

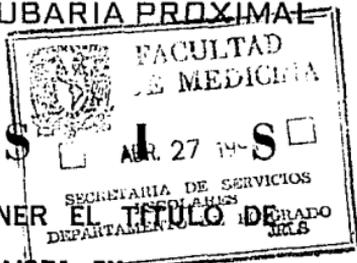
11217
103
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO.3
CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UTILIDAD DE LA CATETERIZACION
DEL OSTIUM TUBARIO POR HISTE-
ROSCOPIA CON CONTROL LAPA-
ROSCOPICO EN PACIENTES CON
OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MA. GUADALUPE NAVA LOYA

ASESOR

DR. CARLOS GERARDO SALAZAR LOPEZ-ORTIZ



IMSS

MEXICO, D. F.

CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Isla de Enseñanza e Investigacion

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 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.

I N D I C E
~~~~~

INTRODUCCION..... 1
OBJETIVO..... 9
MATERIAL 11
METODO..... 13
RESULTADOS..... 21
RESUMEN..... 37
COMENTARIO..... 44
CONCLUSIONES..... 49
BIBLIOGRAFIA..... 53

~~~~~
~~~~~
~~~~~

INTRODUCCION

Debido a que el tratamiento de la oclusión tubaria proximal es la cirugía con reconstrucción tubo-cornual, es de vital importancia efectuar un acucioso diagnóstico entre patología oclusiva verdadera, presencia de espasmo o depósito de material amorfo.

La cateterización de los ostium tubarios puede ser considerado un paso esencial en la evaluación de las pacientes con obstrucción tubaria proximal, dado que los métodos diagnósticos como: histerosalpingografía, - laparoscopia e histeroscopia no son concluyentes en el diagnóstico diferencial de oclusión tubaria proximal verdadera o funcional.

La obstrucción tubaria proximal ocurre en el 30 al 50 % de las pacientes estériles, encontrándose obstrucción proximal o compromiso de la porción utero-tubarica en aproximadamente el 10 al 25% (1).

La etiología de la obstrucción tubaria proximal puede ser multifactorial, se han sugerido procesos inflamatorios, infecciosos, alteraciones congénitas y endometriosis (1).

Kerin (2), en sus recientes investigaciones por medio de la faloposcopia ha descrito algunos defectos endotubarios básicos: adherencias laxas y densas, lesiones polipoides, estenosis y oclusión fibrotica,

así mismo describe un "esfínter" a nivel del ostium tubario, y muchas de las obstrucciones proximales pudiesen representar un espasmo del mismo.

Rubin (3), en 1954 y recientemente De Cherney (4), mencionaron la diferencia entre obstrucción y oclusión cornual, refiriéndose a la primera como una alteración funcional o al acúmulo de material amorfo intraluminal y a oclusión al bloqueo anatómico como en el caso de la salpingitis ístmica nodosa o a la fibrosis intramural.

La obstrucción tubaria proximal uni o bilateral demostrada por histerosalpingografía, ocurre en el 10 al 20% de las pacientes durante su estudio de esterilidad, un 30 al 50% de las mismas se reportan como falsas positivas después de laparoscopia o laparotomía (5,15).

Muchos autores han intentado definir las bases anatómicas y funcionales de la obstrucción tubaria proximal. Sulack y cols. (6) estudiaron a 18 pacientes con obstrucción tubaria proximal a las cuales se les efectuó resección del segmento tubario obstruido, encontrando anormalidad histológica compatible con oclusión tubaria verdadera unicamente en 7 pacientes (39%) y en 11 pacientes (61%) los segmentos resecaos se encontraron completamente normales, sin oclusión. Del total de pacientes, solo en el 33% se observó

material amorfo intraluminal en los segmentos reseca- dos como causa de la obstrucción, sugiriendo que este material amorfo sea de origen inflamatorio con datos de fibrosis inicial o parcialmente calcificado. Donnez y Casanas-Roux (16), presentaron resultados similares al efectuar el análisis histopatológico de los segmentos reseca- dos en la reanatomosis tubo-cornual.

Letterie y cols. (14), realizaron un análisis histopatológico de los segmentos reseca- dos en pacientes con obstrucción tubaria proximal, a las cuales previamente se intentó cateterización de los ostiums tubarios sin lograrlo, encontrando anomalías histológicas compatibles con oclusión verdadera hasta en 93% de los casos. Dato importante si se compara con el estudio similar efectuado por Sulack y cols. (6), en el cual a las pacientes con obstrucción tubaria proximal no se intentó cateterización de los ostiumstubaríos antes de la resección del segmento obstruido, reportando anomalías histológicas compatibles con obstrucción verdadera únicamente en el 39%.

