

11217
49 zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

“EVALUACION DE LA SOLUCION FISIOLOGICA EN LA PREVENCION DE ADHERENCIAS EN LA MICROCIRUGIA PELVICA”

DR. SAMUEL KARCHMER K.
DIRECTOR GENERAL

DR. JESUS M. FIGUEROA
DIRECTOR GENERAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ALFREDO DIAZ MARTINEZ



México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Enero de 1988



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

GENERALIDADES	1
INTRODUCCION	11
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	15
COMENTARIO	19
RESUMEN	22
CUADROS	23
BIBLIOGRAFIA	30

GENERALIDADES

La microcirugía se ha definido como la aplicación de técnicas de amplificación visual a los principios básicos. Sin embargo con refinamientos mayores en los instrumentos y técnicas. El alcance de la microcirugía ha llegado a todas las especialidades quirúrgicas y se ha convertido en parte integral de cada disciplina operatoria.

La ginecología no ha sido la excepción, pues a partir del año de 1960 se inició la reconstrucción de trompas con buenos resultados. (1)

En 1974 Gomel presentó datos sobre anastomosis tubocornual para la oclusión patológica cornual de los oviductos y la anastomosis tubotubaria para invertir la esterilización. (1)

Lo más temido de la cirugía reconstructiva de esterilidad es la formación de adherencias en el postoperatorio, o su formación por primera vez. Es esencial conocer su fisiopatología para prevenir que ocurran. Se han efectuado investigaciones muy extensas sobre este aspecto con objeto de encontrar otras maneras de preve-

nir ó disminuir las adherencias postoperatorias. (2)

La formación de estas adherencias puede ser causa del cierre de la trompa de Falopio, cubrir el ovario interfiriendo con el mecanismo de la ovulación, por la alteración de las relaciones tuboováricas, impidiendo con esto la captación del óvulo por la trompa. Las adherencias pueden ser delgadas como películas y con aspecto de velo, ó gruesas y fibrosas.

En gran parte del éxito de la microcirugía depende de que se prevenga la formación postoperatoria de adherencias ó esta sea mínima, por lo que se han establecido ciertas técnicas que han contribuido en gran medida a lograr este objetivo: 1) evitar la entrada cruenta en el abdomen usando electrocirugía; 2) lavado para eliminar el talco de los guantes; 3) uso de torundas y compresas libres de pelusa; 4) amplificación para disecar y aproximar con precisión los tejidos; 5) evitar el secado del campo quirúrgico con gasa y usar más bien el lavado; 6) evitar el uso de instrumentos que traumatizan y manipular los tejidos con varilla de separación y los dedos con guante; 7) recurrir a la hemostasia electroquirúrgica; 8) eliminar las superficies desnudas mediante reperitonización cuidadosa de las superfi-

cies cortadas ó aplicación de injertos peritoneales ; 9) y por último, el uso de material fino de sutura con agujas atraumáticas para producir una reacción tisular mínima.

ETIOLOGIA DE LA FORMACION DE ADHERENCIAS

Las adherencias se desarrollan como resultado de: 1) infección, 2) endometriosis, 3) trauma y 4) acontecimientos diversos.

La causa más común de adherencias pélvicas es la infección. Incluso las que no se relacionen directamente con los órganos pélvicos. Un apéndice roto puede producir adherencias pélvicas graves. La enfermedad inflamatoria pélvica que sucede después del aborto o del parto suele extenderse por los linfáticos. La infección por gonococo, en contraste, suele atravesar la mucosa y afectar las superficies peritoneales de las trompas a un grado que los procesos de cicatrización pueden cerrarlas en cualquier extremo o producir adherencias importantes que afectan a fimbrias, ovarios ó ambos. La extensión total de la lesión dependerá de la susceptibilidad del huésped, virulencia del microorganismo, duración de la infección, recurrencia de la misma y tipo

y aumento de la iniciación del tratamiento. El tipo de adherencias formadas por este tipo de patología suelen ser delgadas como películas, pueden ser también gruesas y vasculares.

