

# CIRUGIA TUBARIA EN INFERTILIDAD FEMENINA

Dra. Luz Jefferson Cortez\*

Key Words: Tubal factor in infertile women, Tubal surgery and esfertility.

Palabras Claves: factor Tubario e infertilidad, Cirugía tubaria e infertilidad femenina.

## RESUMEN

*El presente trabajo se realizó en el Servicio de Infertilidad del Hospital Arzobispo Loayza. Se presenta 45 casos de mujeres infértiles con factor tubario. Todas las pacientes contaron con histerosalpingografía. Dentro los antecedentes primaron el aborto, la enfermedad pélvica inflamatoria y la cirugía pélvica, el 24% no tenía antecedente alguno, 4 pacientes habían tenido TBC genital. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron., reimplante cornual y salpingolisis, fimbriostomía y anastomosis tubaria, 10 pacientes llegaron a gestar, 2 de estas gestaciones fueron embarazos ectópicos, una paciente con TBC genital tratada tuvo 2 embarazos normales.*

## SUMMARY

*45 infertile women with factor were treated with surgical procedures. These patients were studied at Hospital Loayza. All of them, have histerosalpingography and laparoscopy. Abortion, pelvic inflammatory disease and previous pelvic surgery were frequently reported, nearly 25% did not report any previous disease, 4 patients have had genital TBC. Cornual reimplantation, salpingolisis, fimbriostomy and tubal anastomosis were used as surgical techniques. In most of the patients more than one technique procedure were used. As a result 10 pregnancies were obtained two of which were ectopic pregnancies, furthermore a patient with genital TBC (treated) have had two normal pregnancies.*

## INTRODUCCION

La infertilidad es un problema que afecta la vida matrimonial de muchas parejas que tratan de encontrar una solución que permita la concepción y lleve a feliz término un embarazo. Estudios realizados en nuestro medio sitúan al factor tubario como primera causa de infertilidad femenina (1, 2, 3); es así como los ginecólogos se ven ante la alternativa de hacer uso de diversas técnicas quirúrgicas que permitan recuperar la funcionalidad de las trompas y hagan posible la solución del

problema de la infertilidad por factor tubario. Últimamente los métodos quirúrgicos han experimentado un gran avance y una mejoría de los resultados previamente obtenidos, mediante el empleo de la microcirugía, la cirugía laparoscópica y el empleo de laser que mejoran el pronóstico de éste factor.

## MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en el hospital Arzobispo Loayza de Lima, en el período enero 1987 - Diciembre 1991, en 45 pacientes que habían sido estudiadas en el Consultorio de Infertilidad Matrimonial y cuyo problema de infertilidad era el factor tubario. Todas las pacientes con excepción de una, contaron con

---

\* Profesora U. P. C. H. Jefa Departamento de Infertilidad Hospital Loayza.

histerosalpingografía y laparoscopia previas al acto quirúrgico. La paciente que contó sólo con histerosalpingografía había tenido como antecedente ligadura tubaria como método anticonceptivo.

Para los procedimientos quirúrgicos se empleó instrumental de microcirugía, lentes de aumento N° 3. Como material de sutura se usó en todos los casos dexon 5/0 y 6/0. Para el implante útero-tubario y anastomosis término-terminal se usó como gufa, un cateter de polietileno de 3mm. de diámetro el que se retiró a las tres semanas posteriores a la intervención bajo anestesia general y dilatación del cervix en los casos de implante tubario. Para la sutura a nivel cornual se usó catgut crómico 2/0.

En todos los casos se comprobó los resultados de la histerosalpingografía y de la laparoscopia previa, realizando la instilación intra-cavitaria de azul de metileno previa obliteración del cervix con pinza de Shirodkar y además se procedió a la infiltración retrógrada a través de la fimbria.

En caso de no lograrse la gestación posterior a la intervención quirúrgica en un período de 6 a 8 ciclos de intentarla, se practicó la laparoscopia de control en aquellas pacientes que continuaron el seguimiento. Para determinar el tipo de intervención se uso la clasificación de la F. I. G. O.

## RESULTADOS

Se encontró que hubo un discreto predominio de pacientes infértiles secundarias; de manera general se apreció que las infértiles primarias consultan a una edad menor que las infértiles secundarias.

