

11217
105
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA
I. M. S. S.**

**RESULTADOS DE LA MICROCIROUGIA TUBARIA
(REPORTE DE 84 CASOS)**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. SERGIO ZAVALA RAMIREZ**



MEXICO, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- 1 - INTRODUCCION
- 2 - MATERIAL Y METODOS
- 3 - RESULTADOS
- 4 - COMENTARIOS
- 5 - RESUMEN Y CONCLUSIONES
- 6 - BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En el año de 1985 publicamos los resultados obtenidos con la microcirugía tubaria, en el hospital de Gineco-Obstetricia # 3- del Centro Médico " La Raza ".

Durante dos años de trabajo; ahí se concluyó que el uso de la microcirugía tubaria con un manejo adecuado preoperatorio-transoperatorio y postoperatorio la microcirugía tubaria ofrecía un mejor pronóstico en la resolución del factor tubario en la esterilidad. Posteriormente en febrero de 1986 estudiamos 425 expedientes al azar con esterilidad conyugal atendidas en el servicio de Biología de la Reproducción y encontramos 200 casos - - - (47.05%) en donde estuvo involucrado el factor tuboperitoneal (16). Es el objetivo del presente trabajo el analizar los resultados obtenidos en 84 pacientes a las que se les practicó microcirugía tubaria en nuestro hospital.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudiaron mediante un protocolo previamente establecido 84 pacientes del Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Ginecoobstetricia # 3 del Centro Médico La Raza del I.M.S.S. Todas las pacientes fueron operadas por el mismo personal adscrito al servicio, las parejas se manejaron con el mismo protocolo de estudio que consistió en : Historia clínica completa, exámenes de laboratorio generales, pruebas de penetración espermática y espermatobioscopia directa; quimioinsuflación, histerosalpingografía; biopsia de endometrio, curva de temperatura basal, determinaciones hormonales y laparoscopia diagnóstica. En cada caso se analizaron la edad de la paciente, tipo de esterilidad, factores involucrados, estudio pre- y postoperatorio, los resultados obtenidos en cuanto a permeabilidad tubaria y embarazos se refiere, el lapso entre cirugía y embarazo, la evolución de los embarazos y la causa de los fracasos.

Se utilizaron los siguientes tipos de microcirugía ; Salpingoovariolisis, Fimbrioplastia, Salpingostomía distal, anastomosis termino-terminal y anastomosis tubo-cornual.

En aquellas pacientes en las que laparoscópicamente se demostró la presencia de proceso inflamatorio utero-salpingiano, se administró tratamiento a base de tetraciclina-naproxen a dosis terapéuticas durante siete días por tres ciclos.

En todos los procedimientos se utilizó microscopio operatorio Karl Zeiss OPMI 1, se empleo material de sutura de 8 ceros de ácido poligaláctico o poliglicólico; Instrumental para microcirugía y electrocoagulador monopolar y bipolar.

Durante la operación se siguieron los principios generales de la microcirugía; a todas las pacientes se les practicó ligamentopexia de redondos y colocación en la pelvis una solución - Hartman con 1 gr. de Hidrocortisona.

En el preoperatorio se administraron antibióticos a dosis terapéuticas durante siete días con naproxen e hidrocortisona, además de hidrotubaciones con antibiótico e hidrocortisona.

En las pacientes sometidas a Salpingoovariolisis y salpingostomía distal.

R E S U L T A D O S

La mayor parte de las pacientes que se sometieron a microcirugía tubaria tenían un promedio de edad de 24 a 31 años y solo hubo cuatro pacientes de 35 o más años como se muestra en la tabla # 1.

El tipo de esterilidad fue primaria en 39 casos (46.38%) y secundaria en 45 casos (53.62%), en las pacientes con esterilidad secundaria se encontró que había 20 pacientes con cirugía abdominal anterior y 14 pacientes con OTB previa como se muestra en la tabla # 2.

En los factores afectados estuvo el factor tuboperitoneal puro en 39 casos (46.38%) y asociado a otros factores como el neuroendócrino y cervicovaginal en 35 pacientes (41.66%), 14 pacientes (16.6%) tenían el antecedente de haberse sometido a salpingectomía previa como lo muestra la tabla # 3.

La tabla # 4 muestra el tipo de microcirugía practicada, la salpingoovariolisis y la anastomosis término-terminal las más frecuentes operaciones que practicaron.

