

tractura y cualidades de la trompa, con su retención indefinida. Aún en casos de permeabilidad, en que por otras causas hemos operado enfermas algún tiempo después de la histerosalpingografía y que han continuado estériles (referencia separada de los doctores Arturo Aparicio y Rodolfo Camero), se ha encontrado el medio de contraste bloqueando ovarios y trompas, transformado en una sustancia mucosa adherida por toda la pelvis. Edmundo Murray (9) cita el hallazgo, no frecuente, de granulomas pelvianos como secuela de la histerosalpingografía.

Ovaritis Poliquística Bilateral

La importancia que esta anomalía representa en la esterilidad matrimonial y el hecho de que su diagnóstico es casi exclusivo de la Ginecografía, hace que tratemos de ella en este estudio. A veces se piensa que se le ha dado demasiada importancia a las trompas y muy poco se le ha asignado a los ovarios cuya función fisiológica, la ovulación, es de importancia definitiva. Son varios los Test que investigan la ovulación, tales como la biopsia endometrial, temperatura basal, citología vaginal, etc., pero muy poca atención se da a los cambios en los ovarios mismos.

Guillermo Di Paola (10) insiste bastante en la exploración de los ovarios y en el estudio de los ciclos anovulatorios. Uno de los hallazgos en pacientes que consultan por esterilidad y amenorrea y que son reconocidos con poca frecuencia es la ovaritis quística bilateral (Fig. 15)). Esta anomalía está asociada al *síndrome de Stein* (11) formando la tríada principal con la esterilidad y la amenorrea, aunque esta última sea secundaria. Ya sabemos que las otras características del síndrome de Stein, como el hirsutismo, se presenta en el 50% de las pacientes y la hipoplasia uterina (Fig. 16) y de los senos, es poco frecuente.

En la pubertad de la mujer normal, bajo la influencia del estímulo pituitario, un folículo de Graaf se desarrolla hasta la madurez y luego se rompe, liberando el primer óvulo. En el sitio del folículo roto se desarrolla el primer cuerpo amarillo. Así comienza el proceso del ciclo menstrual con la maduración de un folículo (raramente dos) y la ruptura, repitiéndose hasta la menopausia, interrumpido solamente por el embarazo.

Con ovarios poliquísticos no hay balance hormonal, pues al no romperse el folículo, se convierte en quiste de retención o la acción selectiva de la sustancia pituitaria afecta múltiples folículos en vez de uno, desarrollando así una cortical con muchos quistes foliculares pequeños. En estas circunstancias, los ovarios crecen simétricamente hasta adquirir una a cuatro veces su tamaño normal, permanecen ovalares, tensos y con una cápsula de espesor considerable. Precisamente cuando se forman estos numerosos quistes, el epitelio germinal que es delgado, se torna fibroso y espeso sobre el sitio de la maduración del folículo. Hay fibrosis en el estroma ovárico y el contenido de los quistes es incoloro, claro, está bajo tensión y ocupa varios milímetros de diámetro.

