

VIDEO ABSTRACT

2024

COQUIMBO

II CONGRESO
CAPÍTULO CIRUGÍA
**MINIMAMENTE
INVASIVA**
| SOCHOG

CONGRESO ANUAL
**SOCIEDAD CHILENA
DE MEDICINA
REPRODUCTIVA**
| SOCMER



ÍNDICE

VIDEO ABSTRACT 2024

- 3** ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO BÁSICO EN CASA, PROGRAMA DE ENTRENAMEINTOS PARA BECADOS
- 4** HISTEROSCOPIA Y POLIPECTOMIA REALIZADA POR BECADA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- 5** EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESAREA: MANEJO QUIRURGICO LAPAROSCOPICO
- 6** HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA: DESCRIPCION PASO A PASO DE TECNICA QUIRURGICA.
- 7** HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SINDROME ADHERENCIAL: REPORTE DE CASO
- 8** ADENOMIOMA
- 9** HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA CON MIOMA DE 9 CM (FIGO 7)
- 10** UTERO UNICORNE + CUERNO RUDIMENTARIO IZQUIERDO
- 11** EMBARAZO ECTOPICO DE 13 SEM EN CICATRIZ DE CESAREA. RESOLUCION QUIRURGICA VIA LAPAROSCOPICA CON PRESERVACION UTERINA
- 12** TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ISTMOCELE UTILIZANDO ABORDAJE LAPAROSCOPICO E HISTEROSCOPICO: REPORTE DE CASO.

ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO BÁSICO EN CASA, PROGRAMA DE ENTRENAMIENTOS PARA BECADOS

Valery Lagos Díaz - Becada Ginecología y Obstetricia. Hospital San Pablo Coquimbo.
Daniel Veloso Molina - Ginecólogo Obstetra. Hospital San Pablo Coquimbo

ABSTRACT:

El entrenamiento laparoscópico es esencial para los becados de ginecología y obstetricia, ya que la cirugía mínimamente invasiva juega un papel clave en la práctica moderna. Esta presentación aborda la implementación de un programa de entrenamiento básico en casa utilizando endotrainers de bajo costo.

La práctica domiciliaria permite a los becados desarrollar habilidades fundamentales como la coordinación, precisión, y manejo de instrumentos, fuera del pabellón. El enfoque se centra en la mejora de la eficiencia operativa mediante ejercicios regulares, accesibles y económicos.

Proponemos un programa de laparoscopia básica de bajo costo dirigidos a Becados de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia de primer año; éste consiste en un endotrainer tipo “caja”, equipado con fuente de luz, accesos para pinzas, cámara web, porta agujas, pinzas Maryland, recta y tijeras, además se confeccionó un manual con las instrucciones para desarrollar los distintos ejercicios. Se diseñaron 5 estaciones de trabajo para el endotrainer con el objetivo de mejorar coordinación de los instrumentos, utilización de ambas manos, ubicación 3D, coordinación, delicadeza y fluidez de movimientos.

Realizar ejercicios de laparoscopia en casa utilizando un endotrainer de bajo costo ofrece varios beneficios, especialmente para quienes buscan mejorar sus habilidades quirúrgicas. Estos dispositivos permiten practicar destrezas clave como la coordinación mano-ojo, la precisión y la eficiencia en un entorno controlado y accesible. Al ser de bajo costo, democratizan el acceso a la práctica quirúrgica, reduciendo la dependencia de instalaciones especializadas y costosas. Además, el entrenamiento regular en casa permite reforzar habilidades motoras finas y mejorar el tiempo de respuesta, lo que puede traducirse en un mejor desempeño en situaciones quirúrgicas reales.

Este tipo de entrenamiento facilita la curva de aprendizaje, mejora la confianza técnica y reduce la dependencia de recursos hospitalarios para la práctica quirúrgica inicial.

HISTEROSCOPIA Y POLIPECTOMIA REALIZADA POR BECADA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

María Ignacia Bobadilla Canales

- Residente Obstetricia y ginecología. Departamento de ginecología y Obstetricia Oriente. Hospital Santiago Oriente
- Facultad de Medicina, Departamento de ginecología y Obstetricia Oriente. Universidad de Chile. Cabo Segundo Julio Pavez Ortiz 5671, Peñalolén

Constanza Lauriani Soto.

