

# Fistulotomía primaria en absceso anorrectal no drenado

Dr. José L. Pérez Aguirre<sup>1</sup>, Dr. José C. Ortiz Bojórquez<sup>1y4</sup>, Dr. Fred Morgan Ortiz<sup>2</sup>, MSP.  
Blanca I. Esquivel Leyva<sup>3y4</sup>, Dr. Constantino Cuetos Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía de la Coordinación Universitaria del Hospital de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

<sup>2</sup>Maestría en Ciencia Médicas Universidad Autónoma de Sinaloa.

<sup>3</sup>Departamento de Enseñanza e Investigación Coordinación Universitaria del Hospital Civil.

<sup>4</sup>Doctorandos en Gestión Educativa Instituto de Investigación e Innovación del Noroeste

E. mail: ortizbojorquez@yahoo.com.mx

## RESUMEN

**Objetivo:** Comunicar nuestra experiencia respecto a la técnica de fistulotomía primaria en pacientes con absceso anorrectal no drenado.

**Sede:** Hospital de segundo nivel de atención, Hospital Civil de Culiacán.

**Diseño:** Estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 24 pacientes, en quienes se realizó fistulotomía durante el periodo comprendido de enero de 2002 a septiembre de 2003. Fueron admitidos todos los pacientes que asistieron a la consulta de coloproctología y al servicio de urgencias en el lapso señalado, con el diagnóstico de absceso anorrectal no drenado, la técnica quirúrgica utilizada fue fistulotomía primaria convencional.

**Se analizaron las siguientes Variables:** Edad, género, estado civil, ocupación, toxicomanías, tiempo de evolución, sintomatología, padecimientos concomitantes, clasificación del absceso, tiempo operatorio, tiempo de hospitalización, complicaciones y desarrollo de fístula a los 7, 30, 90 y 180 días de evolución, se valoraron las características de la herida, porcentaje de cicatrización, y presencia o ausencia de fístula.

**Resultados:** Se operaron 20 hombres y 4 mujeres, con edad de 16 a 78 años, promedio de 39. El estado civil de los pacientes 16 casado 8 solteros, alcoholismo negativo en 17 y positivo en 7, tabaquismo positivo en 10 y negativo en 14, el tiempo de evolución de los síntomas con una media de 7 días con un rango de 2 a 15 días, los síntomas más comunes fueron: dolor en 24, fiebre en 13 y secreción purulenta espontánea en 7 pacientes, Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron: diabetes mellitus e hipertensión arterial en 2 pacientes para cada una. La clasificación anatómica de los abscesos fue: peri anal 13, isquirorectal 10 y submucoso 1, no se presentaron complicaciones, El tiempo operatorio promedio fue de 35 minutos, los días de estancia intrahospitalaria en promedio 2.6 días, con un rango de 1 a 5 días, en todos los pacientes se identificó la cripta, al finalizar el estudio solo 4 pacientes desarrollaron fístulas recto perianales (16.7%), sin mortalidad perioperatoria.

**Conclusión:** En este estudio los resultados obtenidos con la técnica de fistulotomía primaria, resultaron eficaces, con baja morbilidad, mínimo porcentaje de desarrollo de fístula recto perianal y mínimo de complicaciones a 6 meses.