Existen diversas técnicas para cateterizar los ostiums tubarios. Platia y Krudy (7), en 1985 utilizaron un catéter guía flexible para recanalizar las salpinges en caso de obstrucción tubaria proximal,

con control fluoroscópico.

La cateterización transcervical por histeroscopia fué por primera vez efectuada al colocar un dispositivo intratubario con propósitos anticonceptivos (20). Su uso se extendió rápidamente para el tratamiento de la patología tubo-cornual como alternativa a la laparotomía. La principal ventaja de la cateterización por histeroscopia es que el ostium tubario puede ser visualizado directamente, así mismo el control laparoscópico es adecuado porque puede detectar procesos obstructivos distales o adherenciales que frecuentemente están asociados a la oclusión tubo-cornual (24).

Confinio y cols. (8), utilizaron un catéter guía con globo para cateterizar la trompa y dilatar el área obstruida a través de histeroscopia.

En 1988, Thurmond y cols. (9), reportaron la recanalización tubaria al efectuar cateterización del ostium tubario con un catéter guía con control fluoroscópico, retirando la guía y realizando salpingografía selectiva intraoperatoria.

Thurmond (3), reportó los primeros 100 casos de obstrucción tubaria proximal tratada con cateterización tubaria con control fluoroscópico, teniendo éxito en 86 casos en los cuales se comprobó salpinges permeables; -

después de un período de 8 meses se reportaron 31 embarazos (36%) y a los 12 meses 50 embarazos (50%), del total de embarazos hubo 5 embarazos ectópicos, todos ellos en la porción distal, lejos del sitio de recanalización. 12 pacientes presentaron reobstrucción tubaria durante el seguimiento y a 8 pacientes se les efectuó un segundo procedimiento de cateterización, de las cuales 2 concibieron en los siguientes 2 meses.

Jansen y Anderson (17) en 1987, describen la cateterización de los ostiums tubarios vía transcervical bajo guía ultrasonográfica.

Novy y cols. (10), diseñaron un catéter diferente, el cual es más delgado y significativamente más flexible que el catéter de globo, lo cual permite una cateterización adecuada de la salpinge. Así mismo este autor efectuó un estudio comparativo para cateterizar las salpinges entre la salpingografía selectiva con control fluoroscópico y la cateterización vía histeroscópica con control laparoscópico. Se efectuó salpingografía selectiva a 18 pacientes y a 10 pacientes cateterización por histeroscopia. Se utilizó un catéter de 5.5 Fr. de 30 cm. de longitud, el cual tiene un catéter en su interior de 3 Fr de teflón con una guía flexible de 0.043 cm. de diámetro. Se logró la cateterización y permeabilidad tubaria por fluroscopia en 13 de 18 pacientes (84%) y por histeroscopia 9 de 10

pacientes (92%), en un período de 1 a 7 meses se logró en 5 pacientes a las cuales se les efectuó fluoroscopia y 2 pacientes tratadas por histeroscopia. Todos los embarazos fueron intrauterinos. Hubo un perforación en la porción antimesentérica del istmo, la cual no presentó sangrado activo, no requiriendo procedimiento alguno.

Huges y cols. (18). reportan un índice de éxito de cateterización de los ostiums tubarios con control ultrasonográfico en 12 de 16 pacientes con obstrucción tubaria proximal.

Ragni y cols (19), reportan éxito a la cateterización en 8 de 12 casos (66.6%) en un estudio similar con control ultrasonográfico.

Recientemente Deaton y cols. (11), efectuaron la cateterización del ostium tubario vía histeroscópica con control laparoscópico, utilizando un catéter urológico; se incluyeron 11 pacientes, lograndose cateterización de ostiums tubarios en 7 de 9 pacientes (72%), se corroboró la patenticidad de lapermeabilidad tubaria postcanulación por histerosalpingografía en 73%, en un período de 6 meses se disgnosticaron 6 embarazos (54%) de los cuales 3 fueron ectópicos, no cercanos a la porción proximal obstruida. Hubo perforación en 2 pacientes (11%), siendo éstas mínimas y sin consecuencias.

Cofman y cols. (12), reportan que el seguimiento de las pacientes de 1 a 12 meses postcanulación tubaria encuentran un índice de embarazo clínico de 26%.

Confino y cols. (23), mencionan que en el seguimiento de un estudio multicentrico con cateterización tubaria utilizando el catéter de globo vía transcervical, demuestra que 25 de las pacientes las cuales no concibieron dentro de los 6 meses al procedimiento, se corrobora la permeabilidad tubaria en 17 pacientes (68%).

