

RECONSTRUCCION MICROQUIRURGICA POST ESTERILIZACION TUBARIA

Profesor Dr. Samoel Soihet *

RESUMEN

Se estudian 72 casos de pacientes que se sometieron a la recanalización tubaria post esterilización, en las que se analizaron los resultados. 9.2% post parto, 37.5% durante la operación cesárea y 33.3% por minilaparotomía. Todas ellas fueron sometidas a la técnica de Pomeroy. Un nuevo compromiso matrimonial o la pérdida de hijos, fueron las principales causas de reconstrucción. Solo fueron seguidas 54 casos con 45 gestaciones que ocurrieron entre los 8 y 28 meses desde la cirugía. El problema más importante fueron las gestaciones ectópicas tubarias del 9.2%. Los mejores resultados fueron en trompas mayores de 7 centímetros y en las de anastomosis ístmico ístmica. Se debe preservar durante la esterilización quirúrgica lo máximo posible de trompa, evitar esterilización con cauterio y recordar que probablemente es la última oportunidad de devolver la fertilidad.

SUMMARY

72 patients were operated for reversal tubal sterilization with atraumatic microsurgery technic and the results analyzed. 29.2% post partum, 37.5% during cesarean section and 33.3% thru a minilaparotomy. All of them underwent Pomeroy sterilization. A new husband or a loss of a child were the main reasons to request fertility. Only 54 cases were followed up, with 45 pregnancies which occurred 8 to 28 months post surgery. The main problem was the 9.2% of tubal pregnancies. The best results were in cases with a tubal leng over 7 centimeters at the end of surgery. To preserve the maximun leng of the tube, remouving only small segment is recomendad and not to sterilice with cautery, and to know that probably is the last chance for fertility return.

INTRODUCCION

En los últimos años han aumentado el número de mujeres que habiendo solicitado la esterilización quirúrgica de las trompas de Falopio, han pedido la reversión para reestablecer la fertilidad, debido a varias razones: por haber perdido un hijo, por haber contraído un nuevo matrimonio o por razones personales. Debido a que hay muchas técnicas en la esterilización tubaria, los resultados de la recanalización son también diferentes. (Cuadro I). Se emplean las técnicas tradicionales (macrocirugía), que alcanza hasta un 28% de éxito, hasta las técnicas atraumáticas con magnificación, equipo quirúrgico fino, al igual que las suturas y electromicrocauterios (micro-

cirugía), cuyos resultados alcanzan entre el 50 al 80%.

El pronóstico de la reversibilidad post esterilización, se calcula que de cada mil pacientes que solicitan, solo el 1% serían candidatas a la microcirugía, de las cuales se conseguirían solo seis gestaciones intrauterinas, o algo menos en fetos vivos. (Cuadro II).

En este trabajo, se trata de informar sobre los resultados obtenidos en pacientes portadoras de trompas seccionadas por la técnica de Pomeroy y que permanecen sanos los segmentos, intervención que fueron realizadas durante la operación Cesárea, en el post parto inmediato o en una minilaparotomía solo para

* Profesor Principal y Coordinador de Ginecología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

CUADRO I

METODOS EN USO PARA LA ESTERILIZACION TUBARIA

ABORDAJE:

ABDOMINAL

- Laparotomía
- Minilaparatomía
- Pomeroy
- Irving
- Madlener (sin sección)
- Salpingectomía
- Total o Parcial

VIA VAGINAL por lo de arriba

LAPAROSCOPIA

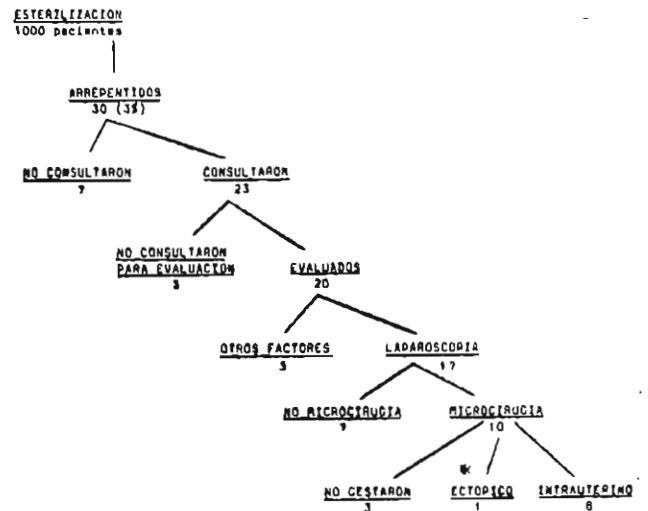
- Electrocauterio
- Anillos
- Clips
- Hulka
- Filshie

