



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

V1. RESURGIMIENTO DE LAS BIOPSIAS DE VELLOSIDADES CORIALES. RECUENTO DE LA TÉCNICA. Rosmali Camino, Freddy González, Marcos Cáceres, José Teppa.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Centro Médico Docente La Trinidad. Municipio Baruta, Estado Miranda.

Paciente de 24 años de edad, IIGIP, sin antecedentes de base, quien cursa con embarazo de 11semanas + 3 días por FUR y es referida por médico tratante a este centro por evidenciarse durante la ecografía del primer trimestre, feto con CRL de 55 mm compatible con su edad de gestación y translucencia nucal aumentada de 7 mm. La paciente es evaluada en nuestro centro donde se constata dicho hallazgo y en vista de la edad gestacional, se plantea la realización de estudio genético mediante la realización de biopsia de vellosidades coriales, previo consentimiento informado. Se realiza procedimiento según técnica habitual por vía abdominal, obteniendo muestra suficiente, la cual es trasladada al laboratorio de pruebas especiales del centro, donde por medio de la técnica de FISH a las 24 horas de procesada, se obtuvo un resultado de cariotipo femenino con trisomía 18. Se realiza video en donde se documenta el caso y se describe la técnica utilizada, en pro del resurgimiento de esta técnica para aquellos casos en los cuales las pruebas de diagnóstico prenatal no invasivas nos alertan sobre probables alteraciones cromosómicas.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

V2. ENDOMETRIOMA DE OVARIO MAYOR DE 3 CENTÍMETROS: MANEJO LAPAROSCÓPICO. Hildamary Díaz, Pedro Díaz, María de los Ángeles Díaz, Abrahán Díaz.

Policlínica Maturín, Maturín, Estado Monagas.

Objetivo: Describir la técnica de la cistectomía laparoscópica como método de elección en el tratamiento de los endometriomas mayores de 3 centímetros. La técnica consiste en la cistectomía con resección total de la pseudocápsula, cauterización de bordes, hemostasia selectiva del lecho, evitando cauterización excesiva con la consecuente reducción de la reserva folicular.

V3. CIRUGÍA CONSERVADORA VÍA LAPAROSCÓPICA EN ENDOMETRIOMA OVÁRICO. Rosmali Camino, Suay Berroterán, Ángel Millán, Marcos Cáceres.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Centro Médico Docente La Trinidad. Municipio Baruta- Estado Miranda.

Paciente de 26 años de edad, con antecedente en agosto de 2011 de tumor de ovario izquierdo que no precisa, quien refiere inicio de enfermedad actual el 24/01/2012, cuando de forma abrupta presenta dolor en fosa iliaca izquierda punzante de fuerte intensidad, motivo por el cual consulta. Al examen físico se evidencia fascie álgida, postura antálgica y signos de irritación peritoneal, a la evaluación ecográfica se evidencia tumor de ovario izquierdo, unilocular quístico sólido, avascular al Doppler, sin evidencia de líquido libre en cavidad.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

La paciente ingresa al área de observación y en vista de sintomatología clínica y paraclínicos, se decide laparoscopia exploradora con el diagnóstico de abdomen agudo. Se realiza abordaje a través de 4 trocares (uno de 10 mm y tres de 5 mm), como hallazgos intraoperatorios se evidencian 2 imágenes tumorales a nivel de ovario izquierdo una con características macroscópicas de endometrioma y la otra con características de quiste simple. Se realiza incisión lineal a nivel de primera tumoración evidenciándose salida de contenido achocolatado, se realiza aspiración del contenido y resección de la cápsula tumoral, posteriormente se explora segunda tumoración y se evidencia que la misma, se trata de otro endometrioma por lo que se procede de la misma manera que la lesión anterior, con lavado exhaustivo de cavidad y con comprobación de hemostasia se hace síntesis de parénquima ovárico con sutura reabsorbible y se finaliza el acto operatorio. Durante todo el acto quirúrgico se utilizó pinza bipolar. Se presenta un video donde se describen los hallazgos y la técnica utilizada como tratamiento conservador. Diagnóstico clínico, ecográfico y paraclínico fue corroborado por anatomía patológica.

