

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

111

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE

299096

"FACTOR TUBOPERITONEAL ALTERADO COMO CAUSA DE ESTERILIDAD"

299096

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: DRA. ANA MARIA GPE. RODRIGUEZ ROJAS



ISSSTE

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

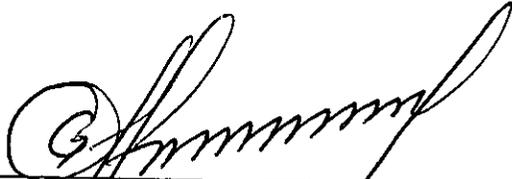


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



DR. HORACIO OLVERA HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



DR. GAUDENCIO ISLAS CRUZ
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
ASESOR DE TESIS



**SUBDIRECCIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

SUBDIRECCION MEDICA

17 SEP 2007

HOSP. REG. 1o. DE ESPECIALIZACION
DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

A mis padres y hermanos
por el apoyo que me dieron
durante todos estos años
de mi carrera.

A mis profesores por toda
su enseñanza que me brindaron
todo este tiempo.

A mi novio por toda
su comprensión.

CONTENIDO

Resumen.....	1
Summary.....	4
Introducción.....	7
Material y método.....	14
Resultados.....	15
Tablas.....	17
Discusión.....	19
Conclusiones.....	20
Bibliografía.....	21

RESUMEN

INTRODUCCION.

El factor tuboperitoneal es una causa frecuente de esterilidad; su incidencia oscila entre el 25 y el 50 %, ya sea por patología intrínseca de las salpinges o por procesos adherenciales que las involucren, a ellas o al peritoneo adyacente. Esta incidencia a aumentado por las tendencias de la vida moderna de posponer el embarazo, con el incremento de prevalencia en enfermedades como endometriosis, así como las enfermedades de la transmisión sexual con aumento de las salpingitis y daño tubario intra y extra luminal secundario. Los anticonceptivos influyen de forma importante al favorecer las infecciones pélvicas como es el caso de DIU, problemas de motilidad tubaria por hormonales que pueden favorecer embarazo ectópico o por la elección del un método quirúrgico.

Este trabajo evaluó al factor tuboperitoneal como causa frecuente de esterilidad, y a la laparoscopia como método ideal para el diagnóstico del mismo ya sea primaria o secundaria.

OBJETIVO.

Determinar cuales son las causas del factor tuboperitoneal alterado utilizando la laparoscopia como método de diagnóstico.

MATERIAL Y METODO.

En la consulta externa de Reproducción humana y laparoscopia, del Hospital Regional 1º de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de Enero del 2000 a Julio del 2001, se revisaron los

expedientes de las pacientes en estudio de esterilidad que fueron programadas para laparoscopia diagnóstica como parte del estudio de esterilidad primaria o secundaria.

RESULTADOS.

De 31 pacientes sometidas a cirugía laparoscópica se encontró al factor tuboperitoneal alterado en 26 (83.87%) y en 5 (16.12%) sin patología aparente.

De las pacientes que se les realizó laparoscopia se observaron con esterilidad secundaria, 18 (58.06%) con una mediana de edad de 35 años y primaria 13 (41.93%) con una mediana de 28 años (Tabla 1).

La causa más frecuente de factor tuboperitoneal alterado es la oclusión tubaria en 9 pacientes (29.03%), 7 bilateral (22.58%), 2 unilateral (6.45%), los procesos infecciosos en 6 pacientes (19.35%), 4 con hidrosalpinx (12.90%), y 2 salpingitis (6.45%), y endometriosis (12.90%), 3 en forma mínima (9.67%) y una severa en (3.22%) (Tabla 2).

El grupo de edad de las pacientes con esterilidad fue de 20 a 30 años 11 (35.48%), entre los 31 a 35 años 9 (29.03%), y >36 años 11 (35.48%) (Tabla 1).

