Contribución al Estudio Radiológico de las Trompas de Falopio

Por el doctor Ricardo Rueda González

Adjunto del Departamento de Ginecología del Hospital San José de Bogotá.

El factor tubárico juega un papel más importante del que generalmente se cree en la patogenia de la esterilidad, y así como puede solucionarse con facilidad en algunos casos, constituye en veces un verdadero rompecabezas para el especialista deseoso de hacer llegar el embarazo a la mujer problema.

No son pocos los médicos que ante una impermeabilidad tubárica manifiestan a la pareja estéril que su problema es del todo irremediable y aconsejan la adopción de un hijo que, con seguridad recordará de por vida a sus favorecedores su fracaso procreativo.

Hasta hace unos treinta años la enfermedad tubárica era considerada como causa relativa de esterilidad, y la obstrucción como causa definitiva. Pero, en los últimos años gracias al perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas y al advenimiento de los nuevos procedimientos quirúrgicos, el problema tubárico puede resolverse más favorablemente, aunque claro está, no en forma definitiva, ya que se desconocen muchos aspectos importantes de la fisiopatología de las trompas de Falopio.

Métodos diagnósticos. Tres son los métodos que se han empleado entre nosotros para el estudio de la permeabilidad tubárica:

- 1) Prueba de la Sulfofenoltaleína o Test de Speck.
- 2) Persuflación tubárica o Test de Rubin.
- 3) Salpingograma o estudio radiológico de las trompas.

En esta oportunidad solamente nos concretaremos a estudiar el Salpingograma y haremos de las otras pruebas únicamente un breve comentario.

Test de Speck. La prueba se basa en la rápida absorción de la Sulfofenoltaleína a través del peritoneo, que experimentalmente se ha demostrado ser más rápida que la absorción que se puede hacer en la mucosa vaginal, endocérnix, endometrio y endosálpinx. En esta forma al inyectar el colorante dentro de la cavidad uterina y en presencia de una buena permeabilidad tubárica, éste llegará al peritoneo y al cabo de 15 a 30 minutos es eliminado por el riñón, hecho que se puede comprobar agregando a la orina recolectada unas V gotas de solución de hidróxido de sodio al 10% que la colorea del rosado al rojo.

En el caso de una oclusión tubárica bilateral el colorante no pasará al peritoneo, absorbiéndose en esta forma más lentamente a través de las diferentes mucosas del tracto genital y eliminándose en menor cantidad y en un tiempo mayor.

Acosta Bendek de Barranquilla presenta en 1953 un estudio de 19 casos, en los cuales inyectó por medio de una jeringa y a través de una cánula de Hudguins 6 miligramos del colorante disuelto en 10 c. c. de suero fisiológico, y concluye que el Test de Speck es una prueba de gran utilidad para la determinación de la permeabilidad tubárica, que "es bastante exacto, fácil de realizar y de interpretación sencilla y que no observó inconveniente alguno durante su aplicación.

Nosotros hemos usado esta prueba de permeabilidad tubárica en algunas oportunidades anotando lo siguiente:

a) No orienta como sí lo hace el Test de Rubin a localizar el lado de la obstrucción.

b) Se puede presentar, como lo anota también Acosta, una prueba positiva en obstrucciones unilaterales, casos en los cuales no se nota ni aumento del tiempo de eliminación del colorante ni disminución en la intensidad de la coloración de la orina.

c) Basta por consiguiente con la permeabilidad de una trompa para que el Test sea positivo.

En todo caso el Test de Speck no deja de representar un valioso recurso para el estudio del factor tubárico en aquellos medios carentes de otros más perfeccionados.

Persuflación tubárica o Test de Rubin. Esta prueba de permeabilidad tubárica de todos conocida, puede ser realizada sin equipo especializado, pero el agregado del quimógrafo para el registro de la presión gaseosa que pareciera a primera vista innecesario es sin duda un valiosísimo auxiliar.

Por ello siempre empleamos el aparato de Kidde provisto de este valioso accesorio.

