

Reimplante bilateral de trompas de falopio

REPORTE DE CASOS

Dr. Jesús Alberto Vásquez C. (*)

Dr. Benjamín Fortín M. (*)

El factor tubárico en sí, constituye en la mayoría de los casos la causa frecuente de esterilidad femenina, la corrección de la misma es preocupación y motivo de estudio y experimentación permanente del Ginecólogo.

La cirugía hoy día combinada con otros procedimientos y medidas terapéuticas adecuadas comienzan aumentar el número de éxitos muy escasos y decepcionantes en los informes de unos 20 años anteriores, al grado que Greenhill en 1936 proscribiera todo tratamiento quirúrgico en este sentido.

Indudablemente que las condiciones actuales han cambiado este concepto considerándose la recuperación de permeabilidad en el 60% y el logro de embarazos en 20 o más % (4-9).

Muchos fracasos deben atribuirse a la mala selección de los casos, a la ignorancia del papel que representa la trompa en la fecundación, falta de cuidado en el manejo de la misma. La selección del caso es el aspecto más importante para el logro de resultados satisfactorios; se tomará en cuenta la edad de la paciente, no mayor de 35 años y donde el factor tubárico sea la única causa para la cirugía ni riesgo al embarazarse (2-3).

Es importante también conocer el tipo de obstrucción tubárica sea éste extrínseco o intrínseco, generalmente el primero corresponderá a lesiones del peritoneo peritubárico o del espacio tuboovárico que producen reacciones adhesivas que impiden la ruptura folicular o el transporte del óvulo a través de la trompa. El tipo intrínseco es debido a infecciones originadas en el aparato genital y pueden lesionar parcial o totalmente la trompa con destrucción de las capas muscular y mucosa; del grado y localización del daño dependerá el buen éxito de la intervención (2-8).

El uso de medios de contraste a través del cervix nos permitirán hacer el diagnóstico de lesión obstructiva con mayor precisión, aunque no deberán descartarse otros procedimientos (6-7).

Las obstrucciones distales por lo general o en la mayoría de los casos permiten resultados exitosos de permeabilidad, pero las proximales no pueden juzgarse a priori y será hasta cuando su visualización y exploración directa se haya practicado que podremos valorarlo.

En el presente trabajo no describiremos las innumerables técnicas operatorias que se realizan para el tratamiento de la corrección obstructiva tubárica, nuestro propósito es reportar el primer caso en nuestra serie de una implantación bilateral de trompas con buen éxito, eliminando otros casos de permeabilidad y embarazo que hemos intervenido con resultados satisfactorios.

(*) Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Vicente D'Antoni La Ceiba,
Honduras, C. A.

CASO *m* i

N. de L. Expediente Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Honduras, C. A. Nc S65-2231, edad: 25 años, consulta por dolor pélvico desde que tuvo su segundo parto hace 4 años. Desea más hijos por pérdida de los anteriores.

Antecedentes por aparatos sin importancia.

Antecedentes gineco-obstétrico: Gesta 2, para 2.

Exploración física por aparatos: normal.

Ginecológico: vulva con formación normal. B.N.S. normal. Vagina: moderada secreción por tricomonas. Cervix pequeño, centrado, consistencia normal con pequeña erosión periorificial. Canal permeable. Útero tamaño y consistencia normal, orientado en posición posterior, adherido y doloroso a los movimientos, anexos palpables dolorosos.

EX AMENES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorio: Sangre: recuento normal. V.D.R.L.: negativo. Secreción vaginal: positivo tricomonas. Moco cervical: cristalización positiva, Ph 8; filantes. Prueba Seem Hübner: positiva; histerometría: canal 2 cm. cavidad 4 cm. índice Meckel; 1. Histerosalpingografía N° 3058 IV reportada 2-IX-65, obstrucción tubárica bilateral a nivel del istmo.

Impresión diagnóstica final: anexitis crónica. Esterilidad secundaria. Obstrucción bilateral de trompas Falopio.

