



1er Congreso

Capítulo Cirugía Mínimamente Invasiva

SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

VIDEO ABSTRACT | TALCA, 2022



ÍNDICE

CONTRIBUCIONES 2022

VIDEO ABSTRACT

- 4** MANEJO QUIRÚRGICO EMBARAZO CORNUAL
- 5** ADENOMIOMECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA
- 6** BLOQUEO NERVIOSO PELVIANO LAPAROSCÓPICO EN DOLOR PÉLVICO CRÓNICO
- 7** MANEJO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL ROTO
- 8** FISTULECTOMÍA VÍA VAGINAL CLÁSICA MODIFICADA
- 9** MIOMECTOMÍA HISTEROSCÓPICA
- 10** SIMULADOR DE HIDROSALPINX
- 11** URETEROLISIS
- 12** COMPLEJO TUBO-OVÁRICO SECUNDARIO A DIU INTRAABDOMINAL: EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA DE URETEROLISIS.



VIDEO ABSTRACT

1º CONGRESO DE CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA

SOCHOG 2022



MANEJO QUIRÚRGICO EMBARAZO CORNUAL

Dra. Julia Riquelme Méndez¹⁻², Dr. Italo Bravo Martínez¹⁻².

1 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

2 Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dirección: Álvarez 1532 – Viña del Mar

RESUMEN

Se presenta caso de embarazo cornual de 6 semanas con LCF positivos. Se visualiza útero aumentado de tamaño a expensas de embarazo cornual derecho aproximadamente 4 cm. Suspensión ovárica bilateral dado no disponibilidad de movilizador uterino. Se procede a realizar clipeo transitorio de arterias uterinas bilateral en su origen mediante acceso posterior al retroperitoneo tomando como referencia, arteria umbilical obliterada a lateral y ureter a medial. Apertura de hoja anterior de ligamento ancho, sección de ligamento útero ovárico y salpingectomía derecha. Se procede a realizar sutura en jareta con vicryl 1.0 con nudo extracorpóreos para mayor control hemostático. Resección de embarazo ectópico con energía mono polar y bipolar. Se identifica ostium derecho. En el plano miometrial se colocan puntos separados con nudos extracorpóreos y punto corrido con nudo intracorpóreo al plano superficial de la serosa uterina. Extracción en bolsa de pieza operatoria junto con trompa uterina derecha. Retiro de clips hemostáticos. Procedimiento sin incidentes.



ADENOMIOMECTOMÍA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Ignacio Miranda Mendoza¹, Irma Gallardo Saavedra¹, Mauricio Correa Duclos¹, Andrés González Lartiga¹ Departamento de Ginecología-Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

INSTITUCIÓN: Hospital Clínico Universidad de Chile
DIRECCIÓN: Dr Carlos Lorca Tobar 999, Independencia

RESUMEN

El adenomioma es una forma clínica infrecuente de la adenomiosis, puede estar asociada a dolor pélvico, sangrado uterino anormal e infertilidad y se ha descrito el manejo laparoscópico como una alternativa de tratamiento de mínima invasión. Se presenta el caso de una paciente femenina de 16 años, con historia de larga data de dismenorrea severa invalidante. La resonancia de pelvis plantea el diagnóstico diferencial de adenomioma juvenil con degeneración quística versus cuerno rudimentario no comunicante con cavidad endometrial central. Se realiza mediante técnica laparoscópica ligadura temporal de arterias uterinas y resección de lesión en forma completa sin ingreso a la cavidad uterina. El informe anatomopatológico concluye que hallazgos son compatibles con adenomioma.

BLOQUEO NERVIOSO PELVIANO LAPAROSCÓPICO EN DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Dr. Manuel Donoso¹, Dra. Scherezade Sabat², Dr. César Cárcamo³ y Dr. Benjamin Bustos¹

1. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Los Andes y Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila. 2. Residente, Post título de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Los Andes. 3. Servicio de Anestesia y Cuidados Paliativos, Clínica Dávila.

RESUMEN

El dolor pelviano crónico (DPC) tiene una prevalencia entre 5-27%. Su manejo debe ser multidisciplinario. Existen varias alternativas terapéuticas médicas y quirúrgicas. El bloqueo nervioso pelviano percutáneo ha sido utilizado en pacientes refractarios a tratamiento.

Presentamos el caso de una paciente de 27 años, nuligesta, en tratamiento con dienogest continuo, que consulta por DPC de 4 años de evolución. Tiene antecedente de laparoscopia quirúrgica realizada en otro centro en noviembre 2020, con resección del ligamento uterosacro izquierdo hacia el torus por presunta endometriosis. Evolucionó con respuesta favorable transitoria con recidiva del dolor, dispareunia intracoital invalidante y disquexia por lo cual consulta en junio 2022. Al examen destaca punto doloroso muy sensible a la palpación en útero-sacro izquierdo sin otros hallazgos. Tiene ecografía extendida que muestra aparente nódulo retrocervical de 8 mm.

