

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL
SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO
CASTAÑEDA ESCOBAR"

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"OCLUSION TUBARIA BILATERAL POR
LA TECNICA UCHIDA"

267943
267943

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. GUADALUPE ALVAREZ NAVA

ASESOR:

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

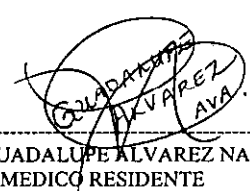
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



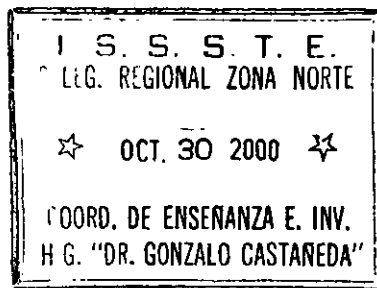
DRA. MARTHA NAVARRO LEON
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
Y ASESOR DE TESIS



DRA. GUADALUPE ALVAREZ NAVA
MEDICO RESIDENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA ESCOBAR"

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"OCLUSION TUBARIA BILATERAL POR LA TECNICA UCHIDA"

REPORTE PRELIMINAR

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ

INVESTIGADOR ASOCIADO: DRA. GUADALUPE ALVAREZ NAVA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS Y A LA VIRGEN: POR DARME LA DICHA DE VIVIR,
OTORGARME SABIDURIA Y FORTALEZA
EN LOS MOMENTOS DIFICILES DE MI VIDA.

A MI ESOSO: A MI DULCE Y TIERNO PEDIATRA Y AGRESIVO INTENSIVISTA.
SIGNIFICAS UN SIN FIN DE COSAS MARAVILLOSAS Y SOBRE
TODO UN GRAN ORGULLO EN MI VIDA.

A MI MAMA: ERES UN GRAN EJEMPLO DE LUCHA Y TENACIDAD,
GRACIAS POR TODO LO QUE ME HAS DADO
TE QUIERO DEMASIADO.

A MI GRAN PAPA: SIEMPRE ESTAS EN MIS PENSAMIENTOS,
SIGUES SIENDO UN IMPULSO EN MI VIDA
GRACIAS POR TU INVALUABLE AMOR.
TE EXTRAÑO MUCHO.

A MIS HERMANOS: JOSE ROBERTO, MARTHA, JESUS, RAFAEL Y BETY:
POR TODO SU APOYO Y CONFIANZA EN MI.

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ: POR DARME LA OPORTUNIDAD DE APRENDER
UN POCO DE SU GRAN EXPERIENCIA
Y SABIDURIA Y POR SU DEDICACION
PARA LOGRAR ESTE PROYECTO.

A TODAS MIS PACIENTES: POR CONFIAR EN MI.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
MATERIAL Y METODO	9
RESULTADOS	10
CONCLUSIONES	12
GRAFICAS	13
BIBLIOGRAFIA	20

RESUMEN

Introducción: Se cuenta en la actualidad con diferentes técnicas quirúrgicas para la esterilización femenina, siendo la técnica de Uchida la que representa un 100% de efectividad.

Objetivos: Demostrar la efectividad de la cirugía en la Institución.

Material y Método: Se incluyeron 50 pacientes del sexo femenino, con paridad satisfecha y que autorizaban por escrito la realización de la oclusión tubaria bilateral por medio de la técnica de Uchida, se excluyeron aquellas que presentaban síndrome anémico, cardiopatías, alteraciones metabólicas o que no dieran su consentimiento por escrito para la realización del procedimiento. Previo al procedimiento quirúrgico y con base al expediente clínico se obtuvieron los siguientes datos: Nombre, edad, cédula, domicilio, teléfono, número de gestas, vía de resolución de la gesta o gestaciones previas, ritmo menstrual, presencia de dismenorrea leve o incapacitante y fecha de última menstruación. Posterior al evento quirúrgico se clasificó a las pacientes en 3 grupos de acuerdo al momento quirúrgico: Transcesárea, posparto y de intervalo. Se tomó en cuenta tiempo quirúrgico, tipo de incisión y días de estancia intrahospitalaria, así como presencia de complicaciones.

Resultados: El promedio de edad fue entre 25 y 42 años y ninguna fue excluida ni eliminada ya que todas cumplieron con los criterios de ingreso. El 34% eran Gestas II, el 38% Gestas III y el 14% Gestas IV, la resolución de las gestas en un 44% fueron por vía vaginal, el 40% por cesárea y el 16% de intervalo. El abordaje quirúrgico fue suprapúbico transversal en 29 pacientes, infraumbilical en 15 pacientes, transumbilical en 7, media infraumbilical en 12 pacientes e incisión Pfannenstiel en 10 pacientes. Los días de estancia intrahospitalaria fue de 1 día en 29 pacientes, 2 días en 17, 3 días en 3 y 4 días en un solo caso. La decisión por parte de las pacientes de realizar la oclusión tubaria bilateral se llevó a cabo en 22 posparto, 20 transcesárea y tan sólo 8 se realizaron de intervalo. El tiempo quirúrgico fue de 9 a 36 minutos y la única complicación presentada en el transoperatorio fue el desgarro del mesosálpinx de la tuba uterina derecha.

