

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Modificaciones a la Técnica de Implantación de Trompas **TESIS**

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

Joaquín Kachler

EX-INTERNO DE LAS SALAS GINECOLOGIA SECCION
B, 2a. MEDICINA DE MUJERES; SALA OFTALMOLO-
GICA DE HOMBRES, DEL HOSPITAL GENERAL, SERVICIO
DE PREMATUROS HOSPITAL ROOSEVELT; PRACTICANTE
INTERNO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CRUZ
ROJA.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1959.

PLAN DE TESIS:

PRIMERA PARTE

- A) Introducción.
- B) Técnica de Implantación de Trompas.
- C) Modificaciones a la Técnica.

SEGUNDA PARTE

- A) Presentación de Casos.
- B) Conclusiones.
- C) Bibliografía.

PRIMERA PARTE

A) INTRODUCCION

La esterilidad o infertilidad en la mujer, constituye desde hace mucho tiempo un serio problema médico social, por cuanto es causa de la disolución de gran número de matrimonios. Diferentes estadísticas arrojan porcentajes que van desde el 10 al 16.6 por ciento, de matrimonios que no tienen hijos involuntariamente. En años recientes, debido a una mejor investigación de la infertilidad se ha llegado a la conclusión de la gran responsabilidad que tiene el hombre; los porcentajes de esterilidad masculina para algunos autores son de 30 y para otros de 48 por ciento.

El objeto del presente trabajo es exponer las modificaciones a la técnica de implantación de trompas y los resultados obtenidos, para tratar la infertilidad matrimonial, debida a procesos obstrutivos de las trompas uterinas en su tercio distal.

CONSIDERACIONES PRE-OPERATORIAS

Entre los factores que han contribuido para obtener mejores resultados en el tratamiento quirúrgico de las obstrucciones tubarias considero las siguientes:

- 1) Mejor anestesia, desarrollo de nuevas técnicas

- y el uso de materiales adecuados que no irriten.
- 2) El uso de antibióticos y quimioterápicos de amplio espectro, que reducen al mínimo el peligro de infecciones post-operatorias.
 - 3) El uso de tubos polyetileno y otros materiales plásticos de reciente adquisición, que dan mejores resultados, impidiendo en menor grado la oclusión post-operatoria, de las trompas uterinas y su adherencia a las estructuras anatómicas vecinas.
 - 4) Diagnóstico exacto Pre-operatorio: Histerosalpingografía para visualizar el punto de obstrucción.

CONSIDERACIONES GENERALES

La observación de algunos investigadores ha sugerido la idea de que conforme avanza el progreso del óvulo en su trayecto hacia el útero, es favorecida por una trompa de musculatura y mucosa normales.

La trompa es esencial para el encuentro del óvulo y espermatozoide; cualquier obstrucción de la misma al nivel que sea es causa de esterilidad. Las lesiones en el pabellón o tercio proximal de la trompa, pueden ser consecutivas a procesos inflamatorios como apendicitis, salpingitis, etc., o defectos congénitos. El tratamiento de estas lesiones no será tratado por nosotros en este trabajo ya que nos queremos concretar a la oclusión del extremo distal de las trompas.

Las causas de obstrucción a nivel del extremo distal son casi siempre consecutivas a infecciones (gonococo, tuberculosis), a defectos congénitos, endometriosis, tumo-

res a nivel del cuerno uterino, o sección y ligadura.

Para tratar estas lesiones se ha recurrido a la implantación de trompas con resultados favorables en un 10% de los casos.

Tratando de mejorar el éxito de la técnica es que se han realizado las modificaciones a la técnica usual. El Dr. Francisco Bauer describió tales cambios en su trabajo presentado al Congreso de Obstetricia y Ginecología Centro Americano, en Noviembre de 1958.

Los puntos básicos de dichas modificaciones son:

- 1) Dilatación de los cuernos uterinos con bujías de Hegar; y no por sección cruenta como bisturí o sacabocados.
- 2) Colocación de tubo de polyetileno a través de pared abdominal, trompa, útero y vagina.
- 3) Acortamiento del tiempo de permanencia del tubo a doce días.

Las razones por las cuales pensamos dichas modificaciones, es porque no hay formación de tejidos cicatriciales que estenose a la trompa en los cuernos; la retirada del tubo de polyetileno es sencilla y no requiere de segunda intervención como en la técnica clásica y acortando la permanencia del tubo hay menos oportunidad de lesionar el endosalpinx.

