

CIRUGIA DE LOS PROBLEMAS CONGENITOS

Javier Hoyle Cox

Problemas de malformaciones congénitas son causa frecuente de esterilidad, su solución está dentro del campo quirúrgico, en la mayor parte de las veces, exceptuándose aquéllas como la agenesia vaginal, uterina u ovárica que, por su condición, son irreversibles.

ESTRECHEZ DEL INTROITO

La esterilidad por estrechez del introito vaginal es de buen pronóstico. Se trata quirúrgicamente para la impotencia coeundi, presente en la mayor de los casos, se hace conjuntamente un tratamiento psicoterápido adecuado, responsabilizando a la esposa de la condición anatómica involuntaria causante de la actual situación de impotencia y que se solucionará con una intervención quirúrgica adecuada.

Todos los casos fueron tratados con éxito excepto uno que por ser demasiada profunda la lesión psíquica, fue remitido al psiquiatra.

Es frecuente encontrar la pareja con muchos años de casados que no ha llegado a la consumación de un acto sexual, lo que se descubre por un examen ginecológico.

El tratamiento quirúrgico a la esposa puede ser con anestesia general, epidural, narcolepto-analgésia o local, siguiendo estas pautas:

1. Himenectomía: si el himen es grueso, duro, carnoso y resistente; o cortes y sutura sin resección, si hay que dar amplitud al introito.
2. Corte profundo longitudinal desde la parte media de la vagina a la mitad del periné, cuya amplitud debe ser valorada por el cirujano para el caso en particular; de eso dependerá la futura condición del introito.
3. Hemostasia prolija de vasos sangrantes, pues un hematoma local post operativo rompe las suturas y complica una buena cicatrización.
4. Luego se procede a la sutura de la herida producida en sentido inverso, en 2 planos; el profundo da la resistencia al periné y los superficiales afrontan la mucosa convenientemente hacia los lados.
5. Puede no ser necesaria la hospitalización, pero de requerirlo sólo con uno o dos días es suficiente; y se indicará cremas y óvulos.
6. Antes de permitir vida conyugal, que no será antes de 2 meses, debe comprobarse la cicatrización perfecta de la herida, la desaparición de vaginitis frecuentes en estos casos y, al tacto, una buena elasticidad de los tejidos, con lo que se asegurará la desaparición de vaginismo que puede hacerse permanente si no se toma las precauciones convenientes.

Las estadísticas en nuestro Centro de Trabajo indican, que 0.60/o de pacientes con esterilidad tienen esta causa. Son 85 casos tratados y curados lo que da un índice muy alto de efectividad, excepto cuando existen otros factores intercurrentes propios de la pareja estéril.

TABIQUES VAGINALES

Otra causa congénita de esterilidad femenina son los tabiques vaginales que hay que considerar de 3 tipos:

- A. Tabiques transversales completos con pequeño orificio para salir la sangre menstrual, que ocultan totalmente el cuello, formando la vagina como un reloj de arena. Están localizados principalmente en el fondo vaginal, no impiden la vida conyugal, pero son causa de esterilidad por dificultar la migración espermática.
- B. Los tabiques parciales, generalmente en media luna, ocultan el orificio externo del cervix. Igualmente como el anterior, no permiten la migración, tanto por ocultar el orificio externo como por las infecciones vaginales frecuentes en esta condición anatómica anormal de la vagina. Su frecuencia es mayor habiéndose encontrado en un 0.40/o como causa de esterilidad.
- C. Los tabiques longitudinales, si es que se permite esta expresión, son en realidad una doble vagina por falta de fusión de los conductos de Müller, que causa a veces esterilidad por estrechez vaginal y falta de inseminación; o casos, como lo hemos encontrado, de una vagina amplia —que permitía una relación sexual normal— pero continuaba en un hemiútero rudimentario, mientras el otro hemiútero normal conectaba con vagina estrecha, condicionando esterilidad.

CONDUCTA QUIRURGICA

- A. En los tabiques totales hay que hacer incisiones radiadas a horas 3—6—9—12 desde el centro hasta la pared vaginal, suturándolas en sentido antero-posterior con catgut crómico 2—0 seguido de óvulos o cremas, con lo que queda expuesto el cervix.
- B. En los tabiques parciales, basta un corte ó 2 desde la zona media hacia la pared vaginal, con la sutura correspondiente.
- C. En los tabiques longitudinales, se amplía la vagina con una incisión del extremo al fondo de saco vaginal, sin resección de tejido, suturando los bordes, lo que permitirá mayor amplitud de vagina.

ESTRECHEZ DEL ORIFICIO EXTERNO.