En todo caso, la "valoración registrada", cualquiera que sea la técnica utilizada, es interesante de acuerdo con los siguientes principios:

1. Comportamiento de la presión manométrica.
2. Valoración cuidadosa de algunos síntomas subjetivos tales como el dolor en los cuadrantes inferiores.
3. Auscultación en el bajo vientre.
4. Dolor en el hombro y
5. Inscripción quimográfica de la presión y actividad intra-tubárica.

Observando en esta forma los fenómenos producidos, puede asegurarse que al menos una de las trompas permanece abierta; en su ausencia se presumirá la impermeabilidad, premisa que puede ser cierta, aunque se recordará que la oclusión puede ser puramente transitoria. En consecuencia, no deberá emitirse un pronóstico definitivo hasta haber confirmado la oclusión por repetidas pruebas en diferentes ocasiones y confrontándolas con el salpingograma.

Pero en general podemos decir que la insuflación es el método de elección para iniciar las investigaciones de permeabilidad tubárica y por ello la realizamos siempre primero que el salpingograma.

Salpingograma. En el año de 1922 Sicar y Forestier descubrieron en Francia el Lipiodol, "medio de contraste no irritante", que podía ser inyectado dentro de las trompas, abriendo en esta forma el capítulo del estudio radiológico de la parte alta del tracto genital. Posteriormente en 1924 Hauser en Buenos Aires, inyectó por primera vez el Lipiodol dentro de la cavidad uterina, visualizó a la pantalla los contornos de dicha cavidad y de las trompas, concluyendo que es "uno de los procedimientos más valiosos para el estudio de la permeabilidad tubárica".

Luego se conocieron en el mundo entero las experiencias de Hauser, encontrándose desde entonces multitud de publicaciones que narran la experiencia obtenida con el procedimiento y que introducen infinidad de modificaciones al original, no solamente en cuanto a los aparatos se refiere sino también en los medios de contraste.

Y así tenemos que en los Estados Unidos Benedictt, Rubin, Stein y Arens, en Francia Mocquot, Cotte y Bécélère y posterior-

mente Palmer emplearon diversidad de medios de contraste de variadas composiciones químicas y propiedades físicas contándose entre los principales los siguientes

a) Los Yodados. Los hay lipo e hidrosolubles. Entre los primeros se encuentra el Lipiodol, la Yodipina y la Neoyodipina. Entre los segundos el Skiodán, el Rayopaque y el Viscorayopaque.

b) Los derivados del Torio. Torotrast, Triodiol y Diagnothorine.

c) Finalmente vale la pena anotar por separado que Palmer y Plusford de Francia emplean con pleno éxito una mezcla viscosa penicilinada sin que hayan observado un solo accidente infeccioso. Los componentes de la mezcla son: Oparenol Specia al 50%, 10 c. c. Subtosán al 25%, 10 c. c. Penicilina G. 100.000 U.

Todos los medios anotados son a nuestro modo de ver bastante aceptables, pero es necesario familiarizarse bien con su empleo para poder interpretar correctamente las imágenes radiológicas.

Sin embargo tenemos también la creencia de que algunos contrastes oleosos se absorben con lentitud. Los hidrosolubles no presentan este inconveniente pero en ocasiones son demasiado irritantes. En este trabajo empleamos en casi todos los casos el Lipiodol al 20% con los resultados que expondremos posteriormente.

Nos parece también que algunos de los accidentes que anotan ciertos autores como frecuentes en la Histerosalpingografía se deben a una mala técnica y a falta de conveniente preparación de la enferma.

Estos accidentes los divide Palmer en: mecánicos, infecciosos y químicos.

Entre los mecánicos se cuentan la ruptura de la trompa y el útero, el paso del medio de contraste a la sangre, el aborto, el embarazo ectópico, la endometriosis y la siembra de células cancerosas. No observamos ningún caso.

Infecciosos sí tuvimos la oportunidad de observar dos casos, constatándose después de la prueba que se trataba de cervicitis que pasaron desapercibidas en las exploraciones anteriores y en alguno de ellos posiblemente la exacerbación de un foco tubárico en latencia. Este tipo de accidente se manifiesta por fiebre que oscila entre 37,5 y 38° C, leucocitosis, aumento de la velocidad de sedimentación globular, dolor pélvico y hasta presencia de masas anexiales.

Entre los accidentes químicos se destaca el yodismo que tampoco se presentó en ninguna de nuestras pacientes.

