

MARIA DA CONCEIÇÃO FARIAS SOUTO MAIOR¹
ARIANI IMPIERI DE SOUZA²
MELÂNIA MARIA RAMOS DE AMORIM²
EMANUELLE PESSA VALENTE¹
AURÉLIO RIBEIRO COSTA¹
ADRIANA SCAVUZZI CARNEIRO DA CUNHA¹
JOSÉ EULÁLIO CABRAL-FILHO²

Achados de laparoscopias ginecológicas realizadas em mulheres com dificuldade reprodutiva atendidas em um hospital-escola: série de casos

Findings of gynecological laparoscopies in women with reproductive problems in a teaching hospital: a case series

Artigos originais

Palavras-chave

Laparoscopia
Infertilidade feminina/terapia
Obstrução tubária

Keywords

Laparoscopy
Infertility, Female/therapy
Tubal obstruction

Resumo

OBJETIVO: descrever as características das videolaparoscopias ginecológicas realizadas em pacientes com dificuldade reprodutiva atendidas em um hospital-escola no Recife, Pernambuco. **MÉTODOS:** foi realizado um estudo descritivo, de base hospitalar, do tipo série de casos. As informações foram obtidas a partir dos relatórios cirúrgicos das videolaparoscopias realizadas no Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, em Recife, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2004. O critério de inclusão foi infertilidade ou estudo pré-recanalização como indicação cirúrgica. Para análise, utilizou-se o programa estatístico Epi-Info 3.3.2. Criaram-se tabelas de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas e distribuição de frequência para as variáveis categóricas. **RESULTADOS:** foram analisados 462 laudos de laparoscopias, dos quais 295 (63,8%) tiveram como indicação a infertilidade ou o estudo para recanalização tubária. A média de idade de ambos os grupos foi de 30 a 34 anos. Nos casos de infertilidade, os achados mais frequentes foram aderências (60,6%), obstrução tubária (40,9%) e endometriose (36,1%). Nos casos de estudo da condição tubária pré-recanalização, das 87 pacientes analisadas, 55,2% apresentavam uma ou ambas as trompas inadequadas. Dentre estas, em 52,1% foi diagnosticada amputação tubária. Os procedimentos mais realizados foram adesiólise (34,2%), biópsias (21%), tratamento da endometriose (10,8%) e salpingostomia (8,1%). **CONCLUSÃO:** a videolaparoscopia apresenta-se como importante instrumento na pesquisa e tratamento dos casos de dificuldade reprodutiva principalmente em serviços que não dispõem de técnicas avançadas de reprodução humana.

Abstract

PURPOSE: to identify the main characteristics of the diagnostic and surgical gynecological laparoscopies carried out in patients with reproductive difficulties at a teaching hospital in Recife, from 2000 and 2004. **METHODS:** a hospital based descriptive case-series study was carried out with 295 patients who had undergone gynecological laparoscopy for either infertility or tube recanalization in the Mother and Child Health Professor Fernando Figueira Institute. Information was obtained from the surgical records of the laparoscopies carried out from January 2000 to December 2004. The inclusion criteria was infertility or pre-recanalization study as a surgical indication. The information was typed twice into a data bank. Tables with central measurements and dispersion tendency were created for the quantitative variables and frequency distribution for the categorical variables. The statistical program, Epi Info 3.3.2., was used to analyze the data. **RESULTS:** along the study, 462 gynecological laparoscopies were analyzed, 295 (63.8%) of them having as an indication either infertility (41.1%) or the study of possible tube recanalization (18.8%). The patients' average age in both groups was from 30 to 34 years old. Among the 87 patients with desire of tube recanalization, 55.2% had one or both tubes inadequate for the procedure, and from those, 52.1% was diagnosed with tube amputation (fimbrectomy). In the infertility cases, the most observed findings were adhesences (60.6%), tube obstruction (40.9%) and endometriosis (36.1%). Among the procedures carried out, lysis of adhesences (34.2%) and biopsies (21%) were the most frequent, followed by endometriosis treatment (10.8%) and salpingostomy (10.8%). **CONCLUSION:** videolaparoscopy is an important tool in the study and treatment of patients with infertility and before tube recanalization, especially in those hospitals where advanced reproductive techniques are not available.