Jansen y Anderson (22), han utilizado la cateterización de salpinges vía transcervical con control ultrasonográfico para la inseminación intratubaria y la transferencia de gametos o embriones a la porción ampular.

Las complicaciones de la cateterización de salpinges vía transcervical por medio de histeroscopia, incluye perforación tubaria o uterina, sin embargo, la ausencia de reportes en la literatura de complicaciones serias con dicho procedimiento, permite que se tenga buen margen de seguridad en el mismo (10,11,21).

OBJETIVO

El presente estudio pretende determinar la utilidad de la cateterización de los ostiums tubarios vía histeroscópica con un control laparoscópico en pacientes con obstrucción tubaria proximal uni o bilateral para confirmar o descartar patología oclusiva verdadera.

El procedimiento es con fines diagnósticos y terapéuticos. Diagnóstico: porque permite la diferenciación entre obstrucción funcional o verdadera. Terapéutico: en caso de adherencias laxas u obstrucción por material amorfo intraluminal, permitiendo la permeabilidad tubaria al momento de la cateterización de las salpinges.

M A T E R I A L
VVVVVVVVVVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVV
VVVVVVVV
VVVVVV
VVVV
VV
V

MATERIAL

Se incluyeron cuatro pacientes del Departamento de Biología de la Reproducción y Gineco-Endocrinología del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Centro Médico la Raza, IMSS a las cuales se les efectuó el diagnóstico de obstrucción tubaria proximal uni o bilateral diagnosticado por histerosalpingografía y confirmado por laparoscopia.

Laparoscopio diagnóstico marca Storz.

Histeroscopio de Hamou II con camisa operatoria, marca Storz.

Catéter de Novy marca Cook Ob/Gyn, el cual tiene 35 cm. de longitud y esta compuesto por un catéter 5.5 French conteniendo en su interior un catéter 3.0 French de teflón, una guía flexible de 0.46 mm. de diámetro la cual es de acero inoxidable.

Bomba de Quiñones.

Solución glucosada al 5%, utilizada como medio de distensión de la cavidad uterina.

M E T O D O
VVVVVVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVVVV
VVVVVVVVVV
VVVVVVVV
VVVVVV
VVVV
VV
V

METODO

Una vez efectuado en las cuatro pacientes incluidas el diagnóstico de obstrucción tubaria proximal uni o bilateral por histerosalpingografía y confirmado por laparoscopia.

Se efectuó en quirófano y bajo anestesia general histeroscopia (fig 1) con control laparoscópico con las técnicas habituales, utilizando como medio de distensión de la cavidad uterina solución glucosada al 5 % en infusión regulada con bomba de Quiñones para mantener presión intrauterina no mayor de 120 mmHg.

Se realizó cateterización del ostium tubario con el catéter de Novy (fig 2 y 3) penetrando a la salpinge hasta la región ístmica, posteriormente se retira la guía del catéter (fig 4) y se efectúa cromotubación selectiva (fig 5), corroborándose la permeabilidad tubaria (fig. 6).

Se evaluó la permeabilidad tubaria con histerosalpingografía realizada de 3 a 8 meses después del procedimiento.

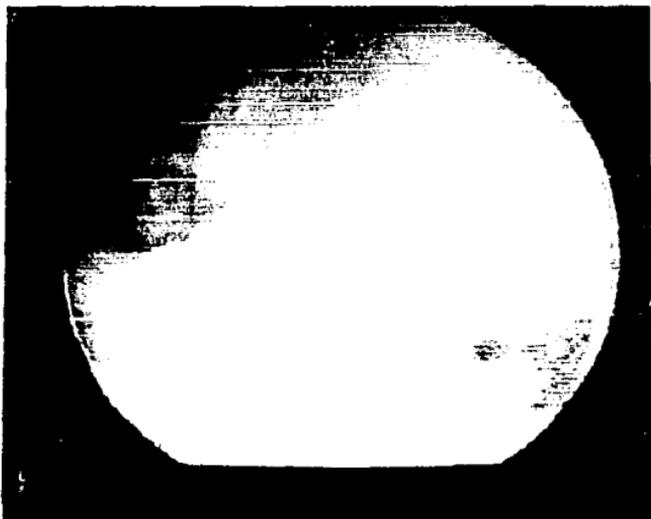


FIG.I: HISTEROSCOPIA; VISTA PANORAMICA QUE -
MUESTRA A LOS OSTIUMS TUBARIOS.



