

Ginecología y Obstetricia

Vol. III

MARZO, 1957

Nº 1

Trabajos Originales

USO DE LOS TALLOS METALICOS Y ACRILICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS Y ATRESIAS CERVICALES Y EN LA ESTERILIDAD

DR. EDUARDO BUNSTER *

EL advenimiento de los esteroides sexuales y de los antibióticos nos ha hecho olvidar no pocos procedimientos terapéuticos que durante muchos años nos ayudaron a solucionar diversos problemas de la especialidad.

Esto ha ocurrido con la proteínoterapia, la crenoterapia, el masaje ginecológico y la intubación uterina. Es así, como éste último procedimiento, que antes se consignaba en todos los textos, hoy sólo se le menciona para reprobársele.

La presente comunicación que queremos hacer lo más breve posible tiene por objetivo el actualizar el uso de los tallos metálicos y acrílicos intrauterinos que pueden prestar irremplazables servicios en variadas afecciones del aparato genital. Su uso es infrecuente, como lo revela la literatura que ha estado a nuestro alcance, la cual, revisada por nosotros en los diez últimos años sólo muestra cuatro trabajos sobre esta materia, cuales son el de Potter (1946) publicado en el *American Journal Obstetrics & Gynecology* y las referencias que sobre este tema hacen Palmer (1949) Stábile (1950) y Reynolds (1949) en sus respectivos libros.

El presente autor se ha preocupado del uso de los tallos intrauterinos desde 1941 año en que publicó los resultados obtenidos en 9 casos de esterilidad insistiendo 10 años más tarde sobre su técnica al celebrarse el Primer Congreso Brasileño sobre esterilidad donde reveló los resultados conseguidos en otros 6 casos similares (Bunster 1951).

La mayoría de los ginecólogos han proscrito el uso de los tallos intrauterinos basándose en los siguientes items:

* Clínica Ginecológica del Hospital del Salvador - Santiago - Chile.

NOTA: Los directores de la "Revista de Ginecología y Obstetricia" no se hacen responsables de las ideas y opiniones de sus colaboradores.

1º El procedimiento es desconocido para ellos y por ser reputado como peligroso no vale la pena ensayarlo.

2º El tallo puede provocar endometritis, infecciones anexiales o del celular pelviano.

3º No hay base científica para usar el procedimiento.

4º Mediante la terapia hormonal o antiespasmódica y sedativa se puede conseguir la atenuación de los dolores en la dismenorrea.

5º En las clínicas ginecológicas modernas se carece de los tallos y el procurárselos constituye un problema.

La primera y segunda objeciones pueden rebatirse diciendo que no es cuerdo rechazar un procedimiento que antes pudo ser peligroso y que hoy, usado juiciosamente y correctamente no lo es. En efecto, el uso local de las sulfadrogas en el útero, dentro y alrededor del cuello uterino asociado al uso parenteral de antibióticos prácticamente elimina todo peligro de infección. Además, el uso de tallos metálicos de plata u otro, metales de por sí antisépticos hace aún más improbable cualquiera complicación séptica.

6º Después del análisis concienzudo que Reynolds (1949) ha hecho sobre las posibilidades terapéuticas del uso de los tallos intrauterinos en mujeres y en varias especies animales no se puede seguir afirmando que no hay base científica para usar el procedimiento.

Esas bases científicas, resumidas, son las siguientes:

a) Está demostrado (Bickers 1943) que las contracciones uterinas incoordinadas y espasmódicas en la dismenorrea primaria son corregidas por el uso de los tallos.

b) Uteros hipoplásicos o de tipo infantil pueden crecer con este medio terapéutico (Dickinson & Smith 1913).

c) Existe base experimental y clínica para afirmar que los tallos producen hiperplasia e hipertrofia de la musculatura uterina. Aún más, este hecho ha sido demostrado aun en ausencia de los esteroides ováricos (Reynolds & Kaminester 1936).

d) Es muy probable que la presencia del tallo provoque por vía indirecta o sea, desencadenando la secreción de gonadotrofinas y mediante éstas un estímulo de la secreción de las hormonas ováricas y que estas también actúen aumentando el tamaño del útero y produciendo un engrosamiento de su pared (Birnberg 1937. Reynolds S. R. M. 1949. Bunster 1941-1951.)

7º Si bien es cierto que algunas dismenorreas pueden calmarse mediante terapia hormonal o antidolorosa no lo es menos que un procedimiento sencillo cual es la intubación puede liberar en definitiva a esas pacientes del uso de tal medicación.