Respecto a los resultados obtenidos en la tabla # 5 muestra los resultados de la microcirugía tubaria de acuerdo a las diferentes técnicas. Se obtuvieron un total de 56 embarazos (66.6%) - siendo la cifra corregida a 61.9% ya que hubo cuatro embarazos ectópicos.

En la tabla # 6 se muestra la evolución de los embarazos y su resolución. A 36 pacientes (65.3%) se les practicó operación cesarea con peso promedio de los productos de 2 950gr.- ocho pacientes tuvieron parto normal (9.5%) y hubo tres -- partos prematuros, cuatro pacientes (4.7%) presentaron - embarazo ectópico. Siete pacientes estan en control en el - servicio de embarazo de alto riesgo (8.3%), no hubo embara zo en 28 pacientes (33.3%) como se muestra en la tabla #6.

Respecto a las causas de fracaso encontramos que a 5 pacien tes se les practicó laparoscopia de segunda mirada monst^{ra}ndo los resultados en la table # 7, 18 pacientes se les prag ticó HSG encontrando salpinges ocluidas en 10 pacientes, per meables en 8 pacientes y no valoradas en 5 pacientes.

C O M E N T A R I O S

El éxito de la microcirugía en esterilidad es el de restablecer las relaciones anatómo funcionales de las estructuras tubarias, tan normal como sea posible, aumentando la probabilidad de embarazo (14), y éste llegue a término en las mejores condiciones posibles.

Este trabajo reporta los resultados obtenidos en 84 pacientes sometidas a microcirugía tubaria en el servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Ginecobstetricia - # 3 del Centro Médico La Raza.

Al parecer fué Wolfgang Walz, en 1959, el primer cirujano que empleó el microscópio operatorio para la cirugía en esterilidad, a principios de 1970 reapareció el interés por las técnicas tuboplásticas microquirúrgicas y en los últimos años se han publicado datos útiles relacionados con su valor.

Es ahora claro que los métodos microquirúrgicos, producen resultados anatómicos superiores en la cirugía reconstructiva y aparecen las mejores posibilidades de lograr un embarazo (12).

Dentro de los requisitos indispensables para la selección de las pacientes en microcirugía, es necesario que tengan un estudio completo de esterilidad; que sea menor de 35 años, que el único factor alterado sea el tubo peritoneal y si existe otro factor, que este alterado sea susceptible de corrección.

Como se puede apreciar en el siguiente estudio la edad de las pacientes en promedio fué de 25 años y solo hubo cuatro con más de 35 años. De gran interés fué el factor tuboperitoneal - es puro en el 46.30% de las pacientes y que hay factores agregados como el neuroendocrino y el vaginocervico espermático - que lo acompañan hasta el 41.6% de los casos.

Esto es importante porque después de la microcirugía habrá que tenerlos en cuenta para resolverlos y no hacer fracasar la operación al no tratarlos.

Respecto al tipo de las técnicas quirúrgicas podemos comentar que la salpingoovariolisis fué el procedimiento más comunmente empleado, ya que se realizó en el 64.2% de nuestros casos. Este procedimiento consiste en la lisis de adherencias mediante electrocirugía con el uso de microelectrodos y microscópio que permite la magnificación clara de la línea de corte de las adherencias sin daño a la serosa tubaria o a la superficie del ovario, (4), (5).

La tabla # 8 muestra una comparación del procedimiento de --- acuerdo a diferentes autores.

Como se puede apreciar nuestros resultados son excelentes en - comparación con otros autores y esto en realidad se debe a la adecuada selección de las pacientes para el procedimiento, así como el manejo pre-trans y postoperatorio. Tuvimos 4 embarazos ectópicos y todas las pacientes excepto 5 que se encuentran en

control tuvieron embarazos de término con un peso promedio de 2 950gr. Los cuatro embarazos estópicos se presentaron en la Salpingostomía. La siguiente operación más frecuente que tuvimos fué la anastomosis término-terminal y dentro de ellas incluímos a la anastomosis tubocornual. El procedimiento fué realizado en la gran mayoría de los casos para reversión de la esterilización. Los tres casos de anastomosis tubocornual se realizó por oclusión patológica de la luz tubaria a nivel tubocornual.

Se intervinieron a las pacientes con la técnica descrita por Gomel, (6).

En ocho casos el procedimiento fué bilateral y en cinco unilateral por lesión extensa de la salpinge y adherencias firmes-salpingianas.

