Trabajos Originales

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA GINECOLÓGICA: EXPERIENCIA DE 8 AÑOS*

Jaime Zarhi T.¹, Juan M Toso L.¹, Juan Cifuentes S.¹, Fernando Vacca G.¹, Patricio Stuardo A.¹

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Endoscopia, Hospital El Pino de San Bernardo.

RESUMEN

Se presenta la experiencia de 1046 cirugías laparoscópicas ginecológica del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital El Pino, desde julio de 1995 a diciembre de 2003. El 40,5% correspondieron a esterilizaciones tubarias, nivel de complejidad tipo 1 y las restantes a niveles de complejidad tipo 2 y 3. Se reportan los resultados y las complicaciones mayores.

PALABRAS CLAVE: *Laparoscopia ginecológica, complicaciones*

SUMMARY

We report our experience in gynecologic laparoscopic surgery at the Department of Obstetric and Gynecologic of El Pino Public Hospital, since July 1995 to December 2003, were we performed 1046 procedures, which 40.5% were tubal sterilization complexity level 1 and the remaining procedures were level 2 or 3. We present the results and mayor complication of this series.

KEY WORDS: *Gynecologic laparoscopic surgery, complications*

INTRODUCCIÓN

La incorporación de la laparoscopia representa un cambio indiscutible en la especialidad, ya que permite la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En la actualidad gran parte de la patología ginecológica benigna puede ser abordada por esta vía en pacientes adecuadamente seleccionados (1). Además, con el desarrollo que ha tenido la cirugía laparoscópica en los últimos años, a permitido el tratamiento de patologías más complejas, como la operación de Burch para la incontinencia de orina, la resección intestinal en endometriosis avanzada, la neurectomía sacra para el dolor pélvico crónico y la linfadenectomía pélvica en el cáncer cervico uterino y endometrio

(2, 3, 4). Este tipo de cirugía ofrece ventajas como combinar un procedimiento diagnóstico con uno terapéutico, obtener mejores resultados estéticos, reducir la formación de adherencias, disminuir la morbilidad infecciosa, reducir el dolor postoperatorio y obtener una incorporación más rápida al trabajo (5, 6, 7). Como desventajas están la necesidad de un mayor entrenamiento quirúrgico, mayor tiempo quirúrgico al inicio del entrenamiento y posiblemente un mayor riesgo por ingreso a ciegas al abdomen (7, 8, 9). Este procedimiento tiene contraindicaciones absolutas como la obstrucción intestinal, la inestabilidad hemodinámica, los antecedentes de peritonitis asociada a cirugía abdominal, compromiso cardiovascular severo y enfermedad inflamatoria crónica (10, 11).

*Trabajo leído en la sesión del 19 de octubre de 2004 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

A partir de julio de 1995 iniciamos la realización de laparoscopia diagnóstica y esterilizaciones tubarias. Desde junio de 1996 la capacitación del equipo permitió realizar cirugía endoscópica de mayor complejidad.

El objetivo de esta comunicación, es presentar y analizar la experiencia de 1.046 cirugías laparoscópicas realizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital El Pino de San Bernardo.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde julio de 1995 a diciembre de 2003, 1.046 pacientes fueron sometidas a cirugía laparoscópica en la Unidad de Endoscopia del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital El Pino de San Bernardo. Se excluyeron de la serie a pacientes con infertilidad, salvo en casos muy puntuales (laparoscopias diagnósticas, drilling en esterilidad secundaria y síndrome de ovarios poliquísticos). Se utilizó anestesia general endotraqueal, con monitorización electrocardiográfica y de CO₂ en todos los casos. La preparación preoperatoria incluyó régimen blando sin residuos tres días antes del ingreso y laxante oral la noche anterior a la hospitalización. En todas se usó el manipulador de Zumi, con cateterización vesical. Se realizó abordaje abdominal clásico, con aguja de Veress, neumoperitoneo hasta una presión de 17 mmHg, que en caso de tres fracasos consecutivos se optó por la laparoscopia abierta según técnica de Hasson. La posición de Trendelenburg se adoptó una vez inspeccionada la cavidad pélvico-abdominal con la óptica y previo a la colocación de los trocares accesorios. Se usó un equipo Storz, (óptica 0, visión frontal de 10 mm de diámetro, insuflador electrónico de alto flujo (3 l/min), equipo de video, trocar primario N° 10 con punta retráctil, trocres accesorios de 5 y 13 mm con pestaña espiral, pinzas de agarre, vaina de aspiración e irrigación, tijeras curvas y rectas, coagulación monopolar y bipolar, sacacorchos, suturas endoscópicas y nudos intracorpóreos, probeta y morcelador eléctrico de Steiner). Se realizaron dos punciones accesorias en cirugías de nivel de complejidad 1 y 2, y 3 punciones en caso de cirugías nivel de complejidad 3. Todas se realizaron bajo visión laparoscópica por fuera de las arterias epigástricas, 3 a 4 cm medial a la espina ilíaca anterosuperior en las punciones laterales y a 2 traveses de dedo sobre el pubis en la punción suprapúbica. Para la extracción de las piezas operatorias se usó trocar suprapúbico de 13 mm para las masas anexiales, el morcelador eléctrico