V4. PLANOS ANATÓMICOS DE LA PARED ABDOMINAL A TRAVÉS DE UN TROCAR ÓPTICO. Juan Carlos Pons Mendoza, Karen Beatriz Colmenares-Barreto, Marbella Coromoto Chapellín Pineda.

Unidad de Cirugía Mínima Invasiva Ginecológica, Hospital de Clínicas Caracas. Caracas. Venezuela

Se describe en el video, el abordaje inicial de la cavidad abdominal con el uso de



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

un trocar óptico (Visiport), el cual lleva en su extremo una lente y una cuchilla que se acciona con un gatillo para cortes micrométricos que permiten al introducir la óptica, observando todos los planos hasta llegar a la cavidad abdominal, por lo que se puede evitar la lesión de elementos intraabdominales.

V5. GLOVE PORT: LAPAROSCOPIA DE UN SOLO PUERTO. Juan Carlos Pons Mendoza, Karen Beatriz Colmenares-Barreto, Marbella Coromoto Chapellín Pineda.

Unidad de Cirugía Mínima Invasiva Ginecológica, Hospital de Clínicas Caracas. Caracas. Venezuela

Este video describe el Glove port, una modalidad de acceso sencillo, eficiente y económico que permite la adopción generalizada de la tecnología de un solo puerto en nuestra práctica tanto como un procedimiento independiente y como un complemento útil a las técnicas tradicionales multipuerto, mediante la aplicación de un guante quirúrgico el cual se coloca en el borde de un retractor (con paredes y doble anillo flexible), y posteriormente este se introduce a través de un puerto único umbilical en el abdomen de la paciente.

V6. DISPOSITIVO ALTERNATIVO PARA CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS POR MONOPUERTO. Juan Rivero C, Vicente Bosque, Juan Rivero S, Gabriela López, Carmen Mantellini, Alicyoy Angulo.

Centro Médico Docente La Trinidad.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

Nuestro objetivo es exponer el uso de materiales disponibles, como guante quirúrgico, un anillo de plástico rígido y trócares de laparoscopia convencional. Procedimiento: se trata de un caso de miomectomía laparoscópica, de un leiomioma, de cinco centímetros, en cara posterior que se realizó con puerto único fabricado con un retractor de heridas, Alexis® Wound Protector/Retractor (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA) cubierto con un guante quirúrgico de látex para mantener el neumoperitoneo, con trócares colocados a través de los dedos del guante inflado. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos, con sutura barbada tipo QUILL-SRS®, menos de 50 cc de pérdida hemática, sin complicaciones y con 12 horas de hospitalización.

V7. NOTES PURO: ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA VÍA TRANSVAGINAL CON ENDOSCOPIO FLEXIBLE. Pierina Rosales, José G Mejías, Héctor Almau, Rafael De la Fuente, Naydeli García, Carlos Bravo.

Clínica “Dr. A.L. Briceño Rossi”, Hospital de Clínicas Caracas.

La esterilización quirúrgica constituye uno de los métodos de anticoncepción definitiva que se realiza a través de diferentes abordajes. Actualmente se describen nuevas vías de abordaje: LESS y NOTES transgástrico o transvaginal. Reportamos la técnica quirúrgica para esterilización NOTES puro vía transvaginal. Paciente 32 años, IIG I P IC, IMC 20 kg/m². Pasos quirúrgicos: 1. Colocación de paciente Trendelenburg, lavado vaginal con solución yodopovidona, colocación de sonda urinaria. 2. Colocación trocars 5 mm umbilical para realización neumoperitoneo