Como ya habíamos anotado, es necesario para el éxito del estudio preparar convenientemente las pacientes y emplear una buena técnica. En nuestra serie preparamos la enferma en la siguiente forma:

1. Introducción en la vagina de una tableta de Terramicina de 100 mgrs. la víspera de la prueba.
2. Enema evacuador igualmente la víspera.
3. Administración de una cápsula de Nembutal de 0,10 gm. doce horas y una hora antes.
4. Cuadro hemático, sedimentación globular y curva de temperatura por lo menos de cinco días.
5. Aplicación de una ampoila de Atrinal mezclada con 0,5 cms. de Depropánex inmediatamente después de introducir la cánula cervical.

En esta forma desinfectamos en cuanto sea posible el medio vaginal y la porción inferior del conducto cervical, sedamos la paciente y evitamos los espasmos tubáricos que se puedan presentar. Pero es interesante anotar, que a pesar del empleo de rutina de los antiespasmódicos, en varias oportunidades observamos espasmos en que hubo necesidad de esperar de 5 a 7 minutos y aún repetir la dosis de antiespasmódicos antes de formular el diagnóstico de estenosis.

Indicaciones del salpingograma. Su indicación más importante se encuentra en el estudio del factor tubárico de la esterilidad ya que mediante su empleo se puede establecer el diagnóstico más o menos exacto de las malformaciones congénitas de las trompas, de las estrecheces u oclusiones inflamatorias, cicatriciales o tumorales, del hidrosálpinx, del desarrollo y condiciones fisiológicas de las trompas, etc. Es además un método de inmenso valor para explorar las trompas que han sido sometidas a intervenciones conservadoras o para constatar la presencia o ausencia de estos órganos después de intervenciones pélvicas desconocidas. Si existe a la insuflación una estenosis que plantee la posibilidad de una intervención quirúrgica, se impone siempre la práctica del salpingograma. Si se han realizado varias insuflaciones normales sin que haya sobrevenido un embarazo se debe realizar por la posibilidad de existir una anomalía tubárica solamente apreciable en el Salpingograma. Además algunas veces tiene valor te-

rapéutico. Algunos autores sostienen que en el aborto habitual es un buen complemento de su estudio.

Contraindicaciones del Salpingograma. La contraindicación más importante de la prueba es la infección del tracto genital, resultando peligroso realizarla antes de agotar los procedimientos diagnósticos.

El embarazo es una contraindicación evidente. Averiguar el pasado menstrual y examinar detenidamente la pelvis e incluso realizar alguna de las pruebas biológicas del embarazo son pasos de rutina imprescindibles antes del Salpingograma. Hay sin embargo reportes en la literatura del empleo de la Histerosalpingografía como sistema de diagnóstico precoz del embarazo y autores que emplean el procedimiento para producir el aborto terapéutico observando en ocasiones gran tolerancia por el mismo.

El Test puede realizarse en cualquier momento del ciclo, aunque se prefiere la primera semana que sigue a la menstruación ya que la experiencia ha demostrado que cuando la mucosa se encuentra en estado de mínima proliferación y las trompas menos activas, las imágenes obtenidas son más claras. (1)

La hemorragia proveniente de la cavidad uterina representa un inconveniente tanto por el riesgo del paso del medio de contraste a la circulación, como por la posibilidad de imágenes poco claras. En la fase de proliferación y en el premenstruo inmediato las imágenes pueden simular obstrucciones o estenosis que en realidad no existen (2).

Otra de las contraindicaciones importantes está representada por el legrado uterino practicado recientemente ya que la herida endometrial así formada puede favorecer la inyección vascular del contraste.

No sobra tampoco decir en esta oportunidad que no empleamos la anestesia en ninguna de sus formas por las siguientes razones que anota la doctora de Quijano:

1. "Por que el dolor que determina el procedimiento es casi siempre perfectamente bien tolerado y suele estar en relación al grado de persuasión y delicadeza que se empleen".

2. "Por que se pierde con ella el control de la sensibilidad de la enferma que es siempre guía inestimable en la conducción del método".

- 3 "Porque los resultados pueden no ser el exponente de la realidad especialmente en cuanto a tono y contractilidad".

