Esterilización Tubaria

"CIEN CULDOSCOPIAS CONTRA CIEN LAPAROSCOPIAS"

(Estudio comparativo)

Elaborado por:

Fernando del Corral Garcés*

El presente estudio comprende el análisis de cien (100) casos consecutivos de Culdoscopia operatoria para ligadura y sección de trompas, comparados con otros cien (100) casos de Electrofulguración y sección de trompas por Laparoscopia.

MATERIAL Y METODOS

El procedimiento de CULDOSCOPIA operatoria se llevó a cabo por la técnica descrita por Clyman (1, 2, 3, 4). El método de "ligadura" y "sección de trompas" se realizó por la técnica clásica de Pomeroy, utilizando seda Nº 1, de acuerdo a lo publicado por el autor (5).

El procedimiento de LAPAROSCOPIA se realizó de acuerdo a los programas de enseñanza propuestos por el grupo de John Hopkins (6), consistentes en "electrofulguración" y "sección de la trompa", con especial énfasis en cauterización de los muñones.

El equipo utilizado fué el Modelo V (Fertility control Assembly) (*).

El trabajo se llevó a cabo con pacientes referidas al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario, Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, y de un grupo similar de pacientes referidas a un centro privado de Planificación Familiar (PROFAMILIA).

En ambos grupos se introdujeron un número similar de pacientes privaras del autor, que solicitaron voluntariamente dicho procedimiento.

INDICACIONES

Estas se encuentran resumidas en la Tabla Nº 1. Muchas de éstas fueron múltiples, presentándose en ocasiones, varias de ellas en una sola paciente. Las más frecuentes fueron de índole:

Médica:

—Procesos varicosos severos
—Diabetes melitus
—Hipertensión esencial
—Hipertensión de origen renal

* Profesor Departamento Obstetricia y Ginecología. División de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia, S. A. 1975.

(*) Producido por MEDICAL TECHNOLOGY INTERNATIONAL INC. Ivyland, Penn., U.S.A.

—Enfermedad cardíaca y pulmonar
—Antecedentes de Teratología fetal, etc.

Siquiátricas:

—Esquizofrenia crónica indiferenciada

Otras causas:

—Intolerancia al D.I.U. "in situ".

Las indicaciones para uno y otro procedimiento fueron relativamente comparables (ver Tabla Nº 1). Además, en el grupo de Laparoscopia aparece que más del 60% de las pacientes acogieron dicho procedimiento por falta de recursos económicos para tener más hijos. Esta encuesta especifica no se realizó en el grupo de Culdoscopia.

TABLA Nº 1

INDICACIONES

	Culdoscopia	Laparoscopia
Médicas	55	20
Siquiátricas	5	3
Intolerancia anovuladores	40	65
Intolerancia al D.I.U.:		
Expulsiones	8	16
Hemorragias	26	30
Dolor	23	5
Embarazos D.I.U. 'in situ'	2	4
Recursos económicos	0	60

PARIDAD

Excepción hecha de una paciente con Epilepsia, todas las pacientes fueron multíparas (entre dos (2) y diez (10) hijos).

En la Tabla Nº 2 llama la atención que la mayor parte de las pacientes de ambos grupos correspondió al grupo de tres (3) hijos o más.

TABLA Nº 2

PARIDAD

	Culdoscopia	Laparoscopia
0 — 2	0	2
3 — 6	68	60
7 — 10	25	36
+ 10	7	2

TECNICA

Culdoscopia:

Previa información del procedimiento, la paciente se hospitaliza la noche anterior, luego se practica una preparación quirúrgica completa a abdomen y periné, incluyendo una ducha vaginal y un enema evacuador. A las 21 horas se administra una cápsula de Seconal.

El día del procedimiento (una (1) hora antes), se administra una cápsula de Seconal. Con la paciente en sala de cirugía y a través de un venoclisis se administran 50 mgs. de meperidina disuelta en solución salina, lentamente, y de 5 a 15 mgs. de Diazepan, de acuerdo a la respuesta de relajación deseada para cada paciente.

Colocada la paciente en la posición "genupectoral", mediante un aparato especial fabricado por nosotros, se lleva a cabo el procedimiento de acuerdo a lo propuesto por Clyman (4).

Laparoscopia:

Sin preparación previa, la paciente se hospitaliza el mismo día del procedimiento, el cual se practica por el método de "perforación trans-umbilical", previa desinfección de la región correspondiente. La técnica empleada es la standard recomendado por el grupo del John Hopkins (6).

