

ESTERILIDAD. FACTOR TUBARICO

Contribución al tema presentado al VII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.

*Dr. Alvaro Espinosa y Espinosa**
*Dra. Clara Alvarez***

Introducción

Deseamos con esta contribución al tema: Esterilidad, Factor Tubárico, presentar a ustedes unos casos más para la Casuística Nacional en esta materia.

Historia

El estudio de este factor ha sido motivo de muchas investigaciones, por múltiples autores desde comienzos del presente siglo. Corresponde a Le Loirier, iniciar las investigaciones, con la introducción de líquidos en la cavidad uterina. Desde esa época son conocidos los pasos trascendentales dados por Cary, Rubin, Yagy, en las pruebas funcionales ascendentes que más tarde han tratado de completar otros investigadores, con pruebas descendentes que teóricamente darían mayores datos sobre peristaltismo, captación, conducción y nutrición ovular.

Así Connil, Peña Regidor, Decker, Pendelton y otros más han usado con este fin sustancias diferentes incluyendo el oro radioactivo.

Hasta el presente, ninguna de estas pruebas de funcionalismo tubárico han dado los resultados deseados, debido a la interpretación difícil en

la práctica con la mayoría de ellas y con las restantes por habérselas considerado peligrosas para el porvenir generativo de la mujer.

De igual manera se opina con respecto al test de Speck y al de Hinselmann, pruebas éstas ascendentes que por su dificultad diagnóstica, serían solo útiles en zonas donde sea imposible tener elementos de mayor precisión.

Por ello las pruebas clásicas ascendentes, persuflación e histerografía, esta última acompañada o no de ginecografía, han prevaecido en lugar preponderante y cada día con mayor conocimiento de ellas, con técnicas más perfeccionadas como el cine y teleradiografía, que permiten evaluar no solo la permeabilidad tubárica sino también el peristaltismo, nos dan mayores datos sobre el porvenir de la paciente estéril.

La captación, conducción y nutrición ovular son puntos que aún permanecen en la oscuridad y esperan investigaciones futuras.

* Prof. Asoc. Clínica Obstétrico-Ginecológica. U. N.

** Res. 3. Clínica Obstétrico-Ginecológica. U. N.

Entre nosotros se han preocupado del tema desde 1953, distinguidos colegas entre los cuales citamos a Amaya León, Rueda González, Acosta Bendek, Gómez Quintero y varios más que con sus trabajos han contribuído al mejor conocimiento de este factor de la esterilidad conyugal.

Los resultados de los tratamientos médicos y quirúrgicos, tanto nacionales como extranjeros, nos dicen eloquentemente que ni unos ni otros han logrado la meta deseada.

De todo lo estudiado hasta el presente, concluimos que uno y otro método de tratamiento se complementan, cuando no es uno solo el que lleva al éxito anhelado, debido a las lesiones tubáricas que se encuentran en determinada paciente.

El tratamiento, así como los métodos diagnósticos, mejoran a la par con el perfeccionamiento cada día mayor de la terapéutica, tanto médica como quirúrgica. La microcirugía abre un vasto campo en el porvenir de la lesión tubárica en esterilidad.

Material y Métodos

Se analizan en esta contribución ciento veintisiete (127) casos de la Clínica de Esterilidad, Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional, Hospital de San Juan de Dios, vistos desde abril de 1961 hasta el 30 de agosto de 1967.

Estos casos corresponden a parejas estériles que se sometieron a un ESTUDIO COMPLETO, habiendo desechado 436 historias clínicas que no cumplieran con este requisito.

Con ello, si bien disminuyó la casuística numérica y de buenos resultados, podemos dar porcentajes lo más exactos posible, sobre cada uno de los factores que intervienen en la esterilidad conyugal.

Del análisis de este historial se concluye (Cuadro N° 1) que el factor tubárico es en nuestra Clínica, la causa principal de la esterilidad de la mujer.

CUADRO N° 1

ESTERILIDAD CONYUGAL 127 CASOS

Factor masculino	4 Casos	31,5%
Factor femenino	87 "	68,5%
F. Tubárico	69 "	79,3%
F. E. Cervical	11 "	12,6%
F. Ovárico	7 "	8,1%

Ocupa el segundo lugar entre los factores de esterilidad conyugal con un porcentaje del 54,3%.

Su porcentaje se eleva al 79,3%, si consideramos a la mujer aisladamente.