- Ginecóloga Obstetra. Equipo Cirugía mínimamente invasiva y endometriosis. Hospital Santiago Oriente. Avenida las Torres 5150
- Facultad de Medicina, Departamento de ginecología y Obstetricia Oriente. Universidad de Chile. Cabo Segundo Julio Pavez Ortiz 5671, Peñalolén

Valeria Puebla Ríos

- Ginecóloga Obstetra. Equipo Cirugía mínimamente invasiva y endometriosis. Hospital Santiago Oriente. Avenida las Torres 5150

- Facultad de Medicina, Departamento de ginecología y Obstetricia Oriente. Universidad de Chile. Cabo Segundo Julio Pavez Ortiz 5671, Peñalolén

Alejandra Seguel Astete.

- Ginecóloga Obstetra. Equipo Cirugía mínimamente invasiva y endometriosis. Hospital Santiago Oriente. Avenida las Torres 5150
- Facultad de Medicina, Departamento de ginecología y Obstetricia Oriente. Universidad de Chile. Cabo Segundo Julio Pavez Ortiz 5671, Peñalolén

ABSTRACT:

Se presenta el caso de paciente femenina, 68 años, multipara de 2 partos vaginales, en post menopausia, no usuaria de terapia de reemplazo hormonal.

Fue derivada desde APS a nivel terciario por sangrado de la post-menopausia asociado a ecografía ginecológica que describe un endometrio de 14.6mm con áreas quísticas en su interior, resto de ecografía sin hallazgos.

En nivel terciario se realizó Histerosonografía, donde se visualiza lesión polipoídea con áreas quística de bordes regulares, dependiente de pared posterior y fondo uterino, que mide 14x8x12mm tipo pediculada con base de 8mm.

Se realiza histeroscopia bajo anestesia raquídea, por becada de ginecología de 2do año, tutoriada por Residente de Ginecología, donde se evidencia lesión polipoídea dependiente de fondo uterino que se logra resear en su totalidad con una cavidad endometrial indemne.

Al control a la semana, paciente refiere haber presenta sangrado muy escaso el primer día, luego evoluciona sin nuevos episodios de sangrado ni molestias. Biopsia de la lesión confirma Pólipo endometrial con cambios atróficos-quísticos, sin atipias. Paciente fue dada de alta de atención terciaria para continuar controles en APS.

EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA: MANEJO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

Autor: Italo Bravo, MD1; Milena Stambuk, MD1; Oscar Espinosa, MD1

Afiliación: 1 Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

Objetivo del Estudio: Describir una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para el manejo del embarazo en cicatriz de cesárea en pacientes con deseo de mantener su fertilidad.

Diseño: Vídeo de educación quirúrgica.

Introducción: El embarazo en cicatriz de cesárea es una complicación obstétrica rara pero potencialmente grave, con riesgo de hemorragia masiva, rotura uterina y pérdida de fertilidad.

Intervención: Se describe el abordaje quirúrgico por vía laparoscópica de un embarazo en cicatriz de cesárea tipo 2, de 8+4 semanas. Se describen los pasos quirúrgicos realizados: Acceso retroperitoneal posterior y clipeo bilateral de arterias uterinas. Descenso vesical cuidadoso, en el caso presentado, complicado por invasión de fibras del músculo detrusor. Histerotomía con monopolar, seccionando a través de tejido sano. Resección del defecto con bipolar avanzado. Remoción de todo el tejido trofoblástico. Reparación del defecto uterino con sutura barbada. Hemostasia prolija y retiro de clips de arterias uterinas.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico descrito ofrece una opción segura y efectiva para el manejo de embarazos en cicatriz de cesárea en pacientes con deseo de preservar su fertilidad.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: DESCRIPCIÓN PASO A PASO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Fuentes F1, Contreras F1, Gutiérrez J1, Muñoz F1.

Afiliaciones: 1 Unidad de Ginecología. Hospital de Curicó.

Introducción: La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en Ginecología. Desde su introducción por vía laparoscópica en 1988 por Harvey Reich, este procedimiento ha ido en aumento, porque ha demostrado disminuir complicaciones tales como: pérdidas hemáticas, complicaciones peri y post operatorias, estancia hospitalaria y un corto retorno a la actividad laboral. Además, ha demostrado mejores resultados estéticos.

Intervención: Se presenta un video narrado explicando paso a paso la técnica quirúrgica en la realización de una histerectomía laparoscópica en el Hospital de Curicó.

Caso Clínico: Paciente de 43 años, multipara de 3 (3 cesáreas), presenta historia de sangrado uterino anormal y algia pélvica crónica. Antecedentes de colecistectomía y apendicectomía abierta. Ultrasonografía evidencia 3 imágenes nodulares sugerentes de miomas uterinos: pared posterior de 35 x 32 mm (FIGO 3), lateral derecho de 26 x 26 mm (FIGO 4), pared anterior de 16 x 11 mm (FIGO 2). Debido a falla de tratamiento médico se indica histerectomía total vía laparoscópica.