FIG. 2: CATETERIZACION DE OSTIUM TUBARIO; LA GUIA-
DEL CATETER INTRODUCIENDOSE A TRAVES DEL
OSTIUM TUBARIO.

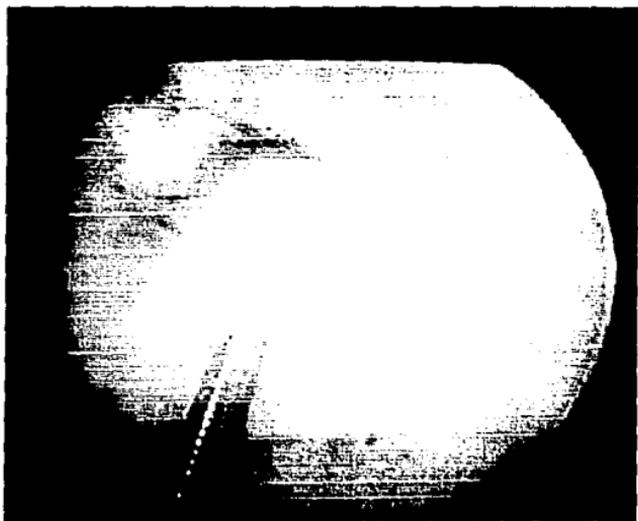


FIG. 3: CATETER DE NOVY CON SU GUIA INTRODUCIENDOSE HASTA APROXIMADAMENTE LA PORCION ISTMICA DE LA SALPINGE.



FIG. 4: RETIRO DE LA GUIA DEL CATETER DE NOVY

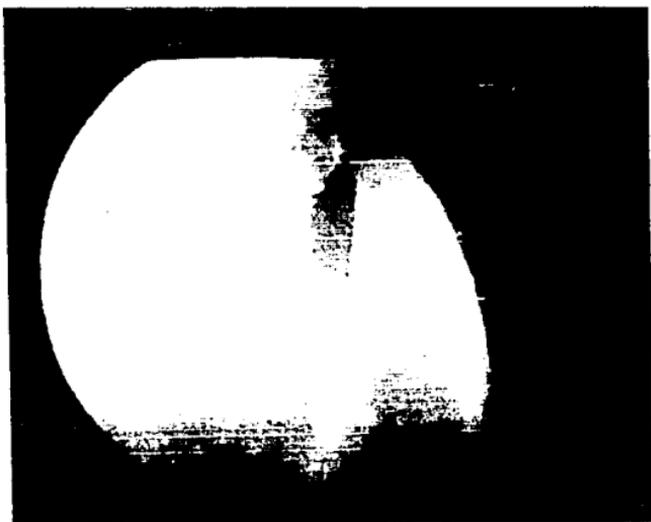


FIG. 5: SE INSTILA AZUL DE METILENO A TRAVES DEL -
CATERER PARA EFECTUAR LA CROMOTUBACION --
SELECTIVA.



FIG. 6: LAPAROSCOPIA; SE CONFIRMA LA PERMEABILIDAD -
DE LA SALPINGE AL VISUALIZAR LA SALIDA DE -
AZUL DE METILENO A TRAVES DEL OSTIUM - -
FIMBRIAL.

RESULTADO

Desde febrero a octubre de 1992 se estudiaron cuatro pacientes con edades de 28 a 34 años y con diagnóstico de obstrucción tubaria proximal uni o bilateral.

CASO No. 1.

De 31 años de edad, con el antecedente de esterilidad primaria de 4 años de evolución, factor masculino agregado (astenozoospermia) y obstrucción tubaria proximal bilateral diagnosticada por histerosalpingografía (fig. 7) y corroborada por laparoscopia.

Se efectuó cateterización de ambos ostiums tubarios comprobando la permeabilidad tubaria por cromotubación selectiva positiva bilateral.

La histerosalpingografía de control realizada a los 2 meses demostró permeabilidad tubaria bilateral (fig. 8 y 9).



FIG. 7: CASO NO.1: HISTEROSALPINGOGRAFIA EN LA CUAL SE OBSERVA OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL - BILATERAL.



FIG. 8: CASO NO. 1; HISTEROSALPINGOGRAFIA POSTCATERIZACION REALIZADA A LOS 2 MESES.



FIG. 8 y 9: CASO NO 1; CONTROL HISTEROGRAFICO QUE -
DEMUESTRA PERMEABILIDAD TUBARIA BILA--
TERAL.

CASO No. 2.

De 28 años de edad, con el antecedente de 10 años de esterilidad primaria y obstrucción tubaria proximal bilateral diagnosticada tanto por histerosalpingografía (fig. 10) como por laparoscopia.

