



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CIRUGÍA CONVENCIONAL VERSUS CIRUGÍA
LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON MASA ANEXIAL
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE
HUARAL EN EL 2023

CONVENTIONAL VERSUS LAPAROSCOPIC SURGERY IN
PATIENTS WITH ADNEXAL MASS TREATED AT THE SAN
JUAN BAUTISTA HOSPITAL IN HUARAL IN 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR

CESAR AUGUSTO EMMANUEL MERA MUGUERZA

ASESOR

ROSA ETELVINA DEL SOCORRO LLERENA
CASTAÑEDA

LIMA – PERÚ

2024

CIRUGÍA CONVENCIONAL VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON MASA ANEXIAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL EN EL 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	11%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
5	www.encolombia.com Fuente de Internet	<1%
6	edoc.pub Fuente de Internet	<1%
7	mundogar.com Fuente de Internet	<1%
8	wedocs.unep.org Fuente de Internet	<1%



Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

2. RESUMEN

Cuando se tiene el diagnóstico de masa anexial es importante determinar la causa porque el manejo y el pronóstico se evalúa dependiendo cual sea el caso. Tanto la laparoscopia o la cirugía convencional son 2 formas de abordaje en esta patología y dependiendo del paciente cuál de ellas es la más recomendable. El objetivo general de este estudio es comparar la cirugía convencional versus la cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.

El presente estudio será analítico y observacional, donde entrarán a evaluación las historias clínicas de todas las pacientes con masa anexial atendida en el Hospital San Juan Bautista de Huaral y la implementación de la herramienta se realizará mediante la recopilación de datos. La base de datos se creará en Excel y se pasará al software STATA v. 16 para un mayor análisis.

El siguiente trabajo nos ayudará a identificar la diferencia entre la cirugía convencional y la cirugía laparoscópica como manejo en la patología de masa anexial y los reportes de caso que no se han realizado antes en nuestro hospital.

Palabras clave: Masa anexial, Cirugía convencional, Cirugía laparoscópica.

3. INTRODUCCIÓN

Una masa anexial es un tumor que puede localizarse en el ovario, las trompas de Falopio y el tejido conectivo circundante (mesosálpinx, mesovario y ligamento ancho). Este es un problema ginecológico común. Determinar el riesgo previo de un tumor benigno o maligno es esencial para una terapia

adecuada. Cuando una mujer tiene una masa anexial, es muy importante poder determinar si es causada por una enfermedad benigna (por ejemplo, endometriosis o cistoadenomas) o cáncer de ovario, porque el manejo y el pronóstico cambian dramáticamente sea cual sea el caso. Se ha estudiado y validado en todo el mundo una amplia variedad de métodos, ya sean radiológicos, laboratoriales o clínicos preoperatorios para diferenciar las masas anexiales benignas de las sospechadas de cáncer. Se sugiere que los resultados de la ecografía 3D tiene mejor especificidad y sensibilidad en comparación con la ecografía 2D. La determinación de una masa anexial mediante Doppler color no es más sensible ni específica que la simple ecografía. Además, debido a la superposición de los parámetros vasculares de las masas malignas y benignas, un diagnóstico definitivo basado únicamente en la evaluación Doppler puede influir en los resultados. De todas las modalidades de imágenes, la resonancia magnética tiene los mejores resultados, pero no es significativamente diferente de la tomografía computarizada. La medición de CA 125 es menos confiable que diferentes métodos de evaluación debido a las diferencias en mujeres pre y posmenopáusicas y su aparición en enfermedades malignas y benignas. (1)

Los marcadores séricos como prueba diagnóstica están indicados para evaluar el riesgo de malignidad y si la cirugía es necesaria o no. Un elevado nivel de CA 125, junto a otros descubrimientos, puede ser útil para distinguir entre una masa anexial benigna y maligna e identificar así pacientes que deben ser derivados a un ginecólogo oncólogo. Los niveles de CA 125 son considerablemente más altos en mujeres posmenopáusicas que en otras mujeres. La unión de un nivel elevado de CA 125 y una masa pélvica en una mujer posmenopáusica es de alto riesgo de

malignidad, y las pacientes con estos hallazgos deben ser derivados a un ginecólogo oncólogo.(2) (3)