Correspondência:

Maria da Conceição Farias Souto Maior
Rua Dep. Pedro Pires Ferreira, 325, apto. 1204 – Jaqueira
CEP 52050-480 – Recife/PE
Fones: (81) 3267-9132/2122-4147
E-mail: conceicaosoutomaior@gmail.com

Trabalho realizado no Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP – Recife (PE), Brasil.

¹ Médicos Preceptores da Residência Médica em Tocoginecologia do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP – Recife (PE), Brasil.

² Docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP – Recife (PE), Brasil.

³ Materno Infantil de Pernambuco – IMIP – Recife (PE), Brasil.

Recebido

08/02/2006

Aceito com modificações

29/05/2007

Introdução

A infertilidade é definida como a dificuldade de um casal em idade reprodutiva para conceber depois de, no mínimo, um ano de coito regular sem contracepção. Entre 10 e 20% dos casais são inférteis, sendo as doenças do trato genital feminino responsáveis por 50 a 60% dos casos¹. Dentre as causas femininas, destacam-se os fatores tubo-peritoneais associados a doença inflamatória pélvica, endometriose, peritonites secundárias a doenças como apendicite, prenhez ectópica e cirurgias anteriores, incluindo a laqueadura tubária¹. A esterilização tubária é o método contraceptivo definitivo mais realizado no mundo. No Brasil, existem mais de 5 milhões de mulheres em idade fértil com antecedente de laqueadura tubária. A maioria delas optou por esse método em idade inferior a 30 anos e em período na qual apresentavam situação conjugal considerada estável².

É reconhecido que percentual significativo de mulheres arrepende-se após a realização da laqueadura tubária, sobretudo em virtude de mudanças em suas situações pessoais². O principal fator isolado que leva ao desejo de retorno à fertilidade é o anseio de ter um filho com um novo cônjuge¹.

No tratamento da infertilidade em mulheres anteriormente submetidas à laqueadura tubária duas opções estão disponíveis: reanastomose tubária microcirúrgica e técnicas de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro* (FIV) e a transferência de embriões.

A cirurgia de reanastomose tubária pode ser realizada pela via abdominal ou por abordagem laparoscópica, com taxas de sucesso relatadas na literatura que variam de 30 a 80%³. As grandes discrepâncias entre estes valores devem-se principalmente à condição das trompas e à idade da paciente analisada. Os resultados da reanastomose tubária estão relacionados à integridade anatômica e funcional das trompas. Assim, é recomendada a seleção adequada das pacientes candidatas ao método, uma vez que o sucesso da cirurgia depende essencialmente da existência prévia e atual de doença tubária³.

Nos serviços que dispõem de endoscopia ginecológica, a avaliação das chances reprodutivas previamente à cirurgia de recanalização tubária, assim como o diagnóstico e tratamento dos casos de infertilidade conjugal têm sido feitos por meio da videolaparoscopia. São vantagens da via laparoscópica em relação à abordagem laparotômica: cicatrizes mais discretas, menor risco de complicações⁴ como sangramento^{5,6} e menor tempo de internação hospitalar^{6,7}, o que contribui para o retorno precoce às atividades sociais, físicas e profissionais. Além disso, devido à menor permanência hospitalar e à rápida recuperação, o método reduz os custos do tratamento⁸

e permite avaliar a permeabilidade tubária de modo a complementar a histerossalpingografia, que é considerada padrão-ouro para o diagnóstico de obstrução tubária⁹.

A videolaparoscopia permite, além do diagnóstico, o tratamento imediato de alterações diagnosticadas. A identificação dos achados laparoscópicos mais frequentes nas pacientes com desejo reprodutivo é muito importante para determinar aquelas com possibilidade de correção cirúrgica e selecionar os casos para técnicas de reprodução assistida¹⁰.

Este estudo teve como objetivo analisar os principais achados laparoscópicos e procedimentos realizados em pacientes com história de infertilidade, como também avaliar a condição tubária pré-recanalização de mulheres atendidas em um hospital escola na cidade do Recife, Pernambuco.

Métodos

A partir de 462 relatórios cirúrgicos das videolaparoscopias ginecológicas realizadas no Centro de Atenção à Mulher (CAM) do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004, foi feito um estudo descritivo de base hospitalar, tipo série de casos, incluindo 295 pacientes inférteis, sendo 208 (70,5%) com causa não definida de infertilidade e 87 (29,5%) com desejo de recanalização de trompas.