En los tres casos de anastomosis tubocornual el procedimiento fué bilateral.

Las más frecuentes de las anastomosis fué la istmicoistmica - (60%), tubocornual(20%), istmicoampular y ampular en el - 10% de los casos respectivamente.

Los resultados obtenidos muestran 80% de los embarazos cifra-comparable con la de los mejores autores que trabajan la microcirugía como puede apreciarse en la tabla # 9.

Es esencial analizar los casos de reversión de la esteriliza-

ción separada de aquellos con condiciones patológicas aunque como podemos apreciar los segmentos que requirieron anastomosis fueron esencialmente normales. La microcirugía en estos casos permite un adecuado manejo de los segmentos ocluidos sin alterar el riesgo sanguíneo, hemostasia adecuada, sin destrucción tisular inadecuada. Alineamiento de los segmentos tubarios y aproximación de los planos tisulares, con suturas sintéticas muy fina. (9).

De nuestras 17 pacientes la mayoría, 12 pacientes han llegado a embarazo de término de la gestación y 2 cursan gestaciones de 26 y 30 semanas respectivamente.

No encontramos embarazos ectópicos.

Por lo anterior consideramos que nuestros resultados satisfactorios intervienen la selección adecuada de los casos, entrenamiento de los médicos que realizan la microcirugía y la preparación adecuada de las pacientes en el pre-trans y postoperatorio.

Respecto a la siguiente técnica quirúrgica, la salpingostomía se puede decir que es la creación de una boca tubaria en un oviducto en que las fimbrias están totalmente ocluidas como sucede en el caso de hidrosalpinx o de saltosalpinx. (7)

Este procedimiento se ha relacionado con uno de los resultados más pobres de todas las operaciones reconstructivas efectuadas por esterilidad. Hay que distinguir a la salpingostomía

de la fimbrioplastia porque el pronóstico es mejor en esta. La fimbrioplastia se refiere al procedimiento del oviducto como aglutación, adherencias tubarias etc.

Nosotros realizamos 13 procedimientos y obtuvimos 9 embarazos (62.2%). Pero hubo 4 embarazos ectópicos por lo que la cifra corregida es de (38.4%).

La tabla # 10 muestra los resultados obtenidos comparada con la de otros autores. Se siguió la técnica descrita por Gomel y Swolin.(5) (7). En ella podemos apreciar que el porcentaje de embarazos ectópicos es muy alta. Habría necesidad de revalorar la técnica quirúrgica y el manejo de estas pacientes.

Respecto a la evolución de los embarazos podemos apreciar - que 36 pacientes (42.8%) se resolvieron mediante operación cesarea por catalogarse como pacientes de embarazo de alto riesgo y producto valioso, obteniéndose productos con buen peso y que evolucionaron satisfactoriamente. Hubo 8 pacientes que tuvieron parto eutocico; hubo tres partos prematuros pero el índice de prematurez fué similar o algo menor a la de la población general y 4 pacientes presentaron embarazo ectópico en la serie total de embarazos, lo que corresponde al 7.1%. El resto de las pacientes se encuentran en control en el servicio de embarazo de alto riesgo.

Respecto a las causas de fracaso en la microcirugía son la neoformación de adherencias, la resolución tubaria y la per-

-meabilidad tubaria sin función (7). Como puede apreciarse en los casos de laparoscopia de segunda mirada las adherencias-pelvicas extensas explican la falta de embarazo, por HSG 10 pacientes tuvieron salpinges ocluidas y permeables en 8 pacientes y estan en tratamiento con inductores de ovulación, 5 pacientes se perdieron.

Por lo anterior se puede concluir que con el personal entrenado con estas técnicas, selección de los casos; siguiendo los principios microquirúrgicos y los cuidados pre-trans y postoperatorios, los resultados de la microcirugía tubaria son ampliamente satisfactorios y permiten que una paciente con problema tubario sus expectativas sean satisfactorias.

R E S U M E N Y C O N C L U S I O N E S

Se revisaron 84 pacientes de microcirugía tubaria realizados durante 4 años de trabajo en el Servicio de Biología del Hospital de Ginecoobstetricia # 3 del Centro Médico La Raza del I.M.S.S.