**Palabras Clave:** absceso perianal, Fistulotomía, Fístula recto perineal.

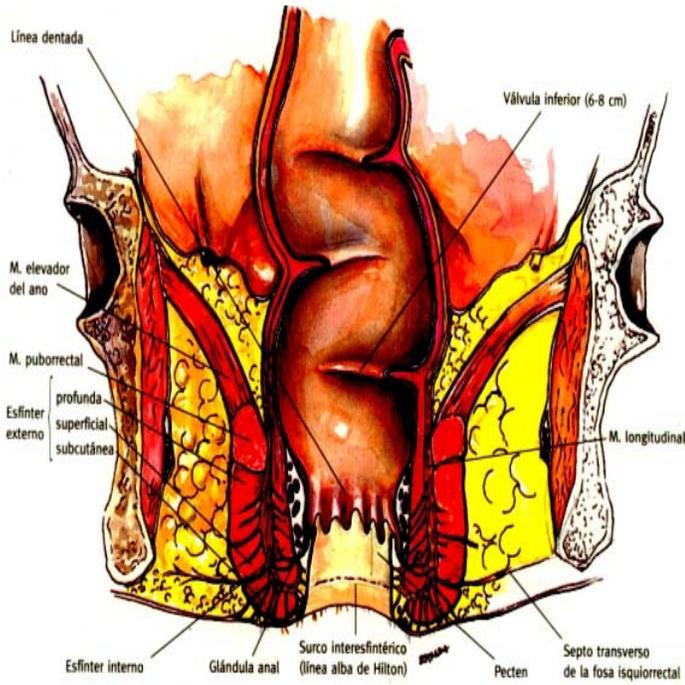
## INTRODUCCIÓN

Los abscesos ano rectales, se definen como una acumulación de pus en los tejidos orgánicos internos o externos; dentro de la patología ano rectal, los abscesos constituyen un trastorno frecuente, abscesos y fístulas se considera dos formas de una misma entidad en la que los primeros representan la fase aguda y los segundos la fase crónica <sup>(1)</sup>.

La generación de abscesos obedece a causas específicas e inespecíficas. Estas últimas son más frecuentes y

se asientan en cualquier cripta anal <sup>(2)</sup>; Chiari en 1878; descubrió por primera vez los conductos y glándulas anales, que según el, vaciaban su contenido a nivel de la unión muco cutánea en el canal anal. <sup>(3)</sup>; los abscesos se deben a una oclusión del conducto excretor de la glándula por materia fecal o inflamación, la proliferación bacteriana subsiguiente forma una colección purulenta en el espacio interesfinterico que puede drenar hacia los distintos espacios pararectales y anales <sup>(2)</sup>; el trastorno se presenta con mayor frecuencia entre el tercero y el quinto decenio de la vida, afecta a ambos sexos, pero la incidencia es mayor en hombres que en mujeres en proporción de 2:1 <sup>(1-4)</sup>

**Esquematación anatómica de la región ano rectal**



Los abscesos anorrectales primarios de origen criptoglandular o inespecíficos, ocupan el 90% de esta patología, se produce una infección de las criptas, por lo general por microorganismos entéricos, la cual desencadena el fenómeno de absceso-fistula. También se distingue la infección de la piel peri anal, en esta variante en lugar de microorganismos entéricos se recuperan agentes frecuentes en infecciones cutáneas (staphylococcus s.p.), que derivan de la infección de las estructuras cutáneas próximas al ano. (1,2).

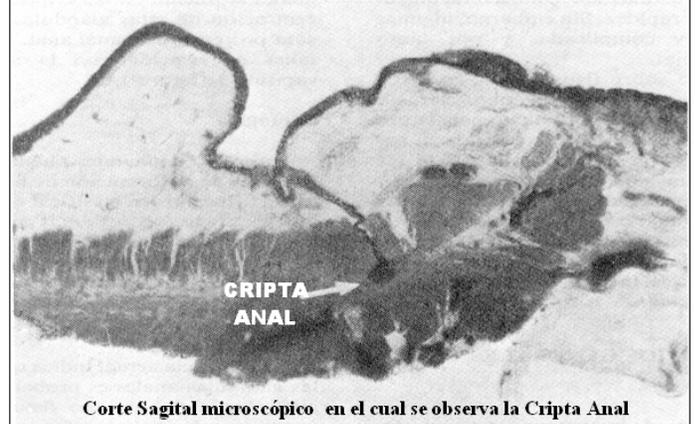
**Identificación macroscópica de la cripta anal**



Los abscesos secundarios o específicos y la Enfermedad de Crohn, son las causas mas frecuentes en Estados Unidos e Inglaterra, entre otras entidades se tienen a la colitis ulcerativa crónica inespecífica, así como gran variedad