CUADRO N° 2

ESTERILIDAD FACTOR TUBARIO OTROS FACTORES

Factor masculino (2 Azoospermia y 2 Oligospermia)	4 Casos	
Factor ovárico	2 "	
Factor cervical	2 "	
Total	8 "	11,5%

Este factor se acompaña de otros factores en un porcentaje de 11,5%, es decir se halla aislado en un 88,4%.

CUADRO N° 3

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO EDAD

20 a 25 años	13 Casos	18,8%
25 a 30 "	27 "	39,1%
30 a 35 "	18 "	26 %
35 a 40 "	11 "	15,9%

En el Cuadro número tres (3) observamos que las pacientes oscilaban entre 20 y 40 años, estando el mayor número de casos entre los 25 y 30 años. Lógicamente su frecuencia disminuye con la edad. Al respecto, en nuestra Clínica admitimos sin límite de edad, a toda pareja estéril, fisiológicamente hábil que nos consulte.

CUADRO Nº 4

**ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO
CLASIFICACION**

Primaria	49 Casos	71 %
Secundaria	20 "	29 %

La esterilidad se clasifica como primaria, Cuadro número cuatro (4) en un 71%, y como secundaria en un 29%.

CUADRO Nº 5

**ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO
LOCALIZACION**

Bilateral	56 Casos	81 %
Unilateral	13 "	19 %

Hallamos que el 81% de las pacientes, presentaba lesiones tubáricas bilaterales, lo que está de acuerdo con la etiología y la Clínica de este factor.

CUADRO Nº 6

**ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO
LOCALIZACION**

Bilateral	56 Casos	81 %
Unilateral	13 "	19 %

Al estudiar la sintomatología, nos extrañamos de la falta de trastornos menstruales en estas pacientes.

CUADRO Nº 7

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO — SINTOMATOLOGIA

Ciclo menstrual:	Normal	66 Casos	96,6 %
	Polimenorrea	3 "	3,4 %
Dismenorrea:		43 Casos	62,3 %
Flujo genital:		45 "	65,3 %
	Neisseriae	3 "	3,4 %
	Tricomonas	2 "	2,1 %
	No se halló germen causal (inespecífico)	40 "	94,5 %
Dispareunia:		11 "	15,9 %

Creemos que esto se deba a lesiones infecciosas incipientes o a tratamientos incompletos de las mismas que como secuela, dejan infección crónica lesiva para la función conductora de la trompa pero no para el ovario.

La dismenorrea la hallamos en un 62% de los casos, síntoma este muy

común en enfermedad inflamatoria pelviana.

El flujo genital lo hallamos en un 65%, a pesar que este síntoma es generalmente tratado en la consulta externa, antes de ser enviada la paciente a nuestra consulta especializada.

La Dispareunia solo se observa en un 15,9% de los casos. Este porcen-

CUADRO N° 8

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO — EXAMEN CLINICO

Tumefacciones (Empastamientos)		4 Casos	5,7%
Cistadenomas	{ Derecho	4	} 5 " 7,2%
	{ Izquierdo	1	
Miomas		2 "	2,8%
Cervicitis		2 "	2,8%
Dolor		2 "	2,8%
Total		15 "	15,30%

taje es lógico si consideramos que no hallamos lesiones parametriales en nuestros casos.

En lo referente a datos del examen clínico, observamos como solo el 15% de las pacientes de los casos, presentaba lesiones semiológicamente apreciables.

El resto, es decir el 85% de las mujeres, no presentaban lesiones clínicamente apreciables.

La etiología analizada en el Cuadro número nueve (9), nos pone de relieve dos hechos importantes, ya conocidos: a) Es difícil el diagnóstico etiológico exacto y b) Es muy elevada la incidencia de la TBC. como causante de esterilidad.

CUADRO N° 9

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO
ETIOLOGIA

T.B.C.	13 Casos	18,8 %
Séptica	9 "	13,04 %
Endometriosis	2 "	2,1 %
Neisser	2 "	2,1 %
No se pudo averiguar	43 "	62,3 %

Creemos que el desarrollo cada día mayor de la técnica de cultivos, así como el perfeccionamiento de la mecánica y de la interpretación radiográfica, nos llevarán a conocer más profundamente la causa de la esterilidad primaria tubárica.

A nuestro modo de ver la TBC aumentará su porcentaje a este respecto. Quizá ocurra lo mismo con la endometriosis, pero en menor escala.