4. "Por que puede quitarle la ventaja de ser un método ambulatorio".

Técnica. La paciente se coloca en posición ginecológica en la mesa radiológica. Previa desinfección del cuello y la vagina con tintura de Merthiolate colocamos el espéculum metálico o de plástico, localizamos el cuello y colocamos la pinza erina para su fijación.

La cánula que hemos empleado es del tipo rígido y con un espesamiento olivar de calibre 3 a 5 de Hegar, provista de una oliva de goma móvil que puede fijarse a diversas distancias del extremo. Con ella logramos llenar las condiciones ideales de una cánula de ese tipo como son: fácil penetración por el canal cervical, evitar el reflujo del medio de contraste y quedar "in situ" una vez colocada.

En el extremo proximal de la cánula está provisto de una llave y un empate donde se coloca una jeringa de 20 c. c.

Una vez colocada la cánula, que siempre procuramos llevar hasta la cavidad corporal, e instalado el sistema inyector, procedemos a inyectar por el sistema lento y discontinuo de Palmer y verificamos controles radiológicos frecuentes (3). Desafortunadamente no poseemos ningún modelo de manómetro que pueda guiarnos la presión y nos vemos en la obligación de calcular por la resistencia que se pueda apreciar en el embolo de la jeringa.

Pero primero purgamos la cánula con 1 c. c. de la sustancia de contraste, para luego continuar inyectando de $\frac{1}{4}$ en $\frac{1}{4}$ de c. c. y verificar controles radioscópicos cada 2 c. c. de inyección con el fin de controlar que no ha habido pasaje vascular, o imagen alguna de hidrosálpinx, controlar paso a paso el llenamiento de las trompas, para tomar clichés cada vez que se presente una imagen interesante y para saber cuando la cantidad de contraste inyectada es suficiente para permitir un cliché satisfactorio.

Ahora bien, la cantidad de contraste inyectado varía de un caso a otro. El final de la inyección está señalado por la observación de alguno de los hechos siguientes anotados por la escuela francesa:

a) Sospecha de una imagen que indique el pasaje vascular del contraste.

b) Presencia de una imagen que indique hidrosálpinx (aglomeración de burbujitas en un sitio determinado de la trompa) (4).

c) Por creer haber demostrado la impermeabilidad de las trompas. Con el Lipiodol se puede afirmar el carácter orgánico de

la obstrucción si después de 10 minutos de sostener la presión en la jeringa no se produce el paso de la substancia a la trompa.

d) Por haber demostrado la permeabilidad mayor de 10,5 cms. y anotamos también que junto con los signos anotados anteriormente damos bastante valor a las sensaciones acusadas por la enferma.

Luego de ver las películas de la cámara oscura, muchas veces nos vemos en la necesidad de sacar un perfil. Llevamos entonces a la paciente a la posición oblicua anterior derecha flexionando el muslo izquierdo sobre la pelvis y poniendo el miembro inferior derecho en extensión y abducción.

Obtenidas las películas deseadas se retira cuidadosamente la cánula, se limpia el contraste que refluye por el orificio cervical, se aplica nuevamente en el cuello la tintura de Merthiolate y se retira la pinza erina.

Indicamos siempre el reposo en cama y la aplicación de bolsa de hielo en el hipogastrio que siempre proporciona alivio de las molestias que puedan presentarse.

A las 24 horas realizamos la prueba de Cotte, o sea la radiografía simple de la pelvis, que nos ilustra acerca del comportamiento del contraste depositado en las trompas y si ha pasado o no al peritoneo.

Interpretación del Salpingograma. Ante todo veamos cuáles son las imágenes que podemos denominar normales. Pero vale la pena aclarar en esta oportunidad que se debe distinguir la "trompa permeable" de la "trompa inyectada" y de la "sana". La permeable es aquella que comunica la cavidad uterina con la pléfica. Inyectada es la que deja penetrar el contraste hasta el ostium abdominal en donde se detiene, dibujando así todo su trayecto.

* "Trompa sana" desde el punto de vista radiológico, y que concuerda generalmente con el sustratum anatomopatológico, es aquella que se inyecta describiendo un trazado angosto, discontinuo que aumenta en su 1/3 distal, y con una trayectoria externa y descendente y que deja pasar con facilidad el contraste a la cavidad pléfica. Ahora bien, su longitud es variable y su diseño puede adquirir algunas ondulaciones en su recorrido.