8º La última objeción no es valedera ya que mediante un pequeño dispendio económico pueden las clínicas proveerse de los sencillos tallos.

Es probable que la dilatación llamémosla "crónica" que ejercerá el tallo intrauterino sobre el cuello y el istmo uterino no sea el factor contribuyente a la curación de la dismenorrea pero sí lo será en las estenosis y atresias

cervicales. En la dismenorrea el dolor se atribuye a la contracción uterina sobre un miometrio isquémico. El tallo actuará corrigiendo la isquemia y secundariamente las contracciones espasmódicas de alto tono en la dismenorrea.

Sobre la esterilidad actuaría favoreciendo el drenaje del mucus cervical y facilitando la inseminación directa y también la indirecta si se utiliza nuestro modelo de tallo que ensancha el orificio cervical externo hacia el "pool" vaginal seminal.

INDICACIONES

Las indicaciones principales serían las siguientes:

- 1º En las aplasias del conducto cervical.
- 2º En las atresias parciales de la cavidad corporal.
- 3º En las atresias y estenosis congénitas o adquiridas, parciales o totales del cuello uterino.
- 4º En el alargamiento hipertrófico del cuello uterino asociado o no a la amputación parcial del cuello.
- 5º En los llamados cuellos en barrilete condicionados por una estrechez del orificio cervical externo.
- 6º En la dismenorrea primaria o secundaria de causa uterina acompañada o nó de hipoplasia uterina.
- 7º En la hiperanteflexión uterina.
- 8º En las retroflexiones reductibles pudiéndose aquí asociar al uso de un pesario de Smith (Weir 1937)
- 9º En los casos de esterilidad inexplicable.

PELIGROS Y CONTRADICCIONES

El tallo intrauterino no debe ser empleado en caso de infecciones agudas o sub-agudas del aparato genital. En caso de duda debe realizarse una prueba de sedimentación eritrocítica, un hemograma y un control razonablemente largo de la temperatura basal y vespéral.

Antes de la era de los bacteriostáticos y antibióticos, Weir (1937), en EE. UU., observó 2 casos de infección de moderada gravedad entre 318 casos tratados con el uso de tallos uterinos auto-continentes. Nosotros sólo hemos observado un caso de anexitis a raíz del uso del tallo de Douay (1928), hecho en goma, por lo cual y de acuerdo con este autor consideramos que tales tallos deben proibirse y usarse solamente los metálicos y acrílicos.

MODELOS

En la Clínica Ginecológica del Profesor Pardo y luego del Prof. Wood aprendimos el uso del tallo de Iribarne, ideado por este autor en 1916 y luego vulgarizado en sus trabajos de los años 1918 y 1926. El Dr. D. E. Puga realizó ahí su memoria con este tallo obteniendo un 100% de mejorías en casos de dismenorrea.