Se recomienda mantener una masa anexial en observación si su morfología mediante ecografía sugiere una patología benigna, o si su morfología no está tan definida, pero hay una buena razón para evitar la intervención quirúrgica. Puede estar justificado el seguimiento de una mujer sin síntomas si tiene un nivel normal de CA-125 sin sospecha de cáncer mediante una ecografía transvaginal. Con raras excepciones, en la ecografía transvaginal realizada los quistes simples de hasta 10 cm de diámetro probablemente sean benignos y pueden controlarse de forma segura mediante ecografías repetidas sin intervención quirúrgica, incluso en pacientes posmenopáusicas.(4)

El manejo expectante es uno de los mejores manejos, con excepción de los casos en los que existen antecedentes familiares genéticos de cáncer de ovario, mama o colon, cambios en las características ecográficas, o aumento de CA-125. Para masas de riesgo intermedio y alto, el tratamiento es la cirugía. (5)

En la actualidad alrededor del 90% de un grupo de mujeres que tuvieron que ser intervenidas quirúrgicamente como emergencia eran pacientes premenopáusicas y más de 1/3 de las cirugías programadas se realizaron en pacientes mayores de 50 años. Casi el 60% de las pacientes que se sometieron a cirugía programada tuvieron el diagnóstico de tumoración anexial, y dentro de ellos las tumoraciones no benignas.(6)

De hecho, en las cirugías convencionales, para las masas pequeñas con características benignas (quistes foliculares y del cuerpo lúteo), es necesario tratar

de manera expectante ya que la extirpación quirúrgica puede ser problemática en el futuro. Por el contrario, los tumores de ovario benignos (sólidos y quísticos) a menudo requieren ooforectomía a medida que crecen y reemplazan el tejido gonadal. Sin embargo, para las mujeres con paridad, es mejor discutir con la familia los motivos y la necesidad de una ooforectomía de emergencia, incluso si eso significa abandonar el quirófano por un tiempo.(7)

La cirugía pionera para las masas anexiales ha sido la laparotomía. No obstante, a pesar del alto riesgo de malignidad, la evaluación vía laparoscópica de masas anexiales es apropiada en manos de cirujanos expertos. Los pasos deben ser similares a aquellos usados en una laparotomía: una evaluación extensa del abdomen y pelvis, lavado de cavidad peritoneal, quistectomía o salpingooforectomía cuando si amerita, biopsias de lesiones con sospechosa y por congelación.(8)

La laparoscopia se menciona como la mejor vía de abordaje de la cavidad abdominal para este tipo de patología. A su vez, el manejo por vía laparoscópica de las masas anexiales benignas es indicada por su seguridad y entre otros beneficios frente a la cirugía convencional están la reducción del tiempo de hospitalización, la recuperación rápida, la menor pérdida de sangre en el momento de la operación y menos complicaciones postoperatorias. Por lo dicho anteriormente, el abordaje laparoscópico de ser una alternativa quirúrgica a la vía convencional en el manejo de las masas anexiales ha pasado a ser la principal vía de abordaje; a pesar de ello, existen algunos casos en los que se restringe su uso: el tamaño de la tumoración si es mayor a 10 cm o si existe riesgo de malignidad. El médico ginecólogo cuando está frente a una masa anexial de gran tamaño, usualmente, elije el manejo

convencional, ya que por vía laparoscópica hay una mayor dificultad, ya sea por incapacidad o por sospecha de malignidad. Cuando se decide la vía laparoscópica, la insuflación para el neumoperitoneo y la colocación del trocar no se realiza de la forma adecuada, por la posibilidad de romper el tumor, ya que el espacio se disminuye por la compresión del tumor y es más difícil la manipulación.(9)

Las técnicas de cirugía laparoscópica se utilizan cada vez más para el manejo de patologías de origen ginecológico, ya que están asociadas a incisiones más chicas, menos dolor postoperatorio, mayor movilidad postoperatoria, corto tiempo hospitalario y regreso a laborales de forma temprana. No obstante, a pesar las ventajas descritas, las técnicas de mínima invasión tienen algunas complicaciones, que dependen de algunos otros factores, como: la complejidad de cada uno de los procedimientos, la destreza del cirujano y su correcta indicación. (10)

La complejidad que se asocia a una cirugía ginecológica depende de la lesión de una parte del tracto urinario (0,3-1%), lesión de alguna parte del intestino (0,4%), lesión de 1 o ambos uréteres (0,25%), fiebre (0,47%), pérdida sanguínea (0,06%) y perforación del recto, o lesiones de muy baja probabilidad (0,09%). Una de las complicaciones más frecuentes son las infecciones de herida operatoria (2,2% y el 10%), luego transfusión sanguínea (4%), abscesos en cavidad pélvica (1,5%), reintervención (2 %) y dehiscencia de la herida. (11)

El siguiente trabajo nos ayudará a identificar la diferencia entre la cirugía convencional y la cirugía laparoscópica como manejo en la patología de masa anexial y los reportes de caso que no se han realizado antes en nuestro hospital. Entonces, ¿Cuáles son las diferencias entre la cirugía convencional versus la

cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral durante el año 2023?

