

20 de agosto de 2008

Mediante la recanalización de las trompas de Falopio

- En Chile las principales causas por las cuales las pacientes que han sido esterilizadas desean tener más hijos, es el establecimiento de relaciones con nuevas parejas y el fallecimiento de sus descendientes.

En 1992 el doctor Koh desarrolló la técnica y el instrumental necesario para revertir la esterilización tubaria por vía laparoscópica. Esta microcirugía, denominada reanastomosis, tiene como propósito recanalizar las trompas de Falopio que previamente han sido anudadas o cortadas para evitar que el útero se conecte con el ovario.

Doctor Hugo Sovino

Esta técnica de esterilización es bastante usual en mujeres que ya han tenido varios hijos y no desean seguir procreando, así como entre personas a quienes les fallan los métodos anticonceptivos o no son tolerantes a ellos. Asimismo, se emplea en quienes tienen contraindicación médica de embarazarse, por ejemplo, porque han experimentado un exceso de cesáreas o bien porque padecen de patologías severas.

“Es bastante usual que las mujeres que han tomado la determinación de esterilizarse aprovechen una cesárea para utilizar esta técnica. Sin embargo, el problema puede presentarse si, posteriormente, desean tener más hijos”, comenta el doctor Hugo Sovino, académico de la Universidad de Chile que trabaja en la Unidad de Medicina Reproductiva e Infertilidad del Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI) del Hospital San Borja Arriarán.

El doctor Sovino, quien se ha especializado en cirugía laparoscópica, explica que las cifras internacionales señalan que el deseo de recanalización de los oviductos alcanza hasta el 13% de la población femenina y se debe, principalmente, a la pérdida de otros hijos y al cambio de pareja.

“En nuestro centro vemos muchas mujeres que han comenzado una nueva relación y que desean tener hijos con esa persona. En estos casos evaluamos tanto a la interesada como a su pareja, lo que incluye un análisis médico y psicológico, un estudio de su situación familiar y matrimonial y las motivaciones reales para la reanastomosis”, comenta el doctor Sovino.

Factores que mejoran el pronóstico

Para esto se exige un espermiograma, un análisis de la reserva ovárica y un estudio de ovulación, al tiempo que se descartan infecciones. De hecho, el 40% de estas mujeres no puede ser operadas por daño tubario excesivo. “Lo que ocurre es que muchas veces al doblar la trompa y cortar el segmento que queda inutilizado, hay cicatrices que impiden una recanalización adecuada. Por eso es más efectiva la utilización de un anillo que mantiene la trompa completa aunque plegada, evitando así que el ovocito viaje al encuentro de los espermatozoides”, señala el doctor Sovino.

La trompa no es uniforme, muy por el contrario, en la zona más cercana al útero resulta más angosta y muscular que en el segmento próximo al ovario. De ahí que juntar el oviducto no sea tarea sencilla, ya que unir dos segmentos que no tienen el mismo diámetro y características internas resulta casi imposible.

“Las pacientes tienen mejor pronóstico cuando la longitud de la trompa es mayor, por eso la tasa de embarazo se eleva si posee un largo superior a cuatro centímetros. Lo mismo ocurre con la localización de la anastomosis tubaria, lo ideal es que la esterilización se haya realizado en la zona ístmico-ístmica del oviducto porque en esos casos y, tras la reconstrucción, hay embarazos en el 81% de las pacientes”, señala el especialista.

En tanto, el intervalo de tiempo entre la esterilización y la reanastomosis no tiene relevancia, lo que sí incide es la edad de la paciente y de su pareja. “Se sabe que en mujeres de hasta 35 años por cada 100 parejas fértiles se embarazan 20, ahora bien, a los 40 años, de cada 100 parejas lo logran sólo cinco”, apunta.

Fertilización asistida

Frente a una esterilización de este tipo también es viable que la paciente elija someterse a un tratamiento de fertilización asistida, el cual tiene algunos inconvenientes como son su alto costo, el riesgo de tener embarazos múltiples y un porcentaje de éxito de 45% en el primero intento y, tras tres ciclos, cercano al 70%, el cual es inferior al que se registra con la reanastomosis, donde los números varían entre 70 y 80 por ciento.

“Podemos decir que esta cirugía tiene un mayor riesgo pero, en cambio, la relación costo-beneficio es superior. Lo que ocurre es que algunas mujeres no quieren experimentar la incertidumbre del posible embarazo y estar esperando algunos meses para saber si realmente podrán concebir, entonces optan por la fertilización asistida, que las saca de la duda antes”, comenta Hugo Sovino.

El especialista efectúa alrededor de cuatro reanamosis mensuales, una cifra muy alta en Chile donde hay pocos profesionales que realicen esta intervención. Hasta ahora cuatro de sus pacientes han dado a luz: “El criterio principal para evaluar el éxito de esta microcirugía es el embarazo de término o, como decimos, el niño en brazos”, señala.

Finalmente, el doctor Sovino explica que cuando la reanamosis se efectúa en cirugía abierta los médicos deben emplear lupas, por eso en estos casos la intervención suele demorarse el doble de tiempo que si se tratara de una cirugía laparoscópica. Asimismo, los costos asociados son más elevados porque la paciente no puede ser dada de alta al día siguiente.