AINDA HÁ LUGAR PARA A RECANALIZAÇÃO TUBÁRIA?

Casuística da Unidade de Medicina de Reprodução (UMR) da Maternidade Dr Alfredo da Costa (MAC) dos anos 1995 a 2002

LEONOR SANTOS*, LILIA REMESSO*, LUIZA PARGANA*, ANTÓNIO NEVES**, MARIA JOSÉ CARVALHO**
DIRECTOR DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA: DR PEDRO SÁ E MELO

RESUMO
A laqueação tubária bilateral (LTB) é um dos métodos de contracepção mais solicitados, sendo considerado definitivo. Contudo em cerca 3-5% de todas as mulheres que realizaram LTB vêm posteriormente a desejar uma nova gravidez. O objectivo deste trabalho foi avaliar os resultados obtidos após recanalização tubária realizadas na UMR da MAC e fazer uma breve revisão das condutas seguidas actualmente na abordagem desta situação.

Materiais e métodos: Foram avaliadas 15 cirurgias para recanalização tubária por laparotomia no período de Janeiro de 1995 a Março de 2002. A idade média das mulheres à data da recanalização tubária foi de 35,3 anos. Em 3 casos observou-se a presença de 1 ou mais factores de infertilidade associados. Todos os casos foram submetidos a uma avaliação pré-operatória criteriosa.

Resultados: Tendo em consideração apenas a 1ªgravidez conseguida verificou-se uma taxa de 62,5% de gravidez intra-uterina (GIU). De acordo com o método de LTB utilizado a probabilidade de ocorrer gravidez mostrou-se diferente sendo maior quando esta foi realizada com anéis de Yoon (1/1) e Pomeroy (6/6) versus nenhum caso de gravidez quando electrocaulação (0/3). Registaram-se 66.7% GIU nas anastomoses istmo-istmicas vs 50% nas anastomoses istmo-ampolar. A HSG pós-operatória revelou-se um método preditivo da ocorrência de uma gravidez quando dentro dos parâmetros considerados normais.

Conclusão: O método de LTB sempre que possível deve ser realizado na zona istmica e nos casos com a menor destruição possível de trompa. A recanalização tubária e fertilização in vitro (FIV) devem ser considerados procedimentos complementares, sendo a adequada selecção das pacientes crucial para a escolha da melhor abordagem terapêutica.

Palavras chave: Laqueação tubária (LTB), recanalização tubária, gravidez intra-uterina (GIU), gravidez extra-uterina (GEU)

SUMMARY
Tubal sterilization is a frequent method of birth control and should be considered as a permanent method of contraception. However, a few women, 3-5%, who were submitted to tubal sterilization wish a new pregnancy later. The purpose of this article is to analyse the results of tubal sterilization reversals performed in the UMR of MAC and to revisit the practices used nowadays in this field.

Materials and methods: We have analysed 15 cases of sterilization reversal by laparotomy between January 1995 and March 2002. The mean age of patients when sterilization reversals took place was 35.3 years. In 3 cases, one or more associated fertility reducing factors were found. All patients were subject to a very strict presurgical evaluation.

Results: Considering only the first pregnancy, an intrauterine pregnancy rate of 62.5% was achieved. The type of sterilization may affect pregnancy rates in reversal of tubal ligation, higher rates are more likely when using reversal

*Internato Complementar de Ginecologia / Obstetricia MAC
**Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia / Obstetricia
of sterilization by Falope rings (1/1) and Pomeroy (6/6) than by cautery (0/3). The intrauterine pregnancy rate was 66.7% with isthmic-isthmic anastomosis and 50% with isthmic-ampullary. The postoperative hysterosalpingogram proved to be a good indicator of a future pregnancy when this is normal.

**Conclusion:** The tubal sterilization, whenever possible, should be realized in isthmic region and in the situations with minor tubal lesion. We think that IVF and tubal surgery must be considered to be complementary rather than competitive procedures. Adequate selection of patients is crucial to find the best therapeutic approach.