El esfínter cornual hace resaltar la porción intramural del órgano como una prolongación afinada del vértice del cuerno uterino o como una pequeña dilatación situada por fuera del estrechamiento causado por esta estructura muscular.

El istmo posee un calibre uniforme aunque en veces se interrumpe en algunos trechos.

La ampolla, coincidiendo con la anatomía descriptiva, se presenta como un aumento de diámetro del istmo que llega hasta el pabellón en donde el medio de contraste se dispersa en forma irregular.

Obstrucción tubárica. Se distinguen clásicamente tres tipos de trompa obstruida:

a) Trompa inyectada u obstruida a nivel del pabellón; b) trompa parcialmente inyectada, y c) trompa no inyectada.

a) La trompa obstruida a nivel del pabellón presenta las siguientes características radiológicas: dilatación más o menos marcada pero siempre dilatada, nitidez de sus contornos, persistencia de sombras invariables y detención del contraste a nivel del pabellón a pesar del sostenimiento de la presión.

b) Trompas parcialmente inyectadas. Esta imagen es rara y cuando se observa se trata generalmente de tumores salpingianos, de ligaduras practicadas en alguna porción de su trayecto o de adherencias peritubáricas que han causado acodaduras del órgano. Veremos entonces la porción ístmica inyectada y más o menos distendida. La prueba de Cotte a las 24 horas será negativa.

c) Trompas no inyectadas. En este caso la obstrucción asienta a nivel del cuerno uterino en el trayecto intramural. Es interesante anotar que es en esta porción en donde los espasmos se presentan con mayor frecuencia, casos en los cuales antes de formular el diagnóstico de oclusión hay necesidad de aumentar la presión y esperar algunos minutos e inclusive repetir la dosis del antiespasmódico.

Permeabilidad disminuída. En realidad este síndrome tubárico no posee una imagen radiológica definida y solamente se puede sospechar por el echo de tener que aumentar hasta el límite la presión para poder inyectar la trompa, claro está en ausencia de todo espasmo u obstáculo mecánico. Es en estos casos en donde el manómetro juega un papel precioso ya que mediante su empleo podemos darnos cuenta exacta de la presión que fue necesaria para poder obtener el paso del contraste al peritoneo. En la clínica, no sobra decir, se da gran importancia a este tipo de trompas en cuanto se refiere a la etiología del embarazo tubárico.

Hidrosálpinx. Esta obstrucción del pabellón con dilatación pseudoquística de la cavidad tubárica constituye el tercer tipo de obliteración.

Esta conservación paradójal de la permeabilidad del orificio uterino de la trompa que causa este tipo de lesión tiene siempre un respaldo radiológico característico.

El Lipiodol impulsado a presión dentro de la cavidad uterina franquea con alguna facilidad el ostium uterino. En esta forma queda libre dentro de la cavidad tubárica distendida por el líquido sero-purulento con el cual forma una especie de emulsión que se aprecia a los rayos X como una morula. Ahora bien, esta emulsión no franquea el pabellón por más que se aumente discretamente la presión ya que se encuentra bastante organizado y consolidado. En caso de hidrosálpinx hay necesidad de ser muy cautelosos en el uso de la presión por el peligro que existe de romper la pared tubárica adelgazada y enferma. De modo que como norma práctica podemos decir que siempre que observamos durante la práctica del salpingograma una imagen de mórula debemos suspender la maniobra y formular el diagnóstico de obstrucción tubárica por hidrosálpinx.

Estas son pues las imágenes radiológicas encontradas con mayor frecuencia a las cuales se pueden agregar otras pocas que indican malformaciones congénitas, trompas ascendentes, etc., que van casi siempre acompañadas de malformaciones uterinas.

Queremos presentar a continuación en forma de cuadro resumen algunos casos estudiados en la consulta de Esterilidad del Hospital San José de Bogotá en colaboración con el Departamento de Rayos X.