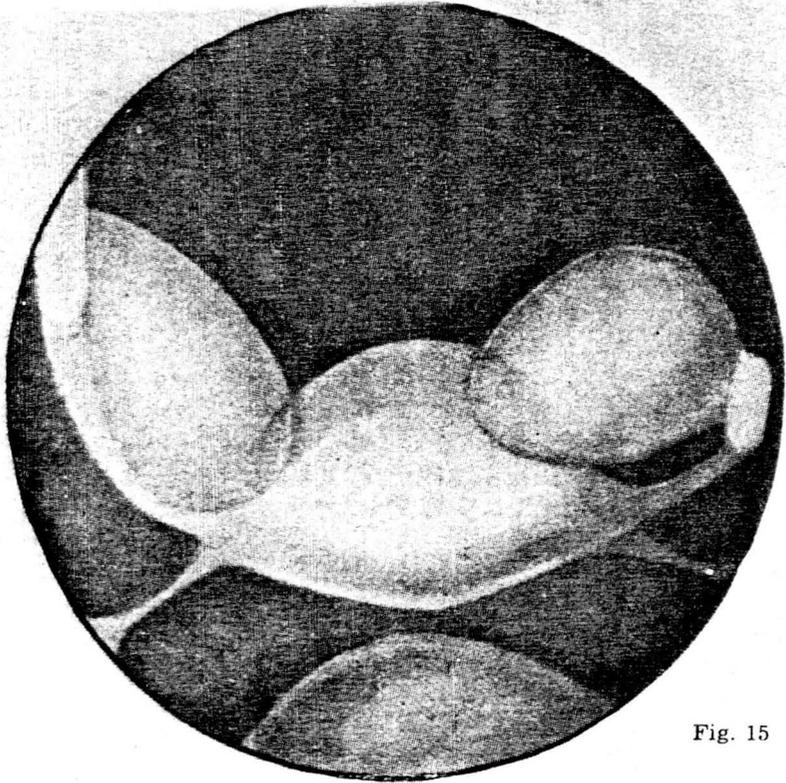


Fig. 15

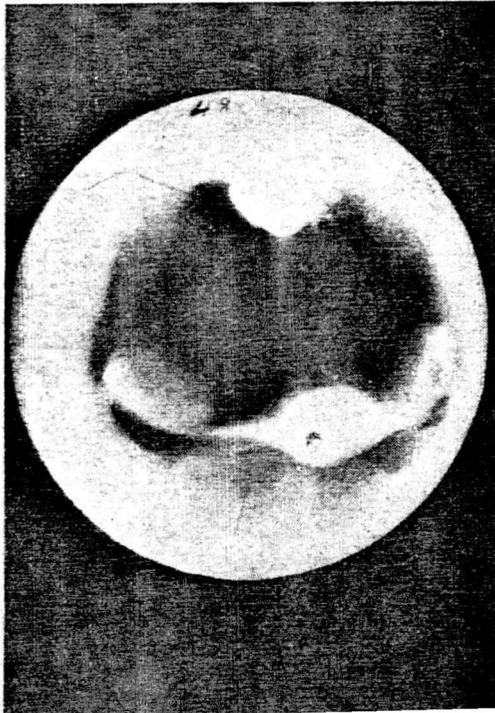


Fig. 16

El diagnóstico se basa en algunos de los síntomas ya citados, en los hallazgos del examen pélvico, que especialmente en mujeres delgadas o con T. V. bajo anestesia se tocan los ovarios aumentados de tamaño; pero sobre todo, la Ginecografía y la Pelviscopia de Decker son los medios más directos y seguros para su reconocimiento hasta hacerse indispensables. El tamaño de los ovarios normales aparece en la Ginecografía como la cuarta parte del uterino; así es fácil apreciar el crecimiento cuando pasa de allí.

PELVISCOPIA. — Este tema ha sido ya tratado por uno de nosotros (12) y será motivo de otro trabajo que presentaremos más tarde, pero lo describimos someramente por ser tan seguro y de tanta actualidad, siguiendo las instrucciones directas de su autor, el doctor Albert Decker (13), en el Knickerbocker Hospital de Nueva York en 1951. El aparato consta de un trócar y su conductor, una parte óptica y su iluminación semejante a la de cualquier cistoscopio. La técnica para el uso del Pelviscopio de Decker (Culdoscopy en EE. UU.), es la siguiente: enferma con Douglas libre, posición genu-pectoral. Se levanta la horquilla perineal con una valva, desinfección de los fondos de saco vaginales, se fija con tenáculos el labio posterior del cuello, traccionándolo, ya que con esta tracción se proyectan los ligamentos útero-sacros que determinan una foseta. Allí se punciona para anestesia del septum con aguja de raquí y cualquier anestésico local y se introduce el trócar cuidadosamente. Al retirar el punzón y dejar el conductor, si está en la cavidad se aprecia un ruido especial producido a la entrada del aire. Por el conductor se pasa la óptica del aparato y así se pueden constatar adherencias, estado de trompas y ovarios, útero, varicoceles pelvianos, TBC peritoneal, embarazo ectópico y a veces el apéndice. Teniendo el cuidado de practicar este examen en la época más probable de la ovulación, se puede constatar si ésta se realiza, pues se verá claramente el folículo en vía de romperse o ya roto, como hemos podido comprobarlo.

TRATAMIENTO. — Muchos autores y durante mucho tiempo han ensayado diversos tratamientos para los ovarios poliquísticos sin ningún resultado satisfactorio. Tan solo Kaplan (14) y otros, han tenido resultados benéficos con las radiaciones de hipófisis y ovarios; por lo demás, se puede casi asegurar que no hay tratamiento médico para la ovaritis quística bilateral.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. — Es el método escogido por la mayoría de los que trabajamos en esta especialidad. El procedimiento más común es la resección cuneiforme; otros hacen la decapsulación parcial y todos complementan estos métodos con la punción de los quistes restantes.