DISCUSIÓN

La causa frecuente de salpingitis son los procesos infecciosos antes que las intervenciones quirúrgicas (4), en nuestro estudio se observó lo contrario ya que la mayor causa de factor tuboperitoneal alterado es el antecedente quirúrgico de esterilización seguida por procesos infecciosos.

El riesgo de presentar esterilidad después de una crisis de Enfermedad pélvica inflamatoria es elevado, y se debe principalmente a infecciones subclínicas por Chlamydia trachomatis (4), en el estudio se encontró a la Gardnerella vaginalis como lo reportado en la literatura este germen es frecuente en Latinoamérica.

La edad es el factor importante para esterilidad. Por lo que el porcentaje de mujeres estériles de más de 38 años sin concepción es de 50% (7), lo observado en nuestro estudio fue que también tiene una mayor incidencia en pacientes jóvenes entre los 20 a 30 años.

CONCLUSIONES.

De las 31 pacientes estudiadas con esterilidad se demostró el factor tuboperitoneal alterado en 26 (83.87%), y en 5 (16.12%) sin patología aparente.

El grupo mayor de esterilidad se encontró entre las pacientes 20 a 30 años y en > 36 años (35.48%), lo cual indica que en pacientes jóvenes esta enfermedad tiene mayor incidencia.

La causa más frecuente entre los hallazgos quirúrgicos fue la oclusión tubaria secundaria a proceso quirúrgicos como esterilización, seguido de los procesos infecciosos y endometriosis.

Dentro de los procesos infecciosos como causa frecuente de esterilidad se encuentran las infecciones por Chlamydia trachomatis, en el estudio solo se observo con mayor frecuencia a la Gardnerella vaginalis.

SUMMARY

INTRODUCTION.

The factor tuboperitoneal is a frequent cause of sterility; their incidence oscillates between the 25 and 50%, either for intrinsic pathology of the salpinges or for processes adherenciales that involve them, to them or the adjacent peritoneum. This incidence had increased by the tendencies of the modern life of postponing the pregnancy, with the prevalencia increment in illnesses like endometriosis, as well as the illnesses of the sexual transmission with increase of the salpingitis and damage tubario intra and extra secondary luminal. The contraceptive influence from an important way when favoring the pelvic infections as it is the case of DIU, problems of motilidad tubaria for hormonal that can favor I embarrass ectópico or for the election of the a surgical method.

This work evaluated to the factor tuboperitoneal like frequent cause of sterility, and to the laparoscopic like ideal method for the diagnosis of the same one either primary or secondary.

OBJECTIVE.

To determine which are the causes of the factor altered tuboperitoneal using the laparoscopic like diagnosis method.

MATERIAL AND METHOD.

In the external consultation of human Reproduction and Surgery, of the Regional Hospital October 1º of the Institute of Security and Social Services of the Workers of the State, of January of the 2000 to Julio the 2001, the files of the patients were

revised in study of sterility that they were programmed for laparoscopic diagnostic like part of the study of primary or secondary sterility.

RESULTS.

Of 31 subjected patients to surgery laparoscopic was to the factor tuboperitoneal altered in 26 (83.87%) and in 5 (16.12%) without apparent pathology (Chart 1).

Of the patients that are carried out laparoscopic they were observed with secondary sterility, 18 (58.06%) with a medium of 35 year-old age and primary sterility 13 (41.93%) with a medium of 28 years (Chart 1).

The most frequent cause in factor altered tuboperitoneal is the occlusion tubaria in 9 patients (29.03%), 7 bilateral (22.58%), 2 unilateral (6.45%), the infectious processes in 6 patients (19.35%), 4 with hidrosalpinx (12.90%), and 2 salpingitis (6.45%), and endometriosis (12.90%), 3 in form minimum (9.67%) and a severe one in (3.22%) (Chart 2).

The group of the patients' age with sterility went from 20 to 30 years 11 (35.48%), among the 31 to 35 years 9 (29.03%), and >36 years 11 (35.48%) (Chart 1).

