

# PLASTIA TUBARIA EN EL HOSPITAL GENERAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA

*Autores: Dr. Benigno Lozada S. y Dr. Edgard Pacheco B.*

## INTRODUCCION.—

La esterilidad de la mujer, ha sido y sigue siendo un problema de importantes decisiones en la vida de la mujer.

La esterilidad Primaria como Secundaria, son a menudo consultas que recibimos, los médicos de la especialidad, debido al rol importante que tiene en la vida de las parejas, muchas de ellas considerando este aspecto como imprescindible en la estabilidad del hogar y por consiguiente de las parejas, que consideran la peremnitzación de la familia o de la vida, con hijos propios y no con los ajenos.

Tenemos casos que las parejas, son víctimas de su falta de conocimiento en planificación familiar, y nosotros los médicos también somos culpables de no orientar u orientar mal a las parejas, para esta planificación, inadecuada guía familiar o principios rígidos religiosos hacen que lleguen a tener un número alto de hijos, que posteriormente no puedan ser alimentados ni sostenidos en forma adecuada lo que conlleva a tomar medidas definitivas como la esterilización definitiva, abandono de la familia o muerte del padre, sostén de la familia o adquirir nuevos compromisos con otra pareja, la cual condiciona el sostén de su prole, al que su pareja le da un hijo propio como expresión del "machismo masculino", muy frecuente en Latinoamérica.

Un grupo minoritario generalmente consulta por su necesidad indispensable de tener prole, o habiendo tenido no poder tener nuevamente hijos, luego de una vida conyugal de tiempo prolongado.

Determinando previo estudio su diagnóstico y exponiendo los riesgos de fracaso quirúrgico se sometieron a la plastía tubaria, a fin de poder embarazarse.

## MATERIAL Y METODOS.—

El presente trabajo se realizó en veinte (20) pacientes, a las cuales se les practicó la respectiva laparotomía; son pacientes que consultaron por esterilidad primaria o secundaria debido a causas médico-infecciosas o en forma ex-profesa al haber sido sometidas a previa salpingotomía bilateral, por esterilización definitiva, practicada previamente.

A dichas pacientes, se les realizó los análisis clínico-laboratoriales respectivos y el estudio histerosalpigográfico previo, a fin de identificar el lugar del bloqueo tubario que presentaba; en algunos casos, pese al hallazgo de dilataciones tortuosas de trompas o hidrosalpin y explicándose a las pacientes los riesgos que conllevaban estas intervenciones, las pacientes solicitaron la intervención quirúrgica, las cuales en un 100% fueron fracasos debido a los cuadros clínicos que eran portadoras, ante su desesperación por su estabilidad en el hogar.

Para la plastía tubaria se utilizó instrumental quirúrgico usados en oftalmología y los usados en cirugía de tendones y plastía, además contamos con un lente de veinte (20) aumentos para el acto operatorio y como guía en la anastomosis término-terminal de las trompas se utilizó un hilo de nylon de pesear, delgado, con el que se canalizó desde las fimbrias, pasando por el muñón proximal e insertando aproximadamente 20 cm. de nylon en la cavidad uterina y 15 a 20 cm. en la cavidad abdomino-pélvica.

La sutura término-terminal se realizó con seda 6/0 con aguja atraumática y en dos casos con catgut crómico 4/0, en puntos separados en músculo y aponeurosis.

Luego de la laparotomía, se dejan estos hilos durante tres semanas, luego de las cuales, ha-

\* Profesor de la Facultad de Medicina de la Univ. Nacional San Agustín - Arequipa.

jo anestesia general, se realizó dilatación de cuello uterino y extracción de los hilos de nylon por vía vaginal.

Posteriormente se realizaron hidrotubaciones con la asociación de Ig. de Ampicilina - 4 mg de Dexametazona, tres secciones por semana durante dos a tres semanas, para posteriormente, practicárseles la histerosalpingografía control a fin de confirmar su pasaje de la sustancia opaca por el canal tubario.

anteriores, con partos eutócicos de 1 a 5 y un solo caso de cesárea anterior; todas las pacientes que por diversas razones se les realizó salpingotomía bilateral o bloqueo tubario las que posteriormente adquirieron nuevos compromisos, a su vez estas nuevas parejas, deseaban tener hijos, razón por la que acudieron a fin de ser sometidas a la plastía tubaria.