CUADRO N° 10

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO — PRUEBAS FUNCIONALES

Persuflación :	{ Normal	7 Casos	10,2 %
	{ Obstrucción	19 "	27,5 %
	{ No se hizo	43 "	62,3 %
Histerosalpingografía :	{ Normal	1 Caso	1,04%
	{ Obstrucción tubaria derecha	7 "	10,2 %
	{ Obstrucción tubaria izquierda	4 "	5,7 %
	{ Obstrucción tubaria bilateral	49 "	71 %
	{ Permeabilidad anormal (?)	1 "	1,04%
	{ No se hizo	7 "	10,2 %

Hasta el momento ni la anamnesis ni la Clínica nos han aportado datos de importancia. Son las pruebas de permeabilidad tubárica las que nos proporcionan mejor orientación.

La persuflación, de gran ayuda en este tipo de investigación, solo pudo ser efectuada en un 37,7% de los casos, debido a causas extrañas de nuestra voluntad.

Creemos que cuando fue usada ayudó mucho al diagnóstico y fue completada en forma adecuada por la Histerosalpingografía.

Esta última, que nos parece hasta el momento la más completa, la usamos bajo control radioscópico y en seriografía. Creemos que la cantidad de irradiación, siempre inferior a la

dosis de estímulo ovárico usado por los fisioterapeutas, no altere el funcionamiento ovárico.

No debe usarse en pacientes con insuficiencia primitiva o secundaria del ovario.

Los centros de esterilidad que cuentan actualmente con la cine y telera-diografía, afirman de manera categórica este aserto.

La usamos cuando las pruebas de persuflación han sido negativas en dos oportunidades. Con pruebas de Rubin normales, no usamos los R/X pero ante cualquier anomalía del salpingoquimograma somos enfáticos en afirmar que es necesaria la histerosalpingografía.

CUADRO Nº 11

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO — OBSTRUCCION TUBARICA BILATERAL

Intrínseca		33 Casos	47,8 %
Intrínseca y extrínseca	{ Izquierda	4 "	5,7 %
	{ Derecha	5 "	7,2 %
Bloque peritubárico bilateral		7 "	10,2 %
Bloque peritubárico derecho		1 "	1,04 %

Si analizamos los Cuadros 9 y 10, observamos que no fue usada la histerosalpingografía cuando la persuflación fue normal, pero que cuando ésta no se pudo usar, nos demostró también lesiones unilaterales o bloqueos pélvianos, que quizá la persu-

fación aislada no nos hubiera puesto de presente.

Insistimos nuevamente, con muchos autores, que estas dos pruebas se complementan y deben ser usadas con este criterio.

CUADRO Nº 12

ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO — TRATAMIENTO - 46 CASOS

1) Médico incluyendo anti T.B.C.		34 Casos	73,9 %
2) Quirúrgico		6 "	13,04 %
3) Médico-Quirúrgico		6 "	13,04 %
Total de casos tratados		46 "	66,6 %
Sin tratamiento		22 "	
Quirúrgico	{ Sovak	8 "	11,5 %
	{ Salpingolisis	1 "	1,04 %
	{ Estes	1 "	1,04 %
	{ Reimplantación	0 "	0,0 %

Tratamiento

De los 69 casos terminaron su estudio y fueron tratados únicamente 46, lo que representa un 66,6%. El resto no concurrieron a tratamiento sin que podamos concluir respecto al motivo de tal decisión.

En el Cuadro número 12 observamos el número de casos tratados, con tratamiento médico, quirúrgico, o mixto y los porcentajes respectivos.

Quirúrgicamente solo se trataron el 13,05% de los casos, que corresponden a lesiones intramurales o ístmicas de la trompa.

En 6 casos, el tratamiento médico no dió los resultados esperados y fué necesario completar este tratamiento con la cirugía, debido a fracaso total o para complementar la mejoría obtenida médicamente.

Observamos en el cuadro que se usó la técnica de Sovack en ocho casos, la salpingolisis en uno y la operación de Estes en otro.

En dos casos no pudimos averiguar cual fue el tipo de intervención practicada.

El resultado de estos tratamientos se observa en el Cuadro N° 13.

CUADRO N° 13**ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO — RESULTADO TRATAMIENTO**

Inmediato	Muy bueno	2 Casos	4,3%
	Satisfactorio	9 "	19,5%
	Negativo	9 "	19,5%
Tardío	Sin Control	26 "	56,5%
	Satisfactorio	3 Casos	6,5%
	Negativo	6 "	13%
	Sin control	31 "	67,3%
	En control	6 "	13%

Para la evaluación del tratamiento dividimos el resultado en inmediato, que abarca los tres meses siguientes a la terminación del mismo, y tardío de esta época en adelante.

Además calificamos este resultado como muy bueno cuando obtenemos la gestación; satisfactorio cuando logramos la permeabilización tubárica y negativo cuando se habla de fracaso en el tratamiento.