**Keywords:** Tubal sterilization; sterilization reversal; intrauterine pregnancy; extrauterine pregnancy

---

**INTRODUÇÃO**

Para muitas mulheres a LTB¹ como método de contracepção é uma opção baseada não apenas no fato de ser um procedimento cirúrgico simples, eficaz, mas também como alternativa às potenciais complicações e contraindicações de outros métodos (anticonceptivos orais, dispositivo intra-uterino) ou contraindicações para uma gravidez posterior.

É dos métodos de contracepção mais solicitados, sendo considerado definitivo. Contudo cerca de 3-5%² de todas as mulheres que realizaram LTB desejam posteriormente uma nova gravidez. Estão associados a esta decisão factores como³: idade jovem na altura da LTB, realização LTB durante uma cesariana ou logo após o parto, novo relacionamento, a morte de um filho, o desejo de ter mais um filho.

O objetivo deste trabalho foi avaliar os resultados obtidos após recanalização tubária, realizadas na UMR da MAC, no período de Janeiro de 1995 a Março de 2002 e fazer uma breve revisão para avaliar da sua indicação face às novas alternativas reprodutivas.

Com o desenvolvimento da técnica microcirúrgica inicialmente por laparotomia, depois, nalguns centros, por laparoscopía e mais recentemente robótica e noutra vertente a FIV, várias possibilidades surgiram para a abordagem desta situação.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

Foram realizadas 15 cirurgias para recanalização tubária por laparotomia no período de Janeiro de 1995 a Março de 2002 na UMR da MAC.


A paridade média era de 3 filhos [1-5].

O intervalo médio de tempo que separou a LTB da recanalização foi de 7.5 anos [4-14].

Os motivos que levaram ao pedido de recanalização tubária foram: outro relacionamento 11 (73.3 %), morte de um filho 3 (20 %), desejo de ter outro filho 1 (6.7 %).

Todos os casos foram submetidos a uma avaliação pré-operatória criteriosa que constiu em:

- História clínica
- Exame objectivo
- Hemograma, Bióquimica, Marcadores Virais, VDRL e no caso da mulher IgM e IgG para a rubéola e toxoplasmosse.
- Avaliação hormonal ( no 3º dia ciclo FSH,LH, Estradiol, PRL; Curva de Temperatura Basal)
- Avaliação do factor masculino (Espermograma)
- Avaliação do factor mecânico ( Ecografia Pélvica, histerosalpingografia (HSG), Laparoscopía Diagnóstica)
- Avaliação do protocolo cirúrgico da LTB e sua indicação

Consideraram-se condições para recanalização tubária os seguintes requisitos:

- Ausência de factror hormonal ou corregível
- Espermograma dentro dos parâmetros considerados normais (OMS)
- HSG com cavidade uterina normal e segmento tubário proximal com 2 cm
- Laparoscopía Diagnóstica que demonstrasse trompas com comprimento 4 cm com frimbrías aparentemente sem lesões, pelo menos num dos lados.
- Avaliação favorável sobre o grau de motivação e estabilidade do casal por parte do Psicólogo

As LTB foram realizadas por vários métodos, por equipas e em locais distintos (por laparotomia pela técnica de Pomeroy ou laparoscopía por electrocoagulação e corte ou anéis de Yoon) (Quadro I).
No total das 15 LTB, 9 (60 %) foram realizadas efectivamente e 6 (40 %) durante uma cesariana.

As recanalizações tubárias foram realizadas com técnica microcirúrgica por laparotomia e por dois cirurgiões.

Antes do acto cirúrgico todas as mulheres assinaram a folha de consentimento informado.

A duração média de cada cirurgia foi de 3 h [2.30-4.10m].

O tipo de anastomose realizada foi classificada em quatro categorias: unilateral ou bilateral istmo-istmica, unilateral ou bilateral istmo-ampolar, istmo-istmica e istmo-ampolar, bilateral istmo-amporal.

Registaram-se 11 casos de anastomose bilateral e 4 de anastomose unilateral.

