ESTERILIZACION FEMENINA POR MINILAPAROTOMIA EN PACIENTES AMBULATORIAS: UNA TECNICA MODIFICADA

Vernon Madrigal, M.D.¹

Alfredo Goldsmith, M.D., M.P.H.²

Trabajo presentado en el XI Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. Barranquilla, Colombia. — Este trabajo fue realizado en parte gracias a un grant del IFRP, Chapel Hill, North Carolina (AID/csd 2979).

En este reporte se describe una modificación en la técnica de minilaparotomía que hace posible la operación con un máximo de facilidad, un mínimo de instrumental y sin necesidad de ayudantes.

Aunque la minilaparotomía se efectúa en pacientes en el período postparto y de intervalo desde hace tiempo², no se había encontrado una solución práctica al problema de esterilización femenina en pacientes ambulatorias o en zonas rurales donde el cirujano solo tiene a su alcance equipo e instrumental limitado¹. Vitoon⁴ en Tailandia usa una técnica en la cual el uso de equipo adicional facilita ingeniosamente la operación; sin embargo, esta técnica requiere por lo menos una enfermera para separar las paredes abdominales durante el procedimiento quirúrgico.

En nuestro departamento ambulatorio hemos desarrollado y estamos usando un procedimiento que toma en consideración los siguientes criterios:

1) Un mínimo de instrumental de bajo costo.

2) Rapidez.

3) Premedicación mínima y anestesia local.

4) Que no necesite ayudante.

5) Manipulación mínima de los elementos pélvicos.

Para efectuar esta operación hemos preparado una caja metálica con el siguiente instrumental:

Hoja inferior de un espéculo Graves.

Pinzas cervicales.

Manipulador uterino de Vitoon o pinza modificada de Hulka³.

Mango de bisturí con hoja Nº 10.

Seis pinzas Halstead.

Porta agujas y aguja curva redonda.

Tijera recta.

¹ Director Médico, Asociación Demográfica Salvadoreña, San Salvador, El Salvador.

² Area Coordinator for Latin America, International Fertility Research Program, Chapel Hill, North Carolina, USA.

Tijera de Metzenbaum.

Un sobre de catgut crómico "00".

30 cc. tintura de tiomerosal y seis torundas 4 x 4.

Espéculo Graves de metal para nulípara modificado, modelo Madrigal, de acuerdo al dibujo adjunto y que puede ser preparado en cualquier taller de mecánica.

Aplicador de Tubal Ring^{R5}.

Procedimiento

La paciente vacía su vejiga antes de entrar en la sala de operaciones. Se coloca en decúbito dorsal, las piernas separadas y bien sostenidas por soportes adecuados en una posición de litotomía moderada. La mesa sencilla de operación se pone en posición de Trendelenberg a 35° de la horizontal. Se baña la piel con la solución antiséptica y se coloca la sábana de modo que permita al cirujano trabajar en cualquier parte del abdomen inferior.

Se inyecta por vía intravenosa una solución de Thalamonal* al 2% y la región operatoria se infiltra con 20 cc. de lidocaína al 1%. Se efectúa una incisión transversal justo por encima del sitio donde se palpa el fonde uterino; cuando el útero se moviliza con el manipulador uterino. Se realiza una disección digital del tejido graso hasta llegar a aponeurosis que se incide longitudinalmente por tres o cuatro centímetros. Se abre el peritoneo y se coloca la hoja inferior del espéculo en la cavidad. La hoja superior se coloca después de manera que ocupe el menor espacio posible (ver dibujo) y se rota 180° para poderla articular. Se fi-

jan los tornillos y el espéculo se abre para obtener la mayor visibilidad posible. El fondo uterino aparece en la línea de visión directa del operador, entre las dos hojas del espéculo. El movilizador uterino se mueve hacia abajo y hacia la derecha para hacer visible la trompa y el ligamento derecho. La maniobra contralateral hará visible la trompa y el ligamento izquierdo. Una vez comprobada la movilidad del útero, el aplicador de Tubal Ring^R se utiliza para alzar la trompa ligeramente (usando los ganchos del aplicador) y una banda puede ser colocada. (Si no se cuenta con un aplicador de Tubal Ring^R se puede efectuar un Madlener o Pomeroy, o cualquier otra técnica que el cirujano prefiera). Si hay duda en diferenciar la trompa del ligamento redondo, se aplican bandas a las dos estructuras. Se repite el mismo procedimiento al lado contrario. Después de retirar el espéculo, se revisa la zona operatoria y se efectúa hemostasia si es necesario. La incisión se cierra utilizando una sutura en bolsa de tabaco para el peritoneo, una sutura en puntos separados en la aponeurosis, y tres o cuatro puntos amplios en la piel y tejido subcutáneo. Todo el material de sutura usado es catgut crómico "00".

La operación no toma más de cinco a ocho minutos con una pérdida de sangre mínima.

La paciente se levanta y regresa caminando a su cama, donde descansa por dos horas antes de ser dada de alta. Se prescribe aspirina en caso de dolor y que regrese a la clínica para la visita de control a la semana.

* Janssen Pharmaceutica, Beerse, Belgium (citrate de fentanyl 0.05 mg. y droperidol 2.5 mg./cc.).

MADRIGAL SPECULUM

Figure 2. Female Sterilization by Minilaparotomy Using the Graves Speculum Modified by Dr. Vernon Madrigal.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BRENNER, W. y DINGFELDER, J. Sterilization by Minilaparotomy in Not Recently Pregnant Patients. En Prensa: International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1976.
- 2 Female Sterilization by Minilaparotomy. Population Reports, Department of Medical and Public Affairs, George Washington University Medical Center, Serie C, Número 5, noviembre 1974.
- 3 HULKA, J. F. Laparoscopic Sterilization with Spring Clips. Manual.
- 4 OSHANON, V. Suprapubic Mini-Laparotomy, Uterine Elevation Technique: Simple, Inexpensive and Outpatient Procedure for interval Female Sterilization. Contraception. 10: 251-262, 1974.
- 5 YOON, T. y KING, T. M. The Laparoscopic Falope Ring Technique, Excerpta Medica, Advances in Planned Parenthood, Vol. X, Número 3. 1975.