Se encuentra con frecuencia un orificio externo muy pequeño, casi puntiforme, que permitiría la salida de sangre menstrual por presión de la contracción uterina, pero es causa de imposibilidad de migración espermática, pues siempre se acompaña de infecciones endocervicales por difícil drenaje o mucosidad muy espesa que forman un tapón difícil de franquear por los espermatozoides.

La conducta a seguir es dilataciones con bujías de Hegar en forma progresiva y en varias sesiones o la utilización de tallos de laminaria por 12 a 24 horas.

Cuando se fracasa en este método de tratamiento, se recurrirá a la colocación del tallo de plata de Iribarne, para lo cual, previa dilatación cervical, se hace una incisión longitudinal a lo largo del canal y se inserta el tallo fijándolo con 2 ó 3 puntos al cervix, donde permanece 3 a 4 semanas.

INCOMPETENCIA CERVICAL

El cervix ensanchado en su orificio interno condicionado por causa congénita de debilidad de la musculatura del esfínter (excepto la producida por acción iatrogénica) es causa de aborto habitual, se la diagnostica por antecedentes de abortos espontáneos en el segundo trimestre y confirmados por la histerosalpingografía simple o con balón y el fácil paso de bujías de Hegar No. 8.

Se procede con varias técnicas:

- A. La cuña a nivel del orificio interno preconizada por Las que tiene el inconveniente de producir esterilidad, cuya razón no es conocida.
- B. El cerclaje, a realizarse a la 12a. semana de gestación, para la que se ha descrito variaciones en las técnicas con resultados halagadores.

MALFORMACIONES CONGENITAS DEL UTERO

La falta en el acoplamiento de los tubos Mullerianos lleva consigo malformación del útero en diferentes grados, según la altura donde se produjo la detención de la fusión, formando los úteros didelfos verdaderos o pseudodidelfos, como el cordiforme, arcuatum, subseptum, septado, bicorne, etc. Dan con frecuencia problemas de abortos a repetición por menor cavidad adonde desarrollarse en la gestación, por lo que debe procederse a intervención quirúrgica.

La falla en la canalización de los tubos de Muller forma un útero unicolis con atresia cervical o vaginal, o el útero bicavitario bicolis con atresia cervical o vaginal unilateral; se debe proceder a la intervención quirúrgica para restituir la fertilidad.

Las técnicas quirúrgicas han sido descritas y modificadas por muchos cirujanos. Nosotros procedemos así:

- A. Al abrir la cavidad, si encontramos un útero bicorne con los 2 hemiúteros separados, se emplea la técnica tipo Strassman de incisión transversal a un centímetro del ostium tubárico, de uno al otro lado; en profundidad llegará hasta la cavidad uterina; luego, se sutura en varios planos por separado, desde el endometrio hasta la serosa, tratando de formar una sola cavidad de esos 2 semiúteros.
- B. Si en el acto operatorio vemos una sola masa de útero y se sabe que hay un septum de separación de cavidades, la incisión será antero-posterior, tratando de que por esta cuña se elimine el tabique de separación de cavidades; se sutura por planos evitando la formación de adherencias.

RETROFLEXIONES O LATERO DESVIACIONES

No son malformaciones sino, mas bien, malposiciones del útero, y son con frecuencia causa de esterilidad e infertilidad.

Las retroflexiones uterinas fijas (condicionadas con frecuencia por procesos infecciosos o endometriosis), pueden tener también un origen congénito que condiciona una congestión pasiva o dificultad en la migración espermática por estar el cervix pegado a la pared anterior de la vagina; son susceptibles del acto quirúrgico.

Las técnicas son variadas, desde el acortamiento de los ligamentos redondos a la plicatura de los úterosacros o el suturar los redondos a la cara anterior del útero.

Pero el procedimiento con el que mejores resultados hemos obtenido es fijando los redondos a la cara posterior del útero, pasándolos a través del ligamento ancho, haciendo pequeños cortes tanto en la cara posterior de la masa uterina como en el ligamento para favorecer su adhesión permanente. Se sutura con seda en varios puntos separados.

Procedimiento éste que debe efectuarse con toda distopía o cuando se realiza una intervención quirúrgica y no se encuentra otra causa aparente de esterilidad.

El planteamiento quirúrgico en estos problemas de esterilidad-infertilidad, debe hacerse previa valoración de todos los demás factores que puedan incidir en su problema, y no tomar una decisión precipitada al simple examen de una paciente quien —ansiosa de obtener su propósito—, accede a las recomendaciones cuando puede haber más razones causantes de su frustrada maternidad.