Foi efectuada HSG de controle para avaliação da permeabilidade tubária 6.1 meses[2-16] após a recanalização (excepto nos casos em que se verificou gravidez antes deste período de tempo). Considerou-se a HSG normal quando existia:

- permeabilidade tubária sem alterações da zona de anastomose
- ausência de suspeita de factor peritoneal

![QUADRO I](Método de LTB e local de anastomose)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Local anastomose</th>
<th>Método LTB</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Pomeroy</td>
</tr>
<tr>
<td>Istmo-istmica</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Istmo-ampolar</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Istmo-istmica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e istmo-ampolar</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Istmo-cornual</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: n corresponde ao número de pacientes

Em 3 casos observou-se a presença de um ou mais factores de infertilidade associados.

2 casos com patologia isolada:

- Fibromioma subseroso 1
- Endometriose grau I 1

1 caso com múltiplos factores:

- Factor masculino + fibromioma subseroso 1

O tempo de "follow-up" foi igual ou superior a um ano.

Duas mulheres abandonaram o seguimento após a recanalização tubária e uma após HSG controle. As causas para esta atitude permaneceram desconhecidas.

Na análise dos resultados considerou-se sucesso cirúrgico a existência de gravidez intra-uterina que foi definida como a presença de um saco gestacional na cavidade uterina na avaliação ecográfica.

TÉCNICA OPERATÓRIA3,4

A técnica microcirúrgica para recanalização tubária compreende duas fases: preparação dos segmentos da trompa sem lesão e anastomose. Para isto são utilizados os princípios básicos de microcirurgia: ampliação, dissecação atraumática, hemostase meticulosa, aproximação precisa dos tecidos.

Utilizou-se um microscópio OPM1 com ampliação de 8x ou 16x. Em todos os casos em que não havia outro tipo de incisão anterior, fez-se a incisão de Pfannenstiel. É necessária uma boa exposição dos órgãos pélvicos. É importante o preenchimento do fundo do saco posterior com compressas molhadas de modo a elevar o útero e trompas. Os tecidos devem ser manuseados com cuidado, de preferência com um afastador de Teflon. Durante o decorrer da intervenção cirúrgica deve-se fazer a irrigação com Lactato de Ringer e Heparina de modo a prevenir aderências. São utilizadas suturas de Nylon 8/0 para a anastomose e 5/0 para a aproximação do mesosalpinge.

Antes do início da intervenção é introduzida na cavidade uterina através do colo, uma Foley pediátrica nº 8 ou 10 para posterior injeção de azul de metileno, para ajudar a identificar o local da oclusão. A anastomose é efectuada em 2 planos: o primeiro plano, muscular, é realizado com pontos separados às 6-3-9 e 12 horas, não devendo incluir mucosa; o plano externo, também em pontos separados, deve incluir o peritoneu e a camada muscular superficial.

Devido às características anatômicas dos diferentes segmentos da trompa, a preparação dos 2 topos a
anastomosar é diferente conforme o local em que vai ser efectuada a recanalização. Na anastomose istmo- cornual após cortes sucessivos identifica-se a porção intramural da trompa e introduz-se um fio tutor de nylon com <0.5 mm de diâmetro através da porção intramural e da porção proximal istmica e realiza-se a anastomose. A anastomose istmo-istmica é a que mais se realiza. Retira-se o tecido lesado de ambas as extremidades até se visualizar trompa viável (vasos lineares e ausência de tecido fibroso). É importante a utilização de uma grande ampliação para avaliar a extensão das lesões. É colocado um ponto de aproximação no mesosalpinge, realizando-se de seguida a anastomose. Quando a recanalização é realizada com o auxílio de tutor este deve ser retirado após conclusão da mesma. A anastomose istmo-ampolar é evitada pelo diâmetro diferente dos lúmen, o que torna mais difícil a sua execução. Introduz-se uma sonda ou condutor cco através do pavilhão até encontrar a porção encerrada da trompa; descola-se de seguida o peritoneu que recobre as extremidades tubárias; fazendo pressão com o condutor, a zona ocuída é depois seccionada. Na goteira da sonda ou no lúmen da cânula, é introduzido um tutor de nylon que irá facilitar a anastomose, e que será retirado após a sua realização.

No final da intervenção procede-se a uma lavagem abundante de toda a pelvis com Lactato de Ringer.

RESULTADOS

Das 15 mulheres submetidas a recanalização tubária 3 foram excluídas da avaliação por abandono do follow-up.