O IMIP é o único hospital público do Nordeste que dispõe de técnicas de reprodução assistida, portanto, referência na região para o tratamento dos casos de esterilidade.

A infertilidade conjugal foi definida como a incapacidade de concepção após um ano de vida sexual ativa e regular, sem uso de método contraceptivo. O termo “estudo pré-recanalização tubária” foi definido como indicação cirúrgica para avaliação da presença e das características das trompas, de maneira a permitir ou não, posterior recanalização.

Considerou-se “tuba(s) adequada(s) para recanalização” a presença, em pelo menos um dos lados, de cotos tubários (proximal e distal) descritos como adequados para recanalização pelo laparoscopista. Caso não tivesse sido explicitada condição favorável, considerou-se adequado o coto proximal com comprimento igual ou superior a 1 cm e coto distal homolateral com comprimento igual ou superior a 4 cm e ausência de dilatações limitadoras. A tuba deveria ter, após reparo, pelo menos 4 cm de comprimento e fímbrias intactas¹¹. Consideraram-se “tubas inadequadas para recanalização” a presença de cotos tubários descritos como inadequados para recanalização pelo laparoscopista. Caso não tivesse sido explicitada a condição desfavorável, considerou-se inadequado o

coto proximal com comprimento inferior a 1 cm e/ou coto distal homolateral ausente (salpingectomia/fimbriectomia) ou com comprimento inferior a 4 cm. A presença de dilatação tubária considerada limitadora também enquadrava a trompa como inadequada.

Todas as pacientes foram submetidas à avaliação endoscópica no serviço, e os procedimentos foram documentados de forma sistematizada em formulários próprios para relato de laparoscopia. Os dados foram coletados dos relatórios cirúrgicos e preenchidos formulários pré-estabelecidos. Consideraram-se os exames separadamente, no caso em que a mesma paciente tivesse se submetido ao procedimento inicialmente com objetivo diagnóstico e, em um segundo momento, à videolaparoscopia cirúrgica; igual procedimento foi feito nos casos em que houvesse necessidade de second look.

Os achados laparoscópicos foram classificados em: aderências pélvicas, endometriose, obstrução tubária, alteração ovariana, ovário policístico, cisto paratubário, varizes pélvicas, doença inflamatória pélvica, alteração tubária, mioma uterino, malformação uterina, amputação tubária, trompa(s) adequada(s) para recanalização, trompas inadequadas para recanalização e exame normal. Os procedimentos realizados durante as laparoscopias foram: biópsia, adesiólise, tratamento de endometriose, miomectomia, salpingectomia, salpingoplastia, ooforectomia, ooforoplastia, exérese de cistos paratubários, secção dos ligamentos útero-sacros, reanastomose tubária e a indução laparoscópica da ovulação (pérfuro-cauterização ovariana).

Após o preenchimento, os formulários foram digitados em banco de dados específico, criado no programa Epi-Info 3.3.2.[®] A digitação foi realizada duas vezes, por pessoas diferentes, e, ao final da digitação, compararam-se os bancos de dados e corrigiram-se eventuais erros a partir da consulta aos formulários. O banco de dados definitivo foi ainda submetido a testes de consistência, obtendo-se listagem dos achados, e, então, utilizado para análise estatística.

A análise dos dados foi realizada a partir do programa estatístico Epi-Info 3.3.2.[®]. Criaram-se tabelas para medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão para idade, além de tabelas de distribuição de frequência dos achados laparoscópicos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número 415/2004 e obteve-se consentimento institucional.

Resultados

Dos 462 relatórios cirúrgicos, verificou-se que, dentre as 295 (63,8%) pacientes que tiveram como indicação para a realização da videolaparoscopia o desejo reprodutivo

(pesquisa de infertilidade ou estudo pré-recanalização), 208 (70,5%) eram inférteis e 87 (29,5%) tinham realizado laqueadura tubária e desejavam reanastomose tubária.

A média de idade das pacientes com infertilidade foi de 30,8 anos, variando entre 16 e 42 anos. No grupo das que desejavam recanalização, a média de idade foi 31,7 anos, variando de 24 a 30 anos, sendo que 22 (10,8%) pacientes eram inférteis e quatro (4,6%) das que desejavam a recanalização tinham menos de 25 anos no momento da cirurgia laparoscópica (Tabela 1).