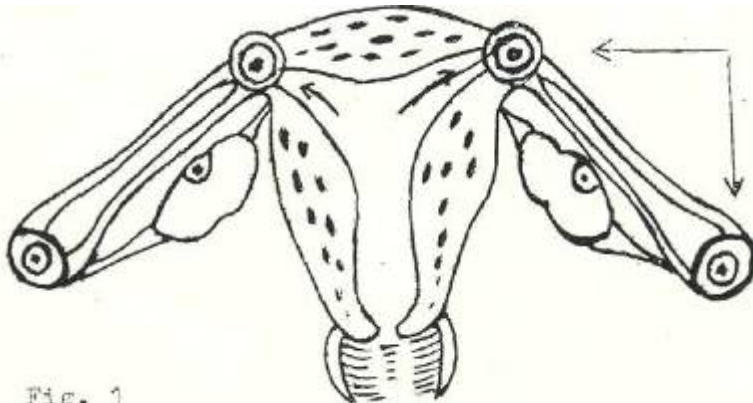
GRÁFICA DEMOSTRATIVA DE LA PATOLOGÍA EXISTENTE
NIVEL DE OBSTRUCCIÓN

Fig. 1

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

Incisión: Tipo Phannestiel por planos hasta cavidad.

Halazgos quirúrgicos: adherencias anexiales con órganos vecinos.

Factor peritoneal peritubárico bilateral moderado.

- 1.—Toma circunferencial de la trompa con pinza Badcock, se comenzó por liberación de adherencias peritubáricas poniendo al descubierto ambos pabellones y eversión de sus bordes saturándolos a porción tubular con puntos de catgut N° 0000.

- 2.—Distensión de la trompa mediante irrigación de H₂O a presión notándose escape en retro de H₂O.
- 3.—Exploración de trompa con sonda metálica flexible tipo Weisman localizándose obstrucción bilateral de ambas trompas en la región ístmico-intersticial.
- 4.—Sección de trompas por separado a nivel del extremo distal del conductor o proximal de la trompa dejándola cargada en el conductor. Fig. 2.
- 5.—Se permeabiliza el cuerno uterino del lado respectivo mediante un sacabocado, nosotros usamos el trocar de Weismann. Fig. 3.
- 6.—Se incide el extremo proximal de la trompa en una longitud de 1 cm. para formar 2 colgajos uno superior y otro inferior (en boca de pescado). A cada uno de los cuales por transfixión se le pasan hilos de catgut crómico N^o 0000. La aguja superior se introduce por el túnel hecho en el cuerno uterino, atraviesa el miometrio de dentro afuera, lo mismo se hará con el colgajo inferior; luego estos hilos se tiran suavemente y se anudan por fuera (2-8). Fig. 4.
- 7.—Introducimos una fécula de polietileno que guiamos con el conductor hasta el otro túnel cornual, tomando el extremo cateterizamos en retrogrado la otra trompa, que se reimplanta quedando el pelietileno en forma de hamaca (Fig. 5).

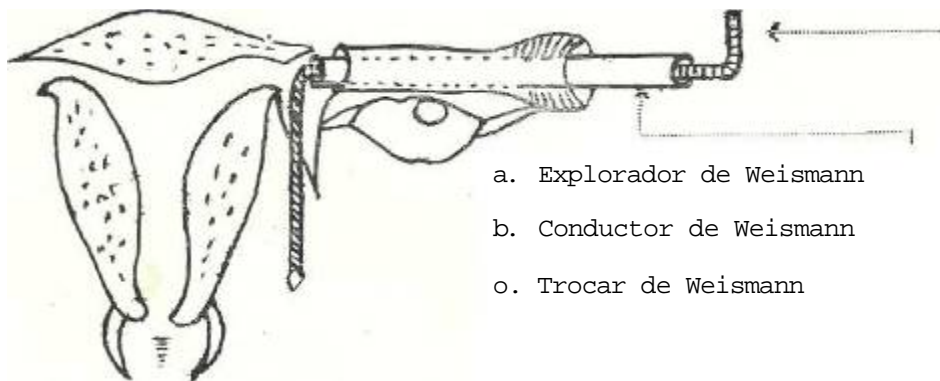


Fig. 2

Paso del explorador hasta el nivel de la obstrucción. Paso del conductor y sección de la trompa al nivel de la obstrucción.