Entre los antecedentes personales, el aborto ocupa el mayor porcentaje, luego, en proporciones similares, la cirugía previa, enfermedad pélvica inflamatoria, y en 24% de las pacientes no se encontró antecedentes.

En cuanto al compromiso tubario predomina el grupo con obstrucción tubaria bilateral proximal, siguiéndole en orden de frecuencia, otros tipos de obstrucción. Las adherencias peritubáricas se encontraron como entidad única en algunos casos y en otros, asociada a otras alteraciones. Es importante remarcar que varias alteraciones se dieron en un buen número de pacientes.

La técnica quirúrgica más frecuente dado el número de casos que lo requirieron fue el reimplante cornual y la salpingolisis, en algunos casos se usó más de una técnica.

Se obtuvo 11 gestaciones que correspondieron a 10 pacientes: una paciente presentó dos gestaciones intrauterinas con un período intergenésico de 12 meses. Se obtuvo mayor número de gestaciones en las infértiles secundarias; 2 embarazos fueron ectópicos y correspondieron: uno a un implante cornual y el otro a salpingolisis.

Se perdieron al control 12 pacientes que representan el 26.6%.

## DISCUSION

El problema de la infertilidad matrimonial por causa tubaria es el más frecuente en nuestro medio (1, 2, 3). Las tasas varían en los diferentes países, y en los distintos estratos sociales oscilando entre frecuencias relativamente bajas (4) y tan altas como mayores al 50% del total de pacientes.

En hospitales de nuestro país por las condiciones socioeconómicas deprimidas de nuestras pacientes, el bajo nivel cultural, bajos niveles de nutrición y de salud, presencia de enfermedades infecciosas crónicas, enfermedades de transmisión sexual, falta de control médico adecuado, presencia de abortos realizados en condiciones empíricas y problemas infecciosos post parto, existe alta frecuencia de alteraciones ginecológicas de causa infecciosa e inflamatoria que conduce a elevar las tasas de infertilidad siendo el oviducto el órgano más afectado; se ha encontrado además alta prevalencia de tuberculosis genital. (1)

Snowdn (5) señala que pacientes con historia que orienta al factor tubario tiene más probabilidades de beneficiarse con la endoscopia pélvica, para el hallazgo de patología. Opsahi y col. (6) encuentran hallazgos laparoscópicos anormales en el 75.3% de pacientes con historia positiva.

En nuestro medio, si bien existe el antecedente de abortos provocados, cirugía ginecológica previa, y tuberculosis genital, un buen número de pacientes no refiere ningún antecedente que nos oriente a un posible factor tubario, siendo éste un hallazgo de la histerosalpingografía y/o de la laparoscopia.

Los procedimientos quirúrgicos lógicamente se practican de acuerdo al tipo de alteración de la trompa.

En nuestra casuística, el mayor porcentaje comprendió a la unión útero-tubaria o implante cornual, en contraposición con Musish (7) que la usa en sólo 20% de sus casos.

Otros autores (8, 9) refieren la obstrucción a nivel de la unión útero-tubaria como la menos frecuente y la que más problemas ofrece al cirujano. La etiología de estas obstrucciones puede ser congénita, traumática, post parto ó infección post aborto y espasmo.

En nuestro trabajo se encontró que el 44% de los casos de reimplante tenían el antecedente de aborto. Con la técnica de la unión útero-tubaria obtuvimos 4 gestaciones una de las cuales fué ectópica; a una paciente con daño tubario muy severo se le practicó reimplante cornual a nivel de la obstrucción proximal, salpingostomía y salpingolisis de la trompa izquierda; la trompa derecha no fué posible trabajarla por la extensa lesión que presentaba. Esta paciente presentó posteriormente gestación intrauterina.

Las diferentes series reportadas por otros autores muestran tasas de gestación que varían de un 56.2% para las técnicas microquirúrgicas, hasta un 26% para las técnicas convencionales (10, 11). Nosotros encontramos difícil poder establecer porcentaje de éxito con determinadas técnicas ya que muchas veces tenemos que realizar más de una debido a alteraciones diferentes con compromisos severos tubarios.

En nuestra serie la salpingostomía se realizó en pacientes con gran compromiso de las trompas. Se reporta que las correcciones quirúrgicas de las porciones distales han estado asociadas a pobres resultados (12). En nuestra experiencia contamos con 2 pacientes gestantes, ambas con tuberculosis genital diagnosticada y tratada previamente, estas pacientes presentaban, en un caso, gran hidrosalpinx bilateral (paciente que llegó a tener 2 gestaciones sucesivas intrauterinas a término), la otra paciente era portadora de hidrosalpinx izquierdo, también gestó 4 meses después de la operación.