Conclusión: La histerectomía total laparoscópica resultó ser un procedimiento exitoso para el tratamiento quirúrgico de patología benigna, ya que ha presentado una baja tasa de complicaciones y una menor estancia hospitalaria en nuestra unidad, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura mundial.

HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME ADHERENCIAL: REPORTE DE CASO

Fuentes F1, Contreras F1, Gutiérrez J1, Muñoz F1

Afiliaciones: 1 Unidad de Ginecología. Hospital de Curicó.

Introducción: La planificación quirúrgica en pacientes con antecedentes de una cirugía abdominal es fundamental porque poseen mayor probabilidad de presentar un síndrome adherencial. Éste es más frecuente en pacientes con antecedentes de una cirugía abdominal de emergencia, una cirugía pélvica, o que afectó la parte inferior del aparato digestivo. El punto anatómico de Palmer, descrita por Raoul Palmer, es útil ya que esta área intracavitaria no suele presentar adherencias intestinales o herniaciones, y además no se encuentra justo encima de los grandes vasos abdominales.

Intervención: Se presenta el caso de una Histerectomía laparoscópica con ingreso a través de óptica de 5 mm por punto de Palmer debido a sospecha de síndrome adherencial.

Caso Clínico: Paciente de 63 años, multípara de 2 (partos vaginales), con diagnóstico de Tumor Borderline Seromucinoso izquierdo. Antecedentes de colecistectomía laparoscópica, reparación de hernia umbilical incisional, y resección intestinal secundaria a obstrucción intestinal con realización y posterior cierre de ileostomía. Evaluada por Oncología Ginecológica, indican completar cirugía con histerectomía total y anexectomía derecha.

Conclusión: La realización de pneumoperitoneo por punto de Palmer y posterior ingreso con óptica de 5 mm bajo visión directa es una alternativa segura en la realización de histerectomías laparoscópicas en pacientes con sospecha de síndrome adherencial.

ADENOMIOMA

- Dra. Claudia Celle Traverso (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Cristián Pomés Correa (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dra. Milena Zamboni Torres (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Christian Rivera Valdivia (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Diego Fernández Pimentel (Fellow Endoscopia Ginecológica UC)

Paciente de 13 años, nuligesta, sin IAS, con historia de SUA asociado a dismenorrea de muy difícil manejo, con múltiples ACO, con mala respuesta, afectando significativamente calidad de vida, implicando ausentismo escolar.

Se realiza RM 2024: útero AVF, en pared posterior lesión pseudonodular de 15x15x21 mm con imágenes quísticas sugerente de adenomiona uterino. Sin endometriosis profunda evidente.

Dada la mala respuesta a múltiples tratamientos más hallazgos imagenológicos no se puede descartar presencia de endometriosis superficial concomitante por lo que se plantea para laparoscopia diagnóstica y resección de nódulo adenomiótico.

Durante la cirugía se pesqu coastros focos de endometriosis peritoneal, y en relación a pared posterior del útero presenta aumento de volumen blando sugerente de adenomioma. Se realiza resección del adenomioma y se fulguran focos de endometriosis. Cirugía sin incidentes. En el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en buenas condiciones al día siguiente.

HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA CON MIOMA DE 9 CM (FIGO 7)

- Dra. Milena Zamboni Torres (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Cristián Pomés Correa (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dra. Claudia Celle Traverso (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Christian Rivera Valdivia (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Diego Fernández Pimentel (Fellow Endoscopia Ginecológica UC)

Paciente 45, múltipara de 1 cesárea y sin antecedentes mórbidos, consulta por historia de reglas abundantes con presencia de coágulos asociado a sensación de peso en hipogastrio.

Se solicita ECO TV en julio 2024 que informa: nódulo sólido, sugerente de mioma que mide 96 x 70 x 93 mm, con pedículo de contacto con útero de 25x30 mm, sin señal al Doppler color (FIGO 7). En su contorno presenta áreas quísticas sugerente de degeneración hialina.

Dado sintomatología y mioma de gran volumen se decide resolución quirúrgica, sin embargo dado mioma pediculado de gran volumen, se plantea para histerectomía + salpingectomía laparoscópica con morcelación del mioma en bolsa para facilitar su extracción al reducir su volumen.

Se realiza cirugía programada sin incidentes. En el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en buenas condiciones al día siguiente.