Sin embargo, enfocando el problema desde el punto de vista del tra-

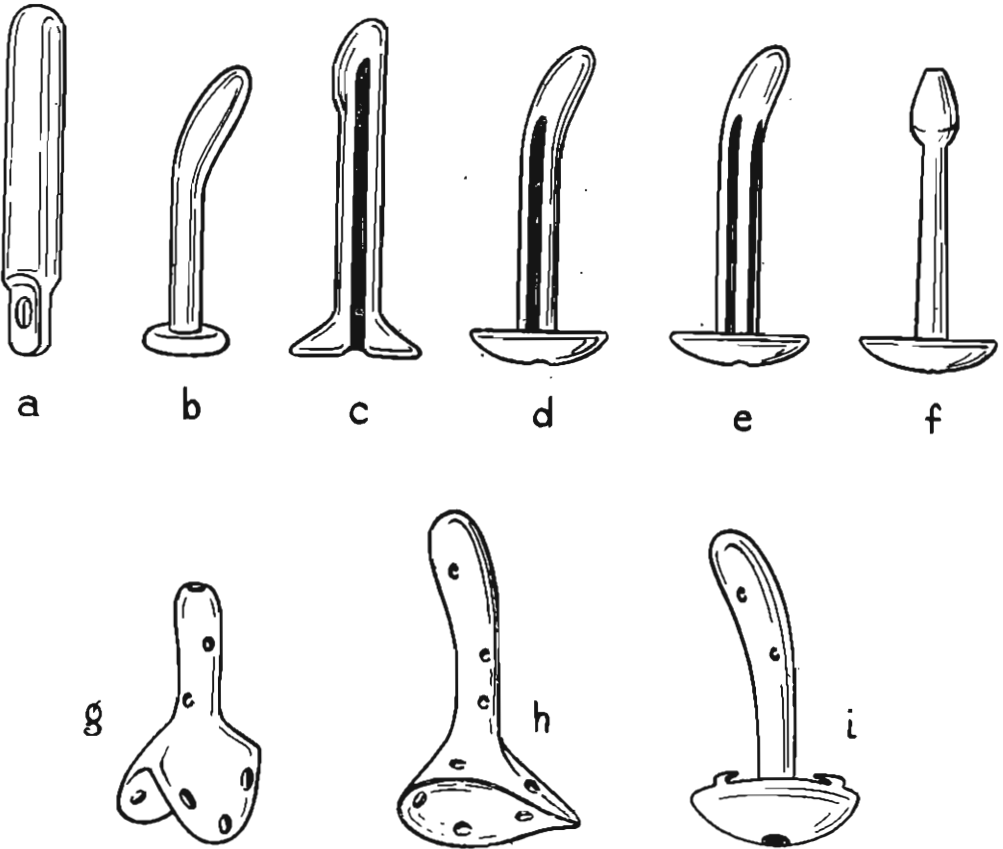


Fig. 1. A. Tallo de vidrio de Balwin; B. tallo de plata de Dickinson; C. tallo de goma de Wylie; D. tallo de goma de Boldt; E. tallo de aluminio de Boldt; F. tallo de aluminio auto-continente; G. tallo de Iribarne en plata; H. tallo del autor en plata, oro o acrílico; I. tallo de Segond en plata que se fija al cuello mediante ganchos que en él se incrustan. — En parte imitada de Crossen y Crossen, "Operative Gynecology" The C. V. Mosby Co. St. Louis 1938.

tamiento de la esterilidad femenina no nos dejaba satisfechos y es por eso que ideamos otro modelo que presenta sobre el de Iribarne (Fig. 1 g.) las siguientes diferencias (Fig. 1 h.).

1º Es más largo teniendo el modelo más corto 42 mms. de longitud y el corriente 6 cms.

2º El pabellón no es bilabiado sino cónico presentando un espolón que lo prolonga hacia atrás.

Sus bordes no son cortantes sino romos evitándose así posibles traumatismos de la mucosa vaginal o del pene.

4º Su extremo aparece dilatado en forma oblongada de modo que una vez franqueada la región ístmica esa zona engrosada ayuda a contenerlo.

5º Su eje aparece ligeramente incurbado siguiendo la dirección normal del conducto uterino.

6º Presenta 5 perforaciones en el pabellón en vez de 6, economizándose así algo de tiempo en su fijación al cuello.

El tubo de Iribarne exige para su colocación que se incidan transversalmente las comisuras, derecha e izquierda del cuello introduciéndose así en el ángulo diedro resultante al tubo con sus dos aletas las que se fijan a él por varios puntos de sutura. De esto resulta que si bien la inseminación directa puede facilitarse al ensanchar el orificio externo del cuello, la indirecta o por migración de los espermatozoos es bien poco favorecida. Usándose el tubo que nosotros preconizamos la operación, amén de no ser menos cruenta, (pues sólo se hace *una* incisión en la línea media de su labio posterior), acerca el orificio cervical externo al "pool" seminal y favorece así la penetración de los espermatozoos a la cavidad cervical. Además, la línea media es la región del cuello que contiene vasos más pequeños.

Mediante este tallo asociamos a las ventajas que representa su uso las posibilidades terapéuticas de la operación de Meacker (1934). En el corte así practicado se sitúa el espolón como posterior del pabellón de nuestro tallo impidiendo la cicatrización inmediata y reconstitución espontánea del labio posterior.

El tallo debe ser de plata, oro o de material acrílico. Recomendamos más bien los metálicos de por sí antisépticos aunque los acrílicos son también muy bien tolerados. Los tallos metálicos se esterilizan por la ebullición y los acrílicos por inmersión por 24 horas en el germicida C R I de Clay Adams Co. o en oxicianuro al 1 o/oo. En rigor pueden también ser esterilizados por la ebullición durante 10 minutos sobre un lecho de gasa.