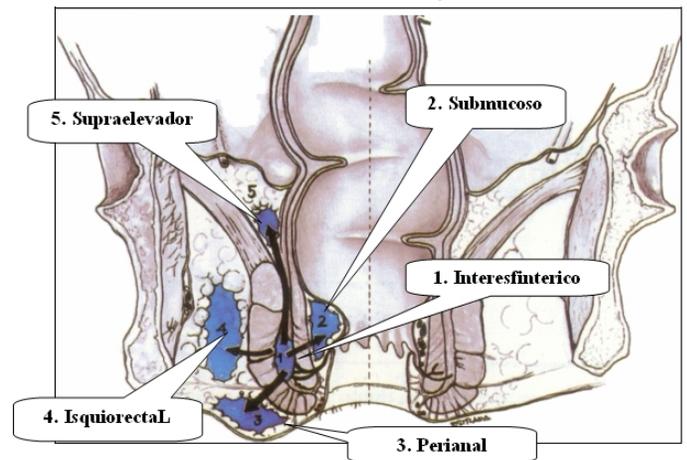
de padecimientos causan septicemia ano rectal como la tuberculosis, actinomicosis, infecciones en pacientes con SIDA, linfogranuloma venéreo, traumatismos (empalamiento), enemas, cirugía prostática, episiotomía, hemorroidectomía, afecciones locales como enteropatía inflamatoria, cáncer rectal ó anal, inflamación pélvica, radiaciones, enfermedades sistémicas como: leucemias, linfomas, pancitopenia, etc., del 20 al 30% de los pacientes presentan diabetes como enfermedad crónica intercurrente. (1,2,4).

**Corte Sagital microscópico en el cual se observa la Cripta Anal**



La vía mas común de diseminación es desde el canal anal medio hacia abajo en el plano interesfinterico, hasta el margen anal, la infección puede superar el obstáculo de los músculos interesfintericos externos, penetrando así a la fosa isquiorrectal, se puede propagar hacia arriba, siendo en la pared rectal o extendiéndose mas allá del recto, el pus se puede espaciar en forma circular alrededor del ano, utilizando el espacio isquiorrectal (mas frecuente), esta extensión en curva se conoce como herradura. (3,4).

**Clasificación de abscesos perianales**



En el cuadro clínico el dato clave es el dolor, de moderado a muy intenso, pulsátil y continuo de lenta instauración, con una duración de horas a días, que aumenta

con la maniobra de Valsalva, y disminuye en forma importante con el drenaje, en los interesfintericos el dolor aumenta con la defecación y con el intento de exploración, en los isquiorrectales hay dolor glúteo, más localizado e irradiado hacia el abdomen en los supraelevadores y dolor para anal en los submucosos y perianales<sup>(2,3)</sup>

El diagnóstico es predominantemente clínico en casi todos los casos, ante la sospecha de una causa específica, como enteropatía inflamatoria, se recomienda rectosigmoidoscopia, tomografía computarizada, ultrasonografía endoanal. Además del dolor se puede presentar fiebre y una zona fluctuante, cuando se disemina hacia la piel hay eritema e inflamación<sup>(1,5)</sup>; el diagnóstico diferencial se hace principalmente descartando absceso de glándula de Bartholin, quiste sebáceo, hidradenitis supurativa, tuberculosis, actinomicosis, osteomielitis de la pelvis ósea, fisura, fístula uretroperineal, quiste pilonidal y hemorroides trombosadas<sup>(1,3)</sup>

El tratamiento primario de la supuración ano rectal es la cirugía, existe controversia en cuanto al procedimiento quirúrgico, en casi todos los casos, se acepta realizar una incisión en la zona de fluctuación lo mas cercana posible al ano, en una incisión en cruz o destechamiento de la piel, con desbridamiento cuidadoso para no producir trayectos yatrogenos.<sup>(5,6)</sup>; en México se realiza en quirófano bajo bloqueo regional, no se acepta hacer cierre primario de la herida, ni cobertura con antibióticos, solo en casos como diabéticos, cardiopatas ( prótesis), o con afecciones muy extensas de tejidos blandos.<sup>(7,8)</sup>

La fistulotomía primaria es controvertida, los inconvenientes son que cerca del 33% puede observarse orificio interno, puede ocasionar trayectos falsos y presentarse grados variables de incontinencia. Algunos estudios muestran las ventajas de la fistulotomía primaria en razón de la disminución de formación de fístula que va del 0 al 3%<sup>(11)</sup>, contra un 40-60% con solo drenaje.<sup>(9,10)</sup>

La complicación que ocurre en casi el 25% de los pacientes, sobre todo los diabéticos o con factores de predisposición, es la gangrena de Fournier.<sup>(11,12)</sup>

Con base en estos antecedentes controversiales existentes en la literatura sobre el manejo del absceso ano-rectal con fistulotomía primaria se realizó una revisión de una serie de casos intervenidos con esta técnica con el propósito de describir las características generales de los pacientes así como de evaluar la tasa de curación y la incidencia en la formación de fistulas.

