



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



11217
70
2y

" HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ "
SECRETARIA DE SALUD

" RESULTADO DE EMBARAZOS POSTERIOR A CIRUGIA
GINECOLOGICA DE ESTERILIDAD "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

P R E S E N T A E L
DR. ELPIDIO DE JESUS RODRIGUEZ

Ñ - III DE GINECOOBSTETRICIA

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO 1991



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 está 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.

AGRADECIMIENTOS

A la mujer mexicana y a la del mundo.

A la memoria de mi Padre cuyo ejemplo de ser humano trataré de imitar siempre.

A mi adorada Madre porque siempre estuvo a mi lado, con su ejemplo apoyo y comprensión me dió fuerzas para alcanzar mi meta de especialista médico.

A mis queridos hermanos, Mariana y Adalgisa, así como Alcelio, Ramón, Quintino, Angel, Flor, y Bienvenido a quienes les estaré eternamente agradecido por su desinteresada y valiosa ayuda

Con cariño para mis sobrinos, cuñados y demás familiares Así como para Lidia, Antonio e hijos.

A mis amigos dominicanos, mexicanos y latinoamericanos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera me brindaron sincera amistad y desinteresada solidaridad durante mi estadía en este glorioso país.

Agradecimiento, sincero y eterno al pueblo mexicano y al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" por permitirme llevar al cabo uno de mis sueños mas preciados.

A mis docentes, autoridades de la subdirección de Ginecoobstetricia y médicos adscritos quienes me guiaron y brindaron sabios consejos.

Al maestro Dr. Carlos Ricalde Bas, por sus orientaciones y consejos, y en el mismo tenor al Dr. Leopoldo Vázquez Estrada y a mis asesores de tesis.

Al Dr. Juan José Mazón Ramírez por apoyo y solidaridad

Al Dr. Alberto Salazar, jefe del departamento de investigación clínica, por su gran ayuda en el manejo metodológico de esta tesis.

Al Dr. Manuel A. Pérez Núñez por su amistad incondicional y por haber compartido solidariamente en las buenas y en las malas, así como a los médicos dominicanos Colón, Adames, Garrido Calderón, Pérez Martínez, Almonte y Peña.

A mis compañeros residentes con quienes compartí la ardua tarea y aventura del proceso de enseñanza/aprendizaje, Así como a mis excompañeros del Hospital Ignacio Zaragoza (ISSSTE).

A Melania, Nancy, Leticia, Tere, Familia Maldonado y Familia Talavera.

También al compadre Dario, a Nelson, a Maritza, Dres. de la Cruz, Quica, Rubén, José y Verónica y familia.

ANTECEDENTES

La mujer que presenta esterilidad secundaria y desea embarazarse, tiene sus razones particulares, junto a las de su pareja. En la práctica el ginecoobstetra es consultado por mujeres que habiendo sido sometidas a operaciones de esterilización quirúrgica o que presentan cualquier estado morboso que les impide el embarazarse, con la intención de lograr la concepción.

Tomando en consideración esa situación, la microcirugía aplicada a la ginecología ha avanzado mucho en los últimos 20 años, especialmente en la última década, para tratar de solucionar este problema acorde con la realidad de cada país (1, 5 y 17).

En esa tesitura, el hospital General "Dr. Manuel Gea González" al través de la clínica de esterilidad, se ha interesado en considerar la situación que presentan estas parejas, las cuales solicitan ayuda profesional. Aunque este tipo de intervenciones las realizaban anteriormente hacia los años 1976-1977, no como una clínica sistematizada y bien definida, y es a partir de 1986 a la fecha que la organización y estructura de la clínica está integrada para dar un servicio de alta calidad técnica y humana.

En esta clínica norman los conceptos actuales de esterilidad y se trata de ser más selectivos en la inclusión de pacientes candidatas a Cirugía Ginecológica de Esterilidad. A las pacientes seleccionadas se les realizan estudios preliminares indispensables, tanto de laboratorio como de gabinete.

Dado el número cada vez mayor de pacientes que son sometidas a Cirugía Ginecológica de Esterilidad en nuestro hospital, y la cantidad cada vez mayor de estas mujeres que logran embarazarse, el servicio de obstetricia a sido llamado a

jugar un papel importante para coadyuvar a llevar a feliz término estas gestaciones de alto riesgo. Los diferentes investigadores en ginecología y obstetricia han etiquetado a estos embarazos de alto riesgo por las características propias de los mismos, por sus antecedentes y el mayor número de complicaciones que se presentan en la evolución o durante la resolución de los mismos (3,5, 18 y 19).