ÚTERO UNICORNE + CUERNO RUDIMENTARIO IZQUIERDO

- Dra. Claudia Celle Traverso (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Cristián Pomés Correa (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dra. Milena Zamboni Torres (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Christian Rivera Valdivia (Unidad de Endoscopia Ginecológica Red de Salud UC CHRISTUS)
- Dr. Diego Fernández Pimentel (Fellow Endoscopia Ginecológica UC)

Paciente nuligesta de 27 años, sin antecedentes mórbidos, refiere historia de dismenorrea desde su menarquia, que evoluciona con empeoramiento de los síntomas, siendo invalidante desde el año 2023, con necesidad de tramadol por horario.

Se realiza ECO TV que informa: útero unicorne, lesión sólida anexial izquierda sugerente de útero rudimentario no comunicante. RNM: Malformación mülleriana hemi útero a derecha y cuerno rudimentario con cavidad endometrial no comunicada.

Dado historia clínica y hallazgos imagenológicos se decide hemihisterectomía y salpingectomía izquierda laparoscópica.

Se realiza cirugía sin incidentes, en el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en buenas condiciones al día siguiente.

EMBARAZO ECTÓPICO DE 13 SEM EN CICATRIZ DE CESÁREA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA VÍA LAPAROSCÓPICA CON PRE- SERVACIÓN UTERINA

Lagos Díaz V (1); Rojas Latorre (1); Veloso Molina D (2), ; Pinto R (2); Herrera A (2).

(1) Becado Ginecología y Obstetricia. Hospital San Pablo Coquimbo.

(2) Ginecólogo Obstetra. Hospital San Pablo Coquimbo

ABSTRACT:

El embarazo implantado en la cicatriz de una cesárea (CSEP) es una condición rara cuyo diagnóstico ha aumentado debido al incremento de cesáreas y el mejor uso de la ecografía en etapas tempranas del embarazo. Se distinguen dos tipos: el CSEP Tipo I, que crece hacia la cavidad uterina, y el Tipo II, que se implanta profundamente fuera de la cavidad. En el CSEP Tipo II, el trofoblasto se localiza entre la vejiga y la pared uterina anterior, con ausencia de partes fetales en la cavidad y una pérdida de continuidad en la pared anterior del útero. El manejo expectante no se recomienda, y las opciones incluyen tratamientos médicos o quirúrgicos.

Presentamos el caso clínico de paciente de 26 años fue diagnosticada con CSEP Tipo II a las 12 semanas de gestación. Tras una discusión multidisciplinaria, decidió interrumpir el embarazo conservando su fertilidad. A las 13 semanas, se realizó una punción cardíaca fetal bajo anestesia general con inyección de cloruro de potasio, seguido de amniodrenaje y reemplazo con metotrexato. Posteriormente, se realizó la cirugía laparoscópica para sellar las arterias uterinas, remover los restos ovulares y reparar el defecto uterino. Siete meses después, la paciente tenía ciclos menstruales regulares con anticonceptivos, pero aún no ha decidido embarazarse.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ISTMOCELE UTILIZANDO ABORDAJE LAPAROSCÓPICO E HISTEROSCÓPICO: REPORTE DE CASO.

Fuentes F1, Contreras F1, Gutiérrez J1, Muñoz F1

Afiliaciones: 1 Unidad de Ginecología. Hospital de Curicó.

Introducción: El Istmocèle o defecto en cicatriz de cesárea fue descrito por primera vez en 1961 por Poidevin como una dehiscencia anatómica en el área de cicatriz uterina. La prevalencia informada varía del 24 al 70% con ecografía transvaginal y del 56 al 84% con histerosonografía. Puede estar asociado a algia pélvica, sangrado uterino anormal e infertilidad. En paciente con falla a tratamiento médico y deseo de fertilidad se debe ofrecer tratamiento quirúrgico mediante la resección del defecto.

Intervención: Se presenta un video narrado respecto al tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia e histeroscopia de una paciente con istmocele.

Caso Clínico: Paciente de 34 años, multipara de 1 (cesárea anterior), con antecedente de salpingectomía derecha por piosálpinx, algia pélvica crónica e historia de infertilidad secundaria. Refiere historia de sangrado uterino anormal tipo spotting que no responde a tratamiento médico. Ultrasonografía transvaginal revela defecto en cicatriz de cesárea de 5 x 7 mm, con miometrio residual de 2 mm.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico del istmocele utilizando histeroscopia permite identificar y delinear el área a resear. La reparación del defecto en cicatriz de cesárea es una buena alternativa en pacientes con deseo de paridad.



VIDEO ABSTRACT 2024

SOCHOG.CL