La endometriosis produce un tipo diferente de adherencias, éstas son más gruesas y rígidas y afectan más a menudo el fondo de saco y los ligamentos uterosacros. Con frecuencia los ovarios quedan desplazados hacia la fosa ovárica y el colon obstruir el fondo de saco. Las adherencias causadas por endometriosis son mucho más difíciles de disecar que las producidas por enfermedad inflamatoria pélvica.

Las adherencias postoperatorias siguen siendo un enigma. Pueden ser muy extensas después de una reparación cuidadosa y sin sangrado. Es francamente desalentador encontrar adherencias extensas en la segunda revisión después de una reparación cuidadosa.

FISIOPATOLOGIA DE LAS ADHERENCIAS

La formación de las adherencias se lleva a cabo cuando los mecanismos normales de cicatrización son insuficientes para satisfacer sus objetivos. Existen dos mecanismos

mos básicos por los que se lleva a cabo el reestablecimiento de la estructura serosa normal después de la lesión: cobertura de la lesión y fibrinólisis. Las células serosas crecen a nivel de los bordes, las células mesoteliales de flotación libre se implantan sobre las superficies denudadas y se convierten en células serosas y los fibroblastos proliferan rápidamente para elaborar una nueva serosa. (2) De manera simultánea se produce fibrinólisis; ésta es mediada por la citocinasa que producen los lisosomas dentro de las células. Si estos procesos son suficientes no se forman adherencias. La sucesión de acontecimientos posteriores al trauma son: 1) reacción inflamatoria, 2) exudación, 3) fibroplasia y 4) hay organización del tejido cicatricial. La reacción inflamatoria es resultado de la liberación de histamina y factores de permeabilidad, con aumento de ésta en los vasos sanguíneos. El exudado es material rico en proteínas, parte del cual se conserva sin absorberse y se desarrollan precursores que se convierten en colágena. (1) La organización de éste da por resultado tejido cicatricial.

La formación repetida de adherencias (posterior a cirugía) es fomentada por la presencia de cuerpos extraños,

trauma, interferencia con el riego sanguíneo local y predisposición del huésped. La secuencia de acontecimientos es como sigue: se daña la serosa, la superficie lesionada se inflama, se rezuma fibrinógeno, el coágulo de fibrina hace que las zonas lesionadas se unan entre sí y por último, si no ocurre resolución, el tejido se organiza en una banda fibrosa.

PREVENCIÓN DE LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS

Los principios de la profilaxis en la formación de adherencias son: 1) disminuir el trauma, 2) disminuir las reacciones inflamatorias iniciales, 3) fomentar la disolución y la eliminación temprana del coágulo de fibrina, 4) unir con precisión el tejido lesionado, 5) evitar la presencia de sangre en el sitio de la lesión, 6) evitar la desecación prolongada de los tejidos y 7) retrasar la organización fibroblástica y la formación de colágena.

El material de sutura es en realidad de importancia porque hay pruebas de que incluso la reparación más metódica puede aún producir adherencias; disminuye la resistencia de la herida por la simple presencia de material de sutura, absorbible o no. El crómico produce una

reacción inflamatoria excesiva; el material sintético precipita una reacción mucho menos importante, siendo estos últimos absorbibles o permanentes (ácido poliglúcolico y nylon respectivamente). (2) Cuanto más fino sea el material de sutura, menor la reacción.

Se han usado medicaciones para prevenir la formación de adherencias al reducir la reacción inflamatoria. (3) Estas se pueden aplicar por vía intraperitoneal o sistémica. Las sustancias intraperitoneales usadas hasta ahora son la solución salina, solución lactada de Ringer, dextran, corticoides y heparina. (3,4,5) Las sustancias usadas por vía general son los antibióticos, corticoides y prometacina.

La prometacina vuelve mínima la reacción inflamatoria incipiente. Inhibe la reacción histamínica al bloquear la liberación por el hemocitoblasto, y por lo tanto disminución de la permeabilidad vascular, además protege al sistema de lisozima celular para inhibir la liberación de citocinasa. Los corticoides disminuyen el exudado inflamatorio. Estabilizan la membrana celular y con esto protegen contra la liberación del factor de permeabilidad, además limitan la lesión inflamatoria se

cundaria al inhibir la proliferación y la organización de fibroblastos.

