

# UN MIL HIDROTUBACIONES HISTERO-TUBARICAS EN ESTERILES

POR LOS DOCTORES:

ASCENZO CABELLO, JORGE; HOYLE COX, JAVIER; DE LA PUENTE LANFRANCO  
RAFAEL CHIONG CHIANG, VICENTE; RUIZ GONZALEZ, ROBERTO; GAMARRA Y  
ESPINOZA, BENJAMÍN\*

La Hidrotubación histero-tubárica consiste en la introducción por el orificio externo del cérvix, de una sustancia líquida a través del útero y trompas con el objeto de vencer obstrucciones flácidas o modificar favorablemente el canal genital, desde el orificio externo del cérvix hasta el ostium abdominal de la trompa, para lograr el libre tránsito del espermatozoide, óvulo y huevo.

Me he animado a exponer el presente trabajo como incorporación a esta importante Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, por la experiencia que hemos podido recoger después de haber practicado más de un mil hidrotubaciones y porque creemos que todo esfuerzo por mejorar el factor tubario médicamente, se acoge con simpatía, ya que, aún cuando fracase, nos deja la posibilidad de un eventual éxito quirúrgico.

## M E T O D O

Para tener la seguridad del compromiso del factor tubario, a todos los casos se les practicó una histerosalpingografía y dos persuflaciones de anhídrido carbónico, la segunda con antiespasmódico previo; con esto tratamos de cubrirnos de un posible error diagnóstico, así como de una falsa interpretación de los resultados.

Practicamos dos ciclos de hidrotubaciones, de cinco aplicaciones cada uno; es decir, hacemos un total de diez hidrotubaciones durante dos meses. Las realizamos cada cuarentiocho horas comenzando la primera a los tres o cuatro días de haber terminado las reglas; al tercer o cuarto mes constatamos el resultado obtenido con una persuflación (y/o una histerosalpingografía de control).

Tratando de ver si las Ondas Cortas sobre hipogastrio y la prednisona por vía oral tienen algún efecto favorable sobre las hidrotubaciones, se emplearon, en algunos casos, veinte aplicaciones de las primeras y/o de 15 a 20 mgs, de prednisona, Decortancyl Roussel, durante sesenta días, procurando que coincidieran con las hidrotubaciones.

\*—Presentado por el Doctor Roberto Ruiz González.

(\*) Trabajo de Incorporación a la "Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología". 9-8-1960.

T E C N I C A

La resumimos diciendo que es muy parecida a la técnica habitual de una histerosalpingografía. Empleamos una cánula uterina de Khan, previamente purgada con el líquido a inyectar, sujeta al cuello por una pinza de Schröder. Utilizando una jeringa de 10 cc. inyectamos, a través de la cánula, 9 cc. de una solución líquida de antibióticos e hialuronidasa, lentamente, a baja presión ejerciendo la menor fuerza posible sobre el émbolo para que vaya introduciéndose el líquido sin producir ningún espasmo; a un médico experimentado no le es necesario recurrir a manómetros u otro tipo de aparatos para aplicar la presión justa y necesaria.

Habitualmente, a los 2 ó 3 cc. de ingreso fácil del líquido se siente una resistencia al paso de la sustancia que invita a aumentar la presión sobre el émbolo; en este momento se debe sostener la presión suave primitiva, sin aumentarla, por 1, 2 ó 4 minutos hasta que se perciba nuevamente que el émbolo ingresa suavemente; si la resistencia no cede espontáneamente después de este intervalo, se está autorizado a realizar una mayor presión, la que nunca excederá a la habitual que se ejerce en una histerosalpingografía; en otras palabras: recordar que no es la fuerza que se ejerce sobre el émbolo lo que va a realizar el beneficio, sino la presión suave y sostenida que pone en contacto el líquido inyectado con la región que se trata de curar. Una vez iryectada la sustancia es indispensable, para el buen efecto de la hidrotubación, mantener la cánula en su lugar por 10 minutos, cerrando la llave de paso para que la sustancia recién inyectada no regrese por el canal cervical. Al cabo de este tiempo, al retirar los instrumentos, es frecuente observar que se expulsa, por el orificio externo del cérvix, 5 ó 6 cc. de la sustancia inyectada la que es cada vez menor, si se van obteniendo resultados favorables. Indicamos una inyección parenteral de 400.000 U.I. de penicilina más 1 gm. de estreptomycin después de cada hidrotubación, en los casos con antecedentes de metroanexitis.

La composición del líquido a inyectar es la siguiente:

- 1.—Ultimamente estamos utilizando Estrepto Quemicetina "ERBA": Cloramfenicol Succinato Sódico, correspondiente a Cloramfenicol Levógiro Sintético 1/2 gramo. Estreptomycin Sulfato 0.125. gr., Dihidroestreptomycin Sulfato 0.125 gr. (como base).
- 2.—Wydase (Hialuronidasa) "Wyeth" 75 Unidades F.E.U. Aproximadamente 250 Unidades Viscosimétricas.
- 3.—Suero Fisiológico hasta completar 9 cc.