Avaliando-se especificamente os achados laparoscópicos dos casos cuja indicação cirúrgica foi infertilidade, 60,6% das pacientes tiveram o diagnóstico de aderências pélvicas, seguido por 40,9% com diagnóstico de obstrução tubária. A endometriose foi diagnosticada em 36,1% e alterações tubárias, excetuando-se ligadura, em 24%. Em 5,8% dos exames não foram verificadas alterações (Tabela 2).

Ao serem estudados exclusivamente os casos cuja indicação cirúrgica era o estudo da condição tubária prévia à recanalização, verificou-se que, em 55,2% dos casos, uma ou ambas as trompas foram consideradas inadequadas para

Tabela 1 - Frequência das faixas etárias das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica segundo as indicações cirúrgicas.

Faixa etária	Indicações			
	Infertilidade		Estudo pré-recanalização	
	n	%	n	%
16-19	3	1,4	-	-
20-24	19	9,1	4	4,6
25-29	56	27	21	24,1
30-34	78	37,5	40	46,0
35-39	45	21,6	21	24,1
≥40	7	3,4	1	1,2
Total	208	100,0	87	100,0

Tabela 2 - Frequência dos principais achados laparoscópicos das pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica devido à infertilidade.

Achados laparoscópicos	n	% ⁱ
Aderências pélvicas	126	60,6
Obstrução tubária*	85	40,9
Endometriose	75	36,1
Alteração tubária**	50	24,0
Mioma uterino***	46	22,1
Doença inflamatória pélvica	38	18,3
Cisto paratubário	30	14,4
Alteração ovariana	29	13,9
Exame normal	12	5,8
Varizes pélvicas	10	4,8
Malformação uterina	6	2,9
Ovários policísticos	3	1,4
Outros achados	4	1,9

ⁱBase=208; *uni ou bilateral; **exceto obstrução tubária; ***com componente subseroso.

tentativa de recanalização. Dos 48 casos de trompas consideradas inadequadas para recanalização, 25 (52,1%) foram assim classificadas devido a diagnóstico de amputação tubária (fimbriectomia ou salpingectomia), conforme Figura 1.

Das 295 videolaparoscopias incluídas no estudo, em 53,2% foram procedimentos cirúrgicos. Realizou-se a adesiólise em 34,2% dos casos. A salpingoplastia foi o quarto procedimento terapêutico mais realizado, representando 8,1% do total (Tabela 3).

Nos 24 casos de salpingoplastia, procedeu-se à cromotubagem imediata em 14 casos (58%). Por meio da cromotubagem, verificou-se permeabilidade tubária em 78,6% dos casos (Figura 2).

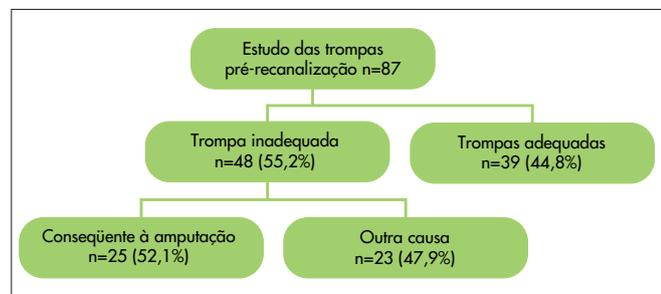


Figura 1 - Frequência de pacientes submetidas à videolaparoscopia segundo a condição tubária para posterior recanalização.

Tabela 3 - Frequência dos procedimentos realizados nos casos de videolaparoscopia cirúrgica em pacientes submetidas à videolaparoscopia ginecológica devido a desejo reprodutivo.

Procedimentos*	n	%†
Adesiólise	101	34,2
Biópsia	62	21,0
Tratamento de endometriose	32	10,8
Salpingoplastia	24	8,1
Procedimento ovariano	17	5,7
Exérese de cistos paratubários	14	4,7
Indução laparoscópica da ovulação	4	1,3
Miomectomia	1	0,3

*Em cada paciente pode ter sido realizado mais de um procedimento; †base =295.