CIRUGÍA DE LAS TROMPAS

Establecida la obstrucción tubaria por la insuflación y por la histerosalpingografía y localizada en su porción inicial, media o terminal, queda como único tratamiento la intervención quirúrgica.

En todas estas operaciones, hemos tenido como auxiliar de primer orden el insuflador de Kidde (Fig. 1). El insuflador es la guía más cierta para descubrir el canal en cualquiera de sus partes. Es indispensable que una persona entrenada en su manejo lo controle, para que el cirujano no pierda mucho tiempo durante el acto quirúrgico. Se coloca el aparato como para insuflación, antes de comenzar a operar y según el sitio obstruido se seguirán las siguientes técnicas:

Obstrucción en la porción inicial. — Incisión de Pfannenstiell (buena para todos los casos); ya en la cavidad, se hace inspección general y se resuelve todo problema que se encuentre, dejando el propio de la trompa de último, a fin de no traumatizar la plastia hecha. Se comienza la insuflación y se repara el útero con pinzas de Alice en los ligamentos redondos; si se desea reparar la trompa que sea con Alice sin presionarla. Al llenarse la matriz con el gas, se intentará pasar un tubo de polietileno N° 5, del pabellón hacia la cavidad uterina para ver si el obstáculo es removible por este método. En caso negativo, se aplicará un trinquete en el segmento uterino (sonda de Nelatón N° 12 que perforando los ligamentos anchos, rodea esta parte de la matriz y se fija atrás con una pinza de Kelly larga) a fin de evitar la hemorragia al hacer la desinserción e inclusión respectiva de la trompa, como lo muestran las (Figs. 17 y 18).