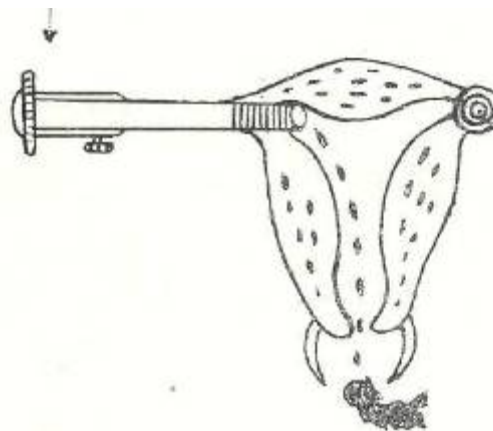
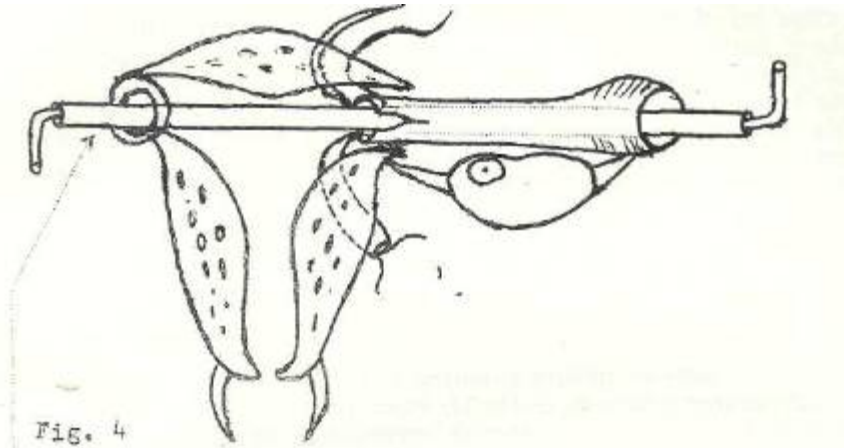


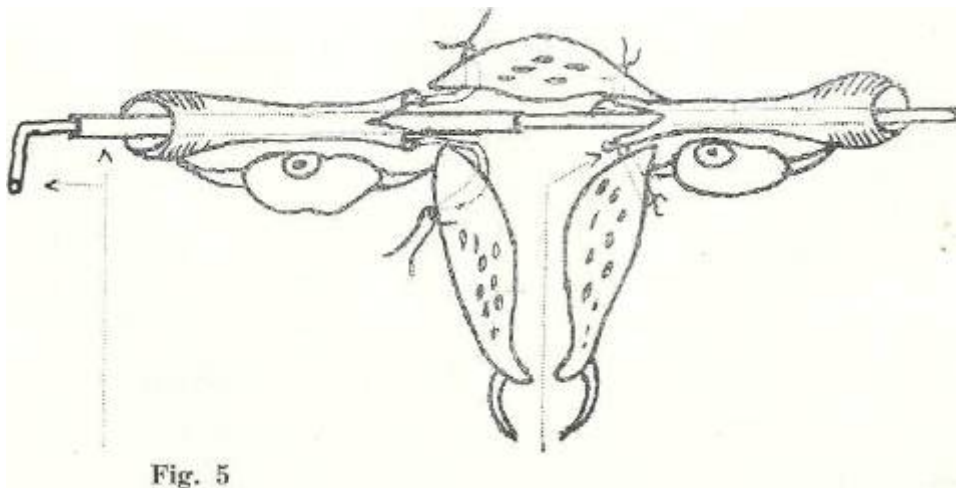
Fig. 3

Permeabilización del cuerno mediante el trocar para el reimplante de cada trompa.

