

# CIRURGIA PLÁSTICA TUBÁRIA

## casuística pessoal

ARNALDO N. FERRARI (\*)

Com o advento do progresso da cirurgia, devido a vários fatores, a cirurgia das trompas tendo em vista a sua permeabilidade, evoluiu consideravelmente.

Aproximadamente, vinte anos atrás, os resultados obtidos oscilavam ao redor de 6% (2); modernamente, esta proporção subiu para 17% (4).

Entretanto, se observarmos os diversos tipos de operações, veremos que algumas, dependendo do processo que motivou a obstrução, tem um índice de sucesso muito superior às outras.

Segundo Palmer (4), um dos autores mais categorizados neste assunto, a implantação tubo-uterina estaria entre aquelas de prognóstico mais favorável, ao passo que a salpingotomia e a implantação ovário-uterina seriam de prognóstico mais reservado.

A indicação da cirurgia em casos de obstrução tubária é somente feita após o estudo completo do casal infértil: espermiograma, teste de Hünher, biópsia de endométrio, histerosalpingografia, etc....

As técnicas empregadas variam de acordo com o tipo de obstrução e preferência pessoal do cirurgião e devem seguir os princípios de cirurgia plástica que foram assim formulados por Palmer (4):

1) não traumatizar o epitélio da trompa, reduzir portanto ao máximo o manuseio de pinçamentos e sondagens;

- 2) evitar a formação de aderências;
- 3) utilizar fio fino e inerte na sutura (Nylon 0000);
- 4) suturar bordo a bordo com sutura direta obtendo cicatrização por primeira intenção.

O instrumental cirúrgico é geralmente do tipo oftálmico existindo ainda, alguns instrumentos especiais para algumas operações.

As diversas técnicas abrangem três tipos de cirurgia que se referem à localização da obstrução, isto é, da extremidade distal das obstruções intermediárias e obstruções proximais das trompas (3).

## MATERIAL E MÉTODOS

Como material foram utilizados quatro paciente que vieram à consulta no Ambulatório de Endocrinologia e Esterilidade da Cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Os métodos de exames foram os de rotina utilizados para as pacientes que vêm com queixa de esterilidade a este Ambulatório.

Foi efetuado espermiograma do marido e na esposa, histerosalpingografia, teste de Hünher, biópsia de endométrio, cristalização de muco cervical e persuflação tubária.

(\*) Colaborador de ensino da Cátedra de Clínica Ginecológica; Diretor do Departamento de Endocrinologia e Esterilidade. Serviço do Prof. Pradique Correa Gomes.

## DESCRIÇÃO DOS CASOS

## Caso N.º 1

R. H. F. — Vem por esterilidade secundária. Refere que há onze anos não engravida mais. Exames subsidiários, tanto dela como do marido, revelam unicamente obstrução bilateral ao nível dos cornos uterinos. Intervenção realizada em 1-12-58: incisão de Pfannestiel, incisão dos diversos planos, exploração das trompas com estilete, obstrução ao nível dos cornos uterinos, ressecção da parte obstruída e implantação tubo-uterina, segundo a técnica de Green-Armytage (1). Fio de polietilene em ambas as trompas. Fechamento por planos. — Alta em 16-12-58 — Em 26-2-59, veio para retirar os fios, constatando-se a existência de um sómente, ao passo que o outro estava praticamente todo dentro da vagina. A insuflação foi negativa quanto à permeabilidade. A paciente veio à consulta novamente desejando repetir os exames em meados de agosto de 1960.

## Caso N.º 2

C. S. — Esterilidade secundária — Casada há sete anos, refere ter posto gôtas" endo uterinas logo após o casamento para provocar aborto (sic). Dispareunia e frigidez. Os exames subsidiários revelaram como causa única obstrução bilateral ao nível dos cornos uterinos. — Intervenção em 9-5-58: incisão de Pfannestiel, reconhecimento do campo operatório. Exploração das trompas com estilete. Obstrução bilateral do tipo proximal, ressecção da parte obstruída e implantação tubo uterina segundo a técnica de Green-Armytage (1). Alta uma semana após em boas condições. — Retirada dos fios em 27-6-58. — Insuflação tubo uterina negativa quanto à permeabilidade.