En conjunto con equipo de dolor de Clínica Dávila se propone laparoscopia exploradora y eventual bloqueo nervioso el 4 de Agosto del 2022, evidenciando pelvis normal y discreto repliegue peritoneal a izquierda en zona del trayecto del nervio hipogástrico. Se administraron 5 cc de alcohol absoluto medial y lateral al nervio hipogástrico izquierdo y 5cc de NaCl al 10% en la región del plexo hipogástrico superior por punción con aguja laparoscópica. La paciente evolucionó con remisión completa del dolor retomando sus actividades de la vida diaria y actividad sexual a las 3 semanas de operada, manteniéndose asintomática hasta la fecha.

Este es el primer caso que conocemos de bloqueo nervioso pelviano realizado por vía laparoscópica y creemos que debiera considerarse como alternativa en pacientes con dolor pelviano refractario a otros tratamientos.

NOMBRE: Scherezade Sabat Villazon
INSTITUCIÓN: Universidad de Los Andes
DIRECCIÓN: Carlos Peña Otaegui 9791, Las Condes, Santiago.
TELÉFONO: + 56 9 97584017
CORREO ELECTRÓNICO: ssabat@miuandes.cl



MANEJO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL ROTO

Rocío Durán¹⁻², Christine Ledezma¹⁻², Rosana Osorio¹⁻², Paola Paladines¹⁻² y Mirta Bustamante¹⁻².

1) Hospital Clínico Dra. Eloisa Diaz Insunza de La Florida

2) Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente

Hospital Clínico Dra. Eloisa Diaz Insunza de La Florida
Froilan Roa 6542, La Florida, Santiago- Chile

OBJETIVO

Describir una técnica mínimamente invasiva en el manejo de un embarazo ectópico cornual complicado.

DISEÑO

Explicación mediante video descriptivo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años, múltipara de 3 partos, usuaria de anticonceptivos orales, sin deseos de paridad. Consulta en servicio de urgencia por dolor abdominal y test de embarazo positivo, ingresa hemodinámicamente estable. Al ultrasonido ausencia de gestación intrauterina con endometrio de 6mm, en ovario derecho de aspecto normal, ovario izquierdo imagen sugerente de cuerpo lúteo de 25mm y moderada cantidad de líquido libre en fondo de saco. Laboratorio; BHCG 1830mIU/ml, Hematocrito 31.9%, Hb 11gr/dl. La paciente evolucionó con aumento del dolor y signos de irritación peritoneal por lo que se realizó una laparoscopia exploradora. Hallazgos; hemoperitoneo de 750cc, embarazo ectópico cornual izquierdo de 3-4 cm con solución de continuidad y sangrado activo moderado, anexos aspecto normal.

INTERVENCIÓN

Salpingectomía izquierda, seguida de suturas tipo loop bajo la lesión para control hemostático, resección en cuña del cuerno y puntos hemostáticos al lecho. Finalmente salpingectomía contralateral por paridad cumplida. El post operatorio fue favorable y se realizó un seguimiento de BHCG hasta negativización.



FISTULECTOMÍA VÍA VAGINAL CLÁSICA MODIFICADA

Daniela campos villagra, henry castro arias, diego escobar arriagada, constanza salinas mograve. Universidad de concepcion y hospital guillermo grant benavente

Institución hospital guillermo grant benavente
Dirección avda nahuelbuta 2180 san pedro de la paz

RESUMEN

Las fistulas genitourinarias son principalmente debidas a lesiones iatrogénicas principalmente benignas en nuestro país.

El objetivo de este video es mostrar la técnica quirúrgica de fistulectomía clásica modificada por vía vaginal según la experiencia del equipo del hospital guillermo grant benavente y universidad de concepción. Posicionar logrando una buena exposición de periné.

La cistoscopia para verificar hallazgos previos y posicionamos sonda foley nº 6 desde orificio vaginal para tracción del trayecto e identificar la fistula.

Exposición de la fístula con sistemas de retracción quirúrgica es fundamental.

Incisión circunferencial alrededor del trayecto fistuloso, liberando mucosa vaginal, capa muscular y mucosa vesical indemne.

Se posicionan dos suturas en los ángulos bajo la fístula para identificar el vértice de la incisión vesical y se reseca la fístula en su totalidad.

Se comienza el cierre por planos y cada plano debe ser en sentido perpendicular al anterior y siempre puntos separados. Mucosa vesical con sutura de monocryl 3-0 en sentido horizontal y unimos ambos extremos, prueba de sellado de agua, plano muscular de la vejiga con vicryl 3-0 y mucosa vaginal con vicryl 2-0.

Cistoscopia de salida para visualizar permeabilidad de uréteres y cierre de la fístula .



MIOMECTOMÍA HISTEROSCÓPICA

Dra. Alejandra Mondaca Villalón

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Talca.
1 Norte #1990, 6° Piso. Talca.

RESUMEN

Paciente de 58 años, postmenopausica derivada a ginecología por engrosamiento endometrial con sospecha de mioma submucoso o pólipo endometrial. Se realiza histerosonografía que informa lesión focal sugerente de pólipo endometrial de 16 X 14 X 17 mm dependiente de fondo y pared uterina izquierda por lo que se propone Histeroscopia quirúrgica.