DISCUSSION

The frequent cause of salpingitis is the infectious processes before the surgical interventions (4), in our study one observes the opposite since the biggest cause of factor altered tuboperitoneal it is the surgical antecedent of sterilization continued by infectious processes.

The risk of presenting sterility after a crisis of inflammatory pelvic illness is high, and it is mainly to infections clinical by *Chlamydia trachomatis* (4), in the study it was to the *Gardnerella vaginalis*.

The age is the important factor for sterility. For that that the percentage of sterile women of more than 38 years without conception is of 50% (7), that observed in our study was that it is also frequent in young patients among the 20 to 30 years.

CONCLUSIONS.

Of the 31 patients studied with sterility the factor tuboperitoneal it was demonstrated altered in 26 (83.87%), and in 5 (16.12%) without apparent pathology.

The group bigger than sterility was among the patients 20 to 30 years and in > 36 years (35.48%), that which indicates that in young patients this illness has bigger incidence.

The most frequent cause among the surgical discoveries was the occlusion secondary tubaria to surgical process as sterilization, followed by the infectious processes and endometriosis .

Inside the infectious processes as frequent cause of sterility are the infections for *Chlamydia trachomatis*, in the alone study one observes with more frequency to the *Gardnerella vaginalis*.

INTRODUCCIÓN

Cuando una pareja decide tener un hijo y descubre que no puede lograrlo, se enfrenta a una situación diferente a otros problemas médicos, para lo cual no esta preparada (1).

El problema es más frecuente de lo que se piensa y su incidencia tiende aumentar. Las parejas afectadas sufren no sólo momentáneamente sino frecuentemente durante toda su vida en la que reviven su problemática. La etiología del problema puede radicar en el hombre, en la mujer o ambos, por lo cual implica factores psicológicos, económicos, demográficos y médicos. En cada caso uno o varios factores pueden estar alterados en grado variable (1), (2).

DEFINICIÓN.

Esterilidad es la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, mientras que infertilidad implica la capacidad de lograr concepciones, pero no hijos viables (1), (2).

La esterilidad se denomina primaria cuando nunca se ha logrado un embarazo y secundaria cuando se ha habido embarazos previos. En Estados Unidos de Norte América, según la Sociedad Americana de la Fertilidad, al primer concepto se le denomina infertilidad y al segundo aborto habitual (1) (2).

EPIDEMIOLOGIA

Existen limitaciones en nuestro medio para conocer con precisión el número de parejas afectadas por este tipo de problemas. Independientemente de nuestro alto índice de crecimiento poblacional, hay datos de que el 15 % es una cifra que se acerca a la realidad de nuestro país y que esta tiende a aumentar por las tensiones del mundo moderno, la tendencia de posponer los embarazos, para edades más avanzadas, el empleo indiscriminado de las técnicas anticonceptivas, la mayor incidencia de enfermedades venéreas, la automedicación, dietas severas ejercicios extenuantes, exposición a tóxicos ambientales (1).

Las cifras causales de disminución de fertilidad en una pareja varían de acuerdo a la población que se trate; la patología tubaria infecciosa es más frecuente en grupos de bajo nivel socioeconómico, mientras que los problemas como la endometriosis y anovulación son, más frecuentes en pacientes con nivel socioeconómico alto (1).

PREVALENCIA E INCIDENCIA.

El factor tuboperitoneal es causa muy frecuente de esterilidad; su incidencia oscila entre 25 y el 50 %, ya sea por patología intrínseca de las salpinges o por procesos adherenciales que las involucren, a ellas o al peritoneo adyacente (1).

Esta incidencia ha aumentado por las tendencias de la vida moderna de posponer los embarazos, con el incremento en prevalencia de enfermedades como la endometriosis, así como las enfermedades de la transmisión sexual con aumento de las salpingitis y daño tubario intra y extraluminal secundario. La tecnología anticonceptiva desempeña un papel causal directo, ya sea por infecciones genitales por aumento de la promiscuidad sexual, infecciones del tracto genital

favorecidas por dispositivos intrauterinos, así como casos de esterilizaciones tubarias en pacientes que posteriormente deseen recuperar la fertilidad (1).