de Steiner para los miomas enucleados, y la vía vaginal para la extracción del útero en las histerectomías. Las suturas de la pared uterina, cúpula vaginal y parénquima ovárico en algunas quistectomías, se realizaron con puntos laparoscópicos y nudos intracorpóreos con vicryl N° 1. Todas las lesiones anexiales fueron adecuadamente seleccionadas con ecotomografía transvaginal y Ca 125 en algunos casos. Se excluyeron pacientes con lesiones sospechosas. Las histerectomías fueron totales, salvo algunas asistidas que realizamos al inicio de la experiencia y en todas la hemostasis de las arterias uterinas se realizó con coagulación bipolar. Se usó terapia antibiótica profiláctica con cefazolina 1 g ev por tres dosis en todas las pacientes. Todas las piezas operatorias se enviaron a anatomía patológica.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue $36,6 \pm 8,4$ años (R: 11-73 años) (Tabla I), el peso promedio fue $66,3 \pm 11,7$ kilos (R: 46-114 kilos) y la paridad promedio fue de $2,8 \pm 1,4$ partos. Los diagnósticos más frecuentes se presentan en la Tabla II. La cirugía de mayor frecuencia fue la esterilización tubaria, seguida de las quistectomías y las anexectomías (Tabla III). Se operaron 265 pacientes con lesiones anexiales, los diagnósticos anatomopatológicos se presentan en la Tabla IV. Hubo 66 casos de embarazos ectópicos, de ellos 2 fueron cornuales, a uno se le realizó una resección cornual y al segundo una cuernostomía; en cinco casos se realizó cirugía conservadora. Un total de 80 pacientes (8,1%) fueron sometidas a miomectomías y 110 (10,5%) a histerectomías totales, correspondiéndole un 8,9% a histerectomías laparoscópicas totales y un 1,6% a histerectomías asistidas que fueron realizadas al inicio de nuestra

Tabla I
EDAD DE LAS PACIENTES SEGÚN RANGOS

Edad	n	%
11 – 15	4	0,4
16 – 19	19	1,8
20 – 24	48	4,6
25 – 29	107	10,2
30 – 34	249	23,8
35 – 39	265	25,3
40 – 49	278	26,6
≥ 50	76	7,3
Total	1.046	100

Tabla II
DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS

<i>Diagnóstico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Multiparidad	412	39,4
Lesión anexial	265	25,3
Mioma uterino	135	12,9
Embarazo tubario	66	6,3
Adenomiosis	35	3,3
Hidrosalpinx	25	2,4
DIU intraabdominal	16	1,5
Algía pélvica	13	1,2
Proceso inflamatorio pélvico	12	1,1
Esterilidad	11	1,1
Ovarios poliquísticos	7	0,7
Otros	49	4,7
Total	1.046	100

serie. Al inicio de nuestra experiencia, la hemostasia del lecho del mioma, la realizábamos con coagulación mono y bipolar y la sutura de la cúpula en las histerectomías por vía vaginal, pero con el aumento del número de procedimientos y experiencia, todas las suturas las realizamos vía endoscópica con nudos intracorpóreos. En el 97,7% el ingreso a la cavidad abdominal, se realizó vía aguja de Veress y en el 2,1% se debió usar la laparoscopia abierta por tres fracasos consecutivos con la Veress. Tuvimos doce conversiones a laparotomía por dificultades técnicas y la mayoría ocurrieron al inicio de nuestra experiencia.