Se realiza cateterización de ostiums tubarios con cromotubación selectiva positiva en ambas salpinges. Durante el procedimiento de cateterización se produjo perforación ístmica izquierda y cornual derecha, en ésta última se observó sangrado activo el que cedió al colocar una sonda de Foley No. 10 intrauterina, retirandola a los 8 días.

En el control histerográfico realizado a los 4 meses se observó obstrucción tubaria ístmica izquierda y cornual derecha (fig. 11 y 12).



FIG. 10: CASO No. 2; HISTEROSALPINGOGRAFIA EN LA QUE SE OBSERVA OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL --- BILATERAL.



FIG. 11: CASO No. 2; HISTEROSALPINGOGRAFIA POSTCATE-
TERIZACION REALIZADA A LOS 4 MESES.



FIG. 11 y 12: CASO No.2: CONTROL HISTEROGRAFICO EN EL QUE SE OBSERVA OBSTRUCCION ISTMICA IZQUIERDA Y CORNUAL DERECHA.

CASO No. 3.

De 30 años de edad, con el antecedente de esterilidad primaria de 5 años de evolución, factor masculino agregado (astenozoospermia) y diagnóstico de obstrucción tubaria proximal bilateral por histerosalpingografía (fig. 13) y confirmado por laparoscopia.

Se tiene éxito al cateterizar el ostium tubario izquierdo y se comprueba la permeabilidad tubaria por cromotubación positiva, respecto a ostium tubario derecho se intenta en dos ocasiones cateterizarlo sin lograrlo ya que al introducir el catéter se aprecia una obstrucción que no se puede vencer al paso del catéter y su guía.

En el control histerográfico realizado a los 4 meses se observó permeabilidad tubaria izquierda y oclusión cornual derecha (fig. 14 y 15).



FIG. 13: CASO No. 3; HISTEROSALPINGOGRAFIA EN LA QUE SE OBSERVA OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL --- BILATERAL.



FIG. 14: CASO No. 3; HISTEROSALPINGOGRAFIA POSTCATE-
TERIZACION DE OSTIUM TUBARIO IZQUIERDO --
REALIZADA A LOS 4 MESES.



FIG. 14 y 15: CASO No. 3; CONTROL HISTEROGRAFICO QUE DEMUESTRA PERMEABILIDAD DE SALPINGE - IZQUIERDA Y OBSTRUCCION PROXIMAL - -- DERECHA.

CASO No. 4.

De 34 años de edad, con el antecedente de esterilidad primaria de 16 años de evolución y diagnóstico de obstrucción tubaria proximal derecha y permeabilidad de salpinge izquierda por histerosalpingografía (fig. 16), sin embargo, por laparoscopia se observó obstrucción tubaria proximal bilateral.

Durante la histeroscopia al introducir el medio de distensión de la cavidad uterina se observa salida de material de aspecto mucoso por el ostium tubario izquierdo e incluso hubo paso del medio de distensión a través de la salpinge, no requiriendo procedimiento de cateterización alguno. En el ostium tubario derecho se observa una "pseudomembrana" que obstruye el conducto e impide efectuar satisfactoriamente la cateterización de dicho ostium, al introducir azul de metileno por el catéter se observa infiltración cornual del medio de contraste, siendo la cromotubación selectiva negativa.

4 meses después en el control histerográfico se encontró permeabilidad tubaria bilateral (fig. 17).



FIG. 16: CASO No.4; HISTEROSALPINGOGRAFIA EN LA QUE SE OBSERVA SALPINGE IZQUIERDA PERMEABLE Y OBSTRUCCION PROXIMAL DERECHA, SIN EMBARGO, EN LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA LA CROMOTUBACION FUE NEGATIVA EN AMBAS SALPINGES.



FIG. 17: CASO No. 4; CONTROL HISTEROGRAFICO EFECTUADO A LOS 4 MESES, OBSERVANDOSE PERMEABILIDAD - TUBARIA BILATERAL.

RESUMEN

En un período de ocho meses se realizó un estudio en el que se incluyeron cuatro pacientes con edad promedio de 31 años y el antecedente de esterilidad primaria en promedio de 10 años.

En dos casos coexistió el factor masculino: asteno-zoospermia. (Cuadro I).

Se estudiaron cuatro casos con obstrucción tubaria proximal: tres bilateral y uno unilateral derecha, diagnosticados por histerosalpingografía, sin embargo, durante la laparoscopia diagnóstica se encontró obstrucción tubaria proximal bilateral en los cuatro casos. (Cuadro II).