MODUS OPERANDI

La paciente se prepara como para una operación vaginal. La enfermera deposita sulfadrogas en polvo profundamente en la vagina la víspera de la operación. Ya que la operación es corta basta la anestesia con Pentothal o Kemithene. Se comienza por aseo riguroso de los genitales externos y vagina con valvas de Breisky, solución de lisofoamo o tintura de jabón verde al 5% y luego se enjuaga con agua hervida. Para ganar tiempo este aseo se puede realizar antes de comenzar la anestesia.

Hecho esto y estando la paciente ya anestesiada se coloca la valva de Auvard y se tracciona al cuello hacia la vulva. Se hace antisepsia del endocervix con tintura de yodo al 8 ó 10% y luego se procede a dilatar el cuello hasta el Hegar o Bumm Nº 8. Se colocan los 3 puntos de Supramid o crin o seda gruesa en las 12, 3 y 9 horas del reloj. Cada punto se deja largo y se repara con una diferente pinza de Kocher o similar. Luego se incide el cuello a las 6 horas del cuadrante en extensión de 1 cm. y se colocan los 2 puntos restantes a las 5 y 7 horas respectivamente (Fig. 2 a y b).

Ahora se pasan los hilos correspondientes por los 5 orificios del pa-

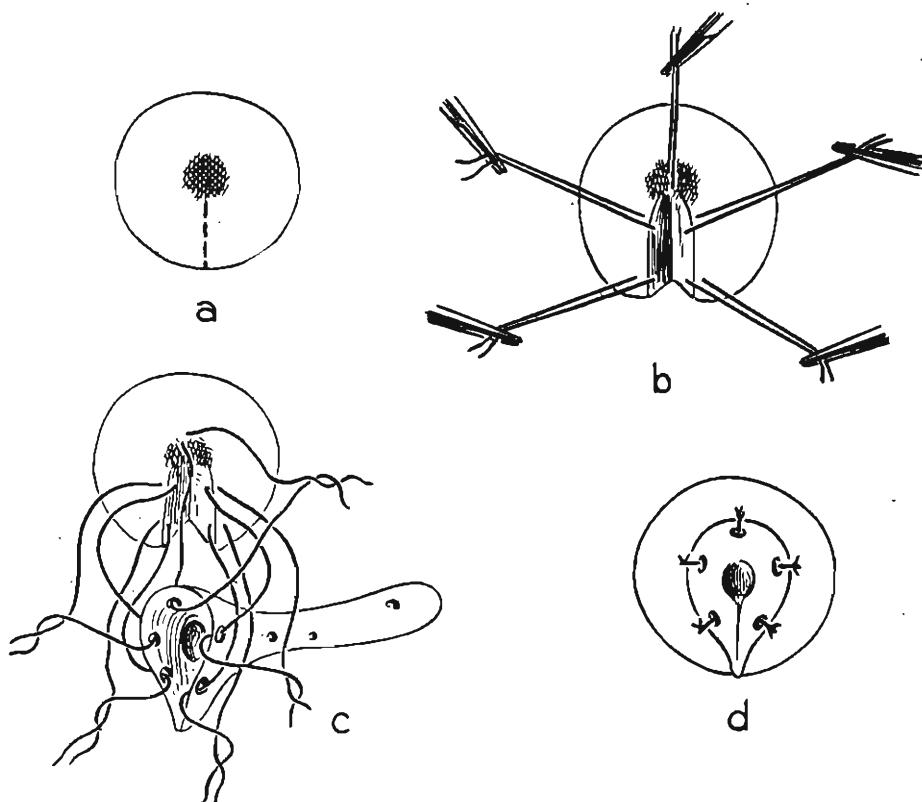


Fig. 2. a) Incisión del labio posterior del cuello en la línea media. — b) Los 5 puntos que fijarán el pabellón del tallo al cuello han sido colocados y separados con sendas pinzas. — c) Los hilos de sutura son pasados por los orificios correspondientes del pabellón del tallo en el aire. Luego el tallo será introducido dentro del canal uterino previamente dilatado, empujándolo mediante un dilatador de 4 mm. de diámetro. — d) Aspecto que presenta el tallo una vez colocado.

bellón del tallo quedando así este en el aire sostenido por los hilos (Fig. 2 c) y luego se monta el tallo en un dilatador de 4 mms. sirviéndose de él para introducir el tallo al interior del útero lo que se hace con facilidad pues el tallo se desliza sobre los hilos como sobre rieles. Se procede a anudar los hilos. Se termina depositando sulfadrogas alrededor del tubo (Fig. 2, d.). Si hubiese todavía pérdida hemática se deja además un taponamiento de gasa por un día.

