

# TENDENCIAS MODERNAS EN CIRUGIA TUBARICA

Abraham Ludmir Grimberg

## I. CONSIDERACIONES GENERALES

Evidentemente, el éxito de la cirugía tubaria en la última década no sólo se basa en la magnificación de las estructuras, sino:

- En el suave manipuleo de los tejidos
- La hemostasia cuidadosa
- La aproximación adecuada de los planos
- El uso de material de sutura fino y no reactivo, y el hecho que para proceder a la llamada microcirugía, se debe tener en consideración:
  - El conocimiento del transporte ovular y el fenómeno de la colisión de los gametos.
  - Las bases fisiopatológicas, los cambios estructurales y la localización de la trompa enferma.
  - La selección cuidadosa de los pacientes, estableciendo un perfil.
  - La selección de la técnica apropiada para cada caso particular.
  - Las condiciones de destreza y experiencia del cirujano
  - La necesidad de evaluación constante de los resultados.

En todo caso, el objetivo final de la intervención es la:

- Recanalización y funcionamiento tubario.
- La adecuada interrelación de la fimbria con el ovario.
- La prevención de la injuria tisular y la isquemia, ya que estas posibilidades pueden generar adherencias.

Y, lógicamente, el recuperar la capacidad de procreación.

## II. DE LOS LENTES O ARTEFACTOS DE MAGNIFICACION

Además de los lentes de aumento, tipo oftalmológico, adicionados o integrados a los anteojos y con 2—4—6 aumentos, existe una gama de sofisticados adelantos, como por ejemplo: los microscopios binoculares con zoom, las fuentes de la luz fría, los lentes angulares, los lentes telescópicos, etc., etc. Cada uno de dichos artefactos tienen sus propias indicaciones.

Los lentes de aumento o los microscopios requieren de gran entrenamiento y mucha paciencia y dedicación; todos tienen sus ventajas y desventajas. Demás está recalcar la importancia de la iluminación en cada caso.

## III. DEL INSTRUMENTAL Y LA HEMOSTASIA

Debe emplearse instrumental fino atraumático, y con una serie de modificaciones para poder ser usados como guías o como dilatadores (de 0.4 a 1 mm.), como separadores o para aproximar estructuras. Se cuenta con clamps especiales, como el de Babcock o Williams.

Los puntos sangrantes de vasos medianos deben ser tomados con clamps finos y ligados con suturas finas; los vasos pequeños deben ser electrocoagulados con electrocoagulador bipolar. Las tijeras deben ser muy delicadas y cortas, de 7 a 12 cm. Algunas de las pinzas deben ser tipo bayoneta con puntas muy finas.

Se debe contar con jeringas e instrumental de irrigación y aspiración.

Las agujas microquirúrgicas deben tener: 3 a 6 mm. longitud, 135 curvatura, 50—160 m. de diámetro.

El material de sutura no reactivo, fino, de preferencia es el ácido poliglicólico (Dexon) No. 4 a 6 ceros.

## IV. DE LA TECNICA QUIRURGICA

- El procedimiento debe preferirse en la fase preovulatoria.
- Conviene un adecuado trendelenburg.
- La incisión de Pfannenstiel debe ser apropiado y suficiente.
- Las gasas y campos endoperitoneales deben estar humedecidos y lavados constantemente con solución salina que lava irritantes como la sangre o fragmentos de tejidos; debe removerse, así mismo, todo coágulo, cualquiera fuere el volumen. Se plantea que el Lactato de Ringer no irrita el mesotelio; nosotros lo utilizamos en la hidrotubación. La glucosa hipertónica tiene acción fibrinolítica y es un vehículo para la administración de esteroides y enzimas.
- La elevación del útero y anexos hacia el operador se debe efectuar colocando gasas grandes húmedas en el Douglas.
- La irrigación constante y el manejo muy suave de tejidos disminuye el posible daño, y utilizando antihistamínicos y cortisona se reduce la proporción de la respuesta al trauma (dexametasona y prometazina que como antihistamínico limitan el trasudado fibrinoide de la reacción alérgica).