Una vez operadas estas pacientes de cirugía ginecológica de esterilidad se la proporciona un seguimiento con orientación obstétrica e inmediatamente que se les diagnostica embarazo son incluidas en nuestra consulta especializada de embarazo de alto riesgo, tomando muy en cuenta que hablar de éxito en el tratamiento de estas pacientes no sólo significa el quedar embarazadas, sino que nuestra meta es el nacimiento de un recién nacido sano y también de una madre sana.

Es de señalar la importancia que representa para el servicio de Ginecología y obstetricia, llevar al cabo un estudio en que como el presente , se integran ambas partes de la especialidad.

Por otra parte, el marco de referencia que sitúa nuestro estudio es que se reporta que la resolución del embarazo por vía abdominal de estas pacientes es muy elevado, lo que podría hablar de la categoría de ellas como pacientes de alto riesgo, a quienes se les ha dado un seguimiento y atenciones especiales. Según Rocha López y Castro Carvajal la vía vaginal de nacimiento si no hay contraindicación, es la más adecuada, y que el sólo hecho del antecedente de esterilidad en ellas, no es motivo justificado para terminar el embarazo mediante operación cesárea (3,4).

El problema a resolver por medio del presente estudio fue determinar cuales son los resultados de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para conseguir embarazos en

pacientes con esterilidad sin ahondar en el análisis de dichas técnicas.

La justificación de la presente tesis está dada por que en la literatura nacional e internacional (1,5, 13, 15, 16, 18 y 19) se reportan datos de investigaciones que constituyen verdaderos avances en las áreas de microcirugía aplicada a la ginecología. Acordes con esos avances y tomando en cuenta la realidad propia de nuestro país, el Hospital realiza estas técnicas en el área de cirugía de esterilidad.

Los resultados de las cirugías en sí de las pacientes sometidas a ellas en nuestro servicio de ginecología, los conocemos pero no contamos con estadísticas al respecto que nos hablen del tipo de ellas y de sus resultados. Tampoco contamos con estudios realizados para saber en realidad los efectos finales de los embarazos posteriores a esos procedimientos.

Según los reportes nacionales e internacionales (3, 5, 6, 17 y 19) y de las clínicas que cuentan con experiencia en el manejo y seguimiento de estas gestaciones de alto riesgo, un número importante de las mismas cursan con eventos morbosos clínicos de importancia y en cualquier trimestre del embarazo (amenaza de aborto, aborto, embarazo ectópico, amenaza de parto inmaduro y de pretérmino, trabajo de parto de pretérmino) yendo. Trataremos de conocer los nuestros en el presente estudio y correlacionarlos con los mencionados reportes, para mejorar la asistencia a nuestras pacientes .

El objetivo general, por lo tanto fué identificar el número de pacientes que posterior a la cirugía ginecológica de esterilidad lograron embarazo y conocer cuál fué el resultado final de éste. También identificar el tipo de procedimiento que más frecuentemente se acompañó con embarazo.

Los objetivos específicos consistieron en identificar los eventos morbosos mas frecuentemente desarrollados durante el embarazo de estas pacientes y obtener el analisis de la experiencia clínica de ellos para acorde con los adelantos actuales, normar conducta de asistencia.

Así mismo se intentó identificar la vía de resolución del embarazo y en el caso de algunas pacientes conocer y evaluar clinicamente el resultado postoperatorio final de la cirugía de esterilidad.

El diseño del presente estudio se consideró como: Descriptivo, abierto, observacional, retrospectivo y transversal.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron pacientes del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" que acudieron a la clínica de esterilidad con embarazo posterior a cirugía de esterilidad. en el lapso comprendido entre enero de 1985 a diciembre de 1989 (66 cirugías, 55 expedientes completos)

Los criterios de inclusión comprendidos fueron que tuvieran embarazo demostrado clinicamente y por estudios de gabinete (ultrasonografía e inmunológicos).

Se excluyeron las pacientes que no tenían expedientes completos o abandonaron su seguimiento y los casos que se embarazaron posteriormente a la practica de métodos no microquirúrgicos.