- 8.—Sutura del mesosalpinx a la pared lateral del útero.
 9.—Cierre por planos de la cavidad sacando los extremos de la fécula y fijándolos en ambos lados y al final de la incisión del piel donde la recubrimos con colodión y parche de tela adhesiva.



Cateterización de la trompa mediante paso del conductor hasta el cuerno opuesto, paso del tubo de polietileno.



Paso del conductor a través de la trompa y orificio cornual, paso del tubo de polietileno a través de este nuevo conductor.

Cada trompa se secciona en su extremo proximal colocando puntos de seda los que se llevarán a través del túnel fijándose en el músculo uterino.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

- 1.—El presente caso con resultado satisfactorio no sólo de permeabilidad tubárica sino el logro de un embarazo deseado, lo consideramos con mérito para reportarlo por cuanto las condiciones patológicas encontradas en ambas trompas no son ideales para una cirugía tubárica reconstructiva.
- 2.—Los éxitos en cirugía tubárica dependen de la selección del caso, el cuidado y manejo del oviducto, a menor traumatismo mayor posibilidad de buenos resultados.
- 3.—La alta incidencia de fracasos no justifica el abandono de la cirugía tubárica, por cuanto un resultado satisfactorio resuelve un problema humano de gran trascendencia en la pareja estéril.
- 4.—El mejor conocimiento de la fisiología y fisiopatología tubárica, y del cuidado, manejo y técnicas operatorias más sutiles como el uso de materiales y medicamentos mejores, recobrará este tipo de cirugía su prestigio en un futuro.

R E S U M E N

Se reporta un caso de cirugía tubárica reconstructiva en una paciente de 25 años con antecedentes de Gesta II, Para II con muertes fetales. Con proceso anaxial crónico como factor de esterilidad secundaria; en quien se practicó corrección de factor peritoneal peritubárico y reimplante bilateral de oviductos con resultados satisfactorios de permeabilidad y embarazo. Se describe la técnica operatoria empleada.

S U M M A R Y

A case of reconstructive tubarian surgery in a 25 years old female with secondary **sterility** due to a chronic inflammatory process in the fallopian tube is reported. The **results** were satisfactory and the patient was able to become pregnant after this surgical procedure.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—GREENHILL, J. P. : Present status of plástic operations of the fallopian tube. *Am. J. Obst. Gynec.* 72: 516, 1956.
- 2.—HANTON E. M.; PATH, J. H. and BANNER: Tuba! plástic surgery. *Am. J. Obst. Gynec.* 89: 934, 1964.
- 3.—LÓPEZ DE NAVA, A.: Tratamiento quirúrgico de la esterilidad femenina. *Avances en Ginecología y Obstetricia*. Ed. Asoc. Mexicana Ginec. Obst. 233, 1967.
- 4.—MURRAY, E. G. : *Ginec. y Obst. México III*: 3, mayo, Junio 1957.
- 5.—NOBLE CONTRERAS, L.: Endoscopia pélvica en esterilidad. *Ginec. y Obst. Mex.* 24: N^o 142, 153, 1968.
6. RUBÍN, I. C: Útero tubal insuflation. Ed. C. B. Mosby St. Louis, 1947.
- 7.—RUBÍN, I. C: Diagnostic and therapeutic aspects of kymographic uterotuban unsuffiation with comparative observation with hysterosalpmgography, *J. Obst. Gynec. Brit.* 54: 733, 1947.
- 8.—SWEENEY, J. W. ; GEPFERT, R.: Trompas de falopio y esterilidad. *Obst. Ginec. Ed. Interamericana, S. A. III.* 47: 32, 1965.
- 9.—SIEGLER, A. M. y HELLMAN, L. M.: *Am. J. Obst. Gynec.* S6: 445, 1963.