**Nota:** Los frascos de Estreptoquemicetina y Wydase, tienen el doble de las cantidades aquí referidas, lo que significa que cada frasco nos sirve para dos hidrotubaciones.

## C O N T R A I N D I C A C I O N E S

Son las mismas que se deben tomar en cuenta cuando se va a realizar una persuflación con CO<sub>2</sub> o una histerosalpingografía, no olvidando descartar todo proceso infeccioso activo del tracto genital.

## M A T E R I A L.

Hemos realizado 1,070 hidrotubaciones en 146 pacientes lo que hace un promedio de 7.3 hidrotubaciones por paciente. De éstas, 116 casos —el 79.4 por ciento— eran de franca obstrucción tubaria y otros 30 —el 20.5 por ciento— de comprobada estenosis.

## R E S U L T A D O S

Los resultados obtenidos en 116 pacientes que tienen comprobación final son los siguientes:

1°—	19 Gestaciones .....	16.3%
2°—	25 Normalizaron el Factor Tubario .....	21.5%
3°—	27 Mejoraron dicho factor .....	23.2%
4°—	45 Fracasaron .....	38.7%

Uniendo las que gestaron con las que normalizaron el Factor Tubario, sin entrar en gestación, tenemos en realidad que el 37.9 por ciento normalizaron el Factor Tubario. Si les añadimos los casos en que mejoró este factor, nos da 61.1 por ciento de resultados satisfactorios.

Al estudiar las cifras y comparar las que normalizaron, mejoraron y fracasaron, observamos en primer lugar un hecho interesante: que cuando existe estenosis, los resultados son más favorables que cuando hay obstrucción bilateral; en efecto, de las 19 que gestaron 9 eran de estenosis y de las 25 que también normalizaron, pero que no gestaron, 12 eran de estenosis; en cambio, de las 27 que mejoraron sólo 4 eran de estenosis y de las 45 que fracasaron sólo había una de estenosis.

Al observar el lugar de la obstrucción vemos que hay un saldo discreto a favor de la desobstrucción en pabellones sobre la de cuernos. En efecto, de las que gestaron las tres cuartas partes estaban obstruidas en el pabellón y en las que fracasaron sólo algo menos de la mitad lo estaban en este sector. La obstrucción en el tercio medio de la trompa también ha sido desfavorable para la desobstrucción, pues su número crece notoriamente en las que fracasaron.

En relación a la etiología de la obstrucción o estenosis, observamos que el origen infeccioso o el antecedente de una operación ginecológica tienen análogo porcentaje, tanto en las que gestaron como en las que fracasaron.

En los fracasos se encontró entre la etiología infecciosa un elevado porcentaje de abortos criminales infectados: 50 por ciento. Entre la etiología postoperatoria, de estos fracasos, se consigna más de una tercera parte de mujeres

## UN MIL HIDROTUBACIONES HISTERO-TUBARICAS EN ESTERILES PERUANAS

RESULTADOS EN 116 CASOS CON COMPROBACION FINAL		OBSTRUCCION				ESTENOSIS	ETIOLOGIA		TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO				
		Cuernos	1/3 Medio	Pabellón	Nº de casos		Infecciosa (*)	Post-operatoria (**)	Si recibieron		No recibieron		
								O.C.º	P.ºº	O.C.	P.		
NORMALIZARON 44 (37.9%)	Gestaron 19 (16.3%)	2	2	6	10	9	4	6	6	4	3		
	No gestaron 25 (21.5%)	4	2	7	13	12	4	4	4	10	0	11	
MEJORARON 27 (33.2%)		5	2	16	23	4	5	3	10	2	12		
FRACASARON 45 (38.7%)		21	12	11	44	1	13	7	23	4	11		

(\*) Infecciosa: Metroanexitis, Post-Partum, Post-Aborto, Hidrosalpinx, Peritonitis y T.B.C.

(\*\*) Post-Operatoria: Miomectomia, Resección de Quiste Ovárico, Resección Cuñeiforme de ovarios, Extirpación de Adherencias, Plastia Tubaria, Salpingectomia unilateral, Apendicectomia, Hematosalpingx, etc.

(º) O.C. — Ondas Cortas: 20 aplicaciones al hipogastrio, simultáneamente a las hidrotubaciones.

(ºº) P — Predisona: 15 a 20 mlgrs. diarios por 60 días, simultáneamente a las hidrotubaciones.

que nos llegaron con el antecedente de una plastía tubaria reobstruida. En cambio, entre las que gestaron se observó un 70 por ciento de metroanexitis y sólo un 10 por ciento de abortos entre las infecciones. No se observó, entre los casos de etiología post-operatoria, ninguno de plastía tubaria; es decir, que todas las hidrotubaciones que hicimos sobre plastías tubarias previas llevaron al fracaso. Los 4 casos que lograron gestación y que habían sido previamente operados, lo fueron de: salpingectomía unilateral, extirpación de quiste de ovario, resección cuneiforme de ovario más extirpación de adherencias y el cuarto caso fue una miomectomía.