Los expedientes de las pacientes fueron revisados extrayendo la información anterior y los siguientes datos: el tipo de cirugía, morbilidad trans y postoperatoria, la edad, el tipo de esterilidad, las malformaciones congénitas y otros hallazgos (infecciones, etc), el tiempo de evolución de la esterilidad, los resultados de las gestaciones, las vías de

resolución de las mismas, otros factores relacionados con el tubo-peritoneal, los antecedentes ginecoobstétricos de importancia, cirugías abdominales previas, el tiempo de evolución entre la cirugía y el embarazo, la experiencia del cirujano y los antecedentes generales de importancia.

Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas declaradas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, considerándose como una investigación sin riesgo (Título segundo, capítulo I, artículo 17 sección 1).

RESULTADOS

De los 66 registros de cirugía de esterilidad, sólo pudieron ser localizados 55 expedientes, de éstos, 27 (49%) correspondieron a mujeres que resultaron embarazadas, y al encontrar que 7 expedientes no se encontraban completos la muestra final se redujo a 20 casos estudiados.

En cuanto a la distribución por edad de las mujeres estudiadas, el límite inferior fué de 24 años, el límite superior de 38 años, la media fué de 29 años y la desviación estándar de 3.36 años (Ver gráfica 1).

Se encontraron 3 pacientes con esterilidad primaria (15%) y 17 con esterilidad secundaria (85%), de las secundarias se encontraron 12 secundarias a oclusión tubaria bilateral (OTB) (Ver Gráfica 2); de las OTB algunas (n=7) también tenían otros factores de esterilidad agregados principalmente peritoneal y ovárico. De las pacientes con esterilidad primaria: dos tuvieron útero bicorne y una factor ovárico mas tuboperitoneal.

En cuanto a los antecedentes generales y ginecoobstétricos de importancia, se encontró un caso con infección viral (vg parotiditis), enfermedades pélvicas inflamatorias, cirugías abdominales previas, diabetes, legrados uterinos instrumentales, transfusión sanguínea, enfermedades pélvicas inflamatorias, abortos previos, cervicovaginitis,

Bartolinitis, malformaciones congénitas, ovario poliquistico, cesárea previa, OTB y macrosomía en producto anterior).

El tipo de operación mas frecuente fué la plastia tubaria (n=12), además se realizaron adherenciolisis (n=10), metroplastia (n=2), y combinadas (n=14) (salpingooforolisis (6), fimbrioplastia (2) resección de quistes ováricos y paratubáricos (4), cuña de ovario (2)) (Gráfica 8).

La morbilidad y mortalidad operatoria fueron nulas.

El tiempo de evolución en años de la esterilidad tuvo un limite inferior de 2, el limite superior fué de 10, la media de 5.2 y la desviación estándar de 2.4 (Ver Gráfica 3).

El tiempo en meses entre la cirugía y el embarazo tuvo un limite inferior de 2, una máximo de 34, una media de 13.6 y una desviación estándar de 8.67 (Ver Gráfica 4).

Durante el embarazo se encontraron los siguientes eventos morbosos: amenaza de parto inmaduro (1), amenaza de parto pretérmino (2), trabajo de parto pretérmino (1) amenaza de aborto (2), aborto del primer trimestre (1) aborto del 2o trimestre (1), embarazo ectópico (2), cervico vaginitis (2), infección de vías urinarias (3), diabetes gestacional (1) preeclampsia (1).

En todos los casos el médico cirujano fué especialista excepto en un caso (residente III).

Se encontraron 15 productos de término, 4 no viables y 2 pretérmino (Ver Gráfica 9).

En cuanto a la vía de resolución se encontraron 8 cesáreas, 7 partos eutócicos 1 parto distócico, 2 laparotomías exploradoras con salpingectomías y 2 legrados por abortos (Ver gráfica 5). Las cesáreas fueron motivadas por prolapso de cordón (1), sufrimiento fetal agudo (1), cesárea previa (1) y macrosomía fetal (1), embarazo gemelar y cesárea previa (1), una por desproporción cefalopélvica (1), por cirugía uterina previa (2) y por producto "valioso" (1).

El peso de los productos obtenidos tuvo un límite inferior de 2600g, límite superior de 4000g, una media de 3040 y una desviación estándar de 395g (Ver Gráfica 6).

El Apgar al minuto fué 1=5, 2=6, 9 = 7, 5=8; a los 5 minutos el Apgar fué de 3=7, 4=8, 10=9 (ver Gráfica 7)

El sexo de los productos fué de 10 femeninos y 7 masculinos.