Los procedimientos mas frecuentes utilizados fué la salpingo ovariolisis y la anastomosis término-terminal. Se obtuvieron 66.6% de embarazos de la serie total y se analizaron según el tipo de cirugía. Se encontró que la salpingostomía distal tiene peor pronóstico desde el punto de vista de la microcirugía.

Se concluye que la selección adecuada de las pacientes con un manejo pre-trans y postoperatorio correcto permite al clínico que utiliza la microcirugía tubaria, tener un mejor pronóstico en la resolución del factor tubario.

TABLA 01

"RESULTADOS DE LA MICROCIROJIA TUMORIAL"

Edades de los pacientes

EDAD	No. de Pacientes	%
20-23	16	19.8
24-28	35	41.6
29-31	22	26.1
32-34	7	8.3
35 ó más	4	4.7
Total	84	100.0

TABLE 42

"RESULTADOS DE LA MICROCIRUGIA TUBARIA"

Tipo de Esterilidad

Esterilidad	No. de Pacientes	%
Primaria	39	46.38
‡ Secundaria	45	53.62
‡		

‡ De los pacientes con esterilidad secundaria, 28 tenían el antecedente de cirugía abdominal previa.

+ 14 pacientes tenían antecedentes de oclusión tubaria bilateral anterior.

TABLA #3

"RESULTADOS DE LA MICROCIRUGIA TUBARIA"

Factores de Esterilidad Involucrados

Tipo de Factor	No. de Pacientes	%
Feritaneal puro	39	46.38
Neuroendocrino	35	41.6
Cervicospemático	35	41.6
Uterino	2	2.3
Masculino	2	2.3
O.T.B. Previa	14	16.6

TABLA 44

"RESULTADOS DE LA MICROCIROLOGIA TUBARIA"

Cirugía Practicada

Tipo de Cirujía	No. de Pacientes	%
Salpingoovariolisis	54	64.2
Salpingoovariolisis más Salpingostomía distal	8	9.8
Salpingoovariolisis más Fimbrioplastia	5	5.3
Anastomosis término-terminal	14	16.5
Anastomosis tubocornual	3	3.5

TABLA 05

"RESULTADOS DE LA MICROCOELUMIA TUBARICA"

Embarazos logrados en relación al tipo de cirugía

Tipo de Cirugía	Embarazos	%
Salpingoovariolisis	33/54	61.1
Salpingoovariolisis más	4/8	50.0
Salpingostomía distal		
Salpingoovariolisis	5/5 †	100.0
más Fimbrioplastia		
Anastomosis término-	12/14	85.7
terminal		
Anastomosis tubocornual	2/3	66.6

Total de embarazos 56 (66.6%) cifra corregida por 4 ectópicos (61.9%).

† Presentaron 4 embarazos ectópicos.

TABLA 06

"RESULTADOS DE LA MICROCIRUGIA TUBARIA"

Evolución de los embarazos

Operación Cesárea	Parto	Emb. Ectópico	Aborto	Control
36 Pacientes (42.8%)	8 Pacientes (9.5%)	4 Pacientes (4.7%)	1 Paciente (1.1%)	7 Pacientes (8.3%)

TABLE 47

"RESULTADOS DE LA HIPOCOUSIDA TUBARIA"

Causas de Fracaso

Estadio	Resultado	Pacientes	%
H.S.G 10 Pacientes	Salpinges Ocluidas	10	35.7
	Salpinges Permeables	0	20.6
Laparoscopia 2 da. cirada	Proceso Adherencial severo	5	17.0
No valoradas		5	17.0

TABLE 47
(Continúa)

"RESULTADOS DE LA MICROCIRUGIA TUBARIA"
Resultados de las pacientes que se les practicó segunda mirada

Pacientes	Primera Mirada Lap.	Cromotubación		Cirugía	Segunda Mirada	Cromotubación	
		D	I			D	I
1	Salpinge der. su- ñón 2cm procción distal 4cm adhe- cias laxas, Salpinge izq. igual.	-	-	Anastomosis T-T Istáico ampuler	Amas Salpinges - buena coapta- ción adheren- cias laxas.	-	+
2	Adherencias la- xas entre ova- rios, pared pél- vica y apéñon ovaricos visibles en más del 50%	+	+	Salpingo- ovariolisis	Adherencias firmes de úte- ro a pared pél- vica en ambos lados, salpin- ges edematosas	+	+
3	Adherencias de intestino a pa- red pélvica iz- quierda firmes y laxas, salpin- ges tortuosas	+	+	Salpingo- ovariolisis	Salpinge iz- quierda con fimosis	+	+
4	Adherencias fir- mes y laxas an- exas anexo y útero, hidrosal- pinx derecho	-	-	Salpingo- ovariolisis punión de hidrosalpinx	Pelvis Congelada	-	-
5	Fusencia de ane- xo derecho, sal- pinge izquierda dilatada y flo- xosa. Ovario iz- quierdo sepulta- do por adherenci- cias laxas.	-	-	Salpingo- ovariolisis izquierda	Salpinge iz- quierda tor- tuesa con fi- mosis	-	+