4. OBJETIVOS

a). Objetivo general

- Determinar los resultados entre la cirugía convencional versus la cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral durante el año 2023.

b). Objetivos específicos

- Comparar el tiempo quirúrgico entre la cirugía convencional versus la cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.
- Comparar la estancia hospitalaria entre la cirugía convencional versus la cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.
- Comparar las complicaciones postquirúrgicas entre la cirugía convencional versus la cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a). Diseño del estudio: Estudio comparativo. Tipo transversal retrospectivo.

b). Población: Toda paciente con masa anexial atendida en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con masa anexial atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otra patología ginecológica atendidas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.
- Pacientes que no cuenten con registros completos, o con resultados de patología en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el 2023.

c). **Muestra:** Se realiza el cálculo muestral según el plan de investigación, al no contar con la prevalencia de esta patología en nuestra institución, tendremos la 1º muestra de 41 pacientes (grupo 1 – cirugía laparoscópica) y la 2º muestra de 41 pacientes (grupo 2 – cirugía convencional) haciendo un total de 82 pacientes. Se realizará el muestreo con el método aleatorio simple.

d). Definición operacional de variables:

Variables	Definición operacional	Forma de registro	Tipo de variable	Escala de medición
Cirugía	Intervención quirúrgica que implica manipular partes del cuerpo de un paciente con fines terapéuticos.	- Laparoscópica - Convencional	Cualitativa	Nominal

Masa anexial	Tumor que se genera a nivel de los anexos uterinos (trompas de Falopio u ovarios) o alrededor del útero.	- Benignas - Malignas	Cualitativa	Nominal
Tiempo operatorio	Minutos que dura una cirugía desde la primera incisión hasta el último punto de la sutura.	- Minutos	Cuantitativa	Razón
Estancia hospitalaria	Números de días que las pacientes se encuentran en el hospital desde su ingreso hasta el alta.	- Días	Cuantitativa	Razón
Presencia de complicaciones postquirúrgicas	Aparición de eventos adversos ocurridos tras la cirugía.	- Si - No	Cualitativa	Nominal

e) Procedimientos y técnicas:

Se realizará un documento solicitando permiso al director ejecutivo del nosocomio, a la Jefatura del departamento de Gineco - Obstetricia, a la Oficina de Docencia e Investigación y a la Oficina de Archivo para que autoricen la

revisión de las historias clínicas.

Todos los datos se obtendrán con la recolección de los mismos a través de las historias clínicas mediante una ficha de datos que ha sido diseñada según los objetivos de la investigación.

Cada una de las historias clínicas de las pacientes con masa anexial atendidas en el hospital de Huaral durante el 2023 serán revisadas para excluir patologías ginecológicas concomitantes. Se realizará la comparación de ambas cirugías evaluando las historias clínicas seleccionadas con seguimiento completo desde su captación en consultorio hasta su control mensual postoperatorio independientemente del resultado de la biopsia según la naturaleza de la patología, ya que algunas masas anexiales ingresan a cirugía como benignas y después con la patología se determina lo contrario o viceversa.

f). Aspectos éticos del estudio:

Esta investigación se realiza luego de la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Comité de Ética del Hospital San Juan Bautista de Huaral. Los archivos utilizados para la recolección de datos están codificados con el número de historia clínica para que los datos personales de los pacientes no sean almacenados y su integridad no se vea comprometida. Por lo tanto, no se requiere obtener el consentimiento informado para realizar este estudio ya que en primer lugar es un estudio retrospectivo y en segundo lugar porque no intervenimos en el seguimiento ni resultados de los pacientes.

g). Plan de análisis:

Todos los datos recolectados a través de la ficha de recolección de datos serán digitados en el programa Microsoft Excel, y mediante ésta se llevará a cabo el análisis correspondiente mediante el software STATA v. 16. También se usará la prueba de estadística exacta de Fisher, para comparar la cirugía convencional y la cirugía laparoscópica en pacientes con masa anexial. El nivel de confianza de este proyecto será del 95%