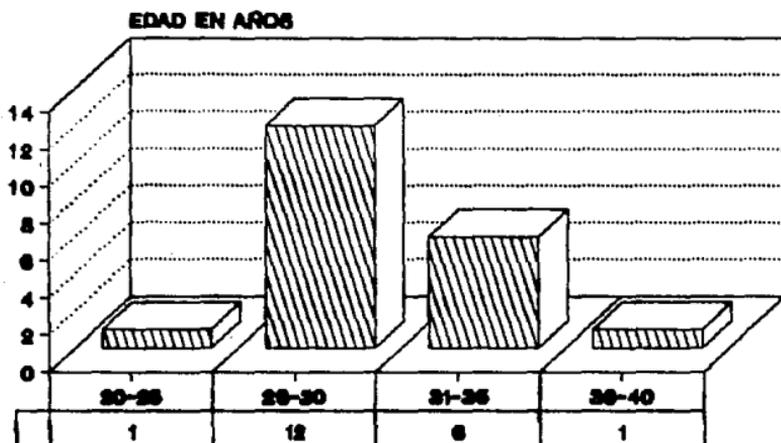
DISCUSION

Al encontrar el 49 % de embarazos positivos posterior a la cirugía de esterilidad, estamos en los mismos rangos de éxito que los autores de la literatura internacional (Gomel 5)

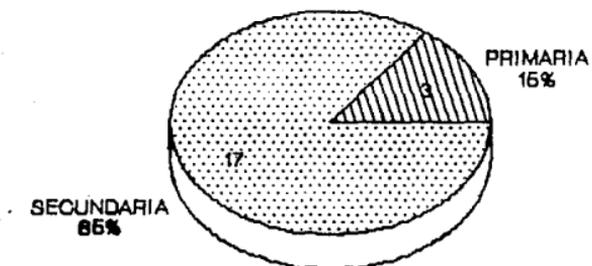
La fertilidad máxima en la mujer normal es entre los 24 y 26 años, declinando gradualmente después de los 30 años (3, 19, 30), en nuestra muestra, ésto resultó acorde ya que el pico mayor en cuanto a la distribución por edad fué entre los 25 y 30 años; observándose a partir de entónces una disminución del número de casos encontrados (Ver gráfica 1). De ahí que según la literatura revisada, se encuentra frecuentemente que el criterio de inclusión en sus protocolos es que las pacientes no sobrepasen los 35 años de edad; no sólo por el decremento de la tasa de embarazo sino porque a partir de esa edad aumenta el riesgo de complicaciones maternofetales. Los resultados de esterilidad primaria y secundaria denotan el hecho de que el procedimiento es más frecuentemente solicitado en casos de esterilidad secundaria por la frecuencia de enfermedades infecciosas inflamatorias pélvicas con consecuencias subsecuentes sobre la fecundidad, refuerzan esto la presencia de promiscuidad, el inicio de vida sexual activa temprana, el aumento del uso del dispositivo intrauterino, el incremento de abortos provocados y el aumento en la práctica de la esterilización quirúrgica con demanda de inversión o reversión de la misma (5,19).