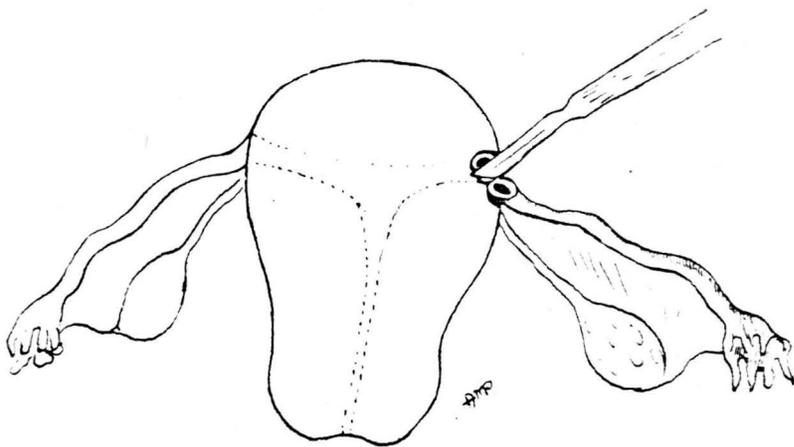


Fig 17

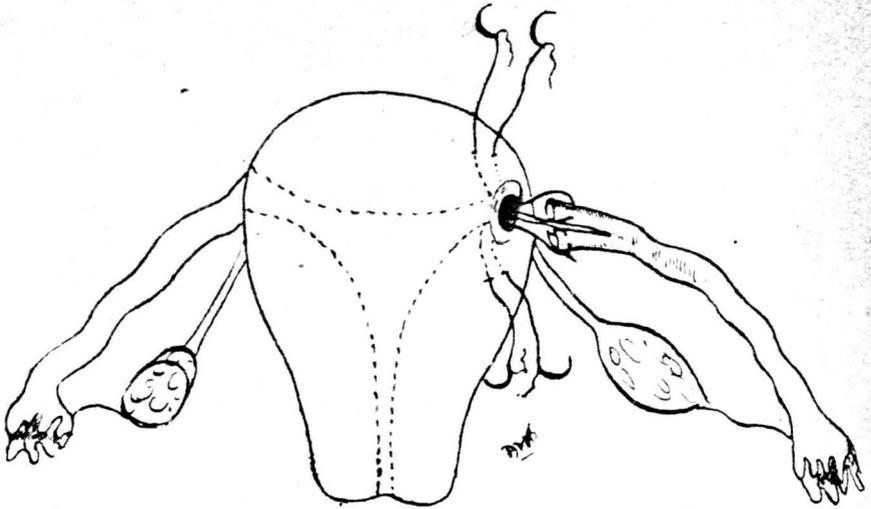


Fig 18

Las burbujas del gas servirán como guía para el paso del tubo de poliéster que se llevará hasta la vagina, fijándolo con catgut cromado N^o 0 al pabellón y a la pared vaginal. Si la obstrucción es bilateral se hará lo mismo al otro lado y en cualquier caso se dejarán los tubos de 15 a 20 días. Cuando los tubos alcancen la cavidad uterina, se retirará la cánula del insuflador para sacarlos a la vagina. Después de retirados los tubos se harán algunas insuflaciones para mantener la permeabilidad. Son pocos los buenos resultados que se obtienen en este caso

Obstrucción en la porción media. — Se procede como en el caso anterior sin la compresión del segmento uterino. Si el poliéster no puede pasar del pabellón hacia la porción inicial permeable, se extirpa el trayecto obstruido y se anastomosan las porciones restantes pasando el tubo por donde aparezcan las burbujas del gas (Fig. 19) y fijándolo como en el caso anterior. Los puntos de la anastomosis término-terminal pueden ser separados y ojalá con catgut intestinal.

Obstrucción en el pabellón. — Es aquí donde el insuflador presta su máxima ayuda, ya que muestra el sitio por donde se escapan pequeñas burbujas cuando el aparato se pone a su máxima presión, o por la distensión de la extremidad cerrada que pone de manifiesto la convergencia de los pliegues de la serosa indi-

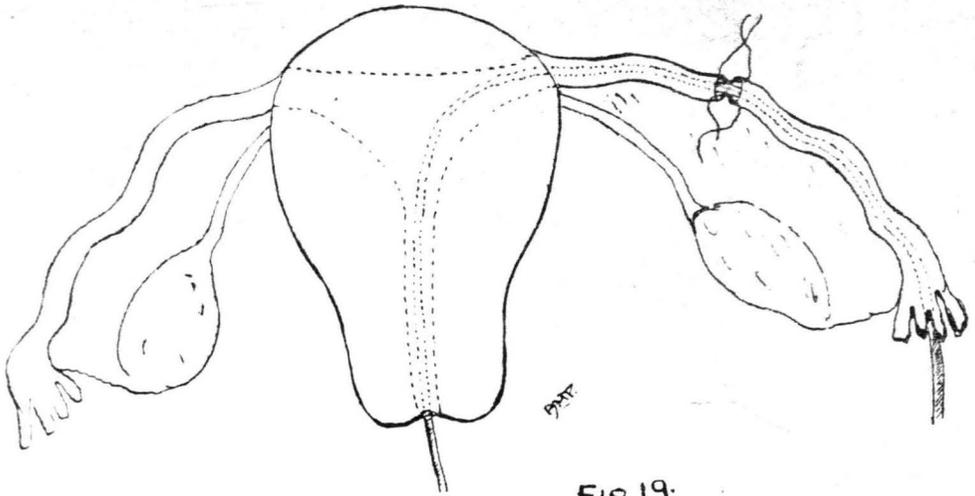


Fig. 19.

cando así el sitio que da acceso a la luz de la trompa. La oclusión del pabellón se caracteriza en su mayoría como lo muestran las Figs. 20 y 21. En ambas se introduce un estilete romo por los puntos arriba descritos y si sale gas, se introduce una pinza de Kelly y al abrirla dará salida a las fimbrias que allí estaban englobadas. Se hace ligera eversión de los bordes y se fijan con algunos puntos de catgut para evitar que vuelvan a cerrarse. En estos casos no se deja polietileno, pero se repiten las insuflaciones antes que en los casos anteriores.

Debemos hacer constar que esta clase de obstrucción tubaria la encontramos en Bogotá con mucha frecuencia; seguramente es congénita, pues a veces no la acompaña ninguna lesión o secuela de lesión inflamatoria y es la más agradecida de la cirugía.

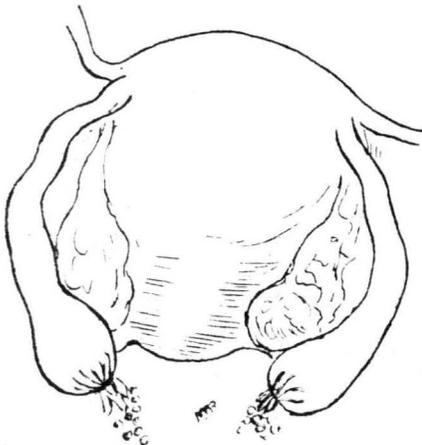


Fig. 20.

