

# *La Endoscopia en la Exploración Ginecológica*

G. A. ZUNIGA, M. D. (\*)

El diagnóstico de las afecciones ginecológicas por medio de la endoscopia no hubiera alcanzado gran valor en el armamentario del ginecólogo sin el uso del CULDOSCOPIO y la técnica de endoscopia pélvica ideada por Decker de New York.

Las definidas limitaciones de la peritoneoscopia en la exploración del fondo pélvico, por adherencias intestinales ocasionadas por operaciones previas; la relativa gran distancia entre la pared abdominal y los órganos de la pelvis; la corta longitud del peritoneoscopio de Ruddock, hacía difícil el examen endoscópico del útero y sus anexos.

El método de Decker, gracias a la posición de la paciente disocia la pared de las víceras con formación de espontáneo pneumoperitoneo, ha simplificado mucho esta clase de examen, con el que, se logra diagnosticar lesiones incipientes pudiendo usarse en la clínica, como método rutinario en enfermos ambulatorios.

El CULDOSCOPIO, está constituido por un cistoscopio de 25 cm. con sistema de lentes y buena iluminación, que proyecta imágenes en ángulo recto, iluminación obtenida con baterías controladas por un reóstato.

Lo esencial del instrumento lo constituye la cánula y el trocar que se adaptan perfectamente y constituyen el instrumento de penetración en el fondo de saco; provisto a 3 centímetros del extremo de un tope metálico, que limita la introducción no más allá de los límites convenientes. Gracias al trocar y la cánula, podrá ser introducido el sistema óptico y de iluminación al fondo de la pelvis.

El trocar retirado de la cánula se adapta perfectamente al tallo del cistoscopio.

## TÉCNICA

La paciente debe previamente ser preparada: rasurar el perineo, enema evacuante y cateterismo de la vejiga. Se acostumbra a sedar con una ampolla de seconal 50 mg., media hora antes de la exploración, la aplicación local de novocaína al 5% es suficiente.

(\*) Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología - Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Atl., D. D.

Decker fundamente su técnica y considera esencial la posición de la paciente y fue original la idea de usar la posición genu-pectoral, gracias a la cual la presión negativa que existe en la cavidad abdominal desaparece por la brusca introducción de aire al través de la cánula al retirar el trocar. Esta introducción, de aire atmosférico a la pelvis, obtenido por el peso de la víceras en esa posición, forma un espacio suficiente para explorar los genitales internos.

La posición genu-pectoral, puede lograrse colocando la mesa en forma apropiada, o bien invitando a la paciente que permanezca en esa actitud, durante el tiempo de la exploración, cosa que se puede lograr gracias a la anestesia local con lo que conseguimos la cooperación de la enferma.

En esa posición, y previa desinfección de la vagina, con sol. de zephyrán acuoso, se introduce una valva en la horquilla vulvar hasta el fondo del saco, esta maniobra logra visualizar el cuello, y coger con una pinza el labio posterior lo que favorece la franca exposición del fórnix posterior sitio de la punción. Tirando siempre del cuello, en el diafragma tenso que se forma, se infiltra la sol. de novocaína al 5% y con el trocar formando un ángulo de 45 grados con la horizontal se punciona el fórnix; en esa posición el instrumento sigue una dirección paralela a la cara posterior al útero. En estas condiciones cuando el fondo de saco ha sido perforado, el trocar se retira de la cánula, momento en el cual puede oírse la introducción de aire dentro de la cavidad abdominal, (se calcula que entran bruscamente 1500 a 2000 cc), signo importante por el cual se conoce que la puntura ha tenido éxito.

Lograda la introducción y espontáneo neumoperitoneo, gracias a la adaptación del sistema cisioscópico a la cánula, se pueden explorar la mayoría de los órganos pélvicos, parte del recto-sigmoide y ciego, rotando y deslizando el culdoscopio en varias direcciones, manipulando la pinza que sostiene el cuello o bien haciendo presiones en el abdomen en los puntos que se desee explorar.