## PACIENTES Y METODOS

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 14 años, con diagnóstico de absceso anorrectal no drenado que asistieron a la consulta externa del servicio de coloproctología

y al servicio de urgencias del Hospital civil de Culiacán, en el periodo comprendido del 1<sup>er</sup> de Enero de 2002 a Septiembre de 2003, los pacientes fueron admitidos en quirófano para su procedimiento con 8 horas de ayuno y con exámenes preoperatorios (BH, TP, TPT, plaquetas), en pacientes mayores de 40 años con valoración cardiológica además de telerradiografía de tórax y electrocardiograma, utilizando el procedimiento anestésico que el cirujano y el anestesiólogo consideraron conveniente en cada caso en particular, el uso sistemático de antibióticos no fue necesario.

La técnica quirúrgica fue la siguiente: paciente en posición prona, realización de asepsia y antisepsia, se explora conducto anorrectal se localiza cripta lesionada (salida material purulento), se realiza criptectomia, se cierra mucosa con crómico 2-0, se destecha cavidad del absceso de manera ascendente con retiro de material necrótico, disección sin corte del esfínter anal, haciendo lavado exhaustivo con yodopovidona y agua de irrigación.

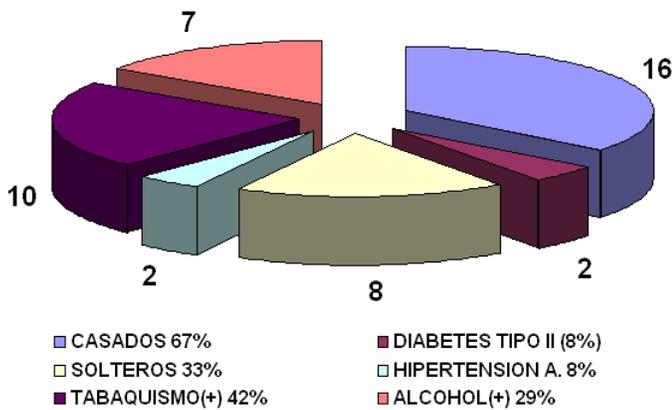
Las variables analizadas fueron género, edad, estado civil, ocupación, toxicomanías, sintomatología, tiempo de evolución, padecimientos concomitantes, localización del absceso, clasificación del absceso, tiempo operatorio, tiempo de hospitalización y complicaciones. El seguimiento de los pacientes fue a los 7, 30, 90 y 180 días para evaluar a la semana el tipo de secreción y las características de la herida quirúrgica, evaluación al mes de evolución para identificar la fase de cicatrización sin secreción o con secreción de la herida quirúrgica, valoración a los 3 meses para determinar el porcentaje de cicatrización de la herida, y seguimiento a los 6 meses para confirmar la presencia o ausencia de fístula. Se realizó un análisis para evaluar si el tiempo de evolución del absceso influyó en el desarrollo de fístula post-tratamiento. El análisis de los datos se efectuó utilizando estadística descriptiva con calculo de medias y proporciones. Se calculó cada medida de tendencia central intervalos de confianza del 95%. El análisis se efectuó con el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04.

## RESULTADOS

Se realizaron 24 fistulotomías primarias en 24 pacientes, de ellos, fueron masculinos 83% (20) y femeninos 16.7% (4) relación hombre/mujer 5 a 1, con edad de 15 a 78 años, media de edad de 39.25 años (DE: 15.52).

El estado civil de los pacientes fue del 66.7% casados y Solteros 33.3%. En cuanto a las toxicomanías 29.2% con alcoholismo positivo 41.7% con tabaquismo positivo, Las patologías agregadas que se encontraron fueron: dos pacientes con diabetes mellitas y dos con hipertensión arterial sistémica (Fig. 1). La ocupación de los pacientes fue: ama de casa 12.5%, desempleado 12.5%, empleados 58.33%, comerciante 16.7%.