DISTRIBUCION POR EDAD

GRAFICA 1

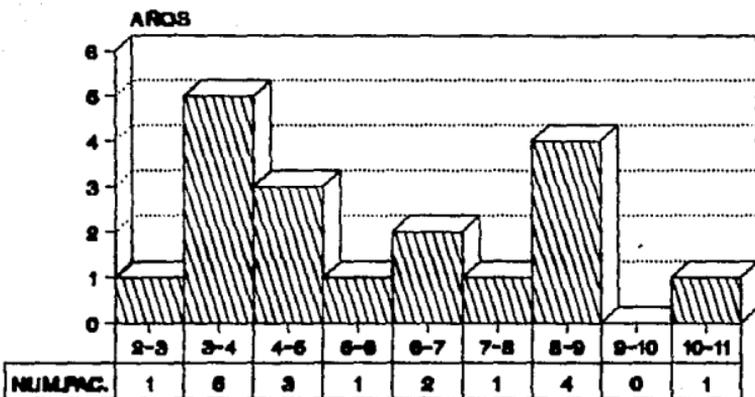


TIPO DE ESTERILIDAD GRAFICA 2



NUMERO DE CASOS

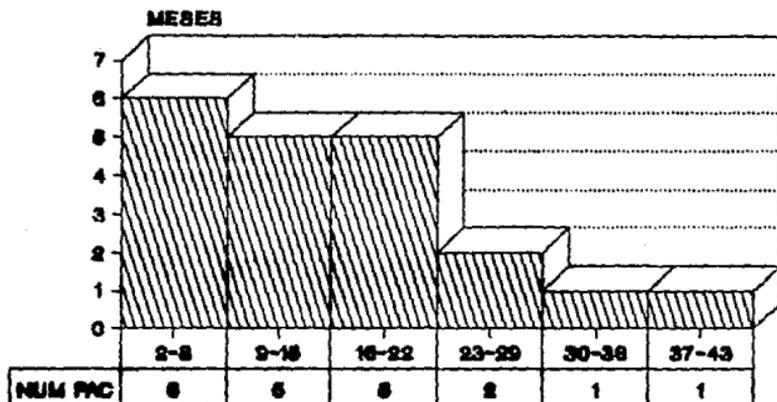
ESTERILIDAD (TIEMPO DE EVOLUCION) GRAFICA 3



NUM.PAC.