Terminada la exploración y con la cánula en sitio, si la paciente ha sido anestesiada con local, se le invita a recobrar la posición lentamente y que permanezca en decúbito ventral; eso evita la formación de neumoperitoneo, ya que el aire es expulsado por la cánula, gracias al peso de la víceras que recobra su posición en la pelvis. Si la paciente está inconsciente, colocándola en decúbito, haciendo presión sobre el abdomen, se logra el mismo efecto. No es necesario suturar el sitio de la puntura que cicatriza por primera intención.

#### INDICACIONES

El dolor abdominal cuya causa no descubre después de examen exhaustivo ni el ginecólogo ni el urólogo, constituyen una principal indicación de la culdoscopia. Las tuberculosis incipientes de la pelvis, la endometriosis, los tumores del ovario y del útero, las salpingitis, torsiones del ovario y embarazo ectópico no rotos, pueden constituir razonables indicaciones.

Gracias a adecuados métodos de biopsia, ha sido posible bajo el

control de la vista, obtener muestras de ovario y tumores pélvicos sin practicar laparatomía.

Por el sistema de endoscopia pélvica, la investigación de la esterilidad y la fisiología del ovario ha podido hacer grandes progresos.

En el estudio de los ovarios de mujeres amenorréicas se recoge valiosa información. La prueba de Rubin practicada con solución débil de azul metileno, puede ser observada saliendo por las fimbrias gracias a la combinación de este sistema con la culdoscopia.

El estado de las trompas en mujeres estériles antes de planear métodos operatorios. En Boston el Dr. J. Rock, ha reportado el uso de la culdoscopia sistemática en los casos de esterilidad. En la esterilidad y menstruación anovulatorias, la certeza se obtiene con la observación directa de los ovarios en donde no hay presencia de folículos maduros. Decker de N. Y., ha logrado observar el estallido del folículo de Graff en el momento de la ovulación, practicando la culdoscopia en el período intermenstrual.

### CONTRAINDICACIONES Y ACCIDENTES

La principal contraindicación de la culdoscopia, es la presencia de masas en el fondo del saco posterior, adherencias o masas tumorales entre el útero y el recto.

En estos casos no sólo la punción es prácticamente imposible sino hasta peligrosa. De aquí la importancia de practicar con cuidado un examen abdominal, vaginal y rectal, antes de practicar la culdoscopia.

Hay algunas contraindicaciones que dependen del estado general de la paciente; ya que les impide permanecer en posición genupectoral y es difícil elegir una apropiada anestesia.

La vulvitis y vaginitis seniles, contraindican el procedimiento, como también las deformidades del esqueleto que impiden la posición apropiada. La presencia de ascitis contraindican la culdoscopia.

Algunas veces es imposible apreciar las adherencias del fondo de saco y del espacio rectovaginal, en un examen pélvico; se recomienda entonces hacer el tacto rectal y vaginal en posición genupectoral, para observar si el recto es arrastrado por el peso de la matriz en esta posición.

El accidente más común, es la punción del recto; lo cual en la mayoría de las veces, no trae consecuencias, la herida cicatriza extraperitoneal, espontánea y totalmente; Decker ha reportado algunos de estos accidentes sin ninguna complicación.

Un peculiar pero no serio accidente, es el enfisema retroperitoneal, algunas veces extendido hasta el tórax y base del cuello, estas infiltraciones de gas retroperitoneal pueden ser diagnosticadas por los rayos X.

### COMENTARIO

La culdoscopia es un procedimiento de gran valor en el diagnóstico de las afecciones pélvicas. El procedimiento disminuye las exploraciones abdominales mayores (laparotomías) y hace posible diagnósticos incipientes en los órganos pélvicos.

## REFERENCIAS.

- 1.—JOHN H. RIDLEY, M. D.: — Culdoscopy - **11**: 43, 1953.
- 2.—DECKER A.: Artificial Pneumoperitoneum by Cul-de-sac Puncture - **J. Med.**, **46**: 314, 1946.
- 3.—GRUNE, STRATTON: Pervic Culdoscopy - Progress in Gynecology - 1946.
- 4.—TE-LINDE - RUTLEDGE, F.: Culdoscopy a useful gynecologic procedure - **Amer. J. Obstet. Gynec.**, **5**: 192, 1948.