Con la finalidad de efectuar diagnóstico diferencial entre obstrucción y oclusión tubaria todos los casos son programados para efectuarse cateterización de ostiums tubarios por histeroscopia con control laparoscópico.

En los casos No 1 y 2 se logró cateterizar los ostiums tubarios bilateralmente.

En el caso No. 3 se tuvo éxito en la cateterización del ostium tubario izquierdo y no fue posible cateterizar el ostium tubario derecho.

En el caso No. 4 no se cateterizó satisfactoriamente el ostium tubario derecho por observarse una "pseudomembrana" que ocluía dicho ostium

OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL

CASOS INCLUIDOS

CASO	EDAD	TIEMPO DE ESTERILIDAD	OTRO FACTOR DE ESTERILIDAD
1	31 años	4 años	* masculino
2	28 "	10 "	---
3	30 "	5 "	* masculino
4	34 "	16 "	---

CUADRO NO. I.

* astenozoospermia

OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL

DIAGNOSTICO

CASO	HISTEROSALPINGOGRAFIA PREOPERATORIA	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
1	bilateral	bilateral
2	bilateral	bilateral
3	bilateral	bilateral
4	unilateral der.	bilateral

CUADRO No. II.

El ostium tubario izquierdo se permeabilizó al realizarse la histeroscopia previo a la cateterización.

Como complicación en el caso No. 2 durante la cateterización de los ostiums tubarios se produjo perforación ístmica izquierda y cornual derecha, observandose sangrado activo, el que cedió al colocar un sonda de Foley intrauterina, retirandola a los 8 días. (Cuadro No. III).

En la histerosalpingografía de control realizada en promedio a los 3 meses se observó persistencia de la permeabilidad tubaria bilateral en los casos No. 1 y 4.

En el caso No. 2 se encontró reobstrucción tubaria proximal bilateral.

En el caso No. 3 se observó persistencia de la permeabilidad tubaria izquierda y obstrucción proximal derecha. (Cuadro No. IV).

OBSTRUCCION TUBARIA PROXIMAL

**UTILIDAD DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE
LA CATETERIZACION DEL OSTIUM TUBARIO**

CASO	HSG ₁		LAPAROSCOPIA		CATETERIZACION		HSG ₂	
	DER.	IZQ.	DER.	IZQ.	DER.	IZQ.	DER.	IZQ.
1	-	-	-	-	+	+	**	+
2	-	-	-	-	+	+	-	-
3	-	-	-	-	**	+	-	**
4	-	+	-	-	±	+	**	+

CUADRO No. IV.

- obstrucción tubaria
- + permeabilidad tubaria
- ± cateterización y cromotubación negativa

LA CATETERIZACION DE OSTIUM TUBARIO POR HISTEROSCOPIA CONFIRMO EL DIAGNOSTICO DE ** OBSTRUCCION TUBARIA - DERECHA VERDADERA EN UN CASO Y EN TRES CASOS EL PROCEDIMIENTO FUE * TERAPEUTICO.

COMENTARIO

De acuerdo a los resultados de este estudio preliminar, prospectivo, longitudinal y experimental, que incluye cuatro casos con diagnóstico por histerosalpingografía de obstrucción tubaria proximal: una unilateral derecha y tres bilateral, sin embargo, en la laparoscopia diagnóstica se observó obstrucción tubaria proximal bilateral en todos los casos, por lo que se programan para cateterización de ostiums tubarios por histeroscopia con control laparoscópico.

Se encontró que la cateterización de los ostiums tubarios por histeroscopia permitió descartar el diagnóstico de obstrucción tubaria bilateral verdadera en los cuatro casos.

En el caso No. 1 la cateterización de ambos ostiums tubarios no solo permitió descartar la obstrucción tubaria verdadera, además el procedimiento fué terapéutico, ya que se corroboró la permeabilidad tubaria por laparoscopia y en el control histerográfico se observó permeabilidad tubaria bilateral.

En el caso No. 2 se descarta la obstrucción tubaria bilateral verdadera, ya que se logró cateterizar ambos ostiums tubarios y se comprueba la permeabilidad tubaria por cromotubación positiva bilateral, sin embargo, probablemente las perforaciones ocurridas durante el procedimiento favorecieron la reobstrucción

de ambas salpinges observada en el control histerográfico.

