

La cirugía reproductiva: ¿un arte obsoleto?

Con el nacimiento de Louise Brown, hace más de 30 años, inició una de las etapas más fascinantes en el conocimiento de la reproducción humana. La revista *Lancet* publicó la carta en la que Steptoe y Edwards describían el hecho. La carta, con apenas poco más de 30 líneas dirigidas al editor, es un documento histórico que marca el inicio de todo lo que vino después en materia de reproducción asistida. De entonces a la fecha se ha generado una cantidad muy grande de conocimientos, gracias a los cuales se calcula que hoy existen en el planeta cerca de cinco millones de seres humanos concebidos mediante reproducción asistida, y se augura que lo mejor está por venir. Como especialistas en reproducción, hemos tenido la suerte de testificar la evolución de la tecnología en materia de reproducción asistida; sin embargo, también nos ha tocado presenciar cómo poco a poco ha ido perdiéndose práctica en el viejo arte de la cirugía reproductiva. Para muchos que apenas empiezan su adiestramiento en biología de la reproducción –o que aún no lo han hecho–, técnicas quirúrgicas como las metroplastias de Strassman, Jones o Tompkins, la implantación cornual de las salpinges o –incluso– la recanalización tubaria sólo son los antecedentes históricos de procedimientos quirúrgicos totalmente obsoletos, cuyos resultados nada tienen que ver con el éxito que poco a poco ha ganado la fertilización *in vitro*. El avance parece vertiginoso, y ni siquiera la laparoscopia –una técnica quirúrgica joven y de vanguardia– ha escapado a la obsolescencia impuesta por los modernos laboratorios de reproducción asistida; ésta es –por lo menos– la opinión de Copperman

y DeCherney, quienes en 2006 escribieron estas líneas: “Han pasado 20 años desde la publicación, en estas páginas, del multicitado editorial *El líder de la banda está cansado*. En esos tiempos se guardaba luto a la era de la laparotomía para realizar la cirugía pélvica reconstructiva y se anunciaba el arribo de la cirugía laparoscópica. Ha ocurrido otra transformación. Así como la laparoscopia reemplazó a la laparotomía, todos los tratamientos contra la infertilidad se han vuelto obsoletos debido a las tecnologías reproductivas avanzadas”.¹ ¿Será cierto? El éxito de la reproducción asistida ¿nos permite la soberbia de afirmaciones tan categóricas? Posiblemente no.

En mi opinión y en la de muchos la cirugía reproductiva tiene todavía un lugar importante en la solución de algunos problemas que son causa de infertilidad. Existen enfermedades, como la hidrosálpinx, los miomas submucosos, el síndrome de Asherman o la endometriosis moderada y severa, que tienen que curarse quirúrgicamente antes de utilizar técnicas de reproducción asistida, porque de no hacerlo las posibilidades de lograr el éxito –aun con fertilización *in vitro*– son sumamente limitadas. Por supuesto, también tenemos que reconocer el avance de las técnicas quirúrgicas y no podemos negar que la histeroscopia ha reemplazado indiscutiblemente, y con mejores resultados, el tratamiento quirúrgico del septum uterino mediante una metroplastia.

La controversia se centra actualmente en algunos problemas específicos:

- La laparoscopia diagnóstica.
- El tratamiento quirúrgico de miomas uterinos.
- El tratamiento quirúrgico de quiste endometriósico del ovario.
- La recanalización tubaria.

La *laparoscopia diagnóstica* es un término que probablemente no deba seguirse usando, ya que cualquier

cirujano sensato que durante una laparoscopia encuentre un padecimiento seguramente lo curará en ese momento y no se quedará sólo con el diagnóstico. En lugar de *laparoscopia diagnóstica*, el término más adecuado cuando durante el procedimiento quirúrgico no se encuentre ninguna anormalidad sería el de *laparoscopia blanca*. La pregunta es ¿en qué casos se indica realizar una laparoscopia como parte del protocolo de estudio de infertilidad? La respuesta es motivo de controversia. Posiblemente, la indicación más clara sería para pacientes jóvenes que tengan más de cinco años de infertilidad y que no padezcan algún otro factor que explique la ausencia de embarazo. Al realizar el procedimiento en dichos casos podremos diagnosticar y tratar, por ejemplo, endometriosis mínimas o leves, y entonces tendríamos otra controversia: ¿la endometriosis mínima o leve requiere tratamiento? Caeríamos así en polémicas interminables para justificar o no si un procedimiento quirúrgico laparoscópico debería realizarse, ya que algunos dicen que es caro e invasivo y que genera riesgos quirúrgicos y anestésicos; en contraste, otros decimos que aporta información valiosa, ayuda a tomar decisiones y –en muchas ocasiones– resuelve el problema de infertilidad sin necesidad de recurrir a técnicas de reproducción asistida. Como una alternativa para pacientes aparentemente sanas, ha surgido una técnica quirúrgica “de consultorio” conocida como “fertiloscopia”. El procedimiento consiste en anestesiarse localmente o sedar ligeramente para introducir un endoscopio a través del fondo del saco posterior. También conocido como “hidrolaparoscopia”, la ventaja de este procedimiento es que permite realizar un examen “funcional” de las salpinges al introducir el endoscopio por la fimbria para visualizar las características del endosálpinx. La técnica parece prometedora porque disminuye los costos, permite un diagnóstico más preciso, ayuda a decidir más rápidamente qué pacientes son susceptibles de fertilización *in vitro* y genera pocas complicaciones. La desventaja es que sólo pueden realizarse procedimientos quirúrgicos limitados.