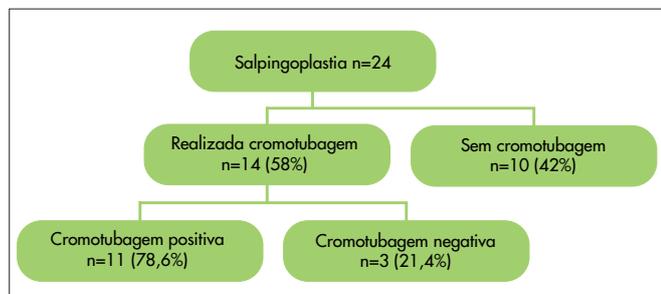


Figura 2 - Frequência dos casos de salpingoplastia segundo a realização de cromotubagem e permeabilidade tubária imediata em pacientes submetidas à videolaparoscopia cirúrgica.

Discussão

Os resultados deste estudo, no qual mais de 60% dos relatórios cirúrgicos no serviço representaram videolaparoscopia para pesquisa de infertilidade, indicam que o procedimento é bastante útil no arsenal propedêutico das pacientes que desejam engravidar, seja buscando diagnóstico naquelas portadoras de esterilidade sem causa ainda definida ou nas que desejam gestar após terem sido submetidas à laqueadura tubária.

É importante o papel da videolaparoscopia na pesquisa do casal infértil. Segundo estudo que avalia as indicações deste exame, o procedimento pode ser omitido nos casos de casais com infertilidade sem causa aparente desde que apresentem histerossalpingografia normal e ausência de história compatível com enfermidade tubária. Em tais casos, os autores sugerem o tratamento com ciclos de indução de ovulação ou técnicas de reprodução assistida, uma vez que não haveria benefícios no procedimento laparoscópico². Neste mesmo estudo, os autores propõem que a videolaparoscopia deveria ser reservada para os casos em que procedimentos mais complexos não estejam disponíveis¹². O serviço onde foi desenvolvido o presente estudo, por ser o único hospital público da região do nordeste do Brasil que realiza técnicas de reprodução assistida e em virtude da escassez dos recursos, utiliza estes procedimentos apenas em casos selecionados e em um número pequeno de pacientes, precisando muitas vezes recorrer à laparoscopia cirúrgica, mesmo sabendo que as evidências recentes mostram taxas de sucesso inferiores às da fertilização assistida³.

Em artigo de revisão sistemática de 2004, avaliando o papel da videolaparoscopia diagnóstica na investigação da infertilidade feminina, concluiu-se que este procedimento deve ser realizado sistematicamente na parte final da pesquisa do casal infértil. Esse estudo concluiu que o tratamento laparoscópico da endometriose, mesmo quando classificada como mínima ou leve, cursa com melhora nas taxas de fertilidade¹³. Esse tratamento também tem papel importante previamente à realização da fertilização assistida e à cirurgia para a reanastomose tubária¹⁰.

A laqueadura tem sido o método de contracepção eleito por muitos casais em todo o mundo pela eficácia e segurança¹⁴. Por outro lado, modificações na estrutura familiar, como mudança de parceiro, morte de filho ou simplesmente desejo de ter filho de outro sexo, levam algumas mulheres a arrependem-se da decisão e a procurarem os serviços de saúde para tentar um recanalização de trompas¹⁵. Este desejo de reversão varia de 3 a 5% dos casos¹⁶, tendo essas pacientes duas opções de tratamentos: a FIV ou a reanastomose tubária.

É rotina do serviço onde se desenvolveu a pesquisa a avaliação laparoscópica previamente à cirurgia de recanalização tubária. Uma vez que a microcirurgia é realizada por meio de laparotomia, a conversão cirúrgica é realizada apenas nos casos com chance de sucesso. Com este objetivo, foram realizados, no serviço, 87 exames, correspondendo a 18,8% de todas as videolaparoscopias no período do estudo. Este dado está de acordo com a maioria dos autores, que mostram frequência de laparoscopia com esta finalidade em torno de 14%¹⁷.

Várias são as técnicas de ligadura tubária; entretanto, as mais utilizadas são a salpingectomia parcial pelo método de Pomeroy, bloqueio a partir do uso de clips ou anéis, coagulação e obstrução pelo uso de corrente elétrica bipolar ou remoção (fimbriectomia ou salpingectomia segundo técnicas de Kroener)¹⁸. Foi observado que, dos 48 casos de trompas consideradas inadequadas para recanalização, 25 tinham sido submetidas à fimbriectomia. Este procedimento na maioria das vezes é realizado com o intuito de evitar possível recanalização espontânea, podendo, no entanto, ser responsável por transtornos menstruais.