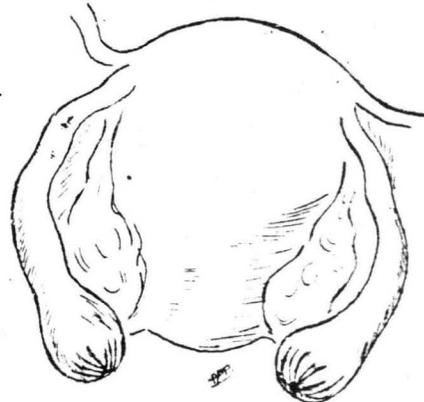


Fig. 21.

No hay casi ninguna estadística de este trabajo pues se basa en el estudio de 100 matrimonios, en un año de iniciadas las consultas que han solicitado ayuda para resolver su problema de esterilidad, estudio incompleto por causa de los maridos que se niegan a ser examinados. Generalmente la que consulta es la mujer, fustigada por el hombre que la acusa de no darle un hijo. Otras veces implora con lágrimas ante la amenaza que le hace su cónyuge, de abandonarla o de interponer entre los dos a otra mujer. Más lastimoso aún, pero lamentablemente frecuente es cuando piden corregir su esterilidad porque el esposo las azota y las somete al hambre.

Está demostrado que más del 40% de los matrimonios estériles, lo son por causa masculina. Sin embargo el hombre en su mayoría lo sigue ignorando, y lo rechaza.

En el estudio de la pareja estéril jamás debe figurar la palabra CULPA, pues se presta a promover discusiones judiciales y por convenio se ha eliminado a fin de disimular todo estigma que pueda corresponder a cualquiera de los dos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Peterson y Cron**: "L'insufflation utero-tubaire". I. C. Rubin, 1947. Editions Medicales F. Flammarion. Paris.
- 2.—**Rubin**: "L'insufflation utero-tubaire", 1947. — 265 Editions Medicales. Flammarion, Paris.
- 3.—**Hirst y Mazer**, Cit. por Rubin. 1947.
- 4.—**Novak E. and Everett H. S.**, Cit. Somers H. Sturgis: "The effect of ciliary current on sperm progress in excised human Fallopian tubes". 1947.
- 5.—**Lamar, J. K. and Delft E.**: "Cyclic penetrability of human cervical mucus to Spermatozoa in vitro". Am. J. Phys. 129, 234, 241. — 1940.
- 6.—**Viergiver E. and Pommerenke, W. T.**: "Measurement of Cyclic variations in Quality of cervical mucous and correlation with basal temperatures", Am. J. Obst. & Gyn. 48: 321-328. — 1944.
- 7.—**A. Clavero Núñez**: "Esterilidad Matrimonial", Salvat Editores, S. A. Barcelona, Madrid. 97-102. — 1949.
- 8.—**Bettinotti Alberto S.**: "Histerosalpingografía y Persuflación Utero-Tubárica" 1947. "El Ateneo", Bs. As.
- 9.—**Murray E. G.**: "Granulomas pelvianos persistentes, como secuela poco frecuente de la Histerosalpingografía". Bol. Sos. Obst. y Ginec. Bs. As., abril 1/45 Tomo IV.
- 10.—**Di Paola Guillermo**. "Conferencias sobre Esterilidad Matrimonial". 1950, Hospital Rivadavia. Sala XIII. Bs. As.
- 11.—**Stein, I. F.**: Am. J. Obst. & Gyn., 50: 385. — 1945.
- 12.—**Camero C. Rodulfo**: "Precauciones en la Cirugía abdómino-pélvica de la mujer Diagnóstico de precisión con la Pelviscopia". Trabajo presentado al Primer Congreso Nacional de Cirujanos. Noviembre 1952, Bogotá.
- 13.—**Decker Albert**, Profesor de Ginecología y Obstetricia en el New York Poly clinic Medical School and Hospital.
- 14.—**Kaplan Ira I.**: Trabajo presentado al Primer Congreso Mundial para el estudio de la Esterilidad Matrimonial y al 102º Congreso de la American Medical Association. Mayo y junio de 1953, New York.