Prevalencia aproximada de las causas de esterilidad en la mujer (4):

Disfunción ovárica	30 – 40 %
Factor tubario y peritoneal	30 – 50 %
Infertilidad inexplicable	10 – 15 %
Causas diversa	10 – 15 %

ETIOLOGÍA

La enfermedad de la salpínges es una causa mayor de esterilidad femenina, incluyéndose en ésta los trastornos de obstrucción proximal o distal, adhesión peritubaria, el hidrosalpinx. En la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), embarazo ectópico previo, endometriosis, cirugía previas, oclusión tubaria bilateral, e historia de peritonitis puede causar condición principal para esterilidad tubaria (3).

Las salpingitis son, antes que la endometriosis y las intervenciones quirúrgicas abdominopélvicas, la causa principal de las adherencias peritoneales (4).

El riesgo de esterilidad después de una sola crisis de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es elevado. Se ha informado que la incidencia de esterilidad tubaria es de 12, 23, y 54% después de una, dos o tres crisis de EPI. Un 50 % de las pacientes con lesión tubaria carece de factores de riesgo identificado. Se presume que la mayoría de estas infecciones se debe a infecciones subclínicas por *Chlamydia trachomatis* (4).

Del 30 al 50 % de todos los casos de esterilidad femenina tienen etiología tubaria. Del 15 al 21 % de las pacientes que padecen una salpingitis aguda presentan

posteriormente esterilidad, y este riesgo aumenta en relación con el número de episodios infecciosos(5).

La *Chlamydia trachomatis* es la causa más común de enfermedad pélvica inflamatoria en los E.U.A. y es una importante causa de esterilidad femenina en el mundo (6). En los países latinoamericanos, se considera con una frecuencia superada únicamente por *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* (2).

La infección pélvica puede desencadenar mecanismos inmunoalérgicos locales que causen lesiones tubarias irreversibles, incluso cuando la administración de antibióticos específicos haya permitido conseguir la erradicación bacteriológica. Los fenómenos inmunitarios provocan las lesiones esclerofibrinosas originarias de las secuelas salpingopélvicas, que a su vez son responsables del desarrollo de embarazos ectópicos, esterilidad y dolores crónicos.(5).

Esto provoca un problema prioritario de salud pública puesto que, además del elevado costo financiero (ejemplo Estados Unidos con 4 200 millones de dólares solamente en 1995), hay que considerar también el conflicto que se puede ocasionar la esterilidad en una mujer joven (5).

La curación de una salpingitis puede evaluarse a partir de dos criterios: a) curación bacteriológica y b) curación anatómica y funcional. La erradicación bacteriológica es necesaria pero no suficiente para lograr la curación de la paciente, ya que puede lograr lesión tubaria o pélvica irreversible que perdura tras la desaparición del de los agentes microbianos causales. El concepto de curación anatómica y funcional, se define como la restitución íntegra del aparato genital y de la pelvis con ausencia de lesiones irreversibles que comprometan la fertilidad posterior (5).

La edad de la mujer es sin duda el factor más importante puesto es lo que más afecta al hecho de posponer la maternidad, habitualmente por motivos

profesionales asociados a la incorporación de la mujer al mundo laboral. La fecundidad mensual de la mujer pasa de un 8 % por debajo de los 35 años y a un 2 % a los 38 años. Por ese motivo , el porcentaje de mujeres estériles de más de 38 años, tras 3 años de relaciones sexuales sin contracepción llega a 50 % (7).

La endometriosis trastorno que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial en focos ectópicos, independientemente de la pared uterina de los cuales la mayoría son funcionales (8). Los síntomas pueden ser diversos: infertilidad (50-90%), dismenorrea (50-63%), dispauremia (19-28%), dolor pélvico crónico (15-20%), (8), (9). Con excepción de la esterilidad, los síntomas son subjetivos, y de difícil diagnóstico. Menstrualmente se asocia la disfunción y dolor intestinal pero; con menor frecuencia se le atribuye a la endometriosis (9).