B) TECNICA DE LA IMPLANTACION DE TROMPAS

- 1) Incisión mediana infraumbilical.
- 2) Exposición de órganos abdominales bajos.
- 3) Localización de la estenosis anexial.
- 4) Extirpación de la parte estenosada.
- 5) Colocación de un tubo de polietileno, a través de la trompa, desde el pabellón hasta el extremo escindido proximal.
- 6) Se anuda suavemente el cabo proximal del tubo de polietileno, para poder fijar una pinza que previamente se ha hecho llegar al fondo uterino a través de la vagina; suavemente se hace tracción de la parte proximal del tubo, utilizando una cánula de Weismann hasta llegarlo al orificio externo del cuello uterino.
- 7) En el extremo proximal de la trompa se pasan dos ligaduras a igual distancia una de la otra, usando nylon fino; éstas suturas se pasan a través de la pared uterina, previa introducción de la trompa al cuerno uterino se debe cuidar en lo posible la apro-

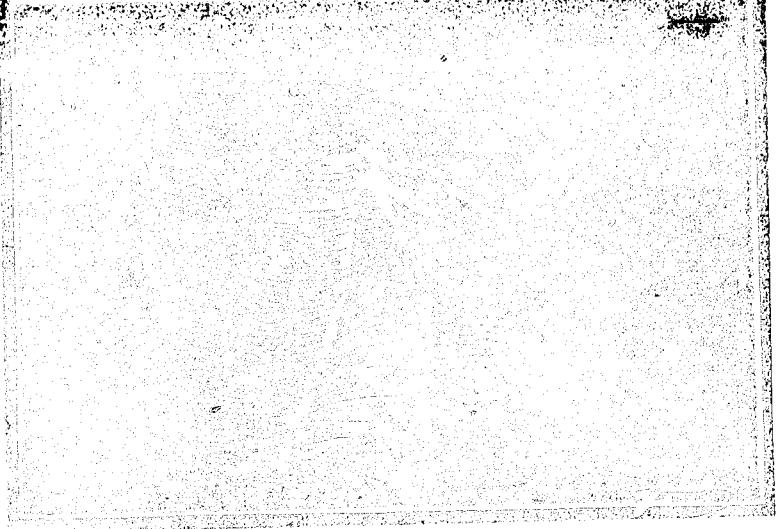
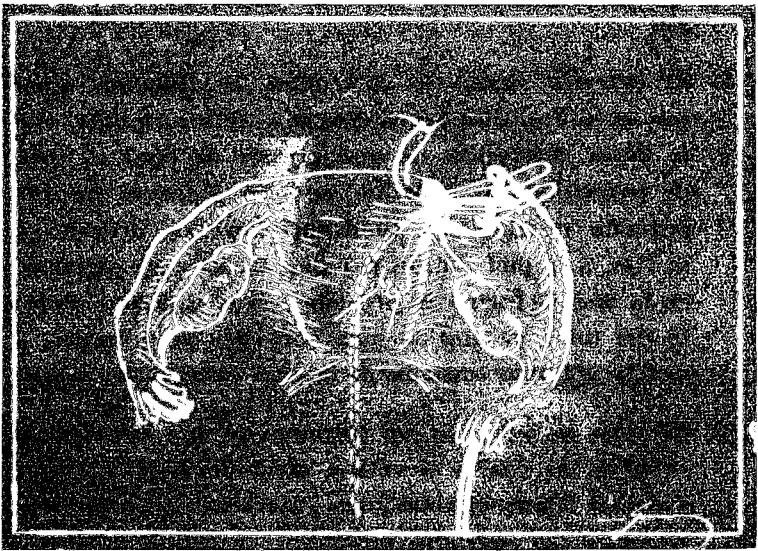
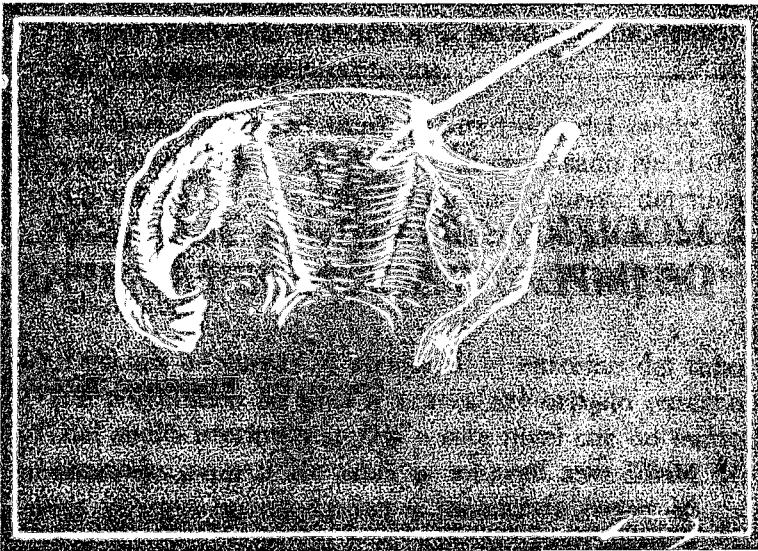
ximación del endosalpinx al endometrio; se anudan ambos puntos de tracción a la pared uterina, teniendo cuidado de peritonizarlos.