Si observamos los porcentajes, ellos hablan por sí solos y no merecen comentarios. La falta de control en un 56,5% de los casos tratados,

no nos permite en el momento, llegar a ninguna conclusión.

El resultado tardío es aún más difícil de analizar ya que solo hubo un 6,5% de resultados satisfactorios pero a su vez el 67,3% no volvieron a control sin conocerse por lo tanto, el resultado en estos casos.

Solo 6 casos o sea el trece por ciento continúan bajo nuestro control.

El control del tratamiento se ha efectuado por medio de la radiografía o de la hidrotubación, como se aprecia en el Cuadro número 14.

CUADRO Nº 14
ESTERILIDAD FACTOR TUBARICO
CONTROL TRATAMIENTO

Histerosalpingografía	14 Casos	30,43 %
Persuflación	1 "	2,17 %
Hidrotubación	3 "	6,56 %
Total	18 "	39,1 %

Resumen y Conclusiones

Se analizan 69 casos de esterilidad conyugal debida al factor tubárico, estudiados en la Clínica de Esterilidad del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la U. N. Dicho factor representa el 54,3% de las causas de esterilidad conyugal y el 79,3% de la esterilidad femenina. Se asocia a otros factores en un 11,5% de los casos. Su mayor incidencia por edades está entre los 20 y los 35 años. En el 71% de los casos la esterilidad es primaria. Su localización bilateral es la más frecuente, y representa el 81% de los casos. La sintomatología y el examen Clínico carecen de interés para el estudio de esterilidad.

Las pruebas diagnósticas, persuflación e histerosalpingografía son los métodos más usados en el presente y deben ser usados sistemáticamente de manera simultánea para la buena interpretación de este factor.

Solo 46 casos de los sesenta y siete que terminaron el estudio siguieron el tratamiento, que fue médico, médico quirúrgico o quirúrgico aisladamente, según el sitio de la lesión tubárica. Los resultados finales del tratamiento carecen de importancia estadística por los motivos analizados en la contribución.

1) El estudio completo de la pareja estéril es de importancia capital para su adecuado tratamiento así como para la valoración adecuada de

los porcentajes que corresponden a cada uno de los factores que intervienen en este problema.

De esta manera se logrará comparar diferentes estadísticas y sacar conclusiones de valor para el estudio y el tratamiento de la pareja estéril.

Sería conveniente la creación de un centro nacional de estadística de esterilidad en donde se informara de los casos, escasos o numerosos que a este respecto se estudian por los especialistas en la materia.

2) La ausencia de sintomatología y la normalidad clínica de la paciente estéril no debe llevar a la falta del estudio completo de esta entidad.

3) La persuflación y la histerosalpingografía son los métodos más usados en la actualidad. Ambos tienen sus ventajas pero deben ser usados de manera simultánea, cuando así lo indique el caso en estudio.

Con el mejoramiento de sus técnicas e interpretación, no solo ayudaron al diagnóstico sino también en la investigación de la etiología de este factor.

4) La etiología más frecuente en la esterilidad de causa tubárica primaria es la TBC. Con la mejoría de las técnicas investigativas creemos aumentará su valor etiológico y su investigación sistemática y rutinaria hará su pesquisa más frecuente y oportuna para el porvenir obstétrico de las estériles.

5) Los tratamientos médicos y quirúrgicos, tienen en el presente un resultado muy pobre. Con el advenimiento cada día mayor de drogas antiflogísticas y líticas así como con el desarrollo de la microcirugía mejorará el pronóstico de este factor.