La heparina actúa de manera doble; 1) conserva libre de coágulos el campo operatorio y 2) impide la formación de fibrina. (2,4)

Los antibióticos en general se usan como profilácticos ya que la presencia de una infección en la cirugía es desastrosa para cualquier procedimiento reconstructivo tubario.

Conforme las técnicas quirúrgicas se han sofisticado, se han creado instrumentos especiales para diagnóstico y tratamiento con menor morbimortalidad para el paciente, en tal caso se encuentra la laparoscopia, que ha sido usada desde el año de 1901 cuando Kelling por primera vez visualizó la cavidad abdominal por medio de un cistoscopio., posteriormente Bernhrim en 1911 implementó el uso quirúrgico de la Laparoscopia en América, pero fué hasta 1937 cuando se describe por primera vez el uso de la laparoscopia en el campo ginecológico, cuando Hope y Ruddock publican la primera serie de casos con diagnóstico de embarazo ectópico; en este mismo año se inicia también la instrumentación translapa-

roscópica con Anderson quien implementa la técnica de esterilización tubaria por laparoscopia, (6) hasta el momento actual en que la laparoscopia se ha usado para el tratamiento del embarazo ectópico no roto, con aspiración para el manejo conservador de trompas. (7,8) También se ha usado en el tratamiento de la endometriosis, hasta el punto que se ha logrado la resección de endometriomas translaparoscópicas. (9) La cirugía reconstructiva de trompas también ha sido incluida en el campo laparoscópico, la cual fué iniciada por Gomel en 1975 (10) y ha continuado hasta esta década, con éxito para la consecución de embarazo. (11)

Otro campo que también ha sido acaparado por la laparoscopia es el de la fertilización in vitro y la transferencia de embriones, disminuyendo con esto la necesidad de efectuar laparotomía para la captación de óvulos. (12) la laparoscopia también ha sido usada para el estudio de procesos neoplásicos ya que por medio de ésta se pueden tomar biopsias y valorar el tratamiento quirúrgico de tumores de ovario y determinar actividad tumoral posterior a tratamiento (laparoscopia de segunda mirada). Este tipo de laparoscopia ha sido implementada posterior a la cirugía de reconstrucción tuba-

ría para valorar la neoformación de adherencias postoperatorias y por medio de ésta liberarlas, con la finalidad de mejorar las posibilidades de la consecución de embarazo. (13,15)

Como se ha visto, el estudio laparoscópico es un recurso importante en el diagnóstico, tratamiento y valoración postoperatoria en el campo ginecológico, con resultados muy favorables. (16)

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

El concepto de microcirugía, introducido en la ginecología hace aproximadamente dos décadas, ha ampliado el campo y los conocimientos quirúrgicos en la especialidad, enfocados todos ellos a resolver problemas causantes de esterilidad. Con esta idea los cirujanos encargados de elaborar las técnicas microquirúrgicas pélvicas han evaluado sus resultados y analizado los fracasos; en donde se ha destacado la presencia de adherencias pélvicas postoperatorias como uno de los principales factores que afectan el pronóstico de este tipo de cirugía. (1)

La presencia de adherencias puede tener como consecuencia fenómenos plásticos en la pelvis que pueden interferir con la fertilidad ocluyendo las trompas de Falopio, cubriendo al ovario y así interfiriendo con la mecánica de la ovulación, alterando las relaciones tubo-ováricas, impidiendo la captación del óvulo por la salpinx, fijando el útero en una posición anormal y cualquiera de las relaciones pélvicas. (1).

