Rev Med Hond 2002; 70:70-73

# Esterilización tubárica: una técnica quirúrgica original

## *Tubal sterilization: an original surgical procedure*

*Enrique Samayoa Moncada,* Angel López Pineda†*

**RESUMEN. Procedimiento de contracepción quirúrgica, que facilitará la reversibilidad de la permeabilidad tubárica dejando ambos extremos casi de igual calibre. Total 90 casos en 18 años, hasta 1993; sin complicaciones ni fracasos.**

***Palabras clave: Esterilización. Esterilización tubaria. Trompas de falopio.***

**SUMMARY. A surgical fallopian tube contraception technique is presented, aiming to an easier way in the re-anastomosis procedure. Leaving both, proximal and distal ends, almost in equal caliber. During 18 years, up to 1993, neither complications or failures in the procedure were found in 90 patients.**

***Keywords: Sterilization. Tubal. Sterilization reversal.***

### INTRODUCCCION

Uno de los objetivos de ésta técnica, es la de mejorar la eficacia de la contracepción quirúrgica, procurando a futuro una técnica de reversibilidad de la permeabilidad tubárica, menos complicada al identificar y liberar los extremos tubáricos, porque se traumatizan menos el segmento dividido, procurando no afectar su vascularización, Este tipo de cirugía es un procedimiento que a futuro facilitará las técnicas de recanalización, porque la longitud de la trompa es poco afectada, mejorando el sitio de la anastomosis y la accesibilidad de los extremos tubáricos para la reconstrucción.[1] El segmento afectado no deberá tener más de 5 a 7mm. La longitud del extremo proximal no debe ser menor de 2 a 3 cms. a partir del cuerno uterino, evitando afectar la irrigación tuboovárica.

Con esta técnica no se tuneliza el extremo proximal de la trompa incidida en el miometrio,, porque la expone a posibles fallas sobre todo si se trabaja en período puerperal.[2]

La cantidad de área tubárica que se compromete en otros procedimiento es variable, con el anillo de silastic por lo menos se comprometen unos 2.5 cms. el clip es el método que afecta menos la trompa pero con poca confiabilidad; es más adaptable a la reversibilidad.[3,4] Con la Pomeroy hay compromiso extenso de tejido tubárico. Con la electro cauterización no se sabe con exactitud la extensión del área afectada,[5] pudiendo ser hasta de 3 cms. El blanqueado no es suficiente signo de obstrucción completa y algunas veces son necesarias 3 aplicaciones de corriente para mayor seguridad.[5] Este procedimiento es el que más ha dado lugar a embarazos ectópicos.[5,6] Según De Stefano,[7] con el proceso de esterilización no hubo alteraciones menstruales adversas, excepto dolor, sobre

* Gineco Obstetra. Clínicas Médicas San Carlos, Tegucigalpa.
† Gineco Obstetra. Instituto Hondureño de Seguro Social.
*Dirigir correspondencia a*: esamayoa@thn2.com

todo en aquellas pacientes en quienes se practicó electrofulguración. Nuestras pacientes no reportaron estas irregularidades.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se analiza la casuística de 90 pacientes esterilizadas previo consentimiento firmado por la pareja en papel sellado de primera clase, en formato que específica los motivos de la esterilización y el consentimiento firmado por ambos conyuges, teniendo como base en primer lugar el haber tenido por lo menos tres hijos, si la edad es menor de 37 años y sólo en casos especiales, como por ejemplo patologías que ponían en riesgo la vida de la madre o que no asegure la normalidad de otro niño, se hace caso omiso de la regla anterior. Se realiza el procedimiento siempre que sea con el consentimiento y a pedimento de ambos cónyuges.

Hace 18 años que se inició la práctica de esta técnica, y la revisión se hace desde el mes de Septiembre de 1982 hasta el mes de Diciembre de 1993. La literatura informa que entre 1 a 2 años después del procedimiento de esterilización es cuando hay más incidencia de embarazo y que entre los 5 a 10 años hay una incidencia de embarazo de 12/1000.[3,4-6,8-11] En este grupo de pacientes trabajamos con edades extremes de 22, a 43 años, paridades de 2 a 5, hasta el momento de hacer este informe las edades en que ultimamente se vieron las pacientes intervenidas, fueron entre 37 y 53 años. La mayoría de los procedimientos fueron efectuados por cesárea, 36 casos (40.1%), postparto 26 (28.8%), vía sub-umbilical con incisión de 3 cms siguiendo el contorno inferior semicircular del la cicatriz umbilical y finalmente las efectuadas en periodo intermedio no gestacional fue vía supra púbica 28 (31%).

ILUSTRACION DE LOS DIFERENTES PASOS EN NUEVA TECNICA DE ESTERILIZACION TUBARICA.