### RESULTADOS Y DISCUSION.—

#### CUADRO N° 1

#### EXITOS OPERATORIOS EN PLASTIA TUBARIA

Edad	Diagnost. de Ingreso	Resul. Post Op.	Gest.	P.E.	P.D.	Abort.
20	Salpin. Bil. (minil.)	Embarazo	1	—	—	1
25	Salpin. Bil. (minil.)	Embarazo	3	2	—	1
30	Obst. Tubaria Bilat.	Embarazo	1	—	—	1
34	Cesarea-Salp. Bilat.	Embarazo	3	1	1	1
35	Salpin. Bil. (minil.)	Emb. - Abort.	4	4	—	—
35	Salpin. Bil. (minil.)	Embarazo	3	3	—	—
36	Salpin. Bil. (minil.)	Embaroz	4	3	—	1
36	Bloqueo Tub. (A. Yoon)	Embarazo	6	5	—	1

Los resultados obtenidos de acuerdo a este cuadro, se observa que: de 20 pacientes operadas de plastía tubaria, ocho (8) tuvieron resultados positivos siendo de 20, 25, 30, 34, 35 y 36 años de edad respectivamente, de las cuales, a su ingreso tuvieron diagnóstico clínico de esterilidad por salpingotomía bilateral (técnica de Pomeroy) como operación única en 5 casos, bloqueo tubario con aplicación de anillos de Yoon 1 caso, Cesarea más Salpingotomía bilateral 1 caso, Obstrucción tubaria bilateral post aborto provocado en 1 caso; a todas las pacientes se les practicó la plastía tubaria, obteniéndose por resultado en todos los casos el Embarazo posterior, y en un caso, que luego de embarazarse tuvo un aborto espontáneo a las 12 semanas de gestación.

En cuanto a su paridad, se observa, que todas las pacientes tuvieron de 1 a 6 gestaciones

#### CUADRO N° 2

#### FRACASOS OPERATORIOS POST PLASTIA TUBARIA

Edades	N° de Casos	Diag. pre-operatorio
22	1	Salpin. Bilateral + Cesarea
25	2	TBC Genital TBCP (Plast. tubaria Izq.) Est. Prim.
26	1	Obstruc. Tubaria post Apendisect.
31	1	Obstruc. Tubario (Esterilidad Sec.)
32	3	Salpingot. bilat. (minilap.) Obstruc. Tubaria post salpingitis
34	1	Salpingotomía Bilat. (minilap.)
38	2	Salpingot. bilat. + Cesarea Salpingot. bilater. (minilap.)
40	1	Salpingot. bilat. (minilap.)
TOTAL	12	

En este cuadro se observa el número de casos de fracasos quirúrgicos posterior a la plastía tubaria apreciándose que los 12 casos de fracaso en sus diagnósticos previos a la intervención fueron 2 casos de pacientes cesareadas anteriormente son salpingotomía bilateral, 4 casos de pacientes que previamente fueron sometidas a salpingotomía bilateral por minilaparotomía bilateral; 2 pacientes fueron portadoras de Tuberculosis Genital, en una de ellas además era portadora de Tuberculosis Pulmonar con esterilidad primaria un caso de obstrucción tubaria post salpingitis y 1 caso de obstrucción tubaria post apendicectomía complicada.

Cabe hacer notar que en casos de obstrucción tubaria por salpingotomía bilateral anterior tuvimos fracaso quirúrgico en aquellas que tuvieron la ligadura muy cercana al cuerpo uterino, ya que esto dificultaba el pasaje del hilo de nylon a través del ostium y franquear su paso a cavidad uterina, en otros casos, fue el error diagnóstico pre-operatorio, que llevó a una intervención en trompas propiamente selladas por el proceso infeccioso o inflamatorio previo y finalmente el cálculo de posibilidades de recanalización de trompas, no se realizaron en forma adecuada.

#### DISCUSION.—

En la observación de la Técnica utilizada por nosotros en nuestro trabajo, se limita en particular a la reconstrucción de las trompas de falopio en pacientes esterilizadas antes (10 casos) y con obstrucción tubaria bilateral diagnosticada previamente (10 casos).