La etiología de la formación de adherencias es multifactorial jugando un papel primordial la infección, endo-

metriosis, trauma (cirugía) tisular y acontecimientos diversos, tales como ruptura de quistes. Su formación está supeditada a que los mecanismos normales de cicatrización sean suficientes para satisfacer sus objetivos que básicamente son la cobertura de la superficie serosa y la fibrinolisis. Mucho se ha escrito en relación a la prevención de este proceso indeseable para el cirujano de esterilidad, los principios de la profilaxis de las adherencias se pueden resumir en: disminuir el trauma tisular y de las reacciones inflamatorias tempranas, fomentar la disolución y eliminación temprana del coágulo de fibrina, unir con precisión el tejido lesionado, evitar la presencia de sangrado en el sitio de la lesión, evitar la desecación de los tejidos y retrasar la organización fibroblástica y formación de colágena. Para estos fines se han preconizado el utilizar una técnica quirúrgica depurada, reperitonización de superficies desnudas, el uso de material de sutura fino absorbible y el empleo de medicación sistémica y local para reducir la reacción inflamatoria tisular.

Es precisamente en este mismo rubro en donde se han descrito una gran variedad de métodos de irrigación pe

ritoneal para impedir los procesos señalados y mantener una superficie de flotación entre los tejidos. A este respecto se han utilizado un gran número de sustancias que incluyen corticoides, heparina, progesterona, prometacina, etc. sin obtener resultados satisfactorios. Los reportes de la literatura mencionan con mayor frecuencia el uso de la solución con 100 mg de succinato de hidrocortisona y 5000 UI de heparina (solución de Gomel) para prevenir adherencias, pero no hay reportes que confirmen su utilidad. Con el fin de evaluar la importancia de los medicamentos para evitar adherencias y con la hipótesis de que una superficie de flotación con solución isotónica podría dar los mismos resultados. Se planeó evaluar comparativamente en un estudio, doble ciego a pacientes operadas con técnicas microquirúrgicas a quienes se les instiló solución de Gomel y compararlas con pacientes a quien con los mismos preceptos microquirúrgicos sólo se les administrará solución salina.

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

De Enero a Diciembre de 1987 se estudiaron prospectivamente 25 pacientes que fueron sometidas a microcirugía pélvica en el Instituto Nacional de Perinatología con el fin de fomentar la fertilidad. Al azar se realizó en 25 pacientes irrigación continua con solución de Gomei que consiste en los 100 mg de succinato de hidrocortisona y 5000 UI de heparina ó salina al 0.9% dejando al terminar la cirugía 200 a 300 ml de la solución empleada en la cavidad pélvica.

Con el fin de evaluar la formación de adherencias en el postoperatorio se realizó de la 4a a 8a semana una laparoscopia de segunda mirada. Todas las pacientes recibieron antibióticos profilácticos y dexametasona parenteral y oral. Las adherencias fueron clasificadas de acuerdo a la clasificación establecida por Hulka en 1978 (16), por una misma persona.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron 25 pacientes con un rango de edad entre 24 y 33 años con un promedio de 28.9, agrupándose el mayor número de casos entre los 26 y 31 años (80%). (Cuadro I). Todas las pacientes tuvieron como diagnóstico esterilidad por factor tuboperitoneal, el cual fué realizado por medio de histerosalpingografía y laparoscopia. En 11 pacientes (44%) la esterilidad fué primaria y en 14 (56%) secundaria, de este último grupo en seis el trastorno fué secundaria a salpingoclasia. (Cuadro II)

De las 25 pacientes a 11 se les realizó salpingoovariolisis; seis a recanalización; cinco a fimbrioplastia y tres a neointerposición tubaria. (Cuadro III)

En el grupo de salpingoovariolisis 10 fueron manejadas con solución de Gomel y en una solución fisiológica; en las pacientes a quien se les realizó recanalización en cuatro se aplicó solución de Gomel y en dos solución isotónica; de las pacientes con fimbrioplastia tres fueron manejadas con solución de Gomel y dos con solución fisiológica; por último el manejo de las pacientes con neointerposición fué en un caso con solución de Go-

mel y en dos con solución fisiológica (Cuadro IV), dando un total de 18 pacientes (72%) tratadas con solución control y 7 (28%) con la solución problema. Además de los procedimientos quirúrgicos principales efectuados a las pacientes se realizó cirugía asociada. (Cuadro V)

A todas las pacientes se les efectuó laparoscopia de segunda mirada para evaluar la formación de adherencias conforme a la clasificación de J. Hulka de 1978 (17) (Cuadro VI). El procedimiento laparoscópico fue efectuado entre las 4 y 8 semanas, con un promedio de 6.5 semanas bajo anestesia general balanceada. Durante el mismo se efectuó liberación de adherencias en caso necesario y cromopertubación en todos los casos con azul de metileno con la finalidad de valorar la permeabilidad tubaria.