## Caso N.º 3

Esterilidade secundária — Há cerca de dois anos teve um parto prematuro de um feto de sete meses. Após, teve dores

no baixo ventre e irregularidades menstruais, que desapareceram com o tratamento efetuado. Os exames realizados puseram em evidência uma obstrução bilateral ao nível dos pavilhões. — Intervenção realizada em 19-4-58: — incisão de Pfannestiel, reconhecimento do campo operatório e dos anexos. — à E trompa espessada e aumentada de volume com hidrosalpinx; à D massa de aderências que cobriam toda a trompa. Praticamos à E a reconstituição do trânsito, segundo a técnica de Polosson (5) e do lado oposto julgamos de melhor alvitre fazer uma salpingolise, extirpando uma parte junto ao corno uterino e fazendo a implantação tubo-uterina deixando um fio de polietileno. — Em 25-6-58, foi retirado o fio de polietileno. A persuflação tubária foi positiva quanto à permeabilidade, em 4-9-58; histerosalpingografia em 2-9-58. — Aborto de dois meses em 1-5-59, sendo curetada na Maternidade Mario Totta, da Santa Casa de Misericórdia.

## Caso N.º 4

M. P. M. — 23 anos — Infertilidade secundária — Há cinco anos praticou aborto por meio de gôtas intra-uterinas, desde então, nunca mais engravidou. — Exames subsidiários revelaram somente obstrução bilateral ao nível dos cornos uterinos. — Intervenção em 22-7-58: — incisão de Pfannestiel. Incisão nos diversos planos. — Reconhecimento da obstrução com azul de metileno. Implantação de ambas as trompas no útero pela técnica de Green-Armytage (1), com tubo de polietileno. — Fechamento por planos. — Alta em 28-7-58 — Retirada dos fios em 12-9-58. — Persuflação positiva em 25-9-58 — Histerosalpingografia 25-11-58. — Gravidez em março de 1960. Aborto em 7-5-60, devido a um forte choque emocional.

## COMENTÁRIOS

A nossa casuística encerra um índice de resultados bastante animador. Com efeito, as melhores estatísticas se referem a cifras que oscilam entre 25 a 35% para

as obstruções do tipo proximal, sendo um pouco inferior nas do tipo distal.

Alguns autores, entretanto, se referem somente ao nascimento de uma criança viva como índice de sucesso, motivo pelo qual o nosso resultado torna-se bem mais modesto. Porém, a ausência em nossa casuística de gestações ectópicas, complicação freqüente neste tipo de cirurgia, mostra-nos a correção de nossa orientação cirúrgica.

A introdução no arsenal terapêutico dos corticóides fez com que evitássemos a cirurgia para as obstruções tubárias, a fim de obtermos maior experiência neste campo.

Observamos, desta maneira, a sua utilidade em resolver os processos obstrutivos motivados por processos inflamatórios. E', contudo, totalmente ineficaz a sua administração em face das obstruções determinadas por cáusticos, tão em voga em nossos dias, nestes casos a indicação cirúrgica segundo nosso entender é formal.

#### RESUMO

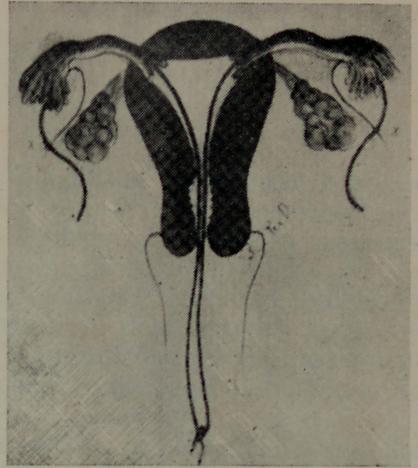
O autor descreve quatro casos de cirurgia tubária nos quais teve sucesso parcial, não tendo nenhum caso de gravidez ectópica.

#### RÉSUMÉ

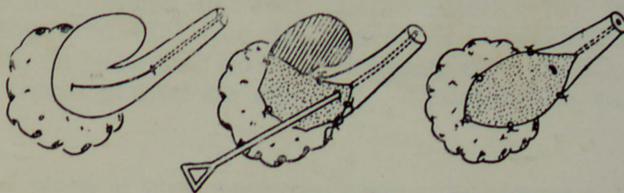
L'auteur décrit quatre cas de chirurgie tubaire où il a eu un succès partiel sans avoir dans ces cas, des grossesses ectopiques.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — GREEN-ARMYTAGE, V. B. — Tubo-uterine implantation — British Medical Journal — 2: 1222-1224, .. 1952.
- 2 — GREENHILL, J. B. — Evaluation of salpingostomy and tubal implantation for the treatment of sterility — American Journal of Obstetric and Gynecology — 33: 39-51, 1957.
- 3 — MÜLLER, F. — A cirurgia tubária na esterilidade feminina — Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de São Paulo — 6: 583-609, 1954-1958.
- 4 — PALMER, R. — La sterilité involontaire — Ed. Masson et Cie., Paris, 1950.
- 5 — POLOSSON, E. — Les Salpingostomies — La Fonction Tubaire et ses Troubles. — Masson Édit.: 391-401 — Paris — 1955.



Implantação tubo-uterina com fio de polietileno (Ret. da publicação de Muller (3)).



Salpingostomia segundo Polosson