La clasificación revisada de la endometriosis de la American Fertility Society: 1985 (2)(4)(5).

Etapa I (mínima)	1 – 5
Etapa II (leve)	6 – 15
Etapa III (moderada)	16 – 40
Etapa IV (grave)	> 40

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

Proceso inmunológico tubario: la aparición de estas lesiones desencadenan una reacción inmunitaria local en forma de hipersensibilidad tardía que se ha estudiado en la *Chlamydia trachomatis*, pero puede observarse en *Escherichia coli* y gonococo, etc. In vitro la *Chlamydia* solo causa lesión tubaria bastante limitada, in vivo suele provocar secuelas tubarias mayores e irreversibles. Las lesiones escleroatróficas no se deben a la virulencia directa, sino a los fenómenos inmunológicos locales que su presencia se desencadena a partir del sistema

inmunitario local específico de la salpinge. La respuesta inmunitaria local es producida por el complejo efector (linfocitos T y los macrófagos hasta el sistema linfoide central, que registra las características de la estimulación antigénica. Esta respuesta induce sobre todo la secreción de TNF alfa y el de inter leucinas 1, 6 por parte del epitelio tubario. La reacción de hipersensibilidad tardía destruye silenciosamente y progresivamente una parte de los elementos de la pared tubaria (células ciliadas), (5).

DIAGNÓSTICO.

La evaluación de la permeabilidad tubaria se realiza por la histerosalpingografía (HSG) que tiene su limitación de no informar la patología peritoneal inflamatoria y, menos aun las características del movimiento bidimensional de la motilidad tubaria en la fertilización de los gametos, brinda información sobre la permeabilidad de las salpinges y los posibles mecanismos obstructivos que la complican (2)

Deberá realizarse después de haber descartado cualquier proceso infecciosos o cervicovaginitis , y debe efectuarse entre los días 6 y 11 del ciclo (2), (4).

La presencia de hidrosalpinx puede ser diagnosticada por histerosalpingografía y también por laparoscopia con cromoperitubación. En un estudio comparativo de la histerosalpingografía y la laparoscopia con cromoperitubación se observó que la histerosalpingografía tiene una sensibilidad de 65 % en el diagnóstico de obstrucción tubaria y un 83 % de especificidad. El ultrasonido transvaginal tiene una alta especificidad y una pobre sensibilidad (3).

La laparoscopia diagnóstica es el procedimiento endoscópico más frecuentemente utilizado en el manejo de la pareja con esterilidad(1)

TRATAMIENTO

Cerca del 60% de la HSG anormales muestran por laparoscopia otros resultados anormales (2).

La laparoscopia " estándar de oro" para el diagnóstico de las enfermedades tubarias y peritoneales, permite la visualización de órganos pélvicos, adherencias peritubarias y la endometriosis. Aunque los resultados de la histerosalpingografía pueda sugerir adherencias, la especificidad y la sensibilidad agregadas son de 76 y 86 % (4).

MATERIAL Y METODO

En la consulta externa de Reproducción humana del Hospital Regional 1º de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y abierto, en el cual se revisaron los expedientes de las pacientes en estudio de esterilidad que fueron programadas para laparoscopia diagnóstica de Enero del 2000 a Julio del 2001.

Se utilizaron como criterios de inclusión todas las pacientes vistas en la consulta externa de Reproducción humana y se enviaron a la consulta de laparoscopia con diagnóstico de esterilidad.

Los criterios de exclusión utilizados fueron pacientes embarazadas, o que presentaron factor masculino alterado como causa de esterilidad.

Los criterios de eliminación tomamos aquellas pacientes a las cuales no se les realizó estudio laparoscópico, o por las indicaciones propias de la laparoscopia, y los que no se encontró su expediente clínico.