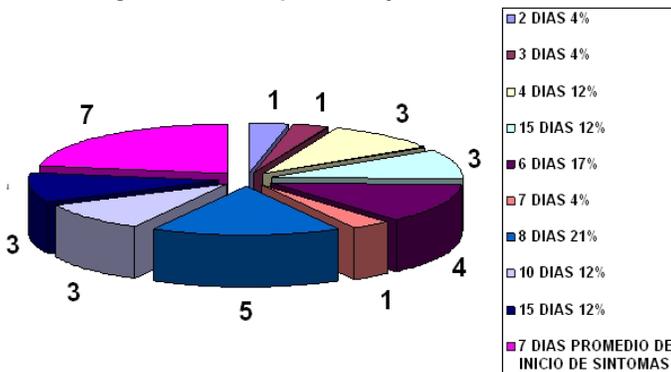
Fig. 1. Edo civil, Co-morbilidad y toxicomanías



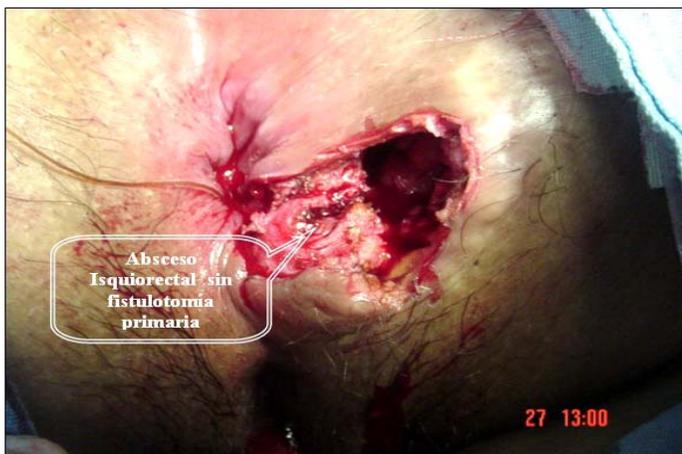
El tiempo de evolución de los pacientes con una moda de 8 días, con un rango de 2 a 15 días. La media en días fue de 7.41 días con una (DE 3.63)  $P < 0.05$ . (Fig. 2)

Los síntomas predominantes fueron, el 100% de los pacientes presentaron dolor en el margen anal, 54.2% (13) con aumento de la temperatura mayor de 38 °C, y 29.2% (7) con secreción purulenta espontánea por el orificio interno.

Fig. 2 Número de pacientes y días de evolución



En el 54.2% (13) de los pacientes la localización del absceso fue perianal, 41.7% (10) isquirectal y 4.2% (1) fue submucoso. En el 100% de los pacientes se identificó la cripta afectada, no se presentaron complicaciones transoperatorias durante el estudio.



En cuanto al estancia intrahospitalaria promedio para la recuperación de los pacientes fue en promedio de 2.62 días con una (DE 1.05),  $p < 0.05$ . El 62.5% de los Pacientes requirió de 1 a 2 días de hospitalización, el resto de pacientes 37.5% de 3 a 5 días los motivos fueron, no aceptar su manejo como paciente ambulatorio o por situaciones administrativas.

La evolución a los 7 días fue del 37.5% con secreción serosa escasa, el 29.2% con secreción serohemática escasa, el 25.0% con secreción purulenta escasa, y el 8.2% con herida limpia.

A los 30 días de evolución el 58.3% en fase de cicatrización sin secreción, el 41.7% en fase de cicatrización con secreción,

A los 90 días de evolución el 62.5% con cicatrización del 100%, el 29.2% con cicatrización de 90%, sumando el 91.8% de los pacientes en fase de cicatrización con mas de 90%, solamente el 8.2% a los 3 meses de evolución tenían una cicatrización del 60%.

A los seis meses de evolución el 82.3% de los pacientes con ausencia de fístula perianal considerados curados al 100%, y el 16.7% con desarrollo de fístula rectoperianal.

Se analizaron por separado las variables de género, estado civil, toxicomanías, co-morbilidad, localización del absceso y el tiempo de evolución desde el inicio del padecimiento hasta el término de éste estudio formando dos grupos: Grupo I pacientes que desarrollaron fístula y pacientes con ausencia de fístulas considerados 100% curados Grupo II. Encontrando los siguientes resultados: El 16.7% desarrollaron fístula, todos del sexo masculino y 82.3% con ausencia de fístula.

El estado civil de los pacientes que desarrollaron fístula eran casados y del sexo masculino. En lo que respecta a las toxicomanías, 2 pacientes del grupo que desarrolló fístula y 2 pacientes del grupo que no desarrolló fístula tenían tabaquismo positivo, Los cuatro pacientes del grupo I tenían alcoholismo positivo.