En el caso No. 3 se descartó la obstrucción tubaria bilateral, ya que se tuvo éxito en la cateterización del ostium tubario izquierdo y unicamente se confirmó la oclusión tubaria proximal derecha al no ser posible cateterizar el ostium tubario. En la histerosalpingografía de control se observó la salpinge derecha obstruida y la izquierda permeable, lo que cambia radicalmente el pronostico para la fertilidad en este caso, debido a que existiendo permeabilidad tubaria izquierda hace innecesaria al menos por el momento la reconstrucción tubo-cornual derecha.

En el caso No. 4 el procedimiento de cateterización de ostiums tubarios por histeroscopia favoreció probablemente a la permeabilización de las salpinges. Durante la histeroscopia previo a la cateterización se observó permeabilidad de salpinge izquierda, probablemente la obstrucción tubaria se debía a acúmulo de material de aspecto mucoides que fue expulsado al incrementarse la presión en la cavidad uterina, respecto al ostium tubario derecho, aunque la cateterización de dicho ostium no fue del todo satisfactoria, consideramos que el procedimiento ayudó de alguna forma a la permeabilización de la salpinge, ya que en la histerosalpingografía de control se observó permeabilidad tubaria bilateral, permitiendo -

así descartar la obstrucción tubaria proximal bilateral verdadera.

En conclusión en los cuatro casos con diagnóstico de obstrucción tubaria proximal bilateral diagnosticado por laparoscopia, la cateterización de los ostiums tubarios por histeroscopia permitió descartar la obstrucción tubaria bilateral verdadera en los cuatro y unicamente en uno de ellos se confirmó la oclusión tubaria proximal unilateral derecha verdadera.

El procedimiento se consideró además terapéutico en tres casos, ya que en la histerosalpingografía de control se observó persistencia de la permeabilidad tubaria: unilateral izquierda en uno y bilateral en dos, modificando favorablemente el pronóstico para la concepción en estos casos.

En un caso el procedimiento permitió descartar la obstrucción tubaria verdadera, sin embargo, se observó reobstrucción tubaria en el control histerográfico. En este caso consideramos que un segundo procedimiento de cateterización de las salpinges puede ser beneficioso, debido a que en la literatura se reportan en algunos casos mejores resultados con un segundo procedimiento respecto a la cateterización inicial, por lo que sugerimos se valore esta opción antes de efectuar la reconstrucción tubo-cornual. (ref. 13).

Como complicación del procedimiento en un caso se produjo perforación de las salpinges, no requirió manejo quirúrgico.

En dos casos se encontró la coexistencia de factor masculino. Se investigó la etiología y se dio tratamiento específico.

Hasta el momento del estudio no se había corroborado embarazo clínico en ningún caso, consideramos que esto es debido al corto plazo posterior al procedimiento, sin embargo, deberá de efectuarse seguimiento de los casos en un período no menor de 12 meses para evaluar el índice de embarazo en los casos en que la cateterización de las salpinges fue terapéutica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX
XXXXXX
XXXX
VV
V

CONCLUSIONES

- 1.- La cateterización del ostium tubario por histeroscopia debe de incluirse en el protocolo de estudio de la paciente con obstrucción tubaria proximal uni o bilateral, debido a que permite efectuar diagnóstico diferencial entre obstrucción y oclusión tubaria.
- 2.- La cateterización del ostium tubario por histeroscopia es un procedimiento diagnóstico, seguro, que puede ser utilizado para identificar a las pacientes con oclusión tubaria proximal verdadera.
- 3.- En los casos en donde no fue posible la cateterización del ostium tubario y/o no se corroboró la permeabilidad tubaria, se efectuó el diagnóstico de oclusión tubaria proximal verdadera.
- 4.- En algunos casos la cateterización del ostium tubario tiene utilidad terapéutica, cuando la obstrucción tubaria proximal es debido a acúmulo de material de aspecto mucoso o adherencias laxas endotubarias, al efectuar el procedimiento puede permeabilizarse la salpínge.

- 5.- En la paciente con obstrucción tubaria proximal debe efectuarse cateterización del ostium tubario previo a la microcirugía, debido a que dicho procedimiento evita que se realicen reconstrucciones tubo-cornuales innecesarias por una parte, y permite se seleccione adecuadamente a las pacientes con oclusión tubaria verdadera por otra, ya que en estas últimas la única opción es la microcirugía, con un pronóstico para la fertilidad menor del 20 %.

- 6.- La cateterización del ostium tubario por histeroscopia debe de efectuarse con control laparoscópico, permitiendo este último corroborar la cateterización y permeabilidad tubaria, detectar patología pélvica agregada, así como identificar y tratar oportunamente las posibles complicaciones del procedimiento.