CUADRO RESUMEN

CASO	EDAD	MOTIVO - CONSULTA	DIAG DE IMPRESION	I. RUBIN	SALPINGOGRAMA	CONTRASTE	ACCIDENTES	DIAG. FINAL	TRATAMIENTO	OTROS
1	26	Esterilidad primaria.	Ovaritis escele- ro quística.	Positivo.	Permeabilidad tub. bilateral.	Lipiodol	Ninguno	Quistes fo- lliculares.	Quirúrgico.	—
2	31	Polimenorrea.	Fibromatosis uterina.	Positivo.	Trompas ocluidas poro. istersticial.	"	Infeccioso	Leiomiomas múltiples.	"	—
3	37	Esterilidad secundaria.	Trompas liga- tubárica.	Negativo.	Oclusión tubárica bil. Por. interst.	"	Ninguno	Trompas ausentes.	Ninguno.	El diag. se com- probó culdos- copia.
4	15	Retraso so- mático.	Insuficiencia pluri- gándular.	Positivo.	Permeabilidad disminu- da.	"	"	Issuf. ová- rica 2º gr. Hormonal.	Médico	—
5	23	Esterilidad primaria.	?	Negativo.	Hidrosalpinx bilateral.	"	Granuloma c. extraño.	TBC ane- xial Granu- loma.	Quirúrgico.	—
6	21	Esterilidad primaria.	?	Negativo.	Tr. izq. inyectada Tr. der. ocluida.	"	Ninguno	Salpingitis bilateral.	"	—
7	21	Control sal- pingostomía.	?	Positivo.	Permeabilidad tub. bilateral.	"	"	Permeabili- dad tub. bil.	Diatermia.	—
8	34	Esterilidad primaria.	?	Negativo.	Obstr. bilateral poro. istersticial.	"	"	Salpingitis crónica.	La paciente no volvió a la consulta.	—
9	28	Esterilidad primaria.	Tumor anexial	Negativo.	Tr. der. inyectada. Hidrosalpinz izq.	"	"	Salpingitis subaguda bi	Quirúrgico.	—
10	30	Esterilidad primaria.	?	Positivo. Espasmo.	Permeabilidad disminu- da	"	"	Trompas hipolásticas	Instrumental.	Nueva salpin- gografía.
11	32	Esterilidad secundaria.	?	Negativo.	Tr. der. inyectada. Tr. izq. ocluida porción interst.	"	"	Salpingitis crónica.	Quirúrgico.	—

CUADRO RESUMEN

CASO	EDAD	MOTIVO - CONSULTA	DIAG. DE IMPRESION	T. RUBIN	SALPINGOGRAMA	CONTRASTE	ACCIDENTES	DIAG. FINAL	TRATAMIENTO	OTROS
12	27	Esterilidad secundaria.	Retroflexión uterina.	Negativo.	Obstr. bilateral porc. intersticial.	Yodotol	Ninguno	Salpingitis crónica.	Quirúrgico.	
13	39	Esterilidad secundaria.	Hipoestrogenismo.	Negativo.	Obstr. bilateral porc. intersticial.	Lipiodol	"	Salpingitis crónica.	Quirúrgico	
14	27	Esterilidad secundaria.	?	Negativo.	Trompas inyectadas y dilatadas.	"	"	Hidrosálpinx bilateral.	Quirúrgico.	
15	30	Esterilidad secundaria.	?	Negativo.	Trompas inyectadas.	"	"	Salpingitis crónica bil	Quirúrgico.	
16	33	Esterilidad secundaria.	?	Negativo.	Tr. der. parcialmente inyectada. Tr. izq. obstruida en istmo.	"	"	Adherencias peritubáricas.	"	Rubins control indicó permeabilidad tub. bilateral.
17	31	Esterilidad secundaria.	Fibromatosis uterina.	Negativo.	Obs. tubárica bil. porción ismica.	"	"	Leiomiomas múltiples.	"	
18	26	Esterilidad primaria.	?	Positivo.	Permeabilidad normal.	"	Infeccioso	Accidente Salpingogr.	Médico.	Rubins control positivo.
19	34	Esterilidad secundaria.	Tumor anexial.	Positivo.	Tr. derecha permeable. Tr. izq. obstr. p. int.	"	Ninguno	Salpingitis crónica tr. derecha.	Quirúrgico.	
20	35	Est. secundaria. Hipermenorrea.	Metropatía hemorrágica.	Positivo.	Permeabilidad normal.	"	"	Metropatía hemorrágica.	Quirúrgico. Médico.	
21	28	Esterilidad primaria.	?	Negativo.	Trompas inyectadas y dilatadas.	"	"	Hidrosálpinx bil.	"	
22	29	Esterilidad primaria.	?	Negativo.	Obstrucción bilateral porc. intersticial.	"	"	Salpingitis crónica.	"	