Los 16.7% de los pacientes que desarrollaron fístula (grupo I) no tenían co-morbilidad, la localización del absceso fue isquiorrectal, y los días de evolución de todos los pacientes que desarrollaron fístula fue mas de 8 días. (Cuadro 1)

Cuadro 1		
Características de los pacientes con y sin fístula a los 6 meses de seguimiento		
VARIABLE	CON FÍSTULA (n=4)	SIN FÍSTULA (n=20)
<b>GENERO</b>		
Masculino	4 (100%)	16 (80.0%)
Femenino	0 (0%)	4 (20.0%)
<b>EDO CIVIL</b>		
Soltero	0 (0%)	8 (40.0%)
Casado	4 (100%)	12 (60.0%)
<b>TOXICOMANIAS</b>		
Tabaquismo +	2 (50%)	5 (25%)
Tabaquismo -	2 (50%)	15 (75%)
Alcoholismo +	4 (100%)	10 (50%)
Alcoholismo -	0 (0%)	10 (50%)
<b>COMORBILIDAD</b>		
Diabetes M. +	0 (0%)	2 (10%)
Diabetes M. -	4 (100%)	18 (90%)
Hipertensión A. +	0 (0%)	2 (10%)
Hipertensión A. -	4 (100%)	18 (90%)
<b>LOCALIZACION</b>		
Perianal	0 (0%)	13 (65%)
Isquiorrectal	4 (100%)	6 (30%)
Submucoso	0 (0%)	1 (5%)
<b>EVOLUCION</b>		
2 a 4 días	0 (0%)	5 (25%)
5 a 7 días	0 (0%)	8 (40%)
8 a 15 días	4 (100%)	7 (35%)

## DISCUSION

Los resultados obtenidos con esta técnica demostraron la eficacia de este procedimiento, ya que puede ser aplicada en todos los pacientes con absceso del margen anal de localización perianal, e isquiorrectal, con este procedimiento se disminuye el índice de desarrollo de fístula perianal, y lo mas importante es la reducción del numero de pacientes que se les evita un procedimiento quirúrgico posterior, además de la mínima morbilidad y de complicaciones del procedimiento, con la consecuente reintegración del pacientes a sus actividades cotidianas en un periodo mas corto de tiempo (1,7).

En el presente estudio encontramos que el 62,5% de los pacientes estaban entre la tercera y quinta década de la vida, y la frecuencia la encontramos mayor en hombre que en mujeres, tal y como lo reporta Takeshi (1) así mismo, en todos los pacientes se identificó la cripta, teniendo el conocimiento de que el 90% de esta patología tiene su origen en la infección criptoglandular (1,2). El cuadro clínico de los pacientes el dolor fue el síntoma universal al estar presente en el 100% de los pacientes (2,3).

El tratamiento primario de la supuración anorrectal es la cirugía, existe controversia en cuanto al procedimiento quirúrgico, en casi todos los casos, se acepta realizar una incisión

en la zona de fluctuación lo mas cercana posible al ano, en una incisión en cruz o destechamiento de la piel, con desbridamiento cuidadoso para no producir trayectos yatrogenos (5,6). Al abandonar la técnica del drenaje del absceso, hemos observado que el paciente tiene una recuperación similar a la realización de una fistulotomía primaria,

La fistulotomía primaria es controvertida, los inconvenientes es que cerca del 33% puede observarse orificio interno (10,11); en este estudio se identificó el orificio interno y la cripta en todos los pacientes, esto nos evitó ocasionar trayectos falsos.