A adoção de técnicas de ligadura tubária menos agressivas é importante, uma vez que os procedimentos de reprodução assistida, como a FIV, são de alto custo e pouco disponíveis nos serviços públicos. Acredita-se que o sucesso da recanalização é mais freqüente quando a ligadura é realizada com clips ou anéis tubários, já que apenas uma pequena porção da trompa é danificada, ou quando existem pelo menos 4 cm de tecido tubário sadio pós-reparo^{1,19}. Além disso, o sucesso de uma recanalização dependerá da porção da tuba em que foi realizada a esterilização¹¹.

Embora no Brasil seja permitida a esterilização voluntária em pacientes com dois filhos ou 25 anos, é recomendado que sejam realizadas as esterilizações em pacientes acima desta idade²⁰. No presente estudo, as pacientes submetidas à cirurgia laparoscópica com o objetivo de avaliar a condição tubária para posterior recanalização distribuíram-se principalmente entre 30 e 34 anos. Verificou-se, entretanto, que 16% delas tinham idade menor ou igual a 25 anos por ocasião da cirurgia. Dessa forma, há indícios que sugerem ser ainda mais relevante o número de pacientes que realizaram a ligadura tubária bilateral em idade inferior à recomendada, já que não foram contabilizadas as que não conseguiram ter acesso a um serviço de saúde especializado como também as que, mesmo o conseguindo, apresentaram achados da histerossalpingografia que contra-indicaram a cirurgia. A demora entre a primeira consulta e a realização do procedimento cirúrgico laparoscópico também não foi avaliada.

Ressalta-se que o aconselhamento prévio à realização da esterilização deve ser mandatório, de maneira a conscientizar as pacientes sobre o caráter definitivo do procedimento. Outro aspecto importante é a necessidade da oferta adequada de métodos anticoncepcionais reversíveis mais eficazes, o que poderia diminuir o número de pacientes que desejam a reversão da esterilização.

No presente estudo, dentre os 208 casos de pacientes operadas com o objetivo de esclarecimento do quadro de infertilidade, verificou-se, na maioria, a presença de possíveis seqüelas de doença inflamatória pélvica (aderências e obstrução tubária).

A frequência de aderências pélvicas encontrada (60,6%) foi maior do que a observada na literatura, que é de 20 a 42%¹⁰. É possível que a maior incidência de processos aderenciais esteja relacionada à inclusão de pacientes mesmo com pequenas aderências e a alta incidência de doença inflamatória pélvica nas pacientes atendidas no serviço. O segundo achado mais freqüente foi obstrução tubária (40,9%), seguida de endometriose (36,1%), dados condizentes com a literatura, que afirma que um terço das pacientes com quadro de infertilidade apresentam endometriose^{20,21}. Quase 6% dos exames realizados não apresentaram qualquer tipo de alteração. Este achado também está de acordo com a literatura, uma vez que esse grupo de pacientes provavelmente enquadra-se entre as mulheres com esterilidade sem causa aparente, as quais, na maioria, são encaminhadas para o setor de reprodução assistida.

Nos casos de obstrução tubária, a salpingoplastia é uma alternativa razoável para as pacientes que não querem ou não têm acesso à FIV. Estudos comprovaram que a taxa de gravidez após salpingoplastia laparoscópica varia entre 28 e 35% e esses valores são semelhantes aos obtidos através da microcirurgia^{8,22}. No presente trabalho, verificou-se permeabilidade tubária imediata à salpingoplastia em grande parte dos casos que foram seguidos por cromotubagem.

Com o aprimoramento das técnicas de FIV, obtendo-se taxas de gestação de 25 a 50% por tentativa, põe-se em dúvida se ainda existe espaço para a correção cirúrgica de alterações tubárias em serviços onde procedimentos de reprodução assistida são oferecidos. O custo elevado, o risco de gestações múltiplas e eventual necessidade de repetição da técnica quando a paciente desejar outro filho são fatores que devem ser analisados antes da indicação da FIV. Tal observação deve ser feita principalmente nos casos de pacientes jovens, sem presença de nenhum outro fator de infertilidade no casal ou na vigência de hidrossalpinge leve ou moderada^{8,22}.

Por outro lado, optando-se pela FIV e sendo diagnosticada presença de hidrossalpinge, recente publicação

concluiu que a salpingectomia laparoscópica deve ser considerada, uma vez que tal conduta melhora as taxas de gravidez por tentativa²³.