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

y control del procedimiento con óptica de 5 mm. 3. Acceso transvaginal por colpotomía posterior de 2 cm longitud, introducción de gastroscopio (Olympus) un solo canal, colocación de manipulador uterino. 4. Peritoneoscopia, ubicación de endoscopio en retroflexión con identificación de trompas de Falopio, se realiza colocación de 3 QuickClip (Olympus HX 610 135) en cada trompa, coagulación de trompas con pinza coagrasper (Olympus FD-410LR). 5. Se realiza cierre de colpotomía con sutura absorbible, puntos continuos. Resultados: Tiempo operatorio 25 minutos. Egresó a las 6 horas del procedimiento. Escala análoga del dolor, con puntaje 0 a las 24 horas y siete días del procedimiento, no ameritó administración de analgésicos en postoperatorio. Se realizó control ginecológico a los 45 días, sin hallazgos patológicos, histerosalpingografía evidencia detención del medio de contraste en sitio de colocación de clips en ambas trompas. Conclusión: la esterilización transvaginal endoscópico es una nueva vía de abordaje para esterilización definitiva que se puede realizar de manera segura, reduciendo significativamente el dolor postoperatorio, rápida recuperación y cosmesis efectiva.

V8. ANATOMÍA LAPAROSCÓPICA. ESPACIOS PARAVESICAL Y PARARRECTAL. REALMENTE PUEDEN SER AMIGABLES. Vicente Bosque, Juan Rivero C, Juan Rivero S, Gabriela López, Carmen Mantellini, Alicyoy Angulo.

Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas, Venezuela.

Objetivo: este video pretende ayudar al cirujano, utilizando los elementos



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

anatómicos de esta zona como puntos de referencia, para permitir una mejor técnica quirúrgica y brindar más confianza en el desempeño de cirugía tanto de patología benigna como oncológica. Procedimiento: disección en una histerectomía radical + linfadenectomía con exposición de elementos vasculares, nerviosos, linfáticos, uréter, músculos y fascias.

V9. TIPS EN HISTERECTOMÍAS COMPLEJAS. Gabriela López, Juan Rivero C, Vicente Bosque, Juan Rivero S, Carmen Mantellini, Alicyoy Angulo.

Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas.

Objetivo: describir técnicas que facilite a los cirujanos realizar las histerectomías laparoscópicas en úteros voluminosos **Metodología:** para realizar histerectomías en úteros complejos, es de gran utilidad en el diagnóstico el uso de la RMN de pelvis para determinar la localización y el tamaño de los leiomiomas, y así orientar a los cirujanos para la ubicación de la colocación de los trócares. Ya iniciada la cirugía es útil el uso de Vasopresina diluida para hemostasia. En úteros de gran tamaño, como se presenta en este caso, con altura uterina similar a un embarazo de 16 semanas de gestación, es de mucha dificultad el abordaje de los pedículos vasculares, es recomendado realizar la ligadura con clips de las arterias uterinas en su origen en la arteria hipogástrica, con la ayuda de la identificación de la arteria umbilical ocliterada, el ligamento redondo e infudibulopélvico, disecándose la arteria hipogástrica, en la fosa paravesical y pararrectal. Una vez coaptada la irrigación procedemos a realizar la sección en partes del útero con asa monopolar



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

Lina Loop™, para que finalmente pueda ser morcelado para su extracción y permita la observación de zonas no difícil evaluación.

V10. USO DEL ALEXIS® WOUND PROTECTOR/RETRACTOR DE HERIDAS EN LA MORCELACIÓN VAGINAL DE ÚTEROS GRANDES POSTERIOR A HISTERECTOMÍAS TOTALES LAPAROSCÓPICAS. Juan Rivero C, Vicente Bosque, Juan Rivero S, Gabriela López, Carmen Mantellini, Alicyoy Angulo.

Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas.

Objetivo: comunicar la eficacia del Alexis® Wound Protector/Retractor en la morcelación vaginal de un útero grande posterior a una histerectomía total laparoscópica (HTL). **Procedimiento:** se realizó una HTL en una paciente de 46 años con historia de trastornos menstruales tipo hipermenorrea secundario a una leiomiomatosis uterina.