Entre as 12 mulheres que permaneceram em seguimento 11 tiveram realizado anastomose bilateral e apenas 1 unilateral.

Houve um caso com uma complicaçao no pós-operatório: infecção sutura com ressutura parede abdominal no bloco operatório.

Verificou-se que nos casos em que ocorreu gravidez o tempo médio entre a LTB e a recanalização tubária foi de 8,25 anos [4-14] e nos casos sem registo de gravidez este intervalo foi de 6 anos [4-9].

Os resultados obtidos foram analisados tendo em consideração os seguintes parâmetros: técnica LTB, local de anastomose, idade da mulher, e presença/ausência de factores de infertilidade associados.

8 mulheres (66.7%) obtiveram uma ou mais gravidezes num total de 11.

Tendo em consideração apenas a 1ª gravidez conseguida registaram-se 5 GIU e 3 gravidez extra-uterina (GEU), 1 das quais foi seguida por uma GIU e outra por uma GEU (Quadro II). Dentro das GIU registaram-se 3 casos de gravidez evolutiva (60%) e 2 casos de aborto (40%).

<table>
<thead>
<tr>
<th>QUADRO II</th>
<th>Resultados</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nº</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total de casos</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Casos sem gravidez</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Casos com gravidez</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>GIU</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>GEU</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: considerou-se apenas a 1ª gravidez registada

O intervalo de tempo médio entre a recanalização e a 1ª gravidez foi de 14 meses [3-48M].

A taxa de gravidez nas mulheres sem factores de infertilidade associados foi de 77,8% o que contrasta com apenas 33,3% nas mulheres que apresentam um ou mais destes factores (Quadro III).

<table>
<thead>
<tr>
<th>QUADRO III</th>
<th>Influência dos factores infertilidade associados</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>GIU</th>
<th>GEU</th>
<th>S/gravidez</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Evolutiva</td>
<td>Aborto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Com facts</td>
<td>(n=3)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sem facts</td>
<td>(n=9)</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Nota: considerou-se apenas a 1ª gravidez registada

De acordo com o método de LTB utilizado a probabilidade de ocorrer gravidez mostrou-se diferente sendo maior quando esta foi realizada com anéis de Yoon (1/1) e Pomeroy (6/6) versus nenhum caso de gravidez quando electrocoagulação (0/3) (Quadro IV).

Como se pode observar no quadro a localização da zona de anastomose influenciou na nossa série os resultados obtidos (Quadro V):

Registaram-se 66.7% GIU nas anastomoses istmo-istmicas vs 50% nas anastomoses istmo-ampolar.

As GEU foram precocemente identificadas, 2 terminaram em aborto espontâneo e 1 fez metotrexato, de acordo com protocolo existente no Serviço.
### QUADRO IV
Características da população estudada e resultados - resumo

<table>
<thead>
<tr>
<th>Paciente</th>
<th>Idade</th>
<th>Técnica Ltb e corte</th>
<th>Factores Infertilidade Assoc.</th>
<th>Anastomose</th>
<th>Hsg controle</th>
<th>Gravidez</th>
<th>Comentários</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>39</td>
<td>Electrocaulação e corte</td>
<td>Endometriose grau I</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. unilateral</td>
<td>Não</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>37</td>
<td>Aséis de Yoon</td>
<td>Fibromioma Subseroso</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. bilateral</td>
<td>Sim</td>
<td>C/miomec tomia G. evolutiva</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>35</td>
<td>Pomeroy</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. bilateral</td>
<td>GEU*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>35</td>
<td>Pomeroy</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. bilateral</td>
<td>Sim</td>
<td>AE e depois AE (G. anembrónica)</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>30</td>
<td>Desconhecida</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Sem permeab.</td>
<td>Não</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>35</td>
<td>Desconhecida</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. unilateral</td>
<td>GEU</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>34</td>
<td>Pomeroy</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Sem permeab.</td>
<td>Sim</td>
<td>G. evolutiva</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>34</td>
<td>Pomeroy</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. unilateral</td>
<td>Sim</td>
<td>Aborto espontâneo (AE)</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>37</td>
<td>Electrocaulação e corte</td>
<td>Fibromioma subseroso + fact.</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. unilateral</td>
<td>Não</td>
<td>C/miomec tomia</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>30</td>
<td>Pomeroy</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Não fez</td>
<td>Sim</td>
<td>G. evolutiva</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>39</td>
<td>Electrocaulação e corte</td>
<td>-</td>
<td>Bilateral</td>
<td>Permeab. unilateral</td>
<td>Não</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>37</td>
<td>Pomeroy</td>
<td>-</td>
<td>Unilateral</td>
<td>Não fez</td>
<td>GEU &amp;</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* seguida de GIU  
& seguida de GEU