La paciente se levanta al día siguiente y se va a su casa a las 48 horas de colocado el tallo.

La paciente se reintegra a su trabajo a las 72 horas de operada. Nosotros hemos proscrito las relaciones, pero en una ocasión en que fuimos desobedidos se produjo el embarazo a los 15 días de retirado el tubo en una paciente estéril de 9 años.

Weir (1937) que permite las relaciones con el tallo que el deja co-

locado por seis o más meses dice que entre 150 casos de mujeres estériles y en su mayoría dismenorreicas obtuvo un 32% de embarazos. Esto permite suponer que estamos equivocados y que las relaciones sexuales, no muy frecuentes, pueden ser permitidas.

A la semana de operada la paciente es reexaminada y en este examen se limpia el cuello con algodón estéril y se vuelve a depositar sulfadrogas a su alrededor.

RESULTADOS

En el 50% de los casos serán dable el comprobar el crecimiento de uno de los ovarios el que llega a alcanzar el tamaño de una nuez o de un huevo de gallina. Es un crecimiento indoloro que nosotros interpretamos como producido por un aumento de las gonadotrofinas prehipofisarias debido a un estímulo reflejo partido del cuello. Sería un proceso semejante al que provoca normalmente la ovulación en la coneja o la gata.

En ninguno de nuestros casos intubados con tallos metálicos o acrílicos hemos podido observar infecciones, ni graves ni leves de los anexos o del tejido celular pelviano.

En el tratamiento de la esterilidad consignamos los resultados agenos y personales en el cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

Autor	Año	Nº de casos	Ester. corregid.	%
D. E. Puga	1929	14	0	0
Audebert	1937	28	13	46,4
Hanmant	1934	60	38	64,4
Weir	1937	150	48	32
Bunster	1955	20	6	30

Resultados obtenidos con el uso de los tallos intrauterinos en la esterilidad.

En el cuadro N° 2 mostramos las características principales de los casos en que el resultado fué positivo.

CUADRO N° 2

Caso	Edad	Esterilidad	Lapso transcurrido entre la intubación y la iniciación del embarazo	Resultado del embarazo	Embarazos posteriores
1	26	secundaria de 1 año	5 meses	Aborto de 1 1/2 mes.	si
2	31	secundaria de 9 años	75 días	Parto normal	si
3	26	primaria de 10 años	9 meses	Aborto de 1 mes	no
4	32	secundaria de 2 años	28 días	Parto normal	si
5	35	secundaria de 8 años	1 año y 8 meses	Embarazo ectópico	no
6	31	secundaria de 2 años	2 meses	Parto normal	muy reciente

Detalles de las características principales en los casos de esterilidad favorablemente influenciados por la intubación.

Como se podrá observar a pesar de haberse corregido la esterilidad en un 30% de los casos sólo en la mitad de ellas se consiguieron partos a término normales y nuevos embarazos. Esto contrasta con resultados más favorables obtenidos por otros autores lo que puede explicarse si se considera que el presente autor ha usado el tallo intrauterino como último recurso, o sea, cuando otras medidas terapéuticas habían fracasado.

En la dismenorrea, los resultados han sido los que muestra el cuadro N° 3.

CUADRO 3

Autor	Año	Nº de casos	Curados	
			Nº	%
D. E. Puga	1929	15	15	100
Weir	1937	234	153	65
Bunster y asociados	1955	9	7	71

Resultados del uso del tallo intrauterino en la dismenorrea.

En las atresias y estenosis del cuello uterino el autor y asociados han obtenido la curación completa en 8 de 9 casos, desconociéndose el resultado en uno. Esto significa un 88% de resultados beneficiosos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. El uso de los tallos intrauterinos de oro, plata o acrílicos constituye hoy día un procedimiento inocuo.
2. Su uso está especialmente indicado en la dismenorrea espasmódica de causa uterina, en las atresias e hipoplasias uterinas, estenosis del cuello, en las hiperanteflexiones uterinas y en las esterilidad condicionada por ciertos factores cervicales o de causa criptogenética.
3. Se insiste en las ventajas de usar un modelo original del autor que ha sido ideado especialmente para corregir la esterilidad. Los tallos hechos de goma (caucho) deben proscribirse.
4. Se presentan los resultados obtenidos en 40 casos en que se logró curar la esterilidad en el 30% de 22 pacientes estériles, la dismenorrea en el 71% de entre 9 pacientes y las atresias cervicales o corporales en el 88% de otras 9 enfermas.
5. En la mitad de las pacientes se comprobó un crecimiento discreto e indoloro de uno de los ovarios lo que se atribuye a una descarga de gonadotrofinas hipofisarias provocada por un reflejo partido del cuello uterino.