TIJBLA 48

"RESULTADOS DE LA MICROCIJUGIA TUBARIA"

Salpingoovariolisis, resultados comparativos

Autor	No. de pacientes	Embarazos %
Coenl (18)	347	41.8
Bronson y Halletch (1)	94	43.8
Diamond (3)	148	57.1
Hulka (11)	47	25.5
Presente estudio	54	61.1

TABLE 49

"RESULTADOS DE LA MICROCIJURIA TUBARIA"

Anastomosis término terminal, resultados comparativos

Autor	No. de pacientes	Embarazos %
Gossel (6)	118	64.6
Gossel (6)	47	68.8
Bismond (3)	28	64.3
Winston (15)	126	68.8
Rosen y Col (12)	18	68.8
Presente estudio	17	68.8

TABLE 410

"RESULTADOS DE LA MICROCIJURIA TUBERIA"

Salpingostoma y Fimbrioplastia, resultados comparativos

Author	No. de pacientes	Embarazos	Ectópicos
Saia (13)	33	24 %	10 %
Good (7)	58	27 %	12 %
Good (8)	72	29 %	10 %
Minston (15)			
Presente estudio	14	38.4%	38.7%

B I B L I O G R A F I A

- 1 - Bronson R.A., Wallach E.E. Lysis of periaidnexial Adhesion for correction of infertility. *Fertil Steril* 28: 613,1977.
- 2 - Diamond E.: Microsurgical reconstruction of the uterine tube in sterilized patients. *Fertil Steril* 28: 1203,1977.
- 3 - Diamond E: Lysis of Postoperative pelvic adhesions in infertility. *Fertil Steril* 31: 287,1979.
- 4 - Gomel V.: Recent Advances in surgical correction of tubal disease - producing infertility. *Curr. Probl.Obstat. Gynecol.* 1:10,1978.
- 5 - Gomel V.: Salpingostomy microsurgery *Fertil Steril* 29:380,1978.
- 6 - Gomel V.: Microsurgical reversal of Sterilization a reapraisal. *Fertil Steril* 33: 587,1980.
- 7 - Gomel V. Swoll K. Salpingostomia técnica microquirúrgica y resultados. *Clinicas obstetricas y Ginecológicas* 4: 1305,1980.
- 8 - Gomel V. Clinical results of infertility microsurgery in crosignami. P.G., Rubin B. (Eds) *Microsurgery in Female Infertility*. New York - academic Press 1980.
- 9 - Gomel V.: And odyssey Through twooviduct *fertil Steril* 39: 144,1983.
- 10 - Gomel V.: microsurgery in female infertility. Boston Little Brown - and Co. 1983.
- 11 - Hulka S.F. Adnexal Adhesions: A prognostic Stating and clasification System based on a five year survey of fertility sugery results at - Chapel Hill, North Carolina. *Am J.Obstat.Ginecolol.* 144:141, 1982.
- 12 - Rosas Arceo J. Dablia G.R. Díaz E. C., Meza V.M., Salgado de Alba J.J y Téllez G.E.: Resultados de la microcirugía tubaria, *Ginec Obstet - Mex* 53:22, 1985.
- 13 - Swollin K.: Electromicrosurgery and Salpingostomy Long term results.- *AMJ. Obstet Gynecol.* 121: 418, 1975.
- 14 - Wallach E.E. manara L.R., Eisenberg E.: Experience with 143 casos of tubal surgery. *Fertil Steril* 39: 609,1983.
- 15 - Winston,R.M.L.: Microsurgery of the Fallopiian tube: From Fantasy to reality. *Fertil Steril* 34: 521,1980.
- 16 - Zepeda R.A.: Panorama del factor tuboperitoneal en esterilidad. Tesis para obtener el grado de especialidad en Biología de la Reproducción México, D.F. 1986.