CUADRO RESUMEN

CASO	EDAD	MOTIVO - CONSULTA	DIAG. DE IMPRESION	T. RUBIN	SALPINGOGRAMA	CONTRASTE	ACCIDENTES	DIAG. FINAL	TRATAMIENTO	OTROS
23	37	Esterilidad secundaria.	?	Negativo.	Obstrucción bilat. porc. intersticial.	Lipiodol.	Ninguno	Salpingitis crónica.	"	
24	30	Esterilidad secundaria.	Retrofl. uterina.	Negativo.	Trompas parcialmente inyectadas.	"	"	Salpingitis Istmica nodosa.	"	
25	27	Esterilidad secundaria.	?	Negativo.	Obstrucción tub. porc. intersticial.	"	"	Salpingitis crónica.	"	
26	23	Est. primaria. Oligomenorrea	?	Positivo.	Permeabilidad normal.	"	"	Permeab. Médico. normal.		
27	27	Esterilidad primaria.	?	Positivo.	Permeabilidad normal.	"	"	Ciclos mo- nofásicos.	Médico.	
28	31	Esterilidad primaria.	Tumor ovárico izquierdo.	Negativo.	Tr. der. inyectada. Tr. izq. parcialmente inyectada.	"	"	Cistadenoma Salpin-Quirúrgico. gitis crónica der.		
29	34	Esterilidad secundaria.		Negativo.	Obstrucción bilat. porc. intersticial.	"	"	Salpingitis crónica.	Quirúrgico.	
30	29	Est. secundaria. Bocio. mo.	Hipertiroidismo.	Positivo.	Permeabilidad normal.	"	"	Hipertiroidismo.	Médico.	
31	21	Esterilidad primaria	Ciclos mono- fásicos.	Negativo	Trompas inyectadas.			Salpingitis crónica	Quirúrgico.	
32	27	Control Sal- pingostomía.	Permeabilidad tubarica.	Negativo.	Trompas inyectadas.	"	"	Salpingitis Obstr. tubá- rica.	La paciente no volvió a la consulta.	

SUMARIO

1. Se destaca la importancia del estudio del factor tubárico en la esterilidad.

2. Se citan y comentan los Test de Speck y Rubin como pruebas de permeabilidad tubárica, de poca utilidad el primero y de grande el segundo que se debe realizar siempre primero que el Salpingograma.

3. Se hace una breve reseña histórica del Salpingograma.

4. Se mencionan los medios de contraste empleados y se narra la experiencia personal tenida con el Lipiodol al 20%.

5. Se expone la forma como debe prepararse a la enferma para la prueba y se destaca la importancia que tiene el seleccionar minuciosamente los casos.

6. Se cuentan las indicaciones y contraindicaciones del método y se describe en detalle la técnica empleada por nosotros en los casos presentados.

7. Se describen las imágenes llamadas normales en el Salpingograma y se comparan con las patológicas, trompa inyectada, hidrosálpinx, etc.

8. Se presentan 32 casos estudiados en la consulta de Esterilidad del Hospital San José de Bogotá.

9. Se sacan algunas conclusiones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Es el Salpingograma sin duda alguna un valioso método para el estudio de la permeabilidad tubárica que aventaja a los demás en que puede localizar con más o menos exactitud el sitio de la obstrucción de la trompa.

Su uso requiere manos expertas y casos seleccionados para lograr la exactitud y la ausencia de accidentes como los anotados y que en nuestra serie se presentaron tres. Dos del tipo infeccioso y un granuloma de cuerpo extraño que fue comprobado al examen histopatológico.

Creemos ventajoso también el empleo de otros medios de contraste que como el de Palmer disminuye al mínimo los accidentes infecciosos que fueron en realidad los más frecuentes en los casos estudiados.