Los corticosteroides, por su acción antiinflamatoria, evitan adherencias, pues por su acción antagonica con la histamina reducen los exudados de la fase inicial en la respuesta inflamatoria.

Algunos utilizan el Dextran a nivel intraperitoneal o como hidrotubación (es un expansor plasmático y anticoagulante, puede actuar como antigénico, o impediría la formación de adherencias).

Nosotros utilizamos al terminar la intervención 2 ampollas de Trasylol (inhibidor de proteasas), efectivo a nivel de la serosa peritoneal y evidentemente para evitar fenómenos adherenciales. Hay quienes utilizan 5000 U. de Heparina por cada 100 cc. de suero, siempre para evitar las adherencias.

Es importante el que la solución se obtenga directamente del frasco de suero correspondiente y no tenerla a cielo abierto por la posibilidad de contaminación.

- g) Es apropiado, antes de la incisión abdominal, el colocar una cánula de Jaroho o similar a nivel del cuello uterino para fines de persistir la hidrotubación intra y post operatoria con solución coloreada salina o de lactato de Ringer a la cual se agrega dexametasona (20 mg.) con prometazina (25 mg.) y un antibiótico que podría ser un aminoglucósido.
- h) Consideramos apropiados mantener en el postoperatorio los corticoesteroides y el antihistamínico cada 4 a 6 hrs., por unas nueve veces.

La hidrotubación post operatorio de goteo debe ser bien meditada por el peligro potencial de infección.

- i) Los Hocks de Silastix sólo deben ser utilizados en casos de hidrosalpinx y obstrucción distal. La reo-

peración 6 meses después tiene también sus inconvenientes.

En general se trata de evitar los artefactos de prótesis desde que Winston y otros demostraron que no tienen ventajas sobre la microcirugía.

V. TIPOS DE PROCEDIMIENTO:

- a) Implantación: Itsmica o ampular
  - Intramural — Itsmica
  - Intramural — Ampular
- b) Anastomosis: Itsmica — Itsmica  
Itsmica — Ampular  
Ampular — Ampular
- c) Salpingoneostemía
- d) Fimbrioplastia: Desaglutinación y/o Dilatación
- e) Remoción de adherencias (periováricas y peritubarias)
- f) Operaciones combinadas.

VI. OPERACIONES CONCOMITANTES

- A) Ventro fijación del útero, para evitar adherencias hacia el Douglas. La fijación se consigue o por acortamiento de los redondos o de los útero sacros. Se prefiere la suspensión de los redondos con material reabsorbible hacia las paredes anteriores del abdomen.
- B) Remoción del ovario u "ooforectomía paradójica": Bronson sugiere efectuarlo donde existe una trompa ipsilateral no funcionando.
- C) Otras miradas a la cirugía anterior. Por culdoscopia o laparoscopia post operatorio pueden ulteriormente resecarse adherencias.

BIBLIOGRAFIA

BRONSON A., and WALLACH E., "Lysis of perladnexial adhesions for correction of infertility". *Fertility and Sterility* 28, 6, 1977.

ELLIS H.T., "The cause and prevention of postoperative intraperitoneal adhesions". *Surg. Gynecol. Obstet.* 133:497, 1971.

GOMEZ V., "Tubal reanastomosis by microsurgery". *Fertility and Sterility* 28, 1, 1977.

HOEREN Z.P. "The design of the surgical procedure". Part I, *Ophtalmol. Surg.* 4, 40, 1975.

JONES W. and ROCK A., J. "On the reanastomosis of Falloplian tubes after surgical sterilization". *Fertility and Sterility* 29:6, 19678.

PFEFFER H., W. "Adjuvants in Tubal Surgery". *Fertility and Sterility* 33, 3, 1980.

RAMON GARCIA, and MASTROIANNI L. "Microsurgery for treatment of adnexial disease". *Fertility and Sterility* 34, 5, 1980.

SIEGLER M., and KONTOPOULOS V. "Analysis of macrosurgical and microsurgical techniques of tubo peritoneal factor in infertility". *Fertility and Sterility* 32, 377-383, 1979.

WALLACH E., and KEMPERS D.R. "Modern Trends in infertility and conception control". The Williams & Wilkins Company, 1979.