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Salcedo S, A M. Valoración preoperatoria de la masa anexial. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):455-60.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. Obstet Gynecol. noviembre de 2016;128(5):e210-26.
3. Salvador S, Scott S, Glanc P, Eiriksson L, Jang JH, Sebastianelli A, et al. Guideline No. 403: Initial Investigation and Management of Adnexal Masses. J Obstet Gynaecol Can. 1 de agosto de 2020;42(8):1021-1029.e3.
4. Rincón FAQ. Enfoque de la paciente con masa anexial. Curso Actual En Ginecol Obstet. 2019;61-71.
5. Mora Delgado M, Del Valle Solano R. TEMA 10-2016: Manejo de masas anexiales. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2 de febrero de 2016 [citado 7 de junio de 2024];6(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23069>
6. Puig JCV. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA MASA ANEXIAL. Rev Fac Med. 2019;42(2):30-40.
7. Briceño-Morales C, Guerrero-Macías S, González F, Puerto ÁP, Burgos-Sánchez R, Millán-Matta C, et al. Tumores anexiales incidentales en cirugía abdominal. Rev Colomb Cir. marzo de 2022;37(1):129-34.
8. Cruz Benitez L. PERMANYER Manejo laparoscópico de masas anexiales. 26 de mayo de 2016;

9. Sandoval Diaz I, Hernández Alarcón R, Torres Arones E, Solano Choque N. Manejo laparoscópico de masa anexial gigante. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2015;61(2):135-42.
10. Pupo WES, Cicard AY, Sánchez GA. Complicaciones de la cirugía ginecológica laparoscópica. Rev Cuba Med Mil. 26 de noviembre de 2022;51(4):02201830.
11. Ortiz-Martínez RA, Betancourt-Cañas AJ, Bolaños-Náñez DM, Cardona-Narváez T, Portilla ED, Flórez-Victoria O. Prevalence of surgical complications in gynecological surgery at the Hospital Universitario San José in Popayán, Colombia. 2015. Rev Fac Med. 1 de octubre de 2018;66(4):529-35.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA:

Recurso Humano				
Rubro	Cantidad	Tiempo	Pago unitario (soles)	Pago total (soles)
Investigador	1	10 horas	0.00	0.00
Asesor	1	10 horas	0.00	0.00
Materiales				
Rubro	Cantidad	Unidad	Costo unitario (soles)	Costo total (soles)
Lapiceros	5	1 lapicero	1.20	6.00
Resaltador	1	1 resaltador	2.50	2.50
USB	1	1 USB	20.00	20.00
Archivador	1	1 archivador	6.00	6.00
Servicios				
Movilidad	10	1 sesión	2.50	25.00
Impresiones	5	1 impresión	0.20	1.00
Fotocopias	60	1 fotocopia	0.10	6.00
TOTAL				66.50

ACTIVIDADES	2024				
	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
Revisión bibliográfica y diseño de estudio	X	X			
Aprobación de proyecto por la unidad de post grado			X		
Revisión por el comité de ética			X		
Selección de HC y recopilación de datos				X	
Análisis de datos				X	
Redacción de informe final					X
Presentación del informe final y publicación					X

8. ANEXOS:

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

N°HCL: _____ Fecha de llenado: _____

1. Datos generales:

Edad: _____ años

2. MASA ANEXIAL:

Benigna () Maligna ()

3. TIPO DE CIRUGIA:

Laparoscópico () Convencional ()

4. **TIEMPO OPERATORIO:** _____ minutos.

5. **ESTANCIA HOSPITALARIA:** _____ días.

6. **PRESENCIA DE COMPLICACIONES:**

Si () No ()

() Infección de herida operatoria () Infección urinaria () Hematoma ()

Transfusión sanguínea () Reintervención

() Otro _____

Anexo 2: Cálculo de muestra:

Tamaño de la muestra para comparar dos medias

Datos de entrada			
Intervalo de confianza (2 caras)		95%	
Poder		80%	
Relación entre el tamaño de la muestra (Grupo 2/Grupo 1)		1	
	Grupo 1	Grupo 2	Diferencia[±]
Significar	182.86	197.44	-14.58
Desviación estándar	15.34	18.23	
Varianza	235.316	332.333	

Tamaño de la muestra del Grupo 1	21
Tamaño de la muestra del Grupo 2	21
Tamaño total de la muestra	42

<https://www.openepi.com/SampleSize/SSMean.htm>