RESULTADOS

De 45 pacientes programada para cirugía laparoscópica, de Enero del 2000 a Julio del 2001 solo se encontraron 36 expedientes, de los cuales 5 fueron eliminados. Así se realizo este estudio con 31 pacientes (68.88%) sometidas a cirugía laparoscópica.

De 31 pacientes sometidas a cirugía laparoscópica se observo que 26 (83.87%) se demostró la causa de esterilidad y en 5 (16.12%) sin patología aparente.

De las 31 pacientes que se les realizo laparoscopia diagnóstica se encontró con esterilidad primaria 13 (41.9%) con una mediana de edad de 28 años, y con esterilidad secundaria 18 (58.06%) con una media de edad de 35 años (Tabla 1).

El grupo de edad de las pacientes con diagnóstico de esterilidad, se demostró que es más frecuente 20 a 30 años 11 pacientes (35.48%) con una mediana 28 años, entre los 31 a 35 años 9 pacientes (29.03%) con una mediana 32 años, y > 36 años 11 pacientes (35.48%) con una mediana de 37 años (Tabla 1).

De las pacientes que se les realizo cirugía laparoscópica, 11 (35.4%) de 31, tenían un cultivo vaginal previo con proceso infecciosos, donde el germen causal más frecuente fue Gardnerella vaginalis 4 pacientes (12.90%), Escherichia coli en 2 pacientes (6.45%), otros Candida albicans, Streptococcus haemolyticus, Streptococcus, Gram negativos, Streptococcus bovis cada uno en una paciente (3.22%).

Dentro de los hallazgos quirúrgicos encontrados se observó que la oclusión tubaria como la causa más frecuente de factor tuboperitoneal alterado, 9 pacientes (29.03%), de estas 7 (22.58%) con oclusión bilateral (4 (12.90%) con cirugía

Dentro de los hallazgos quirúrgicos encontrados se observó que la oclusión tubaria como la causa más frecuente de factor tuboperitoneal alterado, 9 pacientes (29.03%), de estas 7 (22.58%) con oclusión bilateral (4 (12.90%) con cirugía previa de esterilización del tipo Pomeroy); y 2 (6.45%) con oclusión unilateral (Tabla 2).

Una segunda causa frecuente son los procesos infecciosos, 6 pacientes (19.35%), en donde el hidrosalpinx se observo en 4 (12.90%), y salpingitis en 2 (6.45%) (Tabla 2).

La endometriosis como tal se observo en 4 pacientes (12.9%), en una (3.22%) en estadio III con síndrome adherencial severo, y en 3 (9.67%) con endometriosis estadio I, con permeabilidad tubaria (Tabla 2).

Otras causas poco frecuentes observadas fueron 2 pacientes (6.45%) con insuficiencia ovárica, 2 (6.45%) con miomatosis uterina de grandes elementos, y una (3.22%) con quiste paratubario que por compresión mecánica sobre la salpínge deforma su trayecto, 2 (6.45%) con síndrome adherencial . El resto de las pacientes 5 (16.12%) sin patología aparente (Tabla 2).

TABLA 1 Características basales de las pacientes

Características	n
Edad	24 – 40 (32)
Grupo de edad	
20-30	11 (27)
31-35	9 (33)
>36	11 (38)
Tipo de esterilidad	
Primaria	13 (30)
Secundaria	18 (33.5)

* a reportar mediana

TABLA 2 Hallazgos quirúrgicos por laparoscopia

Hallazgos	n (%)
Oclusión tubaria	9 (29.03)
Infecciones	6 (19.35)
Endometriosis	4 (12.90)
Insuf. Ovárica	2 (6.45)
Sx adherencial	2 (6.45)
Miomatosis	2 (6.45)
Quiste paratubario	1 (3.22)
Sin patología	5 (16.12)
TOTAL	31 (100%)