TIEMPO ENTRE CIRUGIA Y EMBARAZO

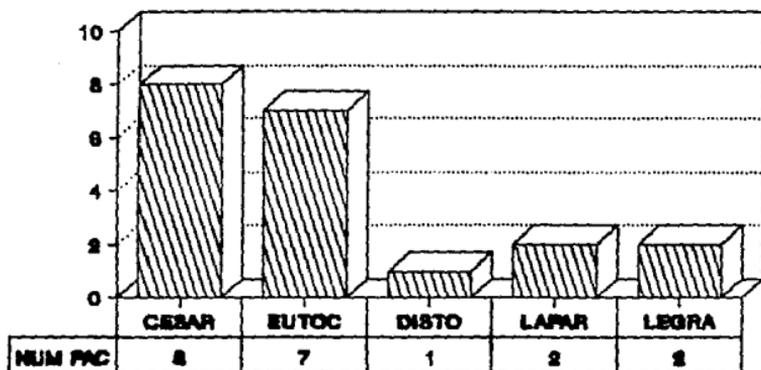
GRAFICA 4



NUM PAC

VIA DE RESOLUCION

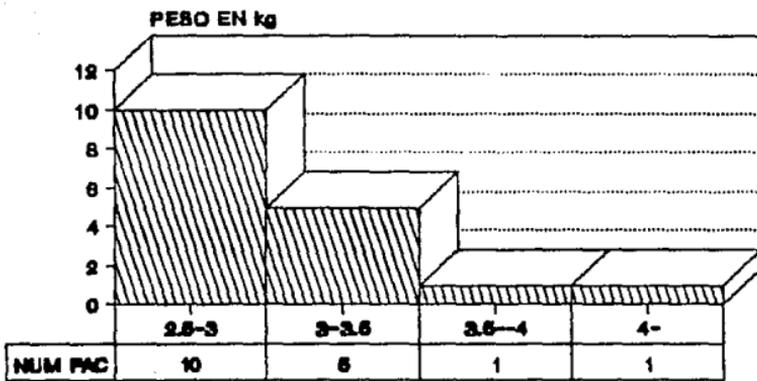
GRAFICA 5



 NUM PAC

PESO DE LOS PRODUCTOS

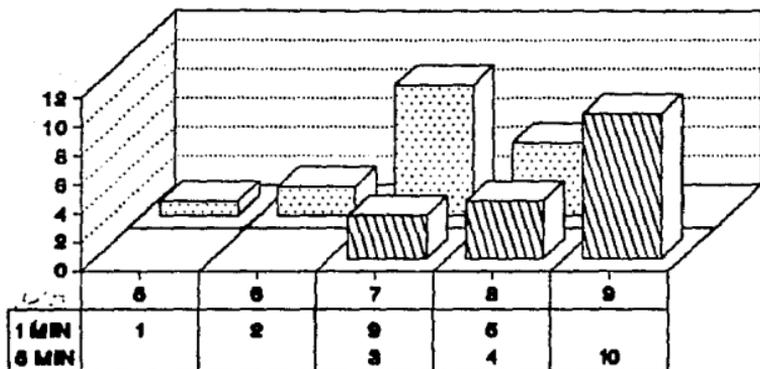
GRAFICA 6



 NUM PAC

APGAR

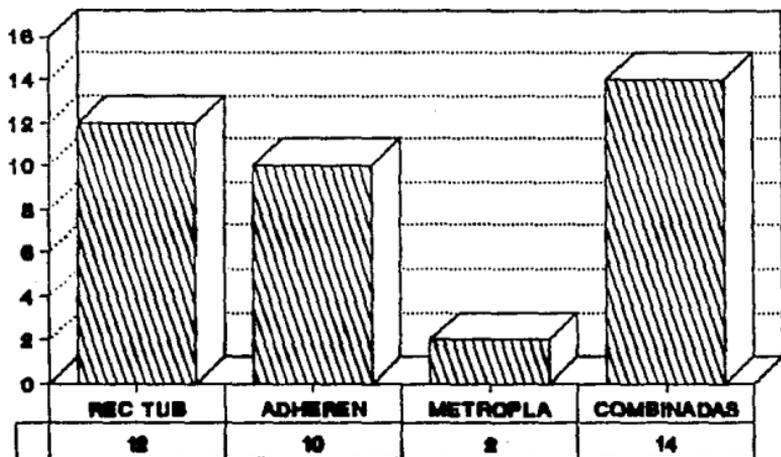
GRAFICA 7



▨ 6 MIN ▤ 1 MIN

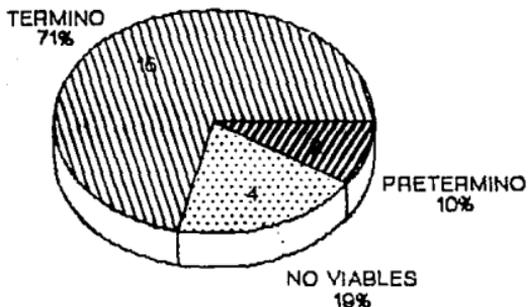
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

GRAFICA 8



PRODUCTO DE LOS EMBARAZOS

Gráfica 9



Por las mismas razones del párrafo anterior, el método quirúrgico de esterilidad más frecuentemente usado fué la plastia tubaria del segmento medio.

En cuanto al tiempo de evolución de la esterilidad, se ha reportado (5, 19) que el éxito es más frecuente conforme se disminuye el tiempo de evolución. Este hecho parece estar más bien ligado a la edad que al fenómeno del tiempo de evolución en si mismo ya que en los casos en que el problema se debe a procesos inflamatorios pelviperitoneales que dan lugar a fibrosis y que al pasar el tiempo los procesos sigan activos produciendo mayor daño tisular.

Según V. Gomel (5), hay una relación inversa entre la longitud del oviducto reconstituido y el tiempo entre la realización de la cirugía y el embarazo. Así mismo se ha reportado que a medida que el tiempo pasa, las posibilidades de éxito son menores, en nuestra muestra se puede confirmar lo anterior, ya que el mayor número de pacientes embarazadas correspondió al periodo comprendido entre los 2 y 8 meses posterior a la cirugía, lo cual es extremadamente cercano al procedimiento operatorio, considerando la duración del proceso cicatricial.

En la vía de resolución del embarazo, se efectuaron 8 cesáreas, 7 partos eutócicos, 1 diotócico, 2 laparotomías (por embarazos ectópicos) y 2 legrados, esto comparado con los resultados de Rocha López y cols. (3) es muy similar, ya que ellos consignan 32 cesáreas de su serie al sumar las de trabajo de parto y sin trabajo de parto, en cuanto a partos eutócicos tuvieron 26 y 9 distócicos, con lo que se obtiene el mismo orden de frecuencias cesárea, parto eutócico. El resultado que se desprende de la observación anterior es más importante si consideramos que las cesáreas practicadas estan fundamentadas por una indicación obstétrica en su gran mayoría, correspondiendo sólo a un caso la justificación por "producto valioso".

Las pacientes que requirieron laparotomías y legrados corresponden aproximadamente a los porcentajes reportados

por la literatura (1,5), mismos que se consideraran adecuados según las casuísticas internacionales.

En cuanto al peso de los productos, los reportados como bajo peso corresponden a los productos de pretérmino (n=2,11%), cabe recordar que este fenómeno también se observa en las gestaciones consideradas como "normales". Se obtuvo un embarazo gemelar.

En nuestra muestra se encontró el 62% de embarazo normoevolutivo, al comparar esta cifra con la de Rosas y cols (17) del 66 % observamos una buena similitud en ambas series.