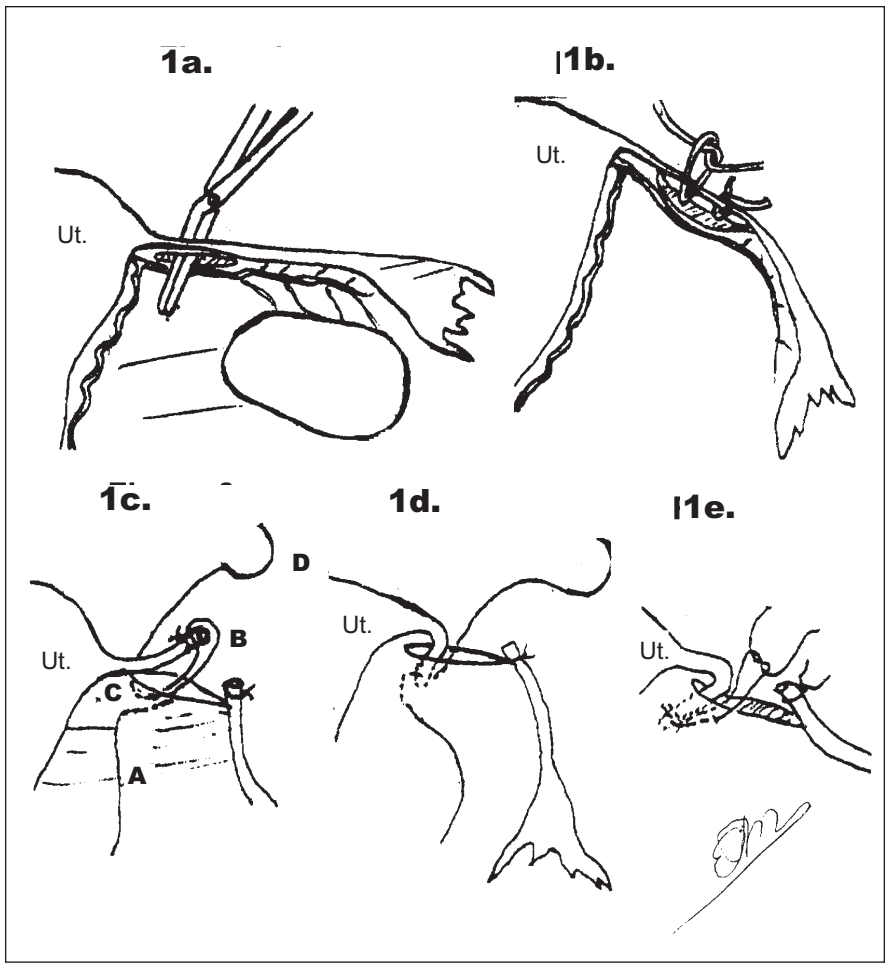


**Figura 1. 1a.** Con pinza hemostática se perfora el meso salpingo-ovárico, respetando su irrigación. **1b.** Se doble liga la trompa, dejando un espacio de 5 a 7 mm. entre las ligaduras para hacer el corte en medio. La ligadura proximal se hace a una distancia de 1.5 a 2 cms. del cuerno uterino. **1c.** A) El hilo de sutura se introduce de afuera a dentro, hacia el espacio entre las hojas del meso. B) Se atraviesa el extremo proximal de la trompa. C).De adentro afuera se atraviesa la hoja opuesta del meso tubárico. D). Es la aguja de la sutura. **1d.** Al hacer tracción de los extremos del hilo de sutura, el extremos proximal de la trompa automáticamente se introduce entre las hojas del meso. **1e.** Se procede a anudar, con lo que el extremo proximal de la trompa queda cubierto por las hojas del meso.

## RESULTADOS Y DISCUSION

No se reportaron complicaciones inmediatas, salvo el dolor en ambas fosas ilíacas propias del procedimiento, el cual fue fácilmente diferenciable de los dolores propios del postparto y del período puerperio quirúrgico de la cesárea. Lo que podemos llamar complicación mediata después de largo tiempo a casi 10 años, fue confundible con las molestias propias de la perimenopausia y que sólo la presentaron dos pacientes a las edades de 45 y 49 años, las otras como las menorragias han estado asociados a la presencia de miomas por lo que requirieron la práctica de histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral por su edad. De los varios trabajos de reversión de la esterilización revisados,[2,3,6,8,12] se deduce que por mucho que se haya insistido en que estos procedimientos son de difícil reversibilidad, las pacientes han experimentado varias circunstancias que las hace solicitar procedimientos de recanalización como lo es el contraer nuevas nupcias o el haber estado muy jóvenes cuando se efectuaron la esterilización.

Algunos autores consideran que el grado de arrepentimiento para el procedimiento efectuado fue mayor entre las pacientes esterilizadas entre las edades menores de 30 años y en un 10% el arrepentimiento lo manifestaron 10 años después.[2] En nuestro estudio sólo una de las pacientes ha manifestado su deseo de recanalización, el motivo de la esterilización fue el tener su tercera cesaria a los 24 años y su deseo de reversibilidad es por tener nueva vida matrimonial a la edad de 35, actualmente tiene 39 años sin haber materializado su deseo. La generalidad de las paciente consideran el proceso de recanalización tan fácil como el de la esterilización a pesar de discutir con ellas en que consisten ambos procedimientos antes de efectuarles el primero.