Los mayores determinantes del éxito para la cirugía tubaria distal, son la severidad de la patología tubaria existente. Todas nuestras pacientes sometidas a salpingostomía tuvieron grado severo de enfermedad.

Se ha observado que la concepción después de las operaciones tubarias distales es frecuentemente "retrasada" y que las tasas acumulativas de embarazos variarán con el seguimiento continuo.

El tiempo que se considera más adecuado para una concepción es mayor para la salpingostomía que aquel que se considera para la reanastomosis o la lisis de adherencias. Sholin (12) afirma que si una mujer no concibe hasta los dos años, su potencial reproductivo

continúa. En nuestra serie se han perdido al control un número equivalente al 26.6% de pacientes, mientras que 6 pacientes se encuentran aún dentro de los 2 primeros años: podemos esperar que estas pacientes de acuerdo a lo indicado en la literatura, conserven su "potencial" reproductivo y probablemente, de continuar su control podríamos mejorar nuestros resultados.

La experiencia de este trabajo con la técnica de anastomosis término terminal de las trompas fué de sólo tres casos que habían tenido ligadura tubaria como método anticonceptivo: una de las pacientes gestó y las otras 2 se perdieron al control. Siegler (15) reporta 17 casos de anastomosis término terminal con 4 embarazos a término y uno ectópico. Lisse (16) señala que ha logrado 84.2% de recanalización y un 31.8% de estas pacientes tuvieron gestación a los 6 meses.

Es decepcionante el alto número de pacientes que no han regresado después del primer control, lo que hace que "no podamos" obtener los resultados en más de la cuarta parte de los pacientes operadas.

Creemos que es importante remarcar el no cumplimiento de las indicaciones médicas quizá por el nivel cultural de las pacientes. Tuvimos algunos casos que acudieron a control 4 a 6 meses después procediéndose recién a retirar el cateter dejado como guía.

En la corrección quirúrgica de los problemas tubarios en infertilidad tenemos que tener en cuenta la patología variada y en muchos casos severa, que ensombrece el pronóstico. Así, en las pacientes que fueron sometidas a la laparoscopia de control después, de un período de seguimiento de 8 meses en las que no se logró gestación se encontraron problemas adherenciales post quirúrgicos en la mayor parte de ellas.

En nuestra experiencia no hemos podido utilizar rayos laser ni cirugía laparoscópica por no contar con el material adecuado.

La fertilización In-vitro podría ofrecer alternativas pero el alto costo de esta técnica no está al alcance de nuestras pacientes de escasos recursos. Creemos que la cirugía tubaria es una adecuada alternativa de tratamiento en nuestro medio.

## CONCLUSIONES

La cirugía tubaria en la infertilidad matrimonial ofrece resultados que son alentadores aún en casos de compromiso severo.

La falta de seguimiento apropiado impide una mayor precisión en cuanto a la probabilidad de gestación, así como del conocimiento de las complicaciones que pudieran presentarse con las diferentes técnicas quirúrgicas.

TABLA I

CIRUGIA TUBARIA EN INFERTILIDAD FEMENINA  
Dist. por edad y tipo de infertilidad - HAL - 87 - 91

Edad	No	%	I primaria	%	I Secundaria	%
20 - 24	4	9	2	10	2	9
25 - 29	21	47	12	57	9	37
> 30	20	44	7	33	13	54
TOTAL	45	100	21	100	24	100

TABLA II

Antecedentes personales - H. A. L. 1987 - 91

Antecedentes personales	No	%
Aborto	14	31
Cirugía previa	8	18
T. B. C. genital	4	9
E. P. I.	8	18
Ninguno	11	24
TOTAL	45	100

TABLA III

Por tipo de compromiso tubario - H. A. L. 87-91

Alteración tubaria	No
Obstrucción proximal bilateral	13
Obstrucción proximal unilateral	4
Obstrucción distal bilateral	6
Hidrosalpinx bilateral	9
Hidrosalpinx unilateral	7
Ligadura tubaria	3
Adherencias tubarias	11

Algunos casos presentan más de una alteración.