El Apgar encontrado en las series reportadas de partos eutócicos no difiere de los resultados expuestos en nuestro estudio ya que se situó entre 7 y 8 al minuto y la mayoría obtuvo una calificación de 9 a los 5 minutos.

CONCLUSIONES

El número de pacientes que lograron embarazarse posterior a 54 cirugías fué de 27 pacientes (49%). Siendo de término 71% de ellos, pretérmino 10% y 19% no viables.

El procedimiento operatorio que más frecuentemente culminó en embarazo fué la recanalización tubaria.

La cesárea y el parto eutócico fueron los eventos mas frecuentemente encontrados.

Los factores morbosos relacionados con el embarazo fueron: prolapso de cordón, amenaza de parto inmaduro, amenaza de parto pretérmino, aborto, embarazo ectópico, diabetes mellitus gestacional, cervicovaginitis, trabajo de parto pretérmino, sufrimiento fetal agudo, macrosomia fetal.

Todas la mujeres que se embarazaron tenían una evolución de su esterilidad que iba de los 2 a los 10 años.

REFERENCIAS

1. Alvarez Bravo A. Estado actual de la microcirugía ginecológica, curso de actualización de la Asociación Mexicana de Gineco Obstetricia 1-13 feb 1989
2. Hill, G.A. et al. Complication of pregnancy in infertile couples: routine treatment versus assisted reproduction *Obstet., Gynecol.* 75, 790-1990.
3. Rocha López J. y Cols.: Curso del embarazo en pacientes con diagnóstico de esterilidad previa *Ginecol. y Obst. de México.* 51, 151-155, 1984.
4. Collins, J.A. Wrison W: Embarazo independiente del tratamiento en las parejas estériles. *N. Eng. J. Med.* 309, 1201-1206, 1983.
5. Gomel, V.: Técnicas microquirúrgicas en esterilidad. (Impacto en ginecología) *Clinicas de Obstetricia y Ginecología* 4, 1980.
6. Harger. J.H., Archer.D.F.: Etiología de la pérdida recurrente del embarazo y resultados de los embarazos posteriores *Obsat. Gynecol.* 62, 574, 1983.
7. Drake, T.S.y Tredway, D.R.: Spontaneous pregnancy during the infertility evaluation. *Fertil. Steril.* 30-36 VTGR
8. Jessen, H.: Forty-five operations for sterility. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 50-105 1971.
9. Lamb E.J.: Prognosis for the infertile couple. *Fertil Steril.* 23:320, 1972.
10. Poulson, A.M. Bryner, W.A: Complicaciones obstétricas en la paciente con infertilidad. *Ginecol y Obst. de Post* 2, 153, 1972.
11. Rosas, A.J. y Cols.: Resultados de la microcirugía tubaria. *Ginecol. Obstet. Mex.* 53, 221, 1985.
12. Ruiz, V.V., Rosas, A.J.: Evolución de los embarazos en pacientes estériles tratadas. *Ginecol. y Obstet. de Méx.* 45, 1979.
13. Stewart, C.R.: Cooke, I.D: Embarazo después de infertilidad, *Ginecol. y Obst. Temas actuales* 1,,451, 1974.
14. Weir, W.C. y Cicchinelli, A.L: Prognosis for the infertile couple. *Fertility Stewril.* 15-625, 1964.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

15. Te Linde (Richard F. Mattini y John D. Thompson)
Ginecología Operatoria 1987.

16. La pareja infertil: Clinicas de Norteamérica Vol. 4
1987.

17. Rosas, A.J. y cols. Embarazo después de esterilidad.
Ginecol y Obst. de México Vol. 56, 69-74. 1988

18. Pérez Peña. E. Infertilidad, esterilidad y
endocrinología de la reproducción, Un enfoque integral.
Salvat Ed. 1981.

19. Delgado U. J. y cols. Tratamiento quirúrgico del factor
tuboperitoneal de esterilidad, analisis de 86 casos.
Ginecología y obst. de México Vol. 45, 281- 1979.

20. Lev-Gur, M. et al. Risk factors for pregnancy loss
apparent at conception in infertile couples. Int J. Fertil
35: 51, 1990.

21. Jean, B. Dubuison et. al. Reproductive outcome after
laparoscopic salpingectomy for tubal pregnancy Fertil and
steril. 53: 6 1004-1007 1990.