6) Esta colaboración se presentó con carácter casuístico y no para evaluar tratamientos que por diversos motivos, ya conocidos, la hacen carecer de significación estadística.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AMAYA-LEON H. Tuberculosis en Ginecología. Rev. Soc. Col. de Obst. y Gin. 1: 227 Oct. Nov. 1950.
- 2 ESPINOSA Y ESPINOSA ALVARO. Anexitis. Comentarios a tres años de estadística en el servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios. Tesis. 58. 1946. Ed. Kelly. Bogotá.
- 3 CLAVERO NUÑEZ A. Esterilidad Matrimonial. 57. Ed. Salvat. 1942.
- 4 CAMERO RODULFO, VILLANEDA ALBERTO. Factor Tubárico en la Esterilidad. Memorias primera convención Nacional de Obst. y Gin. 211. jun. 1954.
- 5 STABILE AMERICO. Esterilidad Matrimonial. 133 Ed. El Ateneo. Nontevideo 1946.
- 6 WOOD JUAN. El Diagnóstico de la salpingitis tuberculosa con especial referencia al diagnóstico radiológico. Rev. Col. y Gin. V 53. Sept. 1953.
- 7 ACOSTA-BENDEK EDUARDO. La prueba de la sulfotienoladaleína para la permeabilidad tubárica o test de Speck. Rev. Col. Obst. y Gin. V: 173. Mayo y Jun. de 1954.
- 8 RUEDA-GONZALEZ RICARDO. Contribución al estudio radiológico a las trompas de Falopio. VII. 35 Oct. 1955.
- 9 RUEDA-GONZALEZ RICARDO. Algunos comentarios a las pruebas de permeabilidad tubárica. Rev. Col. Obst. y Gin. VII: 169 mayo-abril 1956.
- 10 RUEDA-GONZALEZ RICARDO. Valoración de los métodos de exploración de la función Tubárica. Rev. Col. Obst. y Ginec. VIII: mayo-junio 1957.
- 11 BOXTON C. LEE and SOUTHMAM ANNA. Human Infertility. 149. Roerber Haper book. 1958.
- 12 AMAYA-LEON HERNANDO. Cortisona en el tratamiento de la esterilidad femenina por obstrucción tubaria. Rev. Col. Obst. y Gin. IX: 569. Nov. y Dic. 1958.
- 13 RODRIGUEZ-G. HERNANDO. La inoculación al cobayo en el diagnóstico de la T.B.C. Genital femenina. Rev. Col. Obst. y Gin. X: 152. marzo y abril 1959.
- 15 ASCENZO-CABELLO JORGE y col. Cuatrocientas cincuenta hidrotubaciones histerotubáricas realizadas en el centro peruano de fertilidad matrimonial. Rev. Col. Obst. y Gin. X: 261 julio-agosto 1959.
- 16 RIVA H. L. Culdoscopia para infertilidad. Rev. Col. Obst. y Gin. XII: 230 marzo y abril de 1960.
- 17 AMOROCHO JORGE. Nuevas observaciones sobre el uso de la Fenil-Butazona. Rev. Col. Obst. y Gin. XI: 413 mayo y junio 1960.
- 18 CRUZ-AMAYA ARISTOBULO. Dos casos de Piosalpinx Tuberculoso. Rev. Col. Obst. y Gin. XI: 596 Sept. y Oct. de 1960.
- 19 BOTERO-URIBE JAIME, RESTREPO SALAZAR JORGE. Tuberculosis endometrial y embarazo. Rev. Col. Obst. y Gin. XII: 211 mayo y junio 1961.
- 20 HAMBLEN E. C. Cambios en el tratamiento de infertilidad durante los tres últimos decenios. Rev. Col. Obst. y Gin. XII: 493 Sept. y Oct. de 1961.
- 21 ROLAND MAXWELL: Histerosal-pingografía e unsufflación con Dióxido de carbono como procedimientos diagnósticos y terapéuticos combinados. Rev. Col. Obst. y Gin. XIII: 585. Sept. Oct. 1962.
- 22 ESPINOSA y ESPINOSA ALVARO, HANDZER BERNARDO y ALBA RUIZ. Enfermedad inflamatoria pelviana. Rev. Col. Obst. y Gin. XIII: 625. Nov. Dic. 1962.
- 23 ORYE H. Results of plastic operations on Tuberculosis Tubes. Comp. Rend. Soc. Franc. Ginec. 33: 191 marzo 1963.
- 24 ALVIN M. SIEGLER and HOLMAN LUIS. Tubals Plastic Surgery. Retrospective study of 50 cases. Am. J. Obst. and Ginec. 86. 448. 55. June 1963.
- 25 PIERNES ALBERTO. Radiodiagnóstico en Ginecología. 6 Asociación médica del Instituto de Maternidad. Bs. As. 1963.
- 26 GREENHILL J. P. Editores Note. Year Book gin. obst. 382. 1964.
- 27 GUERRERO CARLOS D. Manejo de la Pareja infértil. 25 años de experiencia. Férti-Stéril. XV: 534. sept. y octubre 1964.
- 28 MARIO CASTILLO y WAINR AMO. Tube plastic evaluation. Hawaii. M. J. 23: 285. marzo abril 1964. Cit. Year Book of Ginec. 1966.
- 29 EDWARD HANTON and col. Tubal plastic surgery at mayo Clinic. Am. J. Obst. and Ginec. 89: 934. agosto 1964.
- 30 PALMER RAUL. Exploraciones funcionales ginecológicas. 130. Toray Masson. 1966.