TABLA 3 Agente causal en cultivo vaginal

Agente	n (%)
Gardnerella vaginalis	4 (12.90)
Escherichia coli	2 (6.45)
Staphilococcus haemolyticus	1 (3.22)
Candida albicans	1 (3.22)
Streptococcus	1 (3.22)
Gram negativos	1 (3.22)
Streptococcus bovis	1 (3.22)
Chlamydia tracomatis	0
TOTAL	11 / 31 (35.4%)

DISCUSIÓN

Se reporta en la literatura que la causa frecuente de salpingitis son los procesos infecciosos antes que las intervenciones quirúrgicas (4), en nuestro estudio se observo lo contrario ya que la mayor causa de factor tuboperitoneal alterado es el antecedente quirúrgico de esterilización seguido de los procesos infecciosos.

El riesgo de presentar esterilidad después de una crisis de Enfermedad Pélvica Inflamatoria es elevado, y se debe principalmente a infecciones subclínicas por Chlamydia trachomatis (4), en estudio se encontró a la Gardnerella vaginalis como lo referido en la literatura ya que este se encuentra principalmente en Latinoamérica.

La edad de la mujer es sin duda factor importante para esterilidad, ya que la fecundidad mensual de la mujer pasa de un 8% por debajo de los 35 años a un 2% a más de 38 años. Por lo que el porcentaje de mujeres estériles de más de 38 años sin concepción es de 50% (7), lo observado en nuestro estudio fue que también es frecuente en pacientes jóvenes entre los 20 a 30 años.

ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

De las 31 pacientes estudiadas con esterilidad se demostró el factor tuboperitoneal alterado en 26 (83.87%), por cirugía laparoscopia y en 5 (16.12%) sin patología aparente. Por lo que es necesario realizar este estudio a pacientes que presentan como diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria ya que nos da el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las pacientes.

El grupo mayor de esterilidad se encontró entre las pacientes 20 a 30 años y en > 36 años (35.48%), lo cual indica que en pacientes jóvenes a aumentado; por el deseo de posponer su embarazo con la anticoncepción y/o haber presentado un proceso infeccioso y en el grupo de mayor edad se debe principalmente a esterilizaciones previas.

La causa más frecuente entre los hallazgos quirúrgicos fue la oclusión tubaria secundaria a proceso quirúrgicos como esterilización, seguido de los procesos infecciosos y endometriosis.

Dentro de los procesos infecciosos como causa de esterilidad se encuentran las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y la *Gardnerella vaginalis*, en el estudio solo se observó con mayor frecuencia a esta última.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez, E. Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la Reproducción., segunda edición. México: Editorial Salvat; 1997. paginas (1-4, 116 -132, 211-255).
2. Rodríguez, O. Libro de texto de FLASOG. Ginecología, Fertilidad, Salud publica. Volumen 1, Caracas, Venezuela: Editorial Ateproca;1997. paginas (427-438).
3. Nackley A, Muasher, S. M. D. The significance of hydrosalpinx in vitro fertilization. *Fertility and sterility*. 1998; March, volumen 3: (373-384).
4. Berek, J. Ginecología de Novak.. 12 edición, USA: Editorial McGraw-Hill-Interamericana 1996. paginas (915- 956).
5. Judlin P, Majidi A, Burlet G. Complicaciones y secuelas de las salpingitis. *Enciclopedia médico-quirúrgica* 1998; volumen 472-A-10 (1 -10).
6. Cohen C, Sinei S, Bukusu E, Holmen K, Brunham R M.D. Human leukocyte antigen class II DQ alleles associated with Chlamydia trachomatis tubal infertility. *Obstetric and gynecology*. 2000; volumen 95, (71-77).

7. Dexeus S, Barri P. Primera consulta de la pareja estéril. Enciclopedia médico-quirúrgica. 2000. E-739-A-11. (1-8).

8. Ahued, R. Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología. México: Editorial INPER; 1998 paginas (265, 375-395).

9. Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis its radical laparoscopic excisión on quality of life indicators. Br. J. Obstetric gynecology. 2000; Vol. 105, (338-344).