La intervención quirúrgica se inicia con el vaciamiento vesical con sonda Nelaton, luego histerometría y dilatación cervical hasta el dilatador Hegar número 9. Se introduce conductor y luego resectoscopio bipolar. Se distiende cavidad uterina con solución fisiológica, se identifica cavidad indemne, fondo uterino y ostium derecho. Lesión focal que depende de fondo uterino de aproximadamente 2 cm que impresiona mioma uterino (FIGO 0). Se realiza resección completa de la lesión con asa bipolar. Se confirma cavidad uterina indemne, hemostasia conforme y se retira histeroscopio.

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio sin incidencias. La biopsia confirma la histología mioma uterino.



SIMULADOR DE HIDROSALPINX

Rojas, D^{1,2}, Montero, JM^{1,2}, Garcia, J³, Quintero E³, Jara, G⁴

1. Staff ginecología Hospital el Pino
2. Docente post grado Universidad Andrés Bello
3. Residente programa Ginecología y Obstetricia Universidad Andrés Bello
4. Interna medicina Universidad Andrés Bello

Dirección: Av El Bosque 875, Providencia, Santiago.

RESUMEN

Las masas anexiales son neoplasias formadas en los órganos y tejidos adyacentes al útero, generalmente ovario y trompa uterina. Tienen una prevalencia de alrededor del 8% en las mujeres pre menopáusicas y son un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. El diagnóstico habitualmente se realiza mediante ecografía transvaginal y el 20% de ellas son de origen funcional.

Se presenta el caso de paciente de 40 años con antecedente de salpingectomía bilateral y ooforectomía parcial izquierda en contexto de urgencia ginecológica. Desde el extrasistema trae ecografía que describe imagen anexial derecha unilocular con tabique incompleto y dos pequeñas imágenes anecogénicas adyacentes. Con diagnóstico de hidrosalpinx residual derecho se decide realizar laparoscopia exploradora previo a fertilización in vitro. En el intraoperatorio se observan 3 miomas uterino FIGO 6 en pared anterior del útero con cambios degenerativos dispuestos de tal manera que simulaban la imagen ecográfica de hidrosalpinx.

CONCLUSIÓN

Frente al diagnóstico de masa anexial se deben considerar otras etiologías. En este caso, los miomas uterinos.



URETEROLISIS

Christian Rivera Valdivia

INSTITUCIÓN: Pontificia Universidad Católica de Chile
DIRECCIÓN: Camino de la Naturaleza 6527, Casa 45, La Florida

CASO CLÍNICO

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de endometriosis profunda e hidroureteronefrosis izquierda por estenosis endometrial. Ingresa para cirugía de endometriosis profunda y ureterolisis laparoscópica para evaluación in situ de uréter izquierdo. Presentamos nuestra técnica de disección para ureterolisis. Una vez encontrado el plano se realiza una disección con ambos instrumentos y hemostasia cuidadosa con técnica de tracción contra tracción, con una óptima visualización de los instrumentos, para realizar una disección completa del uréter (con disección seca). Se puede ver como los tejidos de endometriosis “atrapan” el uréter traccionándolo y generando una estenosis ureteral en forma de anillo que se libera cuidadosamente. Se deben visualizar los vasos uterinos para prevención y control vascular. Finalmente se logra visualizar nuestro ureter libre con disección completa por con el anillo o capsula de endometriosis en pared ureteral generando una gran estenosis ureteral con hidroureteronefrosis a proximal por lo que decide finalmente resección ureteral por compromiso intrínseco de la pared.



COMPLEJO TUBO-OVÁRICO SECUNDARIO A DIU INTRAABDOMINAL: EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA DE URETEROLISIS.

Christine Ledezma¹⁻²⁻³, Marcela Orellana³, Rocío Duran¹⁻², Paola Paladines¹⁻² y Mirta Bustamante¹⁻².

1. Hospital Clínico Dra. Eloisa Diaz Insunza de La Florida

2. Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente

3. División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia universidad católica de Chile.

Hospital Clínico Dra. Eloisa Diaz Insunza de La Florida

Froilan Roa 6542, La Florida, Santiago- Chile

RESUMEN

El dispositivo intrauterino es uno de los métodos de planificación familiar extensamente usado, de las complicaciones descritas en su uso se encuentra la perforación y migración del dispositivo, la cual se reporta entre 0,05 a 13 por cada 1000 inserciones. Presentamos el caso de una paciente de 76 años, histerectomizada, con complejo anexial secundario a Dispositivo Intrauterino que perfora y migra hacia la fosa ovárica derecha, medial a los vasos ilíacos con retracción ureteral. El abordaje en este caso contempló la realización de ureterolisis laparoscópica, la cual se emplea habitualmente en contexto de endometriosis profunda o en obstrucción de vías urinarias secundarias a fibrosis retroperitoneal. Las recomendaciones actuales incluyen la extracción de cualquier DIU perforado, cuando la migración incluye la perforación o compromiso de órgano adyacente, la laparoscopia no siempre es la primera opción, puesto que de acuerdo a lo reportado la tasa de conversión puede alcanzar hasta un 20%.



1º CONGRESO DE CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA

SOCHOG 2022