El motivo de buscar esta nueva alternativa de contraception guirúrgica fue la desagradable circunstancia de enfrentar a mas de una pareja disgustada por el fracaso del procedimiento efectuado, los que en la experiencia personal fueron después de técnicas como la ligadura simple, la Pomeroy, la fimbriectomía y la colocación del clip.[3,4, 13] Ninguna de las pacientes presentadas han sido sometidas a procedimientos de recanalización para poder verificar los grados de dificultad que conlleva la liberalización y acercamiento de los extremos, que esperamos sean menores a los que se efectúan cuando se ha colocado el anillo de Yoon.

La técnica que presentamos hasta ahora se nos muestra 100% efectiva, sin haber incluido las pacientes de 1994 a la fecha, de las que tampoco hemos recibido noticias o reclamo de embarazos por falla del procedimiento y en cierto modo ha superar a la Irving porque hay artículos que reportan fracasos de esa técnica, aunque sea en una incidencia muy mínima.11-13 Por los fracasos anteriores algunos investigadores están efectuando estudios para valorar las posibilidades de fístulas de recanalizaciones espontáneas en las pacientes esterilizadas, por medio de lapatoscopias14 satisfaciéndonos nuestros resultados porque hay quienes dicen que "claramente se necesitan método más efectivos para la oclusión tubárica en las esterilizaciones.[9]

La incidencia de fracasos se presenta sobre todo en aquellas pacientes operadas en el puerperio inmediato que en el período de intervalo.[2,7]

### REFERENCLAS


1.- **Spivak MM, Librach CL, Rosenthal DM. Microsurgical reversal of sterilization: a six-year study. Am J Obstet Gynecol. 1986 Feb;154(2):35-61.**

2.- **Peterson HB, Xia Z, Wilcox IS, Tylor LR, Trussell J. Pregnancy after tubal sterilization with bipolar electrocoagulation. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. Obstet Gynecol 1999 Aug; 94 (2):1.**

3.- **Peterson HB, Xia Z, Highes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaboratve Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol. 1996 Apr; 174(4): 1161-68.**

4.- **Chi IC, Petta CA, Mc Pheeters M. A review of safety, efficacy. Pros and cons, and issues of puerperal tubal sterilization. An update. Adv Contracept. 1995 Sep;(3): 187-206.**

5.- **Hillis SD, Marchbanks PA, Taylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization Obstet. Gynecol. 1999 Jun;(6):889-95.**

6.- **Lopez-Zenol JA, Muallen ND, Anderson JB. The Irving sterilization technique: report of a failure. Int. Fert. 1990 Jan-Feb; 35(1):23-5.**

7.- **DeStefano F, Huezo CM, Peterson HB, Layde PM, Ory HV. Mestrual changes after tubal sterilization Obstet Gynecol 1999 June; 93(6):889-95.**

8.- **Falfoul A, Frian R, Cheli M, Kharouf M. Pregnancy following female surgical sterilization. A study a propos of 38 cases Gynecol. Obst. Boll. Reprod (Paris) 1993;22(1):23-5.**

9.- **Peterson HB, Xia Z, Huges JM, Willcox LS, Tylor L, R,**

**Trussell J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborate Review of Sterilization Working Group. N. England J. Med. 1997 Mar;13;336(11);762.**

**10.- Wittich A. Failure of an Irving tubal sterilization Obstet Gynecol 1981 Jun;57(6 suppl)50-1s.**

**11. De Villers VP, Morkel DJ. Pospartun sterilization by the Irving technique. A report of 200 cases at Pearl Hospital Cp. S. Afr Med J 1987 Feb;71(4):253.**

**l 2. Cheng MC, Wong YM, Ratnam SS. Sterlization failures in Singapur: an examination of ligation techniques and failure rate. Stud Fam Plan 1977 Apr;8(4)109-15.**

**13. Bissonet F, Lapense L, Bouzayen R. Outpatient laparoscopic tubal anastomosis and subsequent fertility. Fertil Steril 1999 Sep;72 (3):549-52.**

**14.- Lassner KJ, Chen CH, Oberle MW, da Trindale TC, Aguinaga H. Analisis of sterilization failure in Brazil. Ind J Gynecol Obset. 1988 0ct;27(2):225-63.**

**15.- De Villers VP. Sterilization failure. Analysis of 27 pregancies after a previous sterilization procedure. S Afr Med J. 1982 Apr; 61(16) 589-90.**

LA PRIMERA COSA QUE LA EDUCACIÓN DEBE DAR A UNA PERSONA ES LA CAPACIDAD DE ESTAR SOLO Y EL CORAJE DE CONFIAR EN SUS PROPIOS OJOS, MENTE Y CORAZÓN, OBSERVACIONES, PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS. ¿ESTÁS DE ACUERDO?

ANTHONY DE MELLO