Como o presente estudo foi realizado por meio de coleta de dados em relatório cirúrgico, alguns dados referentes à amostra estudada (caracterização das pacientes), assim como exames prévios realizados, informações relevantes a respeito do pós-operatório, motivos de recanalização e taxas de sucesso após reanastomose tubária não foram avaliados. Apesar das

limitações metodológicas, deve-se ressaltar a relevância deste estudo, porque ele ratifica a importância da laparoscopia como técnica minimamente invasiva, essencial no arsenal de procedimentos a serem oferecidos às pacientes com desejo reprodutivo, sejam elas inférteis ou que desejam recanalização de trompas. Em conclusão, podemos afirmar que, em serviços que não disponibilizam técnicas avançadas de reprodução humana, a possibilidade deste tipo de tratamento adquire papel ainda mais expressivo.

Referências

- Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil Steril*. 1991;56(2):192-3.
- Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(7):388-96.
- Ribeiro SC, Tormena RA, Bedin AAS, Giribela CRG, Izzo CR, Santos NC, et al. Reanastomose tubária laparoscópica: resultados preliminares. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(5):337-41.
- Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, Bréart G, Dubuisson JB. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. *Hum Reprod*. 2002;17(5):1334-42.
- Perino A, Cucinella G, Venezia R, Castelli A, Cittadini E. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: an assessment of the learning curve in a prospective randomized study. *Hum Reprod*. 1999;14(12):2996-9.
- Seracchioli R, Rossi S, Govoni F, Rossi E, Venturoli S, Bulletti C, et al. Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy. *Hum Reprod*. 2000;15(12):2663-8.
- Pados G, Tsolakidis D, Bontis J. Laparoscopic management of the adnexal mass. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1092:211-28.
- Ribeiro SC, Silva AA, Izzo CR, Santos NC, Izzo VM, Pinotti JA. Tratamento cirúrgico conservador da hidrossalpinge: laparoscopia ou microcirurgia? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(10):627-31.
- Mol BW, Collins JA, Burrows EA, van der Veen F, Bossuyt PM. Comparison of hysterosalpingography and laparoscopy in predicting fertility outcome. *Hum Reprod*. 1999;14(5):1237-42.
- Saavedra J. Papel de la laparoscopia diagnóstica en la evaluación de la infertilidad femenina. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004;55(1):71-82.
- Donadio N, Albuquerque Neto LC. Consenso Brasileiro em Videolaparoscopia Ginecológica. São Paulo: Febrasgo; 2001.
- Fatum M, Laufer N, Simon A. Investigation of the infertile couple: should diagnostic laparoscopy be performed after normal hysterosalpingography in treating infertility suspected to be of unknown origin? *Hum Reprod*. 2002;17(1):1-3.
- Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD001398.
- Fernandes AM, Bedone AJ, Leme LC, Yamada EM. Laqueadura intraparto e de intervalo. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):323-7.
- Sitko D, Commenges-Ducos M, Roland P, Papaxanthos-Roche A, Horovitz J, Dallay D. IVF following impossible or failed surgical reversal of tubal sterilization. *Hum Reprod*. 2001;16(4):683-5.
- Barjot PJ, Marie G, von Theobald P. Laparoscopic tubal anastomosis and reversal of sterilization. *Hum Reprod*. 1999;14(5):1222-5.
- Borges LS, Rosa e Silva J, Rosa e Silva ACJS, Aguiar FM, Poli Neto OB, Reis FJC, et al. Avaliação da concordância diagnóstica entre métodos não invasivos e endoscopia na investigação da infertilidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(7):401-6.
- Fischer RJ. Loupe microsurgical tubal sterilization reversal. Experience at a community-level naval hospital. *J Reprod Med*. 1996;41(11):855-9.
- Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol*. 1999;93(6):889-95.
- Presidência da República. Casa Civil – Subchefia de assuntos jurídicos [homepage da Internet]. Brasília; 1996 [citado 22 ago 2002]. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao.nsf>
- Lorençatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras*. 2002;48(3):217-21.
- Farquhar C, Lilford RJ, Marjoribanks J, Vandekerckhove P. Laparoscopic "drilling" by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD001122.
- Bontis JN, Theodoridis TD. Laparoscopic management of hydrosalpinx. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1092:199-210.