De las pacientes sometidas a salpingoovariolisis con la solución control mejoraron siete casos, permaneció sin cambio un caso y empeoró el estado de las adherencias en dos. De este mismo grupo una paciente recibió la solución problema, presentando mejoría con respecto a la cirugía previa. En las cuatro pacientes con reca-

nalización tubaria que recibieron solución control, tres permanecieron sin cambios en la formación de adherencias y en un solo caso empeoró el estado de las adherencias. Dos pacientes con el mismo procedimiento pero que recibieron solución problema en un caso hubo mejoría y el otro permaneció sin cambios en la formación de adherencias. El grupo de pacientes a quienes se les realizó fimbrioplastia tubaria, tres fueron tratadas con la solución control, en las cuales un caso presentó mejoría, otro sin cambios y por último otro que empeoró con respecto a la cirugía previa; en las dos pacientes que recibieron solución problema en este mismo grupo de fimbrioplastia un caso presentó mejoría y otro empeoró. En el grupo de pacientes que se sometieron a neointerposición tubaria a solo una paciente se le administró solución control observándose empeoramiento del estado adherencial y en dos casos en el que se usó solución problema, una paciente no presentó cambios y el otro caso empeoró el proceso adherencial. (Cuadro VII)

El análisis de los resultados fué elaborado por frecuencias absolutas y proporciones encontrándose que para el grupo problema hubo un 42.86% de éxitos, enten-

diéndose como éxitos la mejora de las adherencias, y para la solución control un 44.4%. Además se utilizó la *t* de Student para la búsqueda de significancia estadística, obteniéndose un valor de *t* de -0.3231 por lo que no es estadísticamente significativa, ya que los valores para que sea estadísticamente significativa deben encontrarse fuera del rango de -2.064 y 2.059, con esto se rechaza la hipótesis alterna de que las soluciones son diferentes con respecto al tratamiento, debido esto al pequeño número de casos.

C O M E N T A R I O

Como se ha establecido el enemigo más temido para la cirugía reconstructiva tubaria con la finalidad de restaurar la fertilidad, son las adherencias, que pueden ser secundarias a una infección local, endometriosis asociada a la esterilidad por factor tuboperitoneal y a trauma durante la cirugía misma ó en su defecto la reacción individual de cada paciente, por lo que se han efectuado gran multitud de estudios, tanto clínicos como experimentales con la finalidad de establecer de alguna forma un tratamiento adecuado para prevenir la formación de adherencias postoperatorias, pero por desgracia, muchos de los datos con que disponemos son inexactos y confusos. Se han encontrado informes conflictivos con una misma substancia de lavado peritoneal pero con frecuencia con un método experimental deficiente. Seitz y col. en macacos tratados con sol salina, dextran y prometacina e hidrocortisona no encontró diferencias significativas entre los grupos, al efectuarle laparotomía 6 a 9 semanas después del tratamiento. (1) Kapur realizó un trabajo experimental con macacos y conejos, en los que utilizó dextran 40, oxifenbutazona y una enzima proteolítica, encontrando que existía dismi

nución en la formación de adherencias con cada uno de los fármacos, pero que si se usaban combinaciones de los tres era más eficaz. (18)

En un estudio de 101 pacientes que se habían sometido a operaciones diferentes por esterilidad y que tenían adherencias en diversos grados, se encontró que la cortisona administrada por vía intraperitoneal producía una proporción muy superior de embarazos que la lograda con dextran por la vía intraperitoneal. (19)

Gomel en el año de 1977 concluyó que "el uso de corticoides intraperitoneales y parenterales no redujo estadísticamente la formación de adherencias, en comparación con la administración de solución salina por la vía intraperitoneal y, lo que más, produjo trastornos en el proceso cicatrizal". (20)