El 58,5% de las pacientes tenían el antecedente de cirugía previa, correspondiendo la mayoría de ellas a cesáreas, colecistectomías, esterilizaciones y apendicectomías.

Tabla III
TIPOS DE CIRUGÍAS EFECTUADAS

<i>Cirugía</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Esterilización tubaria	424	40,5
Quistectomía	131	12,5
Anexectomía	113	10,8
Histerectomía total	93	8,9
Salpingectomía	81	7,7
Miomectomía	78	7,5
Laparoscopia diagnóstica	62	5,9
Histerectomía asistida	17	1,6
Extracción DIU intraabdominal	16	1,5
Histeropexia	8	0,8
Salpingostomía	6	0,6
Drenaje absceso tubo-ovárico	3	0,3
Otros	5	0,5

Tabla IV
DIAGNÓSTICO ANÁTOMO PATOLÓGICO DE LAS LESIONES ANEXIALES

<i>Diagnóstico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Dermoides	60	22,6
Cistoadenoma seroso	51	19,3
Quistes serosos	31	11,7
Endometrioma	27	10,2
Hidrosalpinx	16	6,0
Cuerpo lúteo hemorrágico	15	5,7
Cistoadenoma mucinoso	14	5,3
Cistoadenofibroma	14	5,3
Quiste folicular	10	3,8
Cistoadenoma seroso borderline	1	0,4
Cistoadenoma mucinoso borderline	1	0,4
Cistoadenocarcinoma papilar	1	0,4
Otros	14	5,3
Extraviadas	10	3,8
Total	265	100

En lo que se refiere a complicaciones, solo mencionaremos las mayores, que son las más relevantes en los resultados y morbilidad para la paciente. Hubo 2 casos de injuria intestinal, las dos producidas durante el ingreso a la cavidad abdominal con el trócar primario, la primera correspondió a un asa de intestino delgado adherida bajo el ombligo donde el diagnóstico se realizó de inmediato, procediéndose a la conversión a laparotomía y sutura intestinal en dos planos y la segunda también correspondió a un asa de intestino delgado en que el diagnóstico se realizó tardíamente, reingresando la paciente con cuadro de peritonitis estercorácea, se realizó aseo peritoneal en tres oportunidades, manteniendo una laparotomía abierta antes del cierre definitivo. No hubo injuria vascular en los procedimientos. Hubo 1 fistula urétero-vaginal que se manifestó 7 días posterior a una histerectomía laparoscópica total y que se corrigió con un pigtail. Otra complicación fue un plastrón secundario a una miomectomía, donde el lecho no se suturó, sino que solo se realizó coagulación mono y bipolar, debiéndose reoperar por laparotomía al segundo día postoperatorio. Hubo dos abscesos tubo-ováricos, el primero secundario a una quistectomía y el segundo a una quistectomía más histeroscopia en una paciente con un pólipo endometrial. Hubo un caso de hemoperitoneo, que se reoperó a las 24 horas posterior a una miomectomía, realizándose una resutura del lecho por laparotomía. Por último, tuvimos cuatro infecciones de la cúpula vaginal en

paciente sometidas a histerectomía, resolviéndose adecuadamente con tratamiento antibiótico.

El tiempo operatorio promedio fue de $60 \pm 30,8$ minutos (R: 10-140 minutos). La estadía promedio fue de $1,6 \pm 0,9$ días (R: 1-6 días).

DISCUSIÓN

Desde los inicios del siglo XX cuando Kelling y Jacobaeus realizaron las primeras exploraciones en abdómenes de perros y posteriormente en humanos con el cistoscopio de Nitze, hasta la aparición de la video laparoscopia a mediados de 1980, los procedimientos endoscópicos son más frecuentes y hoy el 100% de la patología ginecológica benigna y algunas oncológicas, puede ser abordada por esta vía en pacientes seleccionadas (1-12).