Discusión: se procedió a realizar una HTL tradicional usando 4 trócares y una óptica de 10 mm de 00. Se realizó ligadura de ambas arterias uterinas en su origen con hemoclips endoscópicos, previa disección de la fosa paravesical. Después de que el útero fue liberado de sus ligamentos y estructuras de soporte se introdujo vía vaginal el Alexis® Wound Protector/Retractor (5-9 cm). Se terminó la morcelación vaginal con bisturí con gran visibilidad y sin complicaciones, preservando el borde vaginal libre de lesiones para su posterior capitonaje, con Vicryl 1-0. El tiempo operatorio fue de 120 min. El sangrado fue de 100 mL. La paciente fue dada de alta en 24 horas.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

V11. NOVEDOSA TÉCNICA DE MORCELACIÓN UTERINA POR PUERTO ÚNICO CON VISIÓN TRANSCERVICAL. Juan Rivero C, Vicente Bosque, Juan Rivero S, Carmen Mantellini, Gabriela López, Alicyoy Angulo.

Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas.

Procedimiento: se trata de un caso de histerectomía supracervical laparoscópica, que se realizó con puerto único tipo SILS. Una vez realizada la histerectomía, en virtud de la necesidad de morcelar la pieza quirúrgica, se planteó la colocación del instrumento tipo Morcelex®, en el dispositivo del monopuerto, por el trocar de mayor tamaño, cambiando la óptica a un puerto de 5 mm colocado vía transcervical para la visualización del procedimiento, el cual fue realizado satisfactoriamente y sin complicaciones. Se registraron las variables como tiempo quirúrgico y sangrado, las cuales fueron de 150 min y menos de 100 cc, respectivamente.

V12. NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA DEL PISO PÉLVICO: FIJACIÓN O SUSPENSIÓN POR VÍA ABDOMINO PÉLVICA DEL PISO PÉLVICO PERINEAL NEO MIOFASCIA TRANSVERSA ABDOMINAL: VÍA TRANS-UTEROSACRO CON NEOLIGAMENTOPEXIA AL PROMONTORIO SACRO EVITANDO EL USO DE MALLAS. Gabriel Santos, Carlos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos de Gouveia.

Objetivo: Dar a conocer nuevas técnicas para reparación del POP. **Método:** aplicación en la hipotonía clínica del piso pélvico con descenso al esfuerzo superior a 1 cm por ecovideo de esfuerzo y antecedentes deficitarios del GEN COL 1 A 1.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

Fundamento por la reparación del centro vectorial tensérgico de fuerzas en periné: cuerpo perineal. Doble fijación transversal a isquiones siguiendo eje transversos. Suspensión de cara superior de pubo-coxígeos, a ambos lados del C. Perineal subperitoneal y anclaje trans tercio distal ambos uterosacros, asociando neo ligamentopexia al promontorio sacro para histero-colpo-sacropexia. Resultados en 2 años excelentes a la revisión por clínica y ecovideo de esfuerzo, usada en 15 casos.

V13. NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE HISTEROCELE, PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL, ENTEROCELE O DOUGLASCELE, CISTOCELE: MALLA QUIRÚRGICA T-CUP MESH. PRESENTACIÓN DE 83 CASOS. 2007 -2012. Gabriel Santos, Carlos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos de Gouveia.

Resumen: Nueva mallaT-Cup: histerocele, enterocele, cistocele, cupulocele. Pacientes y métodos: Pacientes 82, 25 y 82 años. Desde enero 2007 - enero 2012. Colocación malla T-Cup, fijación promontorio sacro e istmo uterino: histeroceles 42, prolapso cúpula vaginal 40. Tipos de malla polipropileno 52, Vypro 30. Ambiente: Policlínica Las Mercedes. ESSALUD, Cañete. Perú. Clínica Lebrún IVSS. 8 cirujanos. Resultados: óptimos, sin recidivas o rechazos de malla T-Cup. Rechazo de vypro 1 y polipropileno C-IOE 1. Conservación de continencia todos los 40 casos. Conservación de estática pelviana y anatomía funcional, profundidad y eje vaginal. Seguimiento 2 - 58 meses, promedio 38 meses. Conclusiones: vagina funcional, coito satisfactorio. Espacio malla 5 cm ocupando diámetro medio sacro