En nuestra serie de pacientes encontramos los siguientes cuadros radiológicos que casi siempre coincidieron con la lesión anatómica:

- a) Trompas ocluidas en su porción intersticial 8 casos. 25 %.
- b) Permeabilidad disminuida 2 casos. 6,25 %.
- c) Hidrosálpinx bilateral 4 casos. 12,50 %.
- d) Trompa izquierda inyectada con trompa derecha ocluida 1 caso. 3,12 %.
- e) Trompa derecha inyectada con trompa izquierda ocluida 3 casos. 9,37 %.
- f) Trompas inyectadas 3 casos. 9,37 %.
- g) Trompas parcialmente inyectadas 1 caso. 3,12 %.

Podemos decir por consiguiente, que las obstrucciones que se observan con más frecuencia son las de la porción intersticial, siguiendo a ésta en orden de frecuencia la del ostium abdominal, hechos que concuerdan con las observaciones anatomopatológicas de muchos autores.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA BENDEK, EDUARDO.—“La prueba de la Sulfolenoltaleína para la permeabilidad tubaria o Test de Speck”. Rev. Col. de Obst. y Gin. Vol. V. Nº 5. Mayo y junio de 1954.
2. BECIERE CLAUDE.—“La permeabilite et les obturations tubaires”. 1er. edition. Masson et Cie. París. 1931.
3. SNOW WILLIAM.—“Roentgenology in obstetrics and Gynecology”. Second edition. Thomas publisher. Springfield USA. 1952.
4. MOCQUOT, P., PALMER, R. et PLUSFORD, J.—“Importance de quelques details techniques en hysterosalpingographie”. Rev. Franc. de Gynec. et de Obst. Nos. 1 y 2. 1941.
5. PALMER, R. et. Me PIGNET.—“L'hysterosalpingographie au Lipiodol au 20 %, dans les fibromes et les uterus dits fibromateux”. Rev. Franc. de Gynec. et Dobst. Nos. 3 y 4. 1941.
6. ENGLE, EARL T.—“Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad humana”. I Edición. “Beta” Buenos Aires. 1948.

7. BECLERE CLAUDE.—"L'exploration radiologique en Gynecologie". 1er. Edition. Masson et cie. París. 1929.
8. DE QUIJANO LEONOR.—"El diagnóstico radiológico en Ginecología". Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 1953.
9. PALMER, RAOUL.—"La Sterilite Involontaire". 1er. Edition. Masson et-Cie. París. 1950.
10. MEIGS, JOE V. y STURGIS, SOMERS H.—"Progresos de la Ginecología". 1ª edición. Médico-científica. Barcelona. 1953.
11. COTTE, GASTON.—"Troubles fonctionels de L'appareil Genital de la Femme". 2ª Edition. Masson et Cie. París. 1931.
12. RUBIN, L. C.—"Comparative value of radiopaque substances used in uterusalpingography". A. J. Roentgenol. 41:527. 1939.
13. VILLANEDA SOTO, A. y CAMERO, R.—"Factor tubario en esterilidad". Rev. Col. de Obst. y Gin. V. 5. Nº 5. Mayo y junio. 1954.
14. COTTE, G. et MATHIEU, J.—"Clinique Thérapeutique Gynecologique". 1er. Edition. Masson et Cie. París. 1951.

P I T U C H I N O L

Preparado estandarizado y estable a base de extracto del
lóbulo posterior de la hipófisis.

Indicaciones:

Contracciones uterinas
deficientes
Ruptura previa de la bolsa
En embarazos prolongados
Retención de la placenta
Hemorragias atónicas
Regresión lenta del útero
puerperal
Aborto febril.

Composición:

La combinación de extracto del
lóbulo posterior de la hipófisis
(3 U. I.) y quinina básica
(0.065 g.) produce un efecto
potenciado de 6 U. I. La qui-
nina anula el efecto hipertensor
del lóbulo posterior de la hipó-
fisis.

Envase: 3 ampollas de 1 c. c.

Producto original de

Chemiewerk Homburg Aktiengesellschaft

Frankfurt a/Main - Alemania

Distribuido por:

Instituto Terapéutico "BYALA" Cía., Ltda., Bogotá.