HISTEROSCOPIA

- Tapones de silicona
- Agentes esclerosantes

CUADRO II

PRONOSTICO DE LA REVERSIBILIDAD POST ESTERILIZACION TUBARICA



De cada 1,000 pacientes esterilizados 1% (pacientes) serían candidatas a la microcirugía, de las cuales solo 6 gestaciones intrauterinas o algo menos en fetos vivos.

este fin. Los casos de electrocauterización, o anillos de silastic via Laparoscopia, así como los casos de amputación de fimbrias, no han sido incluidas en este estudio.

MATERIAL Y METODOS

Setenta y dos pacientes fueron sometidos a la reanastomosis tubaria post esterilización quirúrgica, todas ellas únicamente por la técnica de Pomeroy desde el año 1977 a 1985, tratadas en la práctica privada y en Hospitales privados. Todos los casos fueron seguidos de 8 a 28 meses y solo se pudo evaluar los resultados en 54 casos (75%). Dieciocho de ellos se perdieron de vista hasta el presente estudio.

Toda pareja fue sometida a un estudio evaluatorio de rutina, previo, con el fin de descartar cualquier otra razón de infertilidad paralela. Además de la historia, la evaluación clínica, espermograma y los estudios que confirmen la ovulación regular, histerografía y laparoscopia diagnóstica para conocer si los segmentos tubarios tenían suficiente longitud y no eran hidrosalpingeas.

La técnica quirúrgica consistió en la reanastomosis de ambos segmentos con instrumentos atraumáticos y magnificación con lupas bifocales de 4 a 6 aumentos (Visión Center, N.Y.C.). El cierre de la aproximación fue hecha en dos planos: la mucosa endosalpingea y la muscularis con sutura de ácido glicocólico 6/6 en cuatro puntos cardinales. Se trató que las bocas anastomóticas sean iguales en diámetro o compatibles. Se utilizó durante toda la intervención, irrigación constante de una solución de Lactato de Ringer, heparina, dexameatsona y Gentamicina. La hemostasia fue controlada con electromicrocauterio monopolar o bipolar. Terminada la anastomosis, se procedió a suspender el cuerpo uterino a la pared anterior del abdomen, y la suspensión de ambas trompas desde su serosa a la serosa peritoneal de la pared anterior abdominal con la sutura Catgut simple 3/0, (Punto de Soihet) (10, 11), con el fin de evitar que las zonas cruentas se fijen y adhieran en el fondo de la cavidad pelviana. El pre y post operatorio de la paciente, recibió Dexametasona 0.5 durante diez días, y en el post operatorio antibióticos de amplio espectro durante una semana.

Antes del cierre peritoneal, se tomaron las medidas de longitud de las trompas reconstruidas y se registró el área de anastomosis en el informe operatorio.

CUADRO III

TIPO DE LA ESTERILIZACION QUE FUE REALIZADA

Tipo	Casos	%
Pomeroy en post parto	21	29.2
Pomeroy en cesárea	27	37.5
Pomeroy en minilaparotomía	24	33.3
TOTAL	72	100.0

RESULTADOS

Análisis de los pacientes seleccionados: La edad varió de los 25 a los 39 años. La media fue de 34.6. El número de hijos variaron de 0 a 6, con una media de 3.6. El tipo de esterilización que habían tenido las trompas fueron cuidadosamente seleccionadas que fueron por la de Pomeroy, de las cuales fueron realizadas en 21 casos en el post parto inmediato, en 27 casos durante la operación cesárea y en 24 casos a través de una minilaparotomía. (Cuadro III).

Las causas por las que las patientes solicitaron la reconstrucción tubaria, fueron: vuelta a casar, pérdida de su único hijo, o único en el sexo, deseo de tener un hijo de sexo determinado que nunca tuvieron, y simplemente por cambio de idea por temor, religión o complejo de culpa. (Cuadro IV).