Por este motivo el presente trabajo tiene como finalidad encontrar una solución para lavado peritoneal durante el acto quirúrgico reconstructivo tubario, para la prevención de las adherencias, con la ventaja de que sea económica y sin efectos secundarios para la paciente. Dado el número de casos no es posible hacer una conclusión definitiva ya que no se encontró significan

cia estadística, pero se observó que en las pacientes que recibieron el manejo con la solución control se obtuvo un 44.44% de éxitos en contra de un 42.86% con la solución problema que nos indica que no existe diferencia entre el uso de una y otra, que para fines prácticos se considera que por el momento es mejor utilizar la solución problema para el manejo de la cirugía, ya que es de menos riesgo su uso con respecto a la de Gommel, pero hay que establecer que el presente trabajo es sólo una premisa para que en un futuro se realicen estudios más ambiciosos con mayor número de casos y emitir conclusiones precisas.

R E S U M E N

Se estudiaron 25 pacientes con esterilidad, que fueron sometidas a microcirugía pélvica con la finalidad de promover la fertilidad. Se usó al azar en estas pacientes dos soluciones para lavado peritoneal durante el acto quirúrgico, para establecer si existía diferencia entre una y otra para la prevención de adherencias. Las que fueron valoradas por medio de la clasificación de J. Hulka entre las 4a y 8a semana por medio de laparoscopia de segunda mirada. No encontrándose significancia estadística entre los dos grupos por el número limitado de casos.

CUADRO I

EDAD DE LAS PACIENTES

A Ñ O S	Nº DE CASOS	%
23-25	1	4
26-28	11	44
29-31	9	36
32-34	4	16
T O T A L .	25	100

CUADRO II

TIPO DE ESTERILIDAD

D I A G N O S T I C O	Nº. CASOS	%
ESTERILIDAD PRIMARIA	11	44
ESTERILIDAD SECUNDARIA	14	56
T O T A L	25	100

CUADRO III

RELACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

PROCEDIMIENTO	Nº DE CASOS	%
NEOIMPLANTACION	3	12
SALPINGOOVARIOLISIS	11	44
FIMBRIOPLASTIA	5	20
RECANALIZACION	6	24
T O T A L	25	100

CUADRO IV

PROCEDIMIENTO Y TOTAL DE CASOS SEGUN EL TIPO DE SOLUCION UTILIZADA

PROCEDIMIENTO	SOL. CONTROL	SOL. PROBLEMA	TOTAL	%
NEOIMPLANTACION	1	2	3	12
SALPINGOOVARIOLISIS	10	1	11	44
FIMBRIOPLASTIA	3	2	5	20
RECANALIZACION	4	2	6	24
T O T A L	18	7	25	100

CUADRO V

CIRUGIA ASOCIADA

PROCEDIMIENTO	Nº.	%
CURA DE OVARIOS	6	24
ENDOMETRIOSIS	6	24
OPERACION DE COTTE	2	8
LIGAMENTOPEXIAS	2	8
RESECCION DE QUISTES	3	12
MIOMECTOMIAS	2	8
T O T A L	21	100

CUADRO VI

CLASIFICACION PARA ADHERENCIAS DE J.F. HULKA

 EXTENSION DE LAS ADHERENCIAS

- ESTADIO I: Míminas adherencias, el ovario es completamente visible y móvil.
- ESTADIO II: La superficie del ovario es visible en más del 50%.
- ESTADIO III: La superficie del ovario es visible en menos del 50%.
- ESTADIO IV: La superficie del ovario no es visible.

CLASIFICACION DEL TIPO DE ADHERENCIAS

- TIPO A: Adherencias finas avasculares con posibilidad de separarse del órgano.
- TIPO B: Adherencias vascularizadas, organizadas y con mínimas posibilidades de separarse del órgano.