En esta serie, el 41,1% de las cirugías fueron esterilizaciones tubarias, que corresponden al inicio de nuestra experiencia, ya que los primeros dos años sólo realizábamos esterilizaciones y laparoscopias diagnósticas, lo que influyó en el alto porcentaje de nuestra casuística. Inicialmente las realizábamos con clips, por no disponer de coagulación bipolar, y tuvimos tres fracasos por mala aplicación de la técnica y tres embarazos en fase lútea, por tardanza del procedimiento una vez realizada la evaluación preoperatorio, que no puede ser clasificada como falla verdadera. Posteriormente, con el actual equipo, todas las esterilizaciones las realizamos con coagulación bipolar, a 3-4 cm del cuerno uterino, con sección de 2 cm de trompa, sin embarazos posteriores. El riesgo de embarazo después de una esterilización tubaria según un estudio colaborativo de varios centros médicos en EE.UU. que reclutaron 10.685 pacientes, fue de 36/1000 para clips y 7,5/1000 para coagulación bipolar (13, 14).

La patología anexial fue la segunda causa más frecuente de laparoscopia operativa en nuestra serie, predominando las quistectomías sobre las anexectomías, y esto se explica porque la edad promedio de las pacientes en esta serie fue 36,8 años. En algunas quistectomías, además de la hemostasis del revestimiento con coagulación bipolar, los bordes de la albugínea fueron afrontados con uno a dos puntos de vicryl, especialmente cuando el ovario era ampliamente abierto y el revestimiento expuesto a la cavidad pélvica. Esto según algunos autores puede evitar una infección secundaria del parénquima ovárico (10-15). El porcentaje de cáncer de ovario fue menor de 2%, lo que esta de acuerdo con trabajos de miembros de AAGL que publican tasas de 0,26% a 2,5%

dependiendo si el porcentaje de pacientes de la serie eran pre o posmenopáusicas (16). A pesar de que la posibilidad de encontrar un cáncer es 4 veces mayor en mujeres posmenopáusicas, los 2 cánceres de nuestra casuística correspondieron a mujeres menores de 35 años con lesiones menores de 8 cm (15, 16). El abordaje endoscópico de lesiones anexiales, ha sido siempre motivo de controversia, por la posibilidad que la lesión corresponda a una lesión maligna, de ahí la importancia de una adecuada selección de las pacientes, que incluye antecedentes familiares, ecotomografía transvaginal, marcadores tumorales cuando corresponda y una inspección laparoscópica completa de cavidad pélvica, que si se cumple en forma rigurosa, la posibilidad de encontrar cáncer es menor del 1% (15-18). Por lo tanto el manejo laparoscópico de las lesiones anexiales debería ser el tratamiento de elección en pacientes adecuadamente seleccionadas.

De los 66 embarazos ectópicos, en 5 casos se realizó salpingostomía lineal, en pacientes con trompa contralateral dañada y con deseo de fertilidad. No hubo casos de persistencia del trofoblasto, lo que esta de acuerdo con Vermesh que publica tasas entre 0-4% de embarazo ectópico persistente (19). Además hubo 2 embarazos cornuales diagnosticados precozmente, donde realizamos resección cornual en el primer caso y cuernostomía en el segundo, logrando buenos resultados (20, 21).

Las miomectomías son una de las cirugías laparoscópicas más complejas, ya que requiere mucho entrenamiento y habilidad tanto en suturas como en nudos endoscópicos, siendo la imposibilidad de su realización, causal de conversión a laparotomía. Además, el hecho de dejar una zona cruenta en lugar de una sutura, crea las condiciones para la formación de abscesos o plastrones, dejando la pared debilitada para embarazos (22, 23).