SUMMARY

1. The use of any kind of stem pessary in the intracervical canal such as the gold, silver or acrylic material show to be satisfactory and is not a dangerous procedure. It is used in the spasmodic dysmenorrhea of uterine cause, stenosis of the cervical canal and many conditions in relation with cervical factors or the cryptogenic cause in the woman infertility.

2. The author emphasize the advantageous of the stem pessary designed by him self and refuse the rubber's stem.
3. There were 40 cases, the 30% of 22 infertility patients was cured as 71% of 9 patients with dysmenorrhea and 88% of another group of 9 patients with cervical and corporal atresia became well after traetment by stem pessary.
4. In 50% of all patients was an increase of size in the ovary, probably in relations with special activity of pituitary gonadotropins stimulated by a reflex from cervical canal.

BIBLIOGRAFIA

- Audebert L.: Traitement de la stérilité d'origine cervicale par la tige intrauterine. *Revue Franc. de Gyn. et d'Obst.* 18:660, 1927.
- Bickers W.: Primary dysmenorrhea. *South M. J.* 36:192, 1943.
- Birnberg Ch. H.: Pituitary response to cervical dilatation. *Endocrinology.* 21:294, 1937.
- Bunster E.: Intubación uterina. *Bol. Soc. Chilena de Obst. y Gynec.* 6:146, 1941.
- Bunster E.: Uso del tallo uterino en la esterilidad. *Aneis do I Convenio da Sociedade Brasileira de esterilidade.* *Min. da educacao e cultura* 1:587, 1951.
- Dickinson R. L. & Smith.: The treatment of antelexion, defectivo function and sterility. by glass on silner stems. *Am. J. Obst. & Gynec.* 18:686, 1913.
- Douay E.: Tube élastique intrautéрин pour stérilité. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 27:542, 1928.
- Douay E.: *Gynécologie O. Doin Paris, 1928.*
- Hammant A.: De l'emploi de tubes intra-uterins dans la stérilité féminine. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 33:322, 1934.
- Huhner M.: *The diagnosis and treatment of Sexual Disorders F. A. Davis Co. Philadelphia. 1937.*
- Iribarne J.: Un dispositivo para el tratamiento quirúrgico de la estenosis del cuello y de la antelexión congénita. *Actas del I Congreso Nacional de Medicina. Buenos Aires, 1916.*
- Iribarne J.: A propósito del tratamiento de la esterilidad femenina y de la dismenorrea por el tubo intrauterino. *Rev. Med. Lat. Amer.* 11:1136, 1926.
- Iribarne J.: Tratamiento córrecto de la estenosis del cuello y antelexión del útero congénito, con el tallo de Iribarne. *Revista argentina de Obstetricia y Ginecología.* 2: 293, 1918.
- Meaker S. R.: *Human sterility. Williams & Wilkins Co. Baltimore. 1934.*
- Palmer R.: *La stérilité involontaire. Masson et cic. Paris, 1950.*
- Potter J. C.: Winged stem pessary to correct. stenosis of cervix. *Amer. Journ. Obst. & Gyn.* 52:164; 1946.
- Puga D. E.: Tratamiento de la antelexión y de la estenosis cervical y de sus consecuencias funcionales (esterilidad y dismenorrea) con el tubo de Iribarne. *Tesis de Doctorado. Talleres del Diario Ilustrado. Santiago, 1929.*
- Reynolds S. R. M. *Physiology of the uterus. Paul B. Hoeber Inc. Med. Books New York. 1949.*
- Stábile A.: *La esterilidad matrimonial. "El Ateneo" Buenos Aires, 1946.*
- Weir W. H.: Results with the intrauterine stem pesary. *Am. J. Obst. y Gynec.* 33:291, 1937.
- Reynolds, S. M. R. & Kaminister S.: Distention, a stimulus for uterine growth in untreated, ovariectomized rabbits. *Am. J. Physiol* 116:510, 1936.