

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA

Dr. Antonio Gil Almira ¹

RESUMEN

En el presente trabajo se sintetizan algunos aspectos de interés relacionados con la anticoncepción quirúrgica femenina: práctica ginecológica establecida-- particularmente favorecida por el desarrollo de la endoscopia --, cuyas ventajas en cuanto a carácter ambulatorio, eficacia incuestionable y menor índice de complicaciones han contribuido grandemente en la difusión mundial de esta opción para conseguir la supresión permanente de la capacidad reproductiva en la mujer.

Descriptores: ANTICONCEPCIÓN; PLANIFICACIÓN FAMILIAR; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS

Límites: HUMANO, FEMENINO

La explosión demográfica continúa en pleno siglo XXI y alrededor de 6 400 millones de personas habitan hoy nuestro planeta. Según señala el informe sobre el tema del Fondo de Población de las Naciones Unidas del 2004, la población mundial alcanzará 8 900 millones de habitantes en el 2050, lo cual repercutirá desfavorablemente sobre el medio ambiente y la calidad de vida de los seres humanos.^{1,2}

La inquietud motivada por el crecimiento excesivo de los pueblos no es un fenómeno privativo de nuestros tiempos, pues unido a las soluciones propuestas con fines reguladores, ha sido reflejada desde antaño en algunos pasajes históricos.^{2,3}

Los muy antiguos antecedentes de la contracepción involucran indistintamente a hombres y mujeres, pero es sobre esta últimas (que en las sociedades modernas pasan la mayor parte de su vida reproductiva tratando de evitar un embarazo) donde ha recaído siempre el mayor peso de la anticoncepción.^{2,3}

Es indudable que tanto desde el punto de vista individual como social, la salud reproductiva requiere utilizar cuidadosamente los medios más eficaces para prevenir los embarazos no deseados, lo cual ha determinado que se realicen grandes esfuerzos de investigación en busca de nuevos y mejores métodos para controlar la natalidad.²

La anticoncepción (o esterilización) tubárica constituye una postura radical que permite interferir la fecundidad de la mujer para suprimir definitivamente su capacidad reproductiva. Probablemente fueron Zweifel y Thomas quienes primero la intentaron, pero la gran mayoría de los autores coinciden en afirmar que le corresponde al estadounidense Samuel Smith Lungren el privilegio de haber efectuado la primera ligadura tubárica simple en 1880. Desde entonces y hasta nuestros días se han descrito, ensayado y perfeccionado más de un centenar de intervenciones quirúrgicas para lograr la interrupción de la continuidad tubárica de las mujeres, aunque su disponibilidad y aceptabilidad fueron limitadas hasta la década de 1960.^{3,4}

¹ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor

Ahora bien, el decenio subsiguiente marcó el inicio de un enorme incremento en los progresos técnicos y la popularidad del método, que lo han convertido hasta el presente en el procedimiento de planificación familiar más empleado en el mundo entero. Solamente en los Estados Unidos de Norteamérica, más de 5 millones de mujeres fueron sometidas a una operación de este tipo durante la década de los 70 y apenas 10 años después ya eran 700 000 las intervenciones efectuadas anualmente. En el ámbito mundial, de 3 millones en 1950 habían ascendido a más de 108 en 1989.^{3,5,7}

¿En qué consiste?

La anticoncepción tubárica es un método mediante el cual, a través de una intervención quirúrgica, con resección de tejido o no, se consigue modificar la anatomía de la mujer para bloquear el encuentro del espermatozoide con el óvulo y, por ende, la fecundación.^{8,9}

¿Cuáles son sus indicaciones?