Como los miomas uterinos son tumores benignos frecuentes en mujeres, no es raro que una mujer infértil los padezca. Es sumamente infrecuente que los miomas sean causa única de infertilidad, y su tratamiento es también motivo de controversia. No hay duda de que cualquier mioma que altere el contorno de la cavidad

uterina debe ser extirpado. En lo que no hay consenso es a partir de qué tamaño, número o localización se indica realizar una miomectomía con fines reproductivos. La mayor parte de los estudios coincide en que es mejor no operar los miomas si no se tiene la certeza de que ellos son la causa de la infertilidad. También hay coincidencia en que los miomas deben ser operados si causan, por ejemplo, hemorragia o presión abdominal. Hay estudios que concluyen que los miomas subserosos no deben ser operados, porque hacerlo no mejora la fertilidad. Pero si el mioma subseroso mide 10 cm o más, ¿no debe operarse? Es aún peor la controversia en el caso de los miomas intramurales; la mayoría coincide en que hace falta realizar más estudios controlados con distribución al azar para emitir recomendaciones. Por si fuera poco, se agrega la controversia de la vía de abordaje: ¿laparotomía o laparoscopia? Sin duda, falta por resolver muchas interrogantes en relación con dicho padecimiento, que no es poco frecuente.

A partir de algunas publicaciones que aparentemente demuestran que los quistes endometriósicos no disminuyen la tasa de éxito en fertilización *in vitro* y, por el contrario, que operarlos sí disminuye significativamente la reserva ovárica, implica riesgos quirúrgicos y anestésicos para la paciente y tiene un costo económico, ha surgido otra controversia: ¿deben o no operarse los quistes endometriósicos antes de la fertilización *in vitro*? La discusión está en el aire; estudios a favor y en contra de la operación se siguen publicando. Quienes están por la operación tratan de demostrar que los quistes endometriósicos disminuyen la respuesta a la hiperestimulación y ocasionan que se requieran dosis mayores, que sea defectuosa la calidad de óvulos y embriones y que se corra el riesgo de no diagnosticar un tumor de ovario potencialmente maligno. Como sea, el manejo de los quistes endometriósicos es complicado. La primera operación por quistes endometriósicos es seguramente la más importante, porque lo que se haga o deje de hacer en esa primera operación marcará el futuro reproductivo de la paciente. El manejo no puede ser expectante ante un caso de endometriosis moderada o severa; si así se hace, se corre el riesgo de que la enfermedad recidive y de que la paciente sea operada varias veces, lo que disminuiría –con cada operación– la ya de por sí deficiente reserva ovárica.

La recanalización tubaria fue una técnica que durante mucho tiempo ayudó a muchas mujeres a recuperar la fertilidad. La técnica ha ido evolucionando; se pasó de la laparotomía a la laparoscopia y hoy se realiza mediante operación robótica, siempre con resultados que varían entre 50 y 70% de éxito. La clave está en seleccionar adecuadamente a las pacientes y un factor determinante es la edad. Cuando la operación tiene éxito, la paciente tiene más de una oportunidad de volver a embarazarse, a diferencia de lo que sucede con la fertilización *in vitro*. En México el costo de la operación es menor que el de un procedimiento de reproducción asistida, y si se realiza por laparoscopia, no se requiere un microscopio quirúrgico. A pesar de todas estas ventajas, el procedimiento desafortunadamente ya no se ofrece como primera opción de tratamiento. Su enseñanza a los residentes no es parte de los programas universitarios, por lo que cada vez menos cirujanos están capacitados para realizar dicha operación. Valdría la pena rescatar este noble procedimiento quirúrgico para incorporarlo a los programas de enseñanza de la especialidad, ahora en la modalidad de

operación de mínima invasión; después de todo, lo que se recupera es el funcionamiento del mejor laboratorio de reproducción del mundo, que es la salpinge.

Así pues, en respuesta a la pregunta ¿es la cirugía reproductiva un arte obsoleto? Responderíamos categóricamente que no. No podemos dejar de reconocer los avances logrados en reproducción asistida, pero tampoco podemos pensar que la operación reproductiva es un arte muerto y que la reproducción asistida y la operación son las contrincantes de una batalla; por el contrario, son disciplinas que se complementan y que juntas ayudan a resolver el fascinante reto de la infertilidad humana.

Dr. Julio Francisco de la Jara Díaz

REFERENCIA

1. Copperman AB, DeCherney AH. Turn, turn, turn. *Fertil Steril* 2006;85(1):12-13.