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

– subpúbico: 12 cm. Malla 3-D, Bi-plegada, disposición sagital, forma T anterior y hemicircunferencial posterior, diámetro 3 - 3,5 cm manteniendo diámetro rectal suficiente para tránsito intestinal. Malla T-Cup innovación 3-D, diferente a mallas conocidas, su forma y disposición, utilizando punto fijación pelviano más resistente al istmo uterino o cúpula vaginal, corrige con prolongación anterior cistoceles, prolongación posterior.

V14. INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO: RE-ACTUALIZACIÓN DE LA OPERACIÓN DE NICHOLS. UNA OPCIÓN AL “WARNING FDA 2011”: VERSUS MALLAS TRANSVAGINALES Y SLINGS. Gabriel Santos, Carlos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos de Gouveia.

Varios Hospitales de Caracas

Resumen: se presenta la realización técnica de operación de Nichols: la sutura sub uretral sin tensión de ambos ligamentos pubouretrales con PDS; creada por Milley y Randall en los 70's. En 2009 –FELAC presentó el Dr. Santos una modificación con pequeños segmentos 1,5 x 2,5 cm por encima de ligamentos pubouretrales y cubiertas por estos al ser suturados. 2 rechazos en 22 casos, 9 %, desestimó el uso de “la mini malla”. Pero lo más importantes las pacientes siguieron continentes gracias al “Nichols” más de 350 casos operados por dicha técnica desde 1983 con pocas recidivas (15 = 4,3 %) eso sí: asociadas a corrección de todos los Niveles de De Lancey I II II, en forma conjunta e integral del POP.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

V15. PISO PÉLVICO: REPARACIÓN INTEGRAL DE LESIONES POP EN NIVELES DE DeLANCEY I-II-III. Gabriel Santos, Carlos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos de Gouveia.

Varios Hospitales de Caracas

Se presenta una primípara quien a los 20 años sufrió trauma obstétrico por fórceps con desgarro grado III y secuelas de incontinencia de orina tipo II e incontinencia esfinteriana anal a flatos, heces líquidas y sólidas. A los 4 meses postparto, una fallida colpografía posterior. Consulta a los 27 años al autor por su mala calidad de vida como mujer, parejas, social y familiar. Se realiza la terapéutica integral de las patologías del POP: Sutura de ligamentos pubouretrales en tercio medio uretral de Nichols. Colporrafia anterior, tiempo posterior con miorrafia, esfinteroplastia anal y reconstrucción de todo el cuerpo perineal y periné posterior. Laparotomía para corrección RVF tipo III, Douglascele gigante por op de Halban más histero-colpo-sacropexia al promontorio sacro con malla T-Cup. Obteniéndose la restauración anatómica del eje y profundidad vaginal. Vida Normal social y de pareja.

V16. AVANCES TERAPÉUTICOS EN UROGINECOLOGÍA. NUEVA MALLA T-CUP. Gabriel Santos, Marcos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos De Gouveia.

Varios Hospitales de Caracas.

Una paciente octogenaria intervenida 10 años atrás en H.U. Caracas por IOE



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

técnica de Marshal-Marchetti-Krantz que al igual que el Burch y Slings elevan la uretra en promedio 5 cm, en demasía (más de 3 cm) produciendo alteración de la anatomía funcional uroginecológica, ensanchan el Douglas, acortan vagina y prolapsan el útero. Esta patología se puede evidenciar en el video claramente. Los pasos de colocación de la malla se identifican 1° en L-5 ligamento vertebral anterior, 2° cierre del Douglascele, 3° fijación al istmo uterino y fascia pararectal Izquierda porción hemicircunferencial. 4 ° sutura de ambos ligamentos uterosacros entre sí englobando porción T vertical de malla y haciéndola subperitoneal, con cierre del estrecho superior pélvico y permeabilidad de tránsito rectal 3,5 cm de diámetro.