Gestaciones: De los 72 pacientes, sólo 54 (75%) fueron posibles de ser seguidos durante 8 a 28 meses en las cuales se consiguieron 38 gestaciones y 7 de ellas volvieron a gestar por segunda vez, lo que hicieron un total de 45 gestaciones. El resto se perdieron de vista o se fueron a otro lugar. De las gestaciones obtenidas, 26 llegaron a término (48.1%), dos prematuros (0.7%), cuatro abortos (7.4%), un embarazo molar (0.7%), cinco ectópicos tubáricos (9.2%). Tres casos que se supo que estaban gestando se fueron a otro lugar, cuyo fin desconocemos. Posteriormente, tres casos tuvieron una segunda gestación a término, dos casos tuvieron una segunda gestación se sometieron a un aborto electivo. (Cuadro V).

De las cinco gestaciones ectópicas, tres fueron atendidas por nosotros, y estas se encontraban localizadas en el área de la anastomosis.

Tiempo transcurrido de la Cirugía a Gestación: Las pacientes que llegaron a gestar tuvieron que espe-

CUADRO IV

RAZONES PARA LA RECANALIZACION TUBARIA

Razones	Casos	%
Nuevo matrimonio	42	58.3
Cambio de idea (hijo enfermo, complejo de culpa, religioso, deseo de hijo varón/mujer)	9	12.5
Pérdida de hijo(s)	21	29.2

rar entre 4 a 28 meses. La media fue de 7.8 meses. Las pacientes que habían sido esterilizadas en el post parto, la media fue de 6 meses. Los pacientes esterilizados en una Minilaparotomía, la media fue de 8.2 meses. Las esterilizadas durante la operación Cesárea la espera tuvo una media de 9.6 meses.

Longitud tubaria y Gestación: Los casos que tuvieron una trompa de 7 centímetros o más de longitud gestaron en un porcentaje que aquellas que medían menos de 7 centímetros.

Las anastomosis se realizaron en el lugar en que los segmentos lo permitieron, y fueron 52 anastomosis ístmico ístmica, (72.2%, cuatro anastomosis cornual ístmica (5.6%, y 16 anastomosis ístmico ampular (22.2%).

Loa controles histerosalpingográficos de las pacientes que no pudieron gestar, 9 tuvieron obstrucción bilateral, 27 casos no desearon ser sometidos a estu-

CUADRO V

GESTACIONES OBTENIDAS

Pacientes	Gestaciones	Porcentaje	Nuevas gestaciones
Seguidos 54			
A término	26	9.2	2 Abortos
Prematuros	2	0.7	espontan
Aborto	4	7.4	2 Abortos
Molar	1	3.7	inducido
Ectópicos	5	48.1 %	3 A término
Perdidos 18			
(Gestaron tres en otro lugar, se desconoce el fin)			
TOTAL	72 casos	38 Gestaciones	7 Total 45

CUADRO VI
LONGITUD TUBARIA Y EL EXITO DE GESTACIONES

Tipo de Cirugía	Longitud tubaria	Número de gestaciones en pacientes seguidos	% de éxito
Pomeroy en el Post Parto (de 22 casos, seguidos 15)	> 7 cms.	9	60.0 %
	< 7	5	33.3
Pomeroy en cesárea (de 27 casos, seguidos 21)	> 7 cms.	7	33.3
	< 7	4	19.0
Pomeroy en minilaparotomía (de 24 casos, seguidos 18)	> 7 cms.	8	44.4
	< 7	5	27.8
38 gestaciones/54 seguidos = 70.3%		72 casos operados/54 seguidos	

No se incluyen cuatro nuevas segunda gestación ni tres casos informados de otro lugar?, pero no seguidos por nosotros.

dios posteriores o recibir tratamientos adicionales, de las cuales perdimos 18 casos de vista, sin embargo, fuimos informados que tres de este grupo gestaron posteriormente durante el seguimiento después de los 28 meses, cuyo fin desconocemos.

DISCUSION

De los 72 casos que fueron sometidos a la recanalización por la técnica atraumática de la microcirugía, solo fue posible seguir a 54 casos entre las 8 y 28 semanas y en las que se consiguieron 38 gestaciones y entre estas, tuvieron 7 una segunda gestación, resultados bastante similares en los reportados en la literatura (1, 2). Las razones para que las pacientes solicitaran la restitución de su fertilidad, fue en primer lugar el tener un nuevo compromiso matrimonial, y parece ser la prevalencia de todo grupo racial de acuerdo a otros informes (3, 4).

Al analizar los casos que tuvieron éxito, se observó que cuanto más joven era la candidata, tenía mayor posibilidad de gestaciones a término y menor riesgo de aborto, observación de acuerdo con otros (5, 7, 8).