Estas no pueden definirse con exactitud. Cada caso debe ser evaluado individualmente, tomando en consideración la salud física y mental de la pareja, pues tanto la mujer como el hombre pudieran cambiar ulteriormente de idea; de ahí que resulte indispensable hacerles saber que en principio se trata de un procedimiento irreversible y sin posibilidades de que en el hipotético caso de que se intentare su reversión, se obtuviera la mejoría suficiente como para conseguir un embarazo posterior seguro.^{8,9}

Grosso modo, las indicaciones pueden clasificarse en 2 categorías: la primera está representada por aquellos factores exógenos sobre los que la mujer no tiene control y que desaconsejan la futura procreación, como las enfermedades clínicas, los trastornos psiquiátricos, las anomalías genéticas, las complicaciones obstétricas y, según algunos, la gran multiparidad. En ocasiones se recomienda (incluso sin tomar en cuenta el hecho de que la mujer haya tenido hijos o no) su uso en féminas cuyo futuro embarazo representaría un riesgo de complicaciones médicas lo suficientemente graves como para requerir el aborto.^{8,9}

La segunda categoría mayor incluye las intervenciones realizadas meramente con propósitos anticoncepcionales en mujeres sanas

que prefieren el método para terminar la procreación.^{8,9}

¿Existen contraindicaciones?

Si bien existen condiciones que demandan una valoración muy cuidadosa antes de tomar la decisión de operar, toda vez que pudieran incrementar los riesgos de complicaciones durante el acto quirúrgico (por ejemplo: enfermedades crónicas, infecciones de la zona operatoria o sistémicas agudas, antecedentes de cirugía pelviana o abdominal complicada), la Organización Mundial de la Salud ha planteado que siempre que esté presente la posibilidad real de una preñez riesgosa, no existirán contraindicaciones absolutas permanentes. Así pues, las consideraciones médicas al evaluar a cada paciente antes de que sea operada, consistirán en sopesar los riesgos de la anticoncepción quirúrgica en relación con los de un embarazo indeseado.^{8,9}

¿En qué momento realizarla?

El momento ideal para la interrupción tubárica es el que coincide con la fase proliferativa del ciclo menstrual en el período de intervalo, a fin de evitar fracasos ante la posible presencia de un huevo ya implantado y porque la operación resulta menos laboriosa al encontrarse los tejidos menos vascularizados.^{6,8}

La anticoncepción quirúrgica asociada a una operación cesárea representa una oportunidad común y conveniente para realizar el procedimiento, pero no deberá jamás constituir una indicación para la extracción abdominal del producto de la concepción.

Las mejores condiciones para operar sobre las trompas mientras transcurre el puerperio se obtendrán durante el curso de las primeras 48 horas subsiguientes al alumbramiento.^{6,8}

¿Qué tipo de anestesia utilizar?

La anestesia local es indiscutiblemente preferible a la mayoría de las técnicas empleadas para la anticoncepción tubárica y hoy en día la que se recomienda administrar cuando la intervención se ejecuta a través de una minilaparotomía o bajo visión endoscópica; no obstante, en algunas circunstancias pudiera imponerse la administración de anestesia adicional, por ejemplo, si fuera imperioso prolongar la incisión o el tiempo operatorio.^{6,8-10}

¿Deja secuelas?

Después de intervenidas quirúrgicamente, la mayoría de las mujeres se sienten satisfechas con su decisión de no continuar procreando, no obstante lo cual se han enumerado algunos conflictos interpersonales que incluyen remordimientos, trastornos del comportamiento y ciertas psicosis francas.^{6, 8, 9}

El dilema más frecuente, aunque raro, se presenta cuando en un matrimonio inestable después de la operación, la mujer desea recuperar su fertilidad por haberse unido a una nueva pareja.⁶

Ni práctica ni teóricamente se ha demostrado la producción de efectos biológicos colaterales desfavorables a corto o largo plazo.^{8, 9}

¿Es reversible?

La anticoncepción tubárica, procedimiento en principio irreversible, es sin embargo potencialmente factible de reversión; pero las posibilidades de un embarazo intrauterino posterior a la restitución son extremadamente variables, por cuanto está comprometida toda una gama de factores que participan en el éxito final de la intervención.^{6, 8, 9, 11, 12}

Si bien los procedimientos menos destructivos tienden a hacer la operación mucho más reversible, el oviducto tiene numerosas funciones complejas, por lo que el restablecimiento de su anatomía no significa que necesariamente se restituyan sus acciones. Además, aunque desde el punto de vista técnico se logre restablecer la continuidad de este, la incidencia de embarazo tubárico (con sus considerables peligros y complicaciones) ha sido informada en 10 % de las mujeres reintervenidas con ese objetivo.^{5, 8, 9, 12, 13}

¿Son posibles los fracasos?