Realizamos 110 histerectomías totales, de las cuales 17 fueron asistidas y efectuadas al inicio de nuestra experiencia, posteriormente todas fueron por vía laparoscópica, con extracción de pieza operatoria por vía vaginal y cierre laparoscópico de la cúpula. La coagulación de las arterias uterinas, los ligamentos infundibulos pélvicos y útero-ovárico se realizó con coagulación bipolar, usándose solo corriente monopolar en la disección de los ligamentos úteros sacros y abertura de la vagina previa a la colocación de la probeta. La sutura de la cúpula se realizó vía endoscópica con nudos intracorpóreos; no hubo hemoperitoneos ni hematomas de la cúpula.

Junto con el aumento de los procedimientos tanto diagnóstico como quirúrgico, han comenzado a aumentar las complicaciones y en la actualidad, ocupan el segundo lugar en litigios en Europa y Norteamérica después de resultados obstétricos adversos que ocupan el primer lugar (24). Más de la mitad de las complicaciones ocurren durante la entrada a la cavidad abdominal (57%) y las restantes durante el procedimiento (43%), de ahí la importancia de una adecuada selección de las pacientes para este tipo de cirugía, que a diferencia de la cirugía abierta se agrega otro factor de alto riesgo, que es el ingreso a la cavidad abdominal, que en la gran mayoría de los casos se realiza a ciegas a través de la aguja de Veress más la inserción del trocar primario (25). Hay autores que han optado por la técnica de Hasson a raíz de complicaciones con la aguja de Veress y trocar primario, pero este abordaje solo evita lesiones vasculares de la aorta e ilíacas y no injurias de asas localizadas bajo el ombligo (5, 10, 25, 26). En esta serie, el 97,7% el ingreso de la cavidad abdominal las realizamos a través de la aguja de Veress, sin complicaciones intestinales ni vasculares, solo dos injurias de intestino delgado con el trocar primario, que se debió en uno de los casos a un asa adherida firmemente bajo el ombligo, donde el diagnóstico se realizó de inmediato por inserción del laparoscopio en el lumen intestinal, procediéndose a la conversión y a la sutura de intestino; en la segunda paciente el diagnóstico se realizó en forma tardía, reingresando la paciente al cuarto día postoperatorio por peritonitis estercorácea, se realizó ileostomía, quedando la paciente con una laparostomía contenida, donde se realizaron lavados peritoneales en tres oportunidades hasta la realización de la cirugía definitiva. Nunca la aguja de Veress debe reposicionarse en caso de fracaso del neumoperitoneo, sino extraerla y volver a intentar su colocación, ya que una injuria pequeña, que podría haberse manejado en forma conservadora, se transforma en una laceración mayor, con resultados potencialmente catastróficos (30). Quizás el principal problema de la injuria intestinal asociado con el abordaje laparoscópico, no es la incidencia, que es comparable a otros abordajes, sino el hecho de ser pasado por alto durante la cirugía primaria, con las consecuencias de un aumento de la severidad del cuadro clínico y muchas veces con resultados fatales, lo que ocurrió en la segunda paciente (26, 27, 28). Krebs en 1986, publicó la incidencia de injuria intestinal según el tipo de cirugía, encontrando mayor lesiones intestinales en laparotomías y cirugía vaginal

(28). Según la AAGL, la incidencia de injuria intestinal es de 2-3/1000 casos (29), lo que esta de acuerdo con nuestra serie donde tuvimos 2 injurias en 1.046 casos (2,1/1000). Otro factor importante en este tipo de cirugía, específicamente en lo que se refiere a complicaciones, es la experiencia, entrenamiento, destreza y número de procedimientos realizados durante la práctica endoscópica.