V17. PISO PÉLVICO: NEO-LIGAMENTOPEXIAS, UTILIZACIÓN DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PÉLVICA SIN USO DE MALLAS. Gabriel Santos, Carlos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos De Gouveia.

Varios Hospitales de Caracas.

Se presenta en forma esquemática –láminas– como soporte docente y video de cirugía piso pélvico. Basado fisiopatológicamente en las adherencias por formación de colageno III de reparación: un eje previo central de surget doble no absorbible y la formación de puentes restrictivos intermoleculares favorecido por una sutura absorbible tipo polidioxona PDS y un eje. Se esquematizan dos opciones: una con pexia al ligamento vertebral anterior de L-5 en promontorio y otra opcional de menor resistencia con solo uso de ligamentos uterosacros.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

Detalles técnicos observables y un resultado final de pexia excelente. Utilizados en 10 casos de histeroceles y asociados a histerectomía abdominal 12.

V18. EXPERIENCIA DEL COAGULADOR DE ARGÓN EN EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ENDOMETRIOSIS PÉLVICA. Henry Olavarría Campagna, Maribel De Gouveia De Sá, José María Vargas, María Angélica Dolcet Artahona, Cristina Rodríguez Goncalves, José Antonio Lanz.

Policlínica Metropolitana. Caracas.

El coagulador de argón representa una excelente opción en el tratamiento de la endometriosis, ya que se caracteriza por estar formado por iones de argón, que emiten en una longitud de onda de 488 – 515 nm y se transmite a través de un haz de argón ionizado insuflado por el equipo permitiendo la cauterización de tejidos, hemostasia más rápida y formación de escara más homogénea, con menor daño tisular. Asimismo, la profundidad de penetración no supera los 2 – 3 mm, lo que permite emplearse en la disección en la proximidad de uréter, vejiga e intestino favoreciendo la vaporización de los implantes peritoneales.

V19. MIOMECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA CON CLIPAJE TEMPORAL DE ARTERIA UTERINA Y LIGAMENTO INFUNDÍBULO PÉLVICO. Pierina Rosales, José Mejías, Lorenzo Anurivic, Alexander Mendoza.

Clínica “Dr. A.L Briceño Rossi”, Hospital de Clínicas Caracas, Hospital Clínico Universitario. Caracas.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

Se presenta la realización de miomectomía laparoscópica en paciente de 30 años IG IA con mioma uterino intramural de 8 cm ubicado en fondo uterino. Se introduce 4 trocar en la pared abdominal, se realiza laparoscopia diagnostica. Se fijan ambos ovarios a la pared abdominal para mejorar la visualización de la pared pélvica y por tanto del paquete vascular iliaco. Se disecciona la hoja posterior peritoneo parietal, se identifica ambas arterias uterinas en su origen de la arteria iliaca interna, y se ligan mediante clips de 5 mm. Se procede al clipaje de ambos ligamentos infundíbulo pélvico para disminuir el flujo sanguíneo uterino. Se procede a la realización de la miomectomía con uso de instrumentos monopolares. Se sutura útero en dos capas. Se retira mioma por puerto umbilical, previa sección del mismo con bisturí. Posteriormente se retiran los clips. Tiempo quirúrgico 118 minutos. Sangrado durante la cirugía fue de aprox 250 cc. La Hb preoperatoria fue de 13,6 y postoperatoria de 12,9. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Tiempo de hospitalización fue de 36 h.

V20. OOFORECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO A TRAVÉS DE GUANTE QUIRÚRGICO. Pierina Rosales, José Mejías, José Manzano.

Clínica “Dr. A. L Briceño Rossi”, Hospital de Clínicas Caracas. Caracas.