Das 12 mulheres estudadas 10 realizaram HSG após a recanalização. Duas não efectuaram este exame pois engravidaram nos 3 meses seguintes à cirurgia. A taxa de GIU nas mulheres cuja HSG mostrou a existência de permeabilidade tubária bilateral foi de 100% (2/2), enquanto no grupo com permeabilidade tubária unilateral foi de 20% (1/5) e no grupo em que a HSG revelou permeabilidade duvidosa ou com retenção foi de 0% (0/2). Houve 1 caso de GIU em que não se detectou permeabilidade na HSG. (Quadro VI).
QUADRO VI
HSG pós operatório / resultados

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>S/gravidez</th>
<th>GIU</th>
<th>GEU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HSG N (n=2)</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HSG com permeabilidade</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>duvidosa ou com retenção (n=2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HSG com trompa única</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>permeável (n=5)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HSG sem permeabilidade</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(n=1)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Observou-se permeabilidade em 11 das 20 trompas anastomosadas do grupo de 10 mulheres que fizeram HSG.

A idade média na altura da concepção foi de 35.4 anos (30-38) e 36.4 anos nas mulheres que não engravidaram (30-40).

DISCUSSÃO

Com a introdução da microcirurgia tubária na década de 70 as mulheres sujeitas anteriormente a LTB podem solicitar recanalização tubária e subsequentemente atingir uma gravidez evolutiva até então não possível. O aparecimento das técnicas de procriação medicamente assistida colocaram em segundo plano esta cirurgia. Os autores pretendem concluir as indicações para se fazer recanalização tubária.

A fertilidade anterior não é um factor de melhor prognóstico segundo a literatura.

Na nossa casuística a taxa de GIU foi de 62.5% e 57% resultado semelhante ao encontrado por outros autores. A taxa de GEU foi 37.5% talvez devido à recanalização tubária ter sido realizada em lesões tubárias mais extensas que as previstas.

Tentou-se que em consideração que os resultados serão influenciados por factores como o tamanho da trompa restante, o local da anastomose tubária, factores de infertilidade associados, a experiência do cirurgião. Quanto maior o grau de destruição da trompa durante a LTB, menor a possibilidade de sucesso da reconstrução tubária.

A recanalização tubária registou uma excelente taxa de sucesso quando o método de LTB utilizado foi os anéis de Yoon pois neste há uma lesão tecidual menor. Nos pacientes em que houve ressecção parcial da trompa terão pior prognóstico aquando da recanalização tubária pois existe uma maior quantidade de trompa destruída. Na nossa série isto só se verificou em relação ao método com electrocoagulação (lesão mais extensa, com um menor grau de reversão) e não ao de Pomeroy. Contudo não se poderá tirar grandes conclusões pois existe uma grande discrepância no número de casos e tipo de LTB efectuados.

Quanto maior o intervalo de tempo que se verifica entre a LTB e a recanalização tubária maiores os distúrbios provocados na trompa pois ocorrem alterações na mucosa importantes (achatamento das pregas da mucosa, perda de células, polipose, atravio do epitélio).

Tal como referido por outros autores também na nossa casuística o tipo de anastomose com mais sucesso foi a istmo-istmica com 66.7% de GIU versus 50% na anastomose istmo-ampolar.

Considerando apenas a primeira gravidez verificou-se 1 caso de GEU quando se realizou anastomose istmo-istmica e 2 casos na anastomose istmo-ampolar, não se tendo verificado nenhum caso na anastomose istmo-cornual. Terá a ver com a disparidade do lúmen da trompa no caso de anastomose istmo-ampolar que não se verifica na istmo-istmica.