ANESTESIA

De acuerdo con la Tabla Nº 3, se utilizó anestesia local en 84 pacientes de Culdoscopia (84%); las restantes (16%) con anestesia general.

Las indicaciones para esta última fueron: el rechazo de la paciente a ser colocada en posición genupectoral, en estado de vigilia. De las cien (100) Laparoscopias, noventa y ocho (98) se realizaron con anestesia local y narcolepto-analgesia, y en dos (2) pacientes (por su estado de aprehensión), se suministró anestesia por inhalación.

TABLA Nº 3

ANESTESIA

	Culdoscopia	Laparoscopia
Local	84	98*
General	16	2

* Más Narcolepto - analgesia.

Culdoscopia:

Vale la pena destacar que en los casos de Culdoscopia con anestesia local, no en todos la relajación fue óptima, lo cual creemos, se puede subsanar con la administración de narcolepto-analgesia, debido a que en los casos de Laparoscopia este sistema facilitó mucho el procedimiento.

Solo en un caso no se pudo practicar el procedimiento, debido a que la perforación del Douglas fue defectuosa y muy posterior, produciéndose sangrado excesivo del peritoneo, haciéndose imposible la visualización endoscópica. El procedimiento hubo de ser practicado por vía suprapúbica.

El espécimen de trompa en su corte segmentario fue comprobado histológicamente en todas las pacientes.

Laparoscopia:

En los cien (100) procedimientos hubo dos casos en los cuales no pudo practicarse el procedimiento. Uno por no estar indicado, como consecuencia de múltiples adherencias en un caso de cirugía abdominal previa, y en otro, por opacificación del lente (penetración del líquido al sistema óptico).

RESULTADOS

Culdoscopia:

Se practicaron cien (100) culdoscopias operatorias con ligadura y sección de trompas. La duración total del procedimiento osciló entre ocho y sesenta minutos con un tiempo promedio de catorce minutos. (Los resultados se expresan en la Tabla Nº 4).

TABLA Nº 4

RESULTADOS

	Culdoscopia	Laparoscopia
Ligadura y sección		
Ligadura y sección		
bilateral	96	98
unilateral	3	
Falla del		
procedimiento	1	2
	100	100

Se practicó ligadura y sección bilateral en noventa y seis (96) pacientes. En tres de ellas se hizo ligadura y sección unilateral por los motivos siguientes: Una paciente tuvo una "salpingectomía previa" por embarazo tubario; en otra, las adherencias de la trompa por proceso inflamatorio previo no permitieron su exteriorización para el procedimiento, y en la tercera de ellas no pudo realizarse por fallas en el sistema de iluminación del instrumento, recurriendo a intervenir la trompa restante por Colpotomía, sin dificultad.

En un caso (que se consideró fallido), no se pudo practicar debido a la penetración defectuosa del Douglas, ocasionando sangrado que impidió la correcta visualización, controlándose con el cierre de la Colpotomía y realizando el procedimiento por vía supra-púbica.

Laparoscopia:

En los casos de Laparoscopias se presentaron dos fallas. Una en la cual las adherencias de cirugía abdominal previa impidieron la visualización de las trompas, y el otro caso (también contraindicado para Laparoscopia por excesiva obesidad), la redundancia del omentum no permitió la individualización correcta para el procedimiento.

EMBARAZOS

Culdoscopia:

En el tiempo transcurrido de dos años de observación de las pacientes sometidas a Culdoscopia se presentó un solo embarazo (1%). Esta paciente presentó embarazo cuatro meses después de haber sido intervenida. A la semana treinta y nueve (39) de embarazo fue sometida a una cesárea, encontrándose una de las ligaduras deslizada al extremo de la fimbria.

Este caso lo hemos considerado como una falla nuestra, más que una falla del procedimiento por sí mismo.

Laparoscopia:

En un tiempo de observación de veinte (20) meses se presentaron dos embarazos (2%). Uno, es muy probable, fue intervenida ya estando embarazada, y en el otro el embarazo ocurrió cinco meses después del procedimiento.

Posteriormente se comprobó la sección unilateral de la trompa y la sección contralateral del ligamento redondo (ocurrencia no infrecuente cuando se inician procedimientos de adiestramiento en Laparoscopia).

El margen de error producido por este procedimiento oscila del 0 al 2%, anotándose como la causa más frecuente la de escogencia del momento operatorio. Por ello se recomienda practicar el procedimiento en la época post-menstrual.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Culdoscopia:

Este se aprecia en la Tabla Nº 5, observándose que en la mayor parte de las pacientes (95%), fue de solo un día y que solo tres requirieron más de cuarenta y ocho (48) horas.

