscopio.

Biopsia. La extracción de una muestra de tejido para su examen microscópico. El término también se refiere al tejido extraído mediante este procedimiento.

Catéter balón. Es un catéter que se retiene en la vejiga por medio de un globo inflado con aire o líquido; también se retiene en el útero para evitar la formación de tejido cicatricial luego de una cirugía uterina.

Congénito. Que existe desde el nacimiento (defecto de nacimiento).

Cuello uterino. La parte inferior angosta del útero, que se abre hacia la vagina. El canal cervical pasa por el cuello uterino y conecta la vagina con la cavidad uterina.

Dilatador. Instrumento que se usa para agrandar una abertura pequeña.

Embarazo ectópico. Un embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina en una ubicación anómala, normalmente dentro de las trompas de Falopio.

Endometrio. El revestimiento interior del útero, que aumenta de espesor cada mes para prepararse para un posible óvulo fertilizado. Si la fertilización no ocurre, el exceso de revestimiento se desprende (menstruación).

Endometriosis. La presencia de pequeños implantes de tejido endometrial (del revestimiento del útero) fuera del útero en ubicaciones anómalas como los ovarios, las trompas de Falopio y la cavidad abdominal. La endometriosis puede causar dolor, adherencias e infertilidad.

Fibromas uterinos. Masas anómalas de tejido de músculo liso que crecen dentro de la pared uterina. También se los llama miomas o leiomiomas.

Hematomas. Acumulaciones localizadas de sangre que se infiltran desde los vasos sanguíneos hacia el tejido; son como moretones grandes.

Histerectomía. La extracción quirúrgica del útero. La histerectomía puede realizarse a través de una incisión abdominal (laparotomía) o a través de la vagina (histerectomía vaginal). A veces también se extraen los ovarios y las trompas de Falopio.

Histerosalpingografía. Una intervención en la cual se inyecta una solución especial, visible a los rayos X, a través del cuello uterino para ilustrar el contorno interno y la permeabilidad (apertura) del útero y las trompas de Falopio.

Histeroscopia diagnóstica. La introducción de un instrumento largo, delgado y con luz que se parece a un telescopio, llamado histeroscopia, en el útero, a través del cuello uterino, para buscar anomalías dentro del útero.

Histeroscopia quirúrgica. Una cirugía, como la eliminación de adherencias o tumores, que se realiza dentro del útero con un histeroscopia y otros instrumentos largos y más delgados.

Histeroscopia. Una intervención en la cual se introduce un histeroscopia en la cavidad uterina a través del cuello uterino.

Histeroscopia. Un instrumento de observación delgado, con luz y en forma de telescopio que se introduce a través del cuello uterino para examinar el interior del útero en una histeroscopia.

Instrumento electroquirúrgico. Un instrumento quirúrgico que utiliza corriente eléctrica para realizar una incisión (corte) sobre tejidos no deseados y eliminarlos, o controlar el sangrado.

Laparoscopia asistida por robótica (LAR). Un método de cirugía mínimamente invasivo en el cual el cirujano controla brazos robóticos con la ayuda de una consola de computadora.

Laparoscopia diagnóstica. La introducción de un instrumento largo, delgado y con luz que se parece a un telescopio, llamado laparoscopia, en el abdomen, a través del ombligo, para buscar anomalías en los órganos pélvicos internos, como el exterior del útero.

Laparoscopia quirúrgica. Una cirugía, como la eliminación de adherencias o la endometriosis, que se realiza dentro del abdomen con un laparoscopia y otros instrumentos largos y más delgados.

Laparoscopia. La inserción de un instrumento largo, delgado, con luz y en forma de telescopio, llamado laparoscopia, a través de una incisión en el abdomen para buscar anomalías en los órganos reproductivos internos y en algunos casos para corregir quirúrgicamente dichas anomalías.

Laparoscopia. Un instrumento de observación delgado, con luz y en forma de telescopio que se introduce a través del ombligo y la pared abdominal para examinar los órganos reproductivos femeninos y la cavidad abdominal (laparoscopia).

Laparotomía. Una cirugía abdominal a través de una incisión en la pared abdominal.

Ovarios. Los dos órganos sexuales femeninos que se encuentran en la pelvis y producen los óvulos y las hormonas femeninas estrógeno y progesterona.

Peritoneo. La membrana suave y transparente que rodea las cavidades pélvica y abdominal.

Pólipos. Un término general que describe cualquier masa de tejido que sobresalga o se proyecte hacia el exterior o hacia arriba del nivel normal de la superficie.

Quistes ováricos. Quistes llenos de líquido en los ovarios.

Región púbica. La región en la base del abdomen sobre la abertura vaginal, que está cubierta parcialmente con vello.

Retención urinaria. Incapacidad de vaciar espontáneamente la vejiga. Tabique uterino. Una anomalía congénita causada por una banda de tejido en la sección media del útero que divide la cavidad uterina normal.

Sutura. Hilo que se usa para cerrar una incisión hecha durante una cirugía. Generalmente es absorbible.

Trombosis venosa. La presencia de un coágulo de sangre en una vena.

Trompas de Falopio. Dos órganos en forma de tubo que están unidos al útero, uno a cada lado, y donde el esperma y el óvulo se encuentran durante la fertilización normal.

Uréteres. Tubos que conectan cada riñón a la vejiga.

Útero. El órgano muscular femenino hueco que se encuentra en la pelvis y donde el embrión se implanta y desarrolla durante el embarazo.

Para obtener más información sobre este tema u otros temas sobre salud reproductiva, visite www.ReproductiveFacts.org



Díganos su opinión

Envíe sus comentarios sobre este folleto por correo electrónico a asrm@asrm.org. En la casilla de asunto, escriba “Atención: Comité de Educación del Paciente”

Notas



AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
1209 MONTGOMERY HIGHWAY
BIRMINGHAM, ALABAMA 35216-2809
(205) 978-5000 • ASRM@ASRM.ORG • WWW.ASRM.ORG