La clasificación se usa por separado para cada anexo.
 La clasificación quirúrgica se hace en base al anexo con menor lesión.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO VII

TIPO DE PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS SEGUN LOS DOS TIPOS
DE SOLUCION

PROCEDIMIENTO	SOLUCION CONTROL			SOLUCION PROBLEMA			TOTAL
	MEJORO	SIN CAMBIO	EMPEORO	MEJORO	SIN CAMBIO	EMPEORO	
NEOIMPLANTACION	-	-	1	-	1	1	3
SALPINGOOVARIOLISIS	7	1	2	1	-	-	11
FIMBRIOPLASTIA	1	1	1	1	-	1	5
RECANALIZACION	-	3	1	1	1	-	6
T O T A L	8	5	5	3	2	2	25

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

- 1.- Levinson, C.J., Swolin, K.: Adherencias Postoperatorias: Etiología, Prevención y Tratamiento. Clin. Obstet. Ginecol. 1980, 4:1271.
- 2.- Ellis, H.: The cause and Prevention of Postoperative Intraperitoneal Adhesions. Surg Gynecol Obstet. 1971, 133:497.
- 3.- Sanctis, A.L., Shatten, W.E., Weckesser, E.C.: Effects of Hidrocortisone in the Prevention of Peritoneal Adhesions. Arch Surg. 1955, 71:553.
- 4.- Lehman, E.P., Boys, F.: Heparin in the Prevention of Peritoneal Adhesions; Report of Progress. Ann Surg. 1940, 112:969.
- 5.- Choate, W.H., Just-Viera, J.O., Yeager, G.H.: Prevention of Experimental Adhesions by Dextran. Arch Surg. 1964, 88:249.
- 6.- Fear, R.E.: Laparoscopy: A Valuable Aid in Gynecologic Diagnosis. J Obstet Gynecol: 1968, 31:297.
- 7.- Bruhat, M.A., Manhes, H., Mage, G., Pouly, J.L.: Treatment of Ectopic Pregnancy by Means of Lapa-

- roscopy. Fertil Steril. 1980, 33:411.
- 8.- DeCherney, A.H., Romero, R., Naftolin, F.: Surgical Management of Unruptured Ectopic Pregnancy. Fertil Steril. 1981, 35:21.
 - 9.- Reich, H., McGlynn, F.: Treatment of Ovarian Endometriomas Using Laparoscopic Surgical Techniques. J Reprod Med. 1986, 31:577.
 - 10.- GomeI, V.: Laparoscopic Tubal Surgery in Infertility. Obstet Gynecol. 1975, 46:47.
 - 11.- GomeI, V.: Salpingo-Ovariolysis by Laparoscopy in Infertility. Fertil Steril. 1983, 40:607.
 - 12.- Daniell, J.F., Pittway, D.E., Maxson, W.S.: The Role of Laparoscopic Adherensiolysis an In Vitro Fertilization Program. Fertil Steril. 1983, 40:49.
 - 13.- McLaughlin, D.S.: Evaluation of Reformation by Early Second-Look Laparoscopy Following Micro-laser Ovarian Wedge Resection. Fertil Steril. 1984, 43:531.
 - 14.- Raj, S.G., Hulka, J.F.: Second Look Laparoscopy in Infertility Surgery: Therapeutic and Prognostic

Value. Fertil Steril. 1982, 38:325.

- 15.- Luber, K., Beeson, C.C., Kennedy, J.F., Villanueva, B., Young, P.E.: Results of Microsurgical Treatment of tubal Infertility and Early Second-Look Laparoscopy in the Postpelvic Inflammatory Disease Patient: Implications for In Vitro Fertilization. Am J Obstet Gynecol. 1986, 154:1264.
- 16.- Alvarez, M.A.: Operative Laparoscopy. Fertil Steril. 1987, 47:1.
- 17.- Hulka, J.F., Omran, K., Berger, G.S.: Classification of adnexal Adhesions: A Proposal and Evaluation of its Prognostic Value. Fertil Steril. 1978, 30:661.
- 18.- Kapur, B.M.L.: Prevention of Reformation of Peritoneal Adhesions. Arch Surg. 1972, 105:761.
- 19.- Caspi, E.: Importance of Periadnexal Adhesions in Tubal Reconstructive Surgery for Infertility. Fertil Steril. 1979, 31:296.