En algunos casos hubo tratamiento complementario simultáneo de Ondas Cortas al hipogastrio en número de veinte, así como la administración de prednisona, Decortancyl "Roussel" — por vía oral, 15 a 20 mgs. diarios, durante sesenta días, tratando de que coincidan con los dos ciclos genitales en que se practicaron las diez hidrotubaciones.

Al observar el comportamiento del tratamiento complementario simultáneo (O.C. más P) vemos que mejora el resultado de las hidrotubaciones, pues al hacer nuestra estadística constatamos que: el 31.5 por ciento de las que gestaron habían recibido este tratamiento, el 16 por ciento de las que normalizaron no llegaron a gestar y solamente el 11.1 por ciento de las que mejoraron. Los aparentes malos resultados obtenidos en los siete casos que fracasaron —15.5 por ciento— se deben a que en seis existía el antecedente de plastía tubaria.

Las Ondas Cortas aisladas, sin prednisona, no influyeron mayormente sobre el éxito de las hidrotubaciones, pues observamos que los casos que fracasaron recibieron porcentualmente mayor número de Ondas Cortas que los otros grupos.

Con la prednisona aisladamente, sin Ondas Cortas, se observó al hacer esta estadística, que se administró en el 21.1 por ciento de los casos que normalizaron, con el hecho curioso de que todas estas pacientes gestaron. Sin embargo, se administró en el 7.4 por ciento de las que mejoraron y en el 8.8 por ciento de las hidrotubaciones que fracasaron.

#### C O M P L I C A C I O N E S

Hemos observado tres casos de pelviperitonitis 2.0 por ciento —no se-  
veros— que cedieron a tratamiento médico. Un embarazo ectópico y un cuadro de shock de mediana intensidad.

A partir de la segunda mitad de los casos estudiados, hemos añadido un antibiótico por vía parenteral, después de cada hidrotubación, en los casos con antecedentes de metroanexitis; con esto desde hace un buen tiempo prácticamente han desaparecido las complicaciones de pelviperitonitis.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—Hemos realizado 1.070 hidrotubaciones hísteros-tubáricas en 146 pacientes que tenían comprometido el Factor Tubario, lo que da un promedio de 7.3 hidrotubaciones por paciente.
- 2.—Ciento dieciseis casos — 79.4 por ciento — eran de franca obstrucción. Treinta casos — 20.5 por ciento — presentaban una comprobada estenosis.
- 3.—Una histerosalpingografía y dos persuflaciones — la segunda con antiespasmódico — previas a las hidrotubaciones, son indispensables para un diagnóstico firme del compromiso tubario.
- 4.—Practicamos dos ciclos de hidrotubaciones, de cinco aplicaciones cada uno, o sean diez hidrotubaciones durante dos meses. Se realizan cada cuarentiocho horas, iniciándolas en el séptimo u octavo día del ciclo. Al tercero o cuarto mes constatamos los resultados con una persuflación y/o una histerosalpingografía de control.
- 5.—La técnica es muy parecida a la de una histerosalpingografía en la que reemplazamos el opaco por una solución de cloromicetina, estreptomicina y hialuronidasa disuelta en 9 cc. de suero fisiológico, recondando siempre que debe aplicarse a muy baja presión.
- 6.—Los resultados son los siguientes:
 

1) Gestaciones . . . . .	16.3%
2) Normalizaron el Factor Tubario . . . . .	21.5%
3) Mejoraron dicho factor . . . . .	23.2%
4) Fracasaron . . . . .	38.7%
- 7.—Uniendo las que gestaron con las que normalizaron sin entrar en gestación, tenemos en realidad que el 37.9% normalizaron el factor tubario. Si les añadimos los casos en que mejoró este factor nos da 61.1% de resultados satisfactorios.
- 8.—Las hidrotubaciones nos han dado mejores resultados en las estenosis que en las obstrucciones bilaterales. Igualmente se constatan mejores resultados cuando la obstrucción está en pabellones que cuando está en cuernos o tercio medio.
- 9.—El origen infeccioso o el antecedente de una operación ginecológica, tienen análogo porcentaje en las que gestaron como en las que fracasaron. Dentro de la etiología infecciosa, de estos fracasos, 50 por ciento tenía el antecedente de abortos criminales infectados.  
 Este tratamiento en las plástias tubarias reobstruidas fracasó en el 100%.
- 10.—La adición de veinte aplicaciones de Ondas Cortas y de 15 a 20 mgs. de prednisona durante 60 días, simultáneamente a las hidrotubaciones mejoraron los resultados.
- 11.—Se observaron como complicaciones: tres casos de pelviperitonitis — 2.0 por ciento — no severos, que cedieron a tratamiento médico, un emba-

raza estópico y un cuadro de shock de mediana intensidad.

- 12.—Nos parece que las hidrotubaciones constituyen el camino más lógico a seguir ante el compromiso del Factor Tubario, ya que, si fracasan, dejan la posibilidad de un eventual éxito quirúrgico posterior.