Algunos estudios muestran las ventajas de la fistulotomía primaria debido a la disminución de formación de fístula que va del 0 al 3% (7), contra un 40-60% con solo drenaje (1, 5,6, 9,10,12) en este trabajo encontramos que la formación de fístula solo se presento en el 16.7% de los pacientes, señalando que todos los pacientes que desarrollaron fístula fueron del sexo masculino, alcoholismo positivo y la localización del absceso era isquiorrectal.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos con la técnica de fistulotomía primaria en este estudio, mostraron una baja morbilidad, menor porcentaje de desarrollo de fístula, mínimas complicaciones a corto plazo y máximo beneficio ya que se evita un procedimiento quirúrgico posterior.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Takeshi T. Colon, Recto y Ano: México ETM 2003: 309 – 13.
2. López-Rios F. Enfermedades Anorrectales: diagnostico y tratamiento. Madrid: Harcourt Brace, 1999: 169-72
3. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Fundamentos de cirugía anorrectal. México: Editorial Limusa, 1992: 139-49
4. Duhamel J. Proctología. Barcelona: Salvat Editores, 1974: 85-93
5. Beck DE, Welling DR Cuidados del Paciente en Cirugía colorrectal, Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1993: 285-93
6. Todd IP. Cirugía Operatoria: técnicas fundamentales internacionales. Tercera edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1987: 341-43
7. Ho, Yik – Hong (Ed); Tan, Margaret R.N.; Chui, Chan – Hong Department of colorectal Surgery General Hospital Singapore 1997 40 (12) 1435 – 38.
8. Tang, choong- Leong. Chew, Soo – Ping, Seow – Choen; Trial Drainage Alone Vs. Drainage and Fistulotomy for Acute Perianal Abscess Diseases of the Colon – Rectum 1996: 1415 – 17.
9. Resit I. And Rasim G. Fistulotomy and drainage of deep postanal space abscess. Surgery, mormora University Institue, Istambul, Turkey 2003:3(1):10.
10. Moorthy, K. Rad, P.P. and Supe, A.N.; Necrotising Perineal Infection: a fatal. outcome of ischiorectal fossa abscesses Dep. Surgery, medical colege and K.E.M. Hospital Mumbai, India 2000, 281 – 84.
11. De Lorenzi D. Anorrectal Absceso and fistula; chirurgisehe Klink, Stadtsptal, Zurich. 1997: 54 (4); 197 – 201.
12. Chaudhry, V; Cintron, José R.; Abscess and Fistula; Problems in General Surgery 2001; 18 (3); 24 – 34.

## TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD

Por Doctores Marlene R. Gallardo Ríos, Gilda Monteagudo Peña, Fernando Grondona Torres, Rubén S. Padrón Durán y Ahmed Menocal

Especialistas del Instituto de Endocrinología de La Habana aplican, con éxito similar a parámetros internacionales, técnicas de reproducción asistida de baja complejidad

Se puede asistir a la reproducción con intervenciones en cualquier parte del proceso generativo de la persona, desde la estimulación hormonal de la espermatogénesis hasta el uso de las Técnicas de Reproducción Asistida que tienen por objeto hacer posible la fecundación, desarrollo preimplantacional y la implantación, cuando estos fenómenos no ocurren de forma espontánea en el organismo de la mujer. Según su complejidad podemos dividirlos en: Técnicas de Baja Complejidad como Inseminación intrauterina o intracervical y Técnicas de Alta Complejidad como Fertilización in vitro con transferencia embrionaria (FIV-ET), Inyección Intracitoplasmática del espermatozoide en el ovocito (ICSI), Transferencia embrionaria de gametos (GIFT) con o sin diagnóstico preimplantacional.

La inseminación artificial homóloga (IAH) es un método que permite a la pareja la posibilidad de tener un hijo al colocar los espermatozoides previamente preparados del esposo en la cavidad uterina de la mujer, en el caso de la intrauterina y cuando es depositado a nivel del cuello uterino, Inseminación intracervical. Las causas que justifican la indicación de IAH son variadas, el porcentaje de fecundidad a nivel mundial oscila entre un 10 y un 20% por ciclo de tratamiento, en nuestro grupo el porcentaje de efectividad se encuentra alrededor del 13%. Este proceder se puede realizar con semen de donante (Inseminación Artificial Heteróloga) y siempre debe criopreservarse para asegurar una buena calidad y teniendo en cuenta que las muestras de donantes no presenten gérmenes que puedan producir en la paciente una Infección de Transmisión Sexual, así como evitar el riesgo de transmisión de cromosopatías u otras enfermedades genéticas. La Inseminación Homóloga puede realizarse con semen fresco lavado o con semen criopreservado. Este es el proceder que utilizamos en nuestro medio, con el fin de disminuir el plasma seminal y con él los factores que pudieran inhibir la fertilización normal.

Para introducir los espermatozoides por el cuello dentro de la cavidad nos valemos de un catéter especialmente diseñado para este propósito. Si los orificios del cuello son permeables, la paciente no tendrá ningún dolor, pero por el contrario, en caso en que el orificio interno sea resistente al paso del catéter, puede producirse alguna molestia. Los espermatozoides son depositados suavemente en el fondo del útero cerca de la desembocadura de las trompas y deberán penetrar en ellas en la búsqueda del ovocito. Luego la paciente permanecerá en reposo relativo ese día y después continuará con su actividad normal. Si no se produjo embarazo la paciente podrá recomenzar con otro intento ese siguiente ciclo, o podrá descansar un mes. A fin de optimizar las posibilidades de encuentro entre los gametos, algunos autores han propuesto realizar dos inseminaciones separadas por un intervalo de 24 horas tratando de abarcar el momento ovulatorio.