TABLA Nº 5

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Culdoscopia		Laparoscopia	
Horas	Casos	Horas	Casos
6	1	0 — 6	100
24	95		
36	1		
+ 48	3		

Laparoscopia:

En este procedimiento todas las pacientes permanecieron entre dos y seis horas en la clínica. Ninguna pasó la noche hospitalizada.

COMPLICACIONES

Culdoscopia:

Se presentaron cuatro casos de "Morbilidad"; dos inmediatos y dos tardíos. Los de "Morbilidad inmediata" fueron: Uno con hemorragia de la cúpula vaginal (ya mencionado como falla del procedimiento a causa de perforación defectuosa del Douglas), y el otro, un caso de vómito y dis-

tensión post-operatorio que cedió con reposo y antieméticos antes de veinte y cuatro horas.

Los dos casos restantes de "Morbilidad tardía" se debieron a infección. Se trató de casos de Pelviperitonitis, manejada una médicamente y la otra quirúrgicamente. La infección fue atribuída a falla demostrada en el proceso de esterilización del instrumento.

Laparoscopia:

Se presentaron dos casos de Morbilidad: Uno, un hematoma periumbilical en una paciente que no requirió tratamiento especial, y el otro, a causa de una quemadura reconocida durante el procedimiento, ocurrida sobre el intestino delgado, la cual se dejó en observación cuidadosa. Al quinto día, hubo de ser intervenida por presentar signos tempranos de Peritonitis, comprobándose una fístula. La evolución posterior fue satisfactoria con un post-operatorio sin complicaciones.

Sumario

Se presentan cien (100) casos de Culdoscopia operatoria dirigida a Ligadura y Sección tubaria, comparadas con cien (100) casos de Electrofulguración y Sección tubaria por Laparoscopia.

El procedimiento requirió un promedio de catorce (14') minutos para Culdoscopia y de diez y siete (17') minutos para Laparoscopia. En la mayor parte de las pacientes el procedimiento se llevó a cabo utilizando Anestesia Local: 84% para Culdoscopia y 98% para Laparoscopia.

En el grupo sometido al procedimiento de Culdoscopia se presentó un embarazo (1%) probablemente atribuíble a error humano y no a falla del procedimiento. Con Laparoscopia se presentaron dos embarazos (2%), ambos por error; uno de evaluación y otro de procedimiento, susceptibles ambos de ser evitados.

Las complicaciones y la morbilidad fueron bajas: 4% en Culdoscopia y 2% en Laparoscopia (más bajas).

Ambos procedimientos pueden considerarse "efectivos" y "comparables"; sus resultados pueden mejorar de acuerdo con la especialización en uno y otro, y la pericia del operador.

Summary

One hundred cases of operatory Culdoscopy are presented with the purpose of tubal section and ligation compared with one hundred cases of Laparoscopy by electrofulguration and tubal section.

The procedure required for Culdoscopy an average of 14 minutes and 17 minutes for Laparoscopy. Local anesthesia was used in most of the patients; 94% for Culdoscopy, 98% for Laparoscopy.

Within the group submitted to Culdoscopy one pregnancy ocurred probably due to human failure and the other a procedure failure. The two of them susceptible to be avoided.

Complications and Morbility were low; 4% with Culdoscopy and 2% in Laparoscopy.

Both procedures are to be considered successful and comparable results could improve according with skillfullmess of the surgeon as well as his specialized trainning.

BIBLIOGRAFIA

1 CLYMAN, M. J.: "A new panculdoscope diagnostic photographic and operative aspects". Obstet. Gynec. 21: 343, 1963.

2 CLYMAN, M. J.: "A new approach to the study of tubal physiology in situ". Pacif. Med. Surg. 74: 119, 1966.

3 CLYMAN, M. J.: "Importance of culdoscopy in fertility studies". New York, J. Med. 66: 1867, 1966.

4 CLYMAN, M. J.: "Operative Culdoscopy". Obstetrics and Gynecology. Vol. 32, Nº 6, 840, 845, December 1968.

5 DEL CORRAL G. F.: "Ligadura y sección tubaria por Culdoscopia". Rev. Col. Obst. y Gynec. Vol. XXIV, Nº 5, Septiembre-Octubre, 1973. Bogotá, Colombia.

6 WHARTON L., JORDAN J.: Comunicación personal y adiestramiento hecha al autor (F. del Corral). Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. Diciembre 1973.