La Clasificación de la Sociedad Internacional de Ginecólogos Endoscopistas la clasifica según el grado de dificultad del procedimiento en diferentes niveles: nivel 1 que incluye laparoscopias diagnósticas y esterilizaciones, nivel 2 laparoscopias en patologías anexas y nivel 3 laparoscopias más avanzadas como miomectomías e histerectomías (30). En nuestra casuística 48% de las cirugías fueron de alta complejidad (nivel 2 y 3) y no reportamos ninguna injuria relacionada con el procedimiento propiamente tal. Tuvimos una fístula urétero-vaginal secundaria a una histerectomía total laparoscópica como consecuencia de una quemadura por corriente bipolar, que se manifestó al séptimo día postoperatorio, que fue resuelta por médico urólogo, con la colocación de pigtail por medio de cistoscopia y retirado a las seis semanas sin complicaciones. Se postulan 7 días para que aparezca una fístula ureteral cuando esta es producida por corriente bipolar (31) y creemos que es lo que ocurrió en nuestra serie. Este tipo de complicación es la más frecuente dentro de las histerectomías totales tanto abdominales, vaginales y laparoscópicas, pero en el caso específico de las laparoscópicas estas disminuyen con la curva de aprendizaje.

No tuvimos ninguna injuria de grandes vasos, arteriales o venosos, y creemos que se debió principalmente por una técnica cuidadosa durante el ingreso a la cavidad abdominal, tanto con la aguja de Veress como con el trocar primario, que es donde se producen las mayores complicaciones tanto vasculares como intestinales, e independiente de la mayor o menor complejidad del procedimiento (9, 26, 27, 29, 32). La técnica de Hasson la realizamos solo en caso de fracaso del neumoperitoneo y ocasionalmente en pacientes con más de dos cirugías previas. Esta técnica tiene el inconveniente de ser mas tediosa en lo que se refiere a la instauración del neumoperitoneo, produce fuga del CO₂ y alarga los tiempos operatorios y por último, aunque elimina el riesgo de injuria vascular, no evita la injuria intestinal en caso de intestino adherido a la pared abdominal (33, 34).

El tiempo operatorio dependen mucho de la experiencia y cantidad de cirugías laparoscópicas

realizadas por año, que son clasificadas según la Sociedad Internacional de Endoscopia Ginecológica en menos de 100, entre 100-200 y mayor de 200 (30, 35). Nosotros realizamos entre 100 y 200 cirugías endoscópicas anuales y la mayoría son del nivel 2 y 3, por lo que los tiempos operatorios en algunas cirugías de nivel 2, son menores que por laparotomía especialmente en las lesiones anexiales. El promedio de estadía hospitalaria fue de 1,6 días y tuvimos algunos casos puntuales de complicaciones postoperatorias donde la paciente debió permanecer hospitalizada hasta 6 días, pero por el tamaño de nuestra casuística, no nos altero nuestro promedio.