Al referirnos a la anticoncepción quirúrgica, se entiende por "fracaso" la ocurrencia de una gestación después de haberse realizado la operación por cualquiera de las técnicas conocidas.^{5, 6, 14}

Aunque las intervenciones se efectúen correctamente, un reducido porcentaje de las mujeres operadas continuarán siendo susceptibles de quedar embarazadas de nuevo. La selección de las pacientes, la técnica ejecutada, el equipo empleado en los procedimientos endoscópicos y el propio cirujano (que in-

cluso introduce pequeñas variaciones personales en una misma técnica) son factores, entre otros, que influyen grandemente en la efectividad del proceder.^{7, 9, 13, 14}

No obstante, las causas del fracaso de la esterilización tubárica suelen ser clasificadas en 3 grandes grupos:

1. Fracasos verdaderos:

- Fistulación
- Recanalización
- Permeabilización
- Lesión incompleta

2. Errores quirúrgicos:

- Olvido
- Error de identificación

3. Fallas del equipo⁶

- En los procedimientos endoscópicos

¿Se comprueba su eficacia?

Algunos cirujanos son partidarios de verificar la efectividad de la oclusión tubárica antes de que la mujer se exponga a los riesgos de un nuevo embarazo. Para estos fines fueron recomendadas la insuflación de gas y la histerosalpingografía; procedimientos riesgosos e innecesarios cuando las operaciones han sido realizadas en las trompas por cirujanos calificados y cumpliendo los requisitos técnicos descritos para cada método.⁶

VÍAS DE ACCESO

Los procedimientos quirúrgicos que universalmente se realizan para bloquear las trompas uterinas, difieren si se ejecutan a continuación de un parto (momento en el cual los oviductos están retirados de la pelvis) o en el período de intervalo (en el que las tubas se localizan en la cavidad pelviana).

Respetando estas diferencias de localización, en ocasiones a la necesidad de reducir los riesgos quirúrgico y anestésico con la disminución del tiempo operatorio en otras, o sencillamente debido a intereses puramente estéticos, se han desarrollado diferentes vías para llegar hasta las trompas uterinas cuando se les pretende ocluir, a saber:

1. Abdominal

- Laparotomía
- Minilaparotomía
- Microlaparotomía
- Inguinal
- Laparoscopia

2. Vaginal

- Colpotomía
- Culdoscopia
- Histeroscopia

• Vía abdominal

El acceso a los oviductos a través de la vía abdominal^{6, 15} puede efectuarse mediante 5 formas:

1. Laparotomía: Necesita de una incisión lo suficientemente grande en la pared abdominal anterior, que permita operar manualmente sobre las trompas; sin embargo, sería ilógico recurrir actualmente a esta vía de acceso con el único objetivo de bloquear los conductos uterinos.¹⁵
2. Minilaparotomía: Se hace una pequeña incisión en la pared abdominal, y mediante la utilización de un instrumento insertado a través del cérvix, se moviliza el útero para atraer las trompas hacia esta.¹⁰
3. Microlaparotomía infraumbilical: Se ejecuta después del parto mediante la realización de una incisión de 2 centímetros en el mismo reborde umbilical inferior.¹⁵
4. Vía inguinal: Con propósitos estéticos, se abre la cavidad peritoneal al nivel del anillo interno del conducto inguinal para atraer, extraperitonizar y operar sobre las trompas.^{3, 6}
5. Laparoscopia: A través de una pequeña incisión en la pared abdominal se introduce un aparato endoscópico que permite ver y

trabajar instrumentalmente en los conductos.^{3, 5, 6, 8, 11, 14}

• Vía vaginal

A través de esa vía, el acceso hasta las trompas uterinas puede adquirir 3 modalidades diferentes:^{6, 15}

1. Colpotomía: Permite operar sobre los oviductos con visión directa, pero la Organización Mundial de la Salud ha prohibido oficialmente el empleo de esta vía para realizar operaciones de los anejos.^{6, 15}
2. Culdoscopia: El acto quirúrgico se efectúa a través de un equipo endoscópico. Esta técnica constituyó el primer método de esterilización endoscópica aceptado universalmente, pero ha sido sustituida totalmente por la endoscopia.⁶
3. Histeroscopia: Se llega a las trompas de Falopio a través del cérvix y la cavidad uterina.⁸