A idade da mulher na altura da recanalização revela-se um factor importante pois quanto mais idade tiver a mulher, menor a fertilidade (mais distúrbios ovulatorios, maior intervalo LTB/recanalização tubária, aumenta a frequência de aborto espontâneo (AE)). Também este factor se revelou importante na nossa casuística nos resultados obtidos.

Em relação aos factores de infertilidade associados pouco é abordado nos estudios disponíveis até à data, mas na nossa série revelou-se um factor negativo para a ocorrência de uma gravidez.

Na nossa casuística a HSG no pós operatório revelou-se um método preditivo da ocorrência de uma gravidez quando dentro dos parâmetros considerados normais, tendo-se verificado um caso de gravidez após HSG sem permeabilidade.

Verificaram-se algumas limitações neste estudo pois as cirurgias não foram todas realizadas pelo mesmo cirurgião e o número de casos é pequeno (com 3 abandos de follow-up). O local da anastomose assim como o tamanho da trompa no pós-operatório é
inevitavelmente determinado pelo método de esterilização efectuado.

Atendendo à taxa de GIU conseguida com a técnica de microcirurgia, a sua escolha deve atender à relação custo/benefício. Não é contudo liberta da morbilidade e as complicações como tromboembolismo, hemorragia e aumento da frequência de GEU tornam-se desvantagens da cirurgia tubária, que não se podem desprezar. A cirurgia tubária é contraindicada nas mulheres com patologia tubária irreparável e tuberculose genital.

Por outro lado a FIV é uma técnica realizada em ambulatorio. O risco de síndrome de hiperestimulação do ovário, gravidez múltipla, a necessidade de análises frequentes e a existência de condições laboratoriais, a baixa taxa de sucesso, a sobrecarga psicológica inerente a todo este processo são desvantagens da FIV. Devemos considerar que a FIV é uma técnica paleativa que não elimina o problema enquanto a cirurgia tubária é curativa quando realizada com sucesso, restituiu a capacidade reprodutiva da mulher, o que se torna uma vantagem podendo alcançar-se mais que uma gravidez após a cirurgia.

A evolução da técnica e material permitiu que a recanalização tubária fosse realizada por laparoscopia sendo a técnica de anastomose idêntica. É um procedimento recente, realizado em alguns centros, com algumas vantagens em relação à abordagem por laparotomia: via de abordagem menor, menor morbilidade, menor tempo de convalescência após a cirurgia, alta em no próprio dia, melhor qualidade de vida, menor custo. Mais recentemente a opção de realização de recanalização tubária por tecnologia com robótica parece ser segura e tem o potencial de tornar a microcirurgia mais fácil. É uma cirurgia muito menos invasiva, com vantagem de facilitar o procedimento de microsutura por laparoscopia. Abre ainda a possibilidade da telecirurgia com o cirurgião e paciente a Km de distância respectivamente.

Pensamos que em casos bem selecionados ainda há lugar para uma proposta para recanalização tubária, pela boa probabilidade de sucesso e pela grande compensação que a mulher sente ao recuperar a sua capacidade fértil.

CONCLUSÕES

- Quando uma mulher considera a possibilidade de se submeter à LTG deve receber aconselhamento de modo a poder dar consentimento informado potenciando a segurança da decisão e evitando eventual arrependimento posterior.
- A LTG, sempre que possível, deve ser realizada na zona istmica e com um método que destrua a menor porção possível de trompa, sobretudo nas mulheres muito jovens.
- A técnica de microcirurgia revelou-se de grande interesse para o sucesso da cirurgia tubária.
- A recanalização tubária por laparoscopia, já efectuada nalguns centros, é uma boa alternativa à abordagem por laparotomia nas mulheres que desejam recanalização tubária. Deve ser considerado o procedimento de efeição para o cirurgião com larga experiência na realização de anastomoses tubárias por laparotomia e técnica de laparoscopia.
- A recanalização tubária e FIV devem ser considerados procedimentos complementares, sendo a adequada selecção das pacientes crucial para a escolha da melhor abordagem terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

3. Operative Gynecology, Te Lindes, 8th edition, 1996;549-564