- 8) Se cierra la pared uterina, alrededor del oviducto, con puntos separados "de catgut cromisado No. 1-0". Lo mismo se hace con el extremo opuesto del tubo de polietileno, al cual se le hace una pequeña curvatura y se fija a la serosa tubárica con material inabsorbible.
- 9) Despues de cerrar el abdomen, el extremo del tubo de polietileno se saca a través del orificio externo del cuello uterino y se fija a este nivel con un punto cruzado.
- 10) El tubo se retira fácilmente después de un período de 6 a 8 semanas; posiblemente un tiempo menor sería suficiente para mantener la permeabilidad y evitar el daño en el sitio de implantación por la presión ejercida por el tubo de polietileno.

C) MODIFICACION A LA TECNICA DE IMPLANTACION DE TROMPAS

Por el Dr. Francisco Bauer.

- 1) Media vez llevados a cabo los tiempos de incisión de pared abdominal y exposición de órganos abdominales bajos, se procede a extirpar la parte estenosada de la trompa.
- 2) Luego se dilata el cuerno uterino a nivel de la porción intersticial de la trompa con dilatadores de Hegar.
- 3) El extremo distal de la trompa se implanta igual que en la técnica clásica descrita anteriormente, con la única diferencia de que en vez de fijar el tubo de polietileno al pabellón, se saca a través de una pequeña incisión del cuadrante inferior derecho y se fija, a la piel con un par de puntadas de algodón; en la misma forma se procede con el extremo opuesto del tubo, el cual se saca a través de la vagina y se fija al tercio superior de la cara interna del muslo.
- 4) El tubo se deja por un término de dos semanas al cabo de las cuales se retira, seccionando al extremo superior fijado al abdomen y haciendo tracción suavemente del extremo inferior.



SEGUNDA PARTE

A) PRESENTACION DE CASOS.

Paciente No. 1

De 26 años de edad, guatemalteca, de oficios domésticos. Menstruación a los 13 años, período y duración 30 x 3, cantidad regular.

Partos: 3. 1946, 1949 y 1951. Abortos: 1. 1954.

Historia

La paciente ingresa porque desea tener más familia. Es epiléptica desde hace dos años.

Operaciones anteriores: Salpingo-Ooforectomía izquierda.

Ligaduras trompa derecha.

Diagnóstico

Retroversión uterina grado III.

Esterilidad adquirida.

Epilepsia.

Fué operada el 5 de Marzo de 1957. Implantación trompa derecha al útero.

Dió a luz una niña el 24 de Marzo de 1958, el parto fué espontáneo.

Paciente No. 2

De 21 años de edad, guatemalteca, de oficios domésticos. Menstruación a los 14 años, período y duración 20 x 3, cantidad regular.

Partos: 1. El 9 de Enero de 1952.

Historia

Dolor en región lumbo sacra de un año de evolución irradiado a fosailíaca derecha e izquierda continuo le aumenta durante los períodos menstruales. La paciente desea tener más familia.

Diagnóstico

Retroversión uterina parcialmente reductible.

Esterilidad adquirida.

Fué operada el 3 de Junio de 1959. Implantación trompa derecha al útero.

Paciente No. 3

De 23 años de edad, guatemalteca, de oficios domésticos.

Menstruación a los 14 años, período y duración 30 x 4, cantidad abundante.

Partos: 2. 21 de Agosto de 1951 y 15 de Enero de 1954.

Historia

Después de su última menstruación del 31 de Octu-

bre de 1958, le principió hemorragia que le duró 15 días. abundante con coágulos pequeños; dolor tipo cólico en hígadoastro y ambas fosas ilíacas. Desde hace dos días presente náuseas.

Diagnóstico

Embarazo estópico?

Fué operada el 29 de Noviembre de 1958. Implantación trompa derecha al útero.

CONCLUSIONES:

En nuestro trabajo hemos presentado modificaciones a la técnica habitual de implantación de trompas. Creemos que son importantes por las razones anteriormente descritas.

La dilatación de los cuernos uterinos con bujías de Hegar; la colocación del tubo de Polietileno, fijándolo a la pared abdominal por su extremo superior y a la bulba o muslo por su cabo inferior y la reducción del tiempo de permanencia del tubo de Polietileno a 10 ó 12 días, son los cambios que consideramos útiles.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cirugía Ginecológica Greenhill — Editorial Interamericana, S. A. — Edición 1953 — Página 286 — 287 — 288.
- 2) Fertility in Women — Editorial J. B. Lippincott Company — Copyright 1944.
- 3) Anatomía Humana — L. Testut — Latarget — Tomo No. 4.
- 4) Progress in Gynecology.

Vo. Bo.

Dr. Francisco Bauer

Vo. Bo.

Dr. Ernesto Alarcón