Una vez que los oviductos hayan sido alcanzados o resulten visibles, pueden ser obstruidos de muy diversas maneras:

- Bajo visión directa pueden ser ligados y resecados, así como aplicar grapas y anillos sobre ellos.
- Con las técnicas endoscópicas, los únicos métodos utilizados actualmente son la electrocoagulación y la aplicación de grapas y anillos.
- A través de la histeroscopia se abordan por su porción intrauterina y se intenta la oclusión de estos mediante el uso de tapones de cerámica, silicona, diferentes adhesivos, sustancias esclerosantes y criocirugía, añadidas técnicas de diatermia y coagulación, capaces de inducir cambios morfológicos obstructivos en el epitelio tubárico.^{8, 15}

ABSTRACT

Female Surgical Contraception

In this work some aspects of interest related to the female surgical contraception are synthesized: established gynecological practice, particularly favored by the development of endoscopy, advantages of which such as ambulatory character, unquestionable effectiveness and lower index of complications have greatly contributed to the spreading all over the world of this option to achieve the permanent suppression of the reproductive capability of the woman.

Subject headings: CONTRACEPTION; FAMILY PLANNING; GYNECOLOGICAL SURGICAL PROCEDURES

Limits: HUMAN, FEMALE

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crece rápidamente la población mundial. Periódico Granma. 2004 Sept 16; Hilo directo:3.
2. Hatcher R, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton J. Lo esencial en la tecnología anticonceptiva. En: Programa de Información a la Población. Baltimore: Williams and Wilkins, 1999: 25.
3. Wilson E. The evolution of methods for female sterilization. Gynaecol Obstet 1995; 51 Supl 1: 3-13.
4. Wilson E. Sterilization. Baillieris Clin Obstet Gynaecol 1996; 10 (1): 103-19.
5. Cunningham F. Williams Obstetris. 21 ed. New York: Mc Graw-Hill, 2001:1555-62.
6. Patterson H, Pollack A, Warshaw J. Esterilización tubárica. En: Rock J, Thompson J. Telinde. Ginecología quirúrgica. 8 ed. Buenos Aires: Médica-Panamericana, 1999:295-331.
7. Pati S, Cullins V. Female sterilization. Evidence. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27 (4): 859-99.
8. Rodríguez O. Esterilización quirúrgica. En: Peláez J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2001:349-60.
9. Huevo C. Pautas médicas y de prestación de servicios para planificación familiar. Londres: IPPF, 1998:145-59.
10. Ruminge J, Lynan P. A fifteen year review of female sterilization by minilaparotomy under local anesthesia in Kenya. Contracepcion 1997; 55 (4):249-60.
11. Friedman A, Laufer M. Laparoscopy, hysteroscopy, and laser surgery. En: Ryan K, Barkowitz R, Barbieri R. Kistner's gynecology; principles and practice. 6 ed. St Louis: Mosby, 1995:166-9.
12. Hunt R, Díaz D. Tubal anastomosis. En: Hunt R. Atlas of female infertility surgery. 2 ed. Missouri: Mosby Year Book, 1992:331-51.
13. Patterson H, Xia Z, Hugges J, Wilcox L, Ratliff L, Trusell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the US Collaborative Review of sterilization. Am J Obstet Gynecol 1996;174 (4):1161-70.
14. Stubblefield P. Planificación familiar. En: Berek J, Adashi E, Hillar P. Ginecología de Novak. 12 ed. México, DF: Mc Graw-Hill Interamericana, 1997:227-78.
15. Filshie M. Laparoscopic sterilization. Semin Laparosc Surg 1999; 6 (2):112-7.

Dr. Antonio Gil Almira José A Saco nr 1064, entre 2^{da} y 3^{ra}, Reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba 3, Código Postal 90300

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gil Almira A. Anticoncepción quirúrgica femenina [artículo en línea]. MEDISAN 2004;8(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_2_04/san05204.htm> [consulta: fecha de acceso].