Debemos tener presente algunas causas femeninas de infertilidad como el factor cervical, o sea una prueba de incompatibilidad de moco-semen, alteraciones inmunológicas, coitales, la endometriosis y algunas malformaciones congénitas del tracto genital.

En la infertilidad es esencial antes de iniciar un tratamiento realizar una evaluación diagnóstica adecuada que permita determinar la causa que origina el trastorno y de este modo aplicar una conducta terapéutica específica, y la valoración de varios factores, entre ellos el estrés psíquico y físico.

Para la indicación de estas técnicas es necesario tener una integridad anatómica y funcional de las trompas y una correcta ovulación, en el caso de la mujer.

En las pacientes en las que se realizó una adecuada selección previa, aproximadamente el 80% consigue ovular. Existe discrepancia entre las tasas de ovulación y de embarazo ya que esto depende de las causas propias de la infertilidad sobre todo en infertilidad de causa no demostrada y en las mixtas. En relación con la incidencia de abortos espontáneos, no se han demostrado diferencias significativas en comparación con los observados en mujeres con ciclos normales.

En el hombre la indicación de este proceder se hace en aquellos casos en que exista una cantidad moderada o ligera de espermatozoides, pero es preferible que exista un conteo y movilidad normal de los mismos. También cuando existe algún factor inmunológico, eyaculación retrógrada o disfunción sexual, teniendo en cuenta que a la hora de la recuperación se debe obtener una cantidad mayor a cinco millones de espermatozoides móviles, traslativos rápidos, de los cuales solo uno de ellos logrará la posibilidad de fecundar el ovocito, a no ser que sean fecundados dos ovocitos por sendos espermatozoides, en los casos con hiperestimulación ovárica.

Los factores mixtos y la Esterilidad de causa no explicada pueden ser indicaciones de esta técnica. Se debe evaluar la edad de la paciente y el tiempo de infertilidad.

De hecho es necesario que la pareja conozca previamente cómo será el proceder con un consentimiento informado previo desde el punto de vista ético antes de comenzar la estimulación y el procedimiento. No deben de realizarse más de seis ciclos de inseminación, aunque esto dependerá de cada pareja y a criterio del personal médico. En algunos estudios se ha demostrado que al cabo de seis ciclos de tratamiento el porcentaje de pacientes que consigue un embarazo alcanza aproximadamente un 50%. Parece existir consenso en que la mayor probabilidad de lograr embarazos cuando se realiza IAH es en los primeros ciclos de tratamiento; y es poco probable que se obtengan mejores resultados después del sexto ciclo de tratamiento. El lavado y el uso de catéter es un requisito obligado en las inseminaciones intrauterinas.

Las causas que con mayor frecuencia motivaron la indicación de IAH en ambos grupos fueron las alteraciones en la calidad del semen, interacción moco-semen anormal y la infertilidad de causa no demostrada. Con relación a estudios realizados por otros autores, encontraron mejores resultados en los casos que presentaban un factor cervical, por lo cual se infiere de sus estudios que el principal beneficio de la técnica radica en el by-pass del factor cervical independientemente de la aplicación o no de la estimulación ovárica concomitante.

En caso de que existan otras causas de infertilidad que no se resuelvan por la técnica de inseminación, como la obstrucción tubárica bilateral o trompas uterinas incapacitadas para cumplir las funciones de captación y transporte ovocitario, baja calidad y/o cantidad del semen, así como factores inmunológicos asociados al gameto masculino, endometriosis severa y en la propia esterilidad sin causa aparente cuando otras terapéuticas menos complejas han sido ineficaces, o cuando la edad de la mujer no permite el uso del tiempo como variable efectiva en el logro de una gestación, ya hay que acudir a otras técnicas de Reproducción Asistida de mayor complejidad como es la FIV-ET y el ICSI, con o sin diagnóstico preimplantacional, que lleva una previa hiperestimulación ovárica, monitoreo ecográfico, aspiración folicular y proceder de fertilización en el laboratorio para luego transferirlo con el objetivo final de lograr un embarazo normal.

Fuente: <http://www.prensa-latina.cu/article.asp?ID={6ABF40F1-2DEE-49D2-8E51-8B7976A0DCC5}&language=ES>