El pedido de esterilización activa en forma electiva se ha convertido en una técnica médica importante; en 1975, en los Estados Unidos 2.3 millones de pacientes se hicieron esterilizaciones tubarias y vasectomías; en nuestro medio la incidencia de esta solicitud es cada día mayor, siendo un alto porcentaje de solicitudes, de mujeres mayores de treinta años y con cuatro o más hijos, pero también existen estas solicitudes de pacientes de menor edad, que muchas veces los Ginecólogos las complacemos a su solicitud de esterilización definitiva de ahí que debemos prepararnos para anastomosar con creciente frecuen-

cia estas trompas ligadas sobre todo en aquellas que cambiaron de parecer en esta cuestión y desean procrear de nuevo.

En nuestro medio se observa que la esterilización definitiva ocupa un lugar preponderante luego del uso de anticonceptivos y dispositivos intrauterinos.

La finalidad de nuestra técnica quirúrgica es reducir a un mínimo el daño a los tejidos utilizados para esta plastía.

En nuestro trabajo utilizamos la técnica de la macrocirugía utilizada por Hellman en el Johns Hopking Hospital. En nuestra casuística, debido a la falta de recursos materiales para una microcirugía, pese a lo cual nuestros resultados no son distantes a los obtenidos por Winston, que obtuvo 55% de resultados positivos en relación al 40% nuestro; indudablemente que la mayoría, de pacientes nuestras utilizamos la anastomosis istmoistmicas, en las que no se discrepa mucho con el tamaño de la luz tubaria y como también reconocemos nuestros fracasos en pacientes cuya anastomosis fueron intramurales istmicas.

De ahí que para nosotros es importante la longitud de las trompas de falopio que se quiere volver a unir.

Otro factor importante, también es el lapso de tiempo, entre la esterilización y la recanalización tubaria, ya que su espera prolongada puede producir la lesión y desaparición de las cilias endotubarias. Todas las pacientes que fueron sometidas a plastía tubaria post ligadura de trompas tenían un intervalo de 3 a 5 años de su ligadura y la recanalización de las trompas, tiempo que es adecuado para evitar las lesiones señaladas anteriormente.

La utilización del lente de 20 aumentos, pese a que tiene sus limitaciones en cuanto a la precisión de colocar las suturas que hubiere sido de mayor provecho en nuestros resultados con el microscopio quirúrgico, aunque en las anastomosis istmicoistmicas los resultados fueron buenos; aunque algunos autores no observaron diferencias marcadas en sus resultados positivos utilizando microscopio quirúrgicos o lentes de aumento.

Como se puede observar en nuestro trabajo no se tuvo ningún caso de Embarazo Ectópico, como se ha visto en otras casuísticas, ello puede ser que el número de casos que exponemos en este trabajo es pequeño y que no nos permite evaluar el porcentaje de éxitos y fracasos en la recanalización de trompas con una casuística amplia, por lo que consideramos como un aporte primario a continuar en nuestra investigación pese a trabajar con recursos disminuidos de tipo microcirugía cuyos resultados puedan ser comparados con casuísticas expuestas por otros autores.

#### CONCLUSIONES.—

1. El presente trabajo se realizó utilizando la

técnica microquirúrgica realizada por Hellman en el Johns Hopking Hospital.

2. Nuestros resultados obtenidos tienen un éxito de 40% del total de operaciones realizadas.
3. El número de casos es pequeña como aporte primario de nuevos estudios a realizar para el futuro investigador.
4. Los casos estudiados no fueron casos seleccionados en razón de presentar este aporte con resultados totales de la plastía tubaria realizada.

#### BIBLIOGRAFIA

1. GARCIA Cr. ALLER J.: Surginal approach to tubal disease Clin. Obstet. Gynecol. 17, 102, 1974.
2. GRANT A.: Infertility surgery of the oviduct fertil steril. 1971.
3. PALMER R.: Presented to the ad-hoc committee on tubal surgery thirty-third anual mit of the American fertility society Miami. 1977
4. ROCK JOHN A.: Ginecología Operatoria. Mattingly Richard F. Thompson Jhon D. Te Linde, 330-357, 1983.
5. YOUNG P. E., EGAN J. E., BARLOW J. A.: Et Al. Reconstructive surgery for infertility at the Boston Hospital for Women. Am. J. Obstet. Gynecol. 108-1092. 1970.