Se presenta la realización de ooforectomía laparoscópica por puerto único, en paciente de 46 años con diagnóstico de tumor residual de ovario derecho. Se utilizó instrumental laparoscópico convencional, separador de ALEXIS® y guante quirúrgico. Se realizó abordaje de cavidad a través de incisión de 2 cm en región umbilical, según técnica abierta de Hasson. Se introdujo separador ALEXIS®



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

por dicha incisión. En los dedos del guante se introducen 3 trocars de 5 mm, de tal manera que funcionaron como puerto de acceso múltiple para instrumentos y óptica. Se insertó guante alrededor del anillo externo del separador. Se realizó laparoscopia diagnóstica y posteriormente disección y exéresis de ovario derecho. Tiempo quirúrgico fue de 45 minutos, no hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Se egresa a las 24 h. El resultado de anatomía patológica fue reportado como quiste simple de ovario derecho.

V21. TERATOMA BILATERAL A PROPÓSITO DE UN CASO. Elsa Teixeira, Alicyoy Angulo, Alfredo Levy, Marcos Cáceres.

Departamento de Ginecología. Centro Médico Docente La Trinidad. La Trinidad. Estado Miranda.

Paciente de 31 años, con antecedentes de artritis reumatoide. OG FUR 12/2011 quien acude el 31/12/2011 a las 8 pm por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 6 horas de evolución, opresivo que aumenta en intensidad, concomitantemente náuseas por lo cual consulta. Examen físico de ingreso paciente bajo efecto de analgésico en regulares condiciones generales. fascie álgida, mucosa oral seca sin saliva. Cardiopulmonar: tórax simétrico normoexpandible sin agregados RsCsRs sin soplo ni galope. Abdomen: plano blando depresible sin defensa, sin signos de irritación peritoneal, con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Puño percusión negativo. Genitales externos: normal, tacto: vagina normotérmica/normotónica cuello posterior, largo, cerrado, no doloroso a la movilización, sin dolor a la palpación anexial, no sangrado. Extremidades:



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

sin edema. Neurológico: conservado. Se ingresa con los diagnósticos: Dolor abdominal en estudio: Tumor parauterino derecho y artritis reumatoide. Se realiza ecosonograma transvaginal se evidencia imagen parauterina de 37 x 40 mm, ecomixta, avascular al Doppler. Líquido libre en fondo de saco. Conclusión: 1. Tumor parauterino derecho: Tumor de ovario; el 1/1/2012 a las 8 am por persistir sintomatología se sospecha torsión de tumor de ovario izquierdo, en laparoscopia de emergencia, hallazgos: Tumor de ovario izquierdo torcido con trompa izquierda violácea y edematizada, y tumor de ovario derecho, con característica macroscópicas de teratoma. Se realizó ooforosalingectomía bilateral, material se envió anatomía patológica reportando 2 teratomas quísticos maduros con infiltrado inflamatorio histiocitario, paciente evolucionó satisfactoriamente.

V22. CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE VAGINA EN PACIENTE NÚBIL. A PROPÓSITO DE UN CASO. Marife Araujo, Carolina Espósito, Kira Molina, Adriana Acha, Jennifer De Pinho, Luis Algara, Pablo Dabed.

Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Caracas.

Paciente de 71 años, núbil, menopausia sin terapia de reemplazo hormonal hace 25 años, con antecedente de histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral por miomatosis uterina, quien inicia enfermedad actual al presentar sangrado genital de 1 año de evolución; rectorragia y pérdida de peso de 10 kg no asociada a hiporexia 3 meses previos a su ingreso. A la exploración ginecológica



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

VIDEOS

virginal se evidencia vagina con lesión exofítica, friable, con sangrado moderado. En la vaginoscopia diagnóstica, se evidencia lesión en cara posterior de vagina, arborácea, irregular, con abundante vascularización que no parece comprometer la cúpula vaginal y que se extiende hasta tercio inferior de vagina. La biopsia de lesión vaginal reporta: Adenocarcinoma de células claras de vagina G3 de patrón papilar, correlacionado con inmunohistoquímica. En los estudios de extensión se evidencia compromiso con probable metástasis.