Un factor muy importante fue la longitud de las trompas en sus segmentos y la longitud del oviducto recanalizado, si este mide más de 7 centímetros, las gestaciones fueron mayores (6).

Hubieron cinco casos que gestaron a los cuatro meses de la operación. Debido a que existe una costumbre étnica en que el coito se reasume después de las seis semanas post operación o parto, y no por indicación médica, por lo que posiblemente las gestacio-

nes hubiesen ocurrido antes, como ha sido reportado (6). De otro lado doce de los casos seguidos fueron reintervenidos para liberar algunas adherencias tubo ovárico peritoneal que impedía la captura del óvulo. La operación fue hecha vía laparoscópica y/o abdominal.

Un hallazgo importante, fue que se consiguieron mayores gestaciones en el grupo con esterilización post parto. En segundo lugar se obtuvieron los que fueron esterilizados en minilaparotoma y en menor número en los casos esterilizados durante la operación cesárea. Probablemente es debido a que la ligadura tubaria y la operación cesárea tienen áreas cruentas más amplias y hacen mayores adherencias, que son adversas a la microcirugía. En el minilap en la esterilización post parto, son menores, y de acuerdo con otros (8) estudios, en los que se analizan junto con otras técnicas de esterilización. Sin embargo otros autores, reportan que no hay ninguna diferencia significativa y aún más, que mejores resultados fueron obtenidos cuando la esterilización fue por vía laparoscópica (8, 9).

Definitivamente la anastomosis ístmico ístmica es la mejor posibilidad de éxito, por lo que es recomendable que la ligadura y sección se realice en ese segmento y sólo retirar un fragmento de trompa pequeño (5, 8, 9).

Dos son los problemas importantes que frustran al cirujano: primero, es cuando después de recanalizar el oviducto y obtener una gestación, esta se localice en el mismo oviducto, que en nuestras series fue de 9.2%, porcentaje muy significativo, pues pone en peligro la vida de la paciente. Esto ocurre cuando el lumen no ha sido afrontado igualmente o que los diá-

metros son desiguales en la anastomosis. Segundo, son los abortos, que probablemente están en relación a la edad de las candidatas.

Para realizar la cirugía de reconexión de los segmentos tubarios, cada caso debe ser bien seleccionado y que los segmentos tengan la mayor longitud. El

lumen de cada caso sean lo más iguales en diámetro posible. Evitar los casos que fueron seccionados con cauterio o que los segmentos resecaados fueron muy amplios. Reparación atraumática y con visión magnificada y gran habilidad, recordar que probablemente será la última oportunidad de poder gestar.

REFERENCIAS

- 1.—Microcirugía tubaria. Inthraphuvasak, J., Bonilla Muroles, F., Editorial Jims S. A. 1984: 141-232. Barcelona, España.
- 2.—Jones, H. W., Rock, J. A. Reparative and Reconstructive surgery of female generative tract. 1st. Ed. Baltimore London. Williams & Wilkins, 1983.
- 3.—Grunert, G. M., et al. Microsurgical reanastomosis of the falopian tubes for reversal sterilization. *Obstet Gynecol* 1981: 58, 148.
- 4.—Vammen, H. A. Reanastomosis of previously ligated fallopian tube. *Fert Steril* 1979: 32, 652.
- 5.—Silber, S. J., Cohen, R. S. Microsurgical reversal of tubal sterilization 5 years follow up. *Fert Steril* 1983: 39, 398.
- 6.—Silber, S. J. Microsurgical reversal of female sterilization. Role of tubal length. *Fert Steril* 1980: 33, 598.
- 7.—García, C. R., et al Editors. *Current Therapy of Infertility*. B. C. Decker Inc. Philadelphia, Toronto. 1982: 3, 302.
- 8.—Seiler, J. C. Factors influencing the outcome of microsurgical tubal ligation reversals. *Am. J. Obst. Gynec.* 1983: 146, 292.
- 9.—Rock, J. A. et al. Tubal anastomosis following unipolar cauthery. *Fert Steril* 1982: 37, 613.
- 10.—Soihet, S. Cirugía tubaria en esterilidad. Editorial Litográfica La Confianza. Lima, Perú 1972, 107.
- 11.—Soihet, S. Three comparative technics in tubal plasty. In *J. Fertil* 1975: 19, 111.