CONCLUSIONES

La cirugía endoscópica ginecológica, es una muy buena alternativa a la cirugía tradicional, a causa de un número de ventajas, como el menor dolor postoperatorio, altas precoces, rápida recuperación, mejores resultados estéticos y menor morbilidad infecciosa. Como en todo procedimiento quirúrgico, las complicaciones siempre están presentes, pero estas pueden ser disminuidas con una técnica minuciosa y sin infringir las reglas de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Mattei A, Giannone E, Di Renzo G, Gerli S. Laparoscopic removal of benign uterine and adnexal masses during pregnancy. *Gynaecological Endoscopy* 1999; 8: 21-23.
- Lavin J, Lewis C, Foote A, Hosker G, Smith A. Laparoscopic Burch colposuspension: a minimum of 2 years follow up and comparison with open colposuspension. *Gynaecological Endoscopy* 1998; 7: 251-58.
- Escobar D, Alvarado C, Barros JC, Medina M. Neurectomía presacra por laparoscopia. *REV CHIL OBST GINECOL* 2003; 68(2): 87-92.
- Mettler L. Laparoscopic lymph node dissection. *Gynaecological Endoscopy* 1999; 8: 153-59.
- Bravo E, Bennett C, Frank C, Prado J. Cirugía laparoscópica ginecológica. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2000; 65(5): 381-84.
- Miranda C, Carvajal A, Pardo J. Cirugía laparoscópica ginecológica: análisis clínico. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1993; 58(5) 371-373.
- Garry R. Towards the Millenium. *Gynaecological Endoscopy* 1999; 8: 195-196.
- Chang T, Maher P, Cooper M, Wong F. A survey of laparoscopic workshop. *Gynaecological Endoscopy* 1999; 8: 5-9.
- Kaloo P, Cooper M, Reid G. A prospective multicentre study of laparoscopic complications related to the direct-entry technique. *Gynaecological Endoscopy* 2002; 11: 67-70.
- Bateman B, Kolp L, Hoeger K. Complications of laparoscopy-operative and diagnostic. *Fertil Steril* 1996; 66: 30-35.
- Goodman M. Risk management in endoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7: 447-51.
- Gomel V, Taylor P. Laparoscopia Ginecológica. Diagnóstico y Cirugía. 1996; Cap 1: 1-5.
- Levine R. Sterilization Failures. *AAGL 27th Annual Meeting. Postgraduate Course* 1998; 5: 48-51.
- Peterson H, Xia Zhisen, Hughes J, Wilco L. The risk of pregnancy after tubal sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1161-70.
- Wong Y, Amer S, Li T, Cooke I. Laparoscopic management of ovarian cysts. *Gynaecological Endoscopy* 2000; 9: 79-90.
- Muzii L, Angioli R, Zollo M, Plotti F, Pacini B. Pre-operative and intraoperative evaluation of the mass anexal. *AAGL 31st Annual Meeting Postgraduate Course*.
- Guerriero S, Ajossa S, Mais V, Angiolucci M. Pre-laparoscopic assessment of ovary cyst in reproductive age women. *Gynaecological Endoscopy* 1997; 6: 157-67.
- López J, Neumann T, Garrido J. Cirugía laparoscópica en lesiones anexiales. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2000, 65(1): 28-33.
- Vermesh M. Conservative management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1989; 51: 559-67.
- Zarhi J, Castillo J. Embarazo cornual: Diagnóstico y tratamiento. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1997; 62(6) 448-52.
- Zarhi J, Campaña C, Brito R, Stuardo P. Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual 2003, 68(1) 36-41.
- Zarhi J, Toso JM, Cifuentes J. Miomectomía por laparoscopia. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2001, 66(4) 290-96.
- Stringer N, Walter J, Meyer P. Comparison of 49 laparoscopic myomectomies with 49 open miomectomies. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4: 457-64.
- Hulk J, Reich H. History Textbook of Laparoscopy. 3rd ed. Chapter 1.
- Garry R. Complications of laparoscopic entry. *Gynecol Endosc* 1997; 6: 319-29.
- Miranda C, Carvajal A. Complicaciones en cirugía laparoscópica ginecológica. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2000; 65(5): 362-70.
- Garry R. Towards evidence-based laparoscopic entry techniques: clinical problems and dilemmas. *Gynecol Endosc* 1999; 8: 315-26.
- Krebs HB. Intestinal injury in gynecologic surgery. Ten year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 509-14.
- Woodland MB. Traumatic and operative gastro-intestinal injury. *AAGL 27th Annual Meeting*, November

-
- 11, 1998, Atlanta Georgia. Postgraduate Course 5: 21-24.
 30. Brosens I, Gordon A. Bowel injuries during gynaecological laparoscopy: A multinational survey. *Gynaecol Endosc* 2001; 10: 141-45.
 31. Cheng-Hsien L, Peng-Hui N, Nei-Ming L, Chiou-Chung Y. Ureteral injury after laparoscopic surgery. *AAGL, Agust* 1997; 4(4): 503-06.
 32. Marret H, Harchaoui Y, Chapron C, Lansac J, Pierre F. Trocar injuries during laparoscopic gynaecological surgery. Report from the French Society of Gynaecological Laparoscopy. *Gynaecol Endosc* 1998; 7: 235-41.
 33. Hasson H. Open laparoscopy as a method of access in laparoscopic surgery. *Gynaecol Endosc* 1999; 8: 353-62.
 34. Lecuru F, Leonard F, Philippe J, Rizk E. Laparoscopy in patients with previous surgery: results of surgery performed blind. *J Society Laparoendoscopic Surgeons (JSLS)* 2001; 5: 13-16.
 35. Damaini G, Campo S, Dargenio R, Garcea N. Laparoscopic v/s laparotomic ovarian cystectomy in reproductive age women: an economic evaluation. *Gynaecological Endoscopy* 1998; 7: 19-23.
-