TABLA IV

Por técnica quirúrgica - H. A. L. - 87 - 91

Procedimiento Quirúrgico	No
Reimplante Cornual	17
Salpingostomía	12
Salpingolisis	14
Fimbrioplastía	7
Anastomosis tubaria	3

En algunos casos se realizó una o más técnicas quirúrgicas.

TABLA V

Gestaciones post cirugía - H. A. L. - 87 - 91

Procedimientos	Gestaciones	G. Ectópica	G. Uterina
Reimplante cornual	3	1	2
Reimplante + Salpingostomía + Salpingolisis	1		1
Salpingostomía	2		2*
Salpingolisis	3	1	2
Anastomosis	1		1
TOTAL	10	2	8

\* Una paciente tuvo 2 gestaciones a término.

TABLA VI

Gestaciones de infertilidad - H. A. L. - 87 - 91

Tipo de infertilidad	Pacientes gestantes
Infertilidad Primaria	4
Infertilidad Secundaria	6
TOTAL	10

Se perdieron de control 12 pacientes (26.6%), en actual control (6).

TABLA VII

Fracaso operatorio en Laparoscopia de Control - H.A.L. - 87 - 91

Técnica Quirúrgica	Laparoscopia
Salpingolisis	6 Todas c/adherencias
Reimplante Cornual	6 2 permeables, resto, adherente
Fimbrioplastía	2 Adherencias
Salpingostomía	3 Obstrucción y adherencias.

## REFERENCIAS

1. Chocano J.: Factores de infertilidad Matrimonial. Tesis de bachiller en Medicina.- U. P. C. H. Lima - Perú, 1983.
2. Mere del Castillo Juan F.: Factor tubario de infertilidad Matrimonial. tesis de Investigación para el título de Medico Especialista U. P. C. H. Lima-Perú, 1985.
3. Ascenzo Cabello J. y Col.: Tratamiento médico del factor tubario peritoneal. primer Congreso Uruguayo de Reproducción y esterilidad y Congreso Extraordinario de Ginecología Vol. 1, 1977.
4. Kliger. B.: Evaluation, therapy and outcome in 493 infertile couples. *Fertility and Sterility* 41-40, 1984.
5. Snowden, E.: Jarret, Yussof, M. Comprison of diagnostic accuracy of laparoscopy, histeroscopy, and hysterosalpingography in evaluation of femle infertility. *Fertil Steril*. 41 (5): 709-713, 1984.
6. Opsahl, M. Klein, T.: Tubal and pritoneal factors in the infertile woman; use of patinet history in selections of diagnostic and therapeutic procedures. *Fertil Steril* (4) 709-713, 1984.
7. Music, J., Peters, A., Coulam, C.: Transcervical tuboplasty under ultrasonography guidance; a pilot, study. *Fertil. Steril*, 56-3:359-360, 1991.
8. Stern, J., Peters, A., Coulam, C.: Transcervical tuboplasty under ultrasonography guidance; a pilot, study. *Fertil. Steril*, 56-3:359-360, 1991.
9. Lisse, K., Sydow, P.: Fallopian tube catheterization and recanalization under ultrasonic observation; a simplified technique to evaluate tubal patency and open proximally obstructed tubes. *fertil Steril* 56-2:198, 1991.
10. Gornel: And odyssey through the oviduct. *Fertil Steril* 39-2:144-158, 1983.
11. Lavy, G., Diamond, M., De Cherney, A.: Pregnancy outcome following tubocornual anastomosis. *Fertil Steril* 46-1:21-25, 1986.
- 12.- Swolin, K., Rosencrantz, M.: Laparoscopy versus hysterosapingography in sterility investigations. A comparative study. *Fert Ster*. 23-4; 270-273, 1972.
13. Schlaff, W., Haassiakos, D., Damewwod, M., Rock, J.: Neosalpingostomy for distal tubal obstruction, pronostic factors and impact of surgical technique. *Fert Ster*. 54-6; 984-990, 1990.
14. Boer-Messel, M., Velde, Egbert, Habbema, J., Kardaum, J.: Predicting the pregnancy outcome in patients. Treated for hydrosalpinx; a prospective study *Fert, Steril*. 45-1; 23-29, 1986.
15. Siegler, A! M., and Perez, R. J.: Reconstruction of fallopian tubes ins previosly sterilizad patients. *Fert Steril* 26:383, 1975.