- 7.- La cateterización del ostium tubario por histeroscopia con control laparoscópico es un procedimiento efectuado y recomendado ampliamente por diferentes autores reconocidos en la literatura mundial, sin embargo; debe de continuarse este estudio preliminar hasta obtener

un número de casos que en relación a: las condiciones de nuestra población, habilidad quirúrgica, equipo endoscópico y anestésico nos permitan obtener conclusiones más fidedignas respecto a la utilidad diagnóstica y terapéutica del procedimiento, así como de sus complicaciones y realizar seguimiento de los casos postcateterización para evaluar el índice de embarazo a término, que finalmente esto es lo que nuestras pacientes desean."

" LLEVAR UN NIÑO A CASA "

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fortier KJ, Haney AF; the pathologic spectrum of uterotubal junction obstruction. *Obstet Gynecol* 1985;165:93-101.
- 2.- Kerin J, Daykhovsky L; Falposcopy: a microendoscopic technique for visual exploration of the human fallopian tube from the uterotubal ostium to the fimbria using a transvaginal approach. *Fertil Steril* 1990;54:390-400.
- 3.- Rubin IG; Uterotubal insufflations: value in the treatment of tubal obstruction to ovular migration *Fertil Steril* 1954;45:31-36.
- 4.- De Cherney A; Anithing you can do I can do better. ...or differently. *Fertil Steril* 1987;48:374-376.
- 5.- Holst RJ; Histerosalpingography in the evaluation on infertility. *Acta Radiology* 1983;24:253-257.
- 6.- Sulack P, Letterie G; Histology of proximal tubal occlusion. *Fertil Steril* 1983;48:237-240.
- 7.- Platia M, Krudy A; Transvaginal fluoroscopic recanalization of a proximal occluded oviduct. *Fertil Steril* 1985;44:704-706.
- 8.- Confino E, Friberg J, Gleicher N; Transcervical ballon tuboplasty. *Fertil Steril* 1986;46:963-966.
- 9.- Thurmond AS, Novy MT; Fallopian tube obstruction: Selective Salpingography and Recanalization. *Radiology* 1987;163:511-514.

- 10.- Novy MJ, Thurmond AS, Uchida BT; Diagnosis of cornual obstruction by transcervical fallopian tube cannulation. Fertil Steril 1988;50:434-438.
- 11.- Deaton JL, Gibson M; Diagnosis y treatment of cornual obstruction using a flexible tip guidewire. Fertil Steril 1990;53:232-236.
- 12.- Coffman EG; Falloposcopy: Frontiers realized a fantastic voyage revisited. Fertil Steril 1990;54:574-581.
- 13.- Thurmond AS, Rosch J; Nonsurgical fallopian tube recanalization for treatment of infertility. Radiology 1990;174:371-374.
- 14.- Letterie GS, Sakas EL; Histology of proximal tubal obstruction in cases of unsuccessful tubal canalization. Fertil Steril 1991;56:831-837.
- 15.- Snowden EU, Jarret JC; Comparison of diagnostic accuracy of laparoscopy, histerosalpingography and histeroscopy in evaluation of female infertility. Fertil Steril 1984;41:709-713.
- 16.- Donnez J, Casanas Roux F; Histology: A prognostic factor in proximal tubal occlusión. Eur. J. Obstet Gynecol Reprod. Biol. 1988;29:33-38.
- 17.- Jansen RPS, Anderson JC; Catheterization of the fallopian tube from the vagina. Lancet 1987;2:309-310.
- 18.- Huges EG, Shekelton P; Ultrasonnd guided fallopian tube catheterization per vaginum: A feasibility study with the use of laparoscopic control. Fertil Steril 1988;50:986-989.

- 19.- Ragni G, Lombroso GC; Training for transcervical fallopian tube catheterization under laparoscopic control. Hum Reprod. 1990; (suppl 5):99.
- 20.- Sieglar AM, Hulka J; Reversibility of female sterilization. Fertil Steril 1985;43:499-501.
- 21.- Confino E, Friberg J; Preliminary experience with transcervical ballon tuboplasty. Am J. Obstet Gynecol 1988;159:370-375.
- 22.- Jansen RPS, Anderson JC; Nonoperative embryo transfer to the fallopian tube. Fertil Steril 1988;49:920-922.
- 23.- Confino E, De Cherney A; Follow-up of the multicenter transcervical ballon tuboplasty (T.B.T.) study. Proceeding 46TH Annual Meeting American Fertility Society 1990; Oct. 15-18, p39.
- 24.- Balmaceda J, Alan V; Fallopian tube catheterization. Infertil and Reprod. Med Clin. of North Am. 1991;2(4):783-797.