Conclusiones: El método Uchida aunque más complicado es más seguro e inocuo y el seguimiento de las pacientes consistió en la valoración del método confirmando la ausencia de embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Itself cuentan currently with different technical quirurgical for the sterilization female, being the tecnica Uchida the one that represents a 100% of effectiveness.

Objective: To shoe the effectiveness of the surgery in the institution.

Material and Method: Are included 50 patient of the female sex with paridad satisfied who they authorized in writing the execution of the tubaral oclution bilateral through the technique of Uchida. Prior to the Procedure and in base to the clinical expedient the following data were obtained: Name, age, decree, residence, telephone, number of gestas and ways of resolution of the prior gestations. After the event quirurgical were classified to the patient in 3 groups according to the moment quirurgical: Transcesarea, posparto and of intervalo.

Resultados: The age of the patient was understood among the 25 and 42 years. The 34% they were gestas II, the 38% gestas III and the 14% gestas IV, the resolution of the gestas in a 44 % they went by way vaginal, the 40% by cesarea and the 16% of intervalo. The quirurgical abordage was suprapubico transverso in 29 patient, infraumbilical in 15, transumbilical in 7, average infraumbilical in 12 and Pfannenstiel in 10 patient.

The days of stay intrahospitalarial went of a day in 29 patient, 2 days in 17, 3 days in 3 and 4 days in an only case. The decition of the part of the patient of carrying out the tubaral oclution bilateral was carried out posparto in 22 patient, transcesarea in 20 and so only 8 patient was carried out like intervalo. The time quirurgical was from 9 to 36 minutes and the only complication presented was the 1 tear of the mesosalpinx of the tuba uterina right in a patient one.

Conclutions: The method Uchida, although more complicated is insurance and inocuo, the follow of the patient it consisted of the appraisal of the method, being confirmed the absence of embarrassment.

OCLUSION TUBARIA BILATERAL POR LA TECNICA DE UCHIDA. REPORTE PRELIMINAR.

INTRODUCCION:

La esterilización quirúrgica es el método más frecuente para el control de la fecundidad entre las parejas de Estados Unidos, la histerectomía ya no se considera para la esterilización, por que la morbimortalidad son demasiado elevadas en comparación con la esterilización tubaria. En Estados Unidos son frecuentes 4 procedimientos:

- Esterilización tubaria en el momento de laparotomía, por operación cesárea u otra operación abdominal.
- Minilaparotomía posparto poco después del parto vaginal.
- Minilaparotomía de intervalo.
- Laparoscopia.

En el momento de la operación cesárea la esterilización tubaria no añade ningún riesgo, salvo el de prolongación ligera del tiempo operatorio. Sin embargo, el nacimiento por operación cesárea tiene más riesgo que el parto por vía vaginal, por lo que la esterilización planeada no debe influir en la decisión de efectuar operación cesárea. La esterilización no tiene mayores probabilidades de fracasar si se efectúa durante la operación cesárea que en otras ocasiones. (2)

Minilaparotomía posparto, en el período posparto inmediato el útero esta aumentado de tamaño y las trompas de Falopio se encuentran en la parte media del abdomen, por lo que son fácilmente accesibles a través de una incisión subumbilical pequeña de 3 a 4 cm de longitud, en este caso la esterilización puerperal temprana acorta la permanencia en el hospital y permite a menudo el uso del mismo anestésico para el parto y la esterilización, esta se realiza durante las primeras 24 a 48 hrs después del parto. (2,3)

Minilaparotomía de intervalo. Uchida fue el primero en describir este procedimiento. Se redescubrió y puso en boga a principios del decenio de los 70, como reacción a la demanda incrementada de procedimientos de esterilización y como una alternativa más sencilla que la laparoscopia. En el estado no grávido, el útero y las trompas se encuentran en la profundidad de la pelvis. Se efectúa una pequeña incisión suprapúbica transversal, y se elevan a continuación útero y trompas justo por debajo de la incisión mediante una sonda elevadora del útero colocada dentro de la cavidad uterina a través de la vagina. La minilaparotomía de intervalo suele efectuarse como procedimiento quirúrgico ambulatorio y se puede lograr con facilidad bajo anestesia local y sedación consciente. (3)

Siempre que se plantea esterilización después del parto, es preciso revalorar las condiciones maternas y fetales antes de proceder a la cirugía. El pediatra debe valorar la salud del recién nacido y el obstetra no encontrar contraindicaciones a la cirugía electiva. (3)

El procedimiento Uchida fue introducido en 1960, incorporando en la técnica quirúrgica la parte proximal de la tuba uterina dentro de la luz de la serosa sin tomar el ligamento tuboovárico. Lo más importante de este procedimiento incluye la transección de la porción proximal ampular de la tuba y resección de 4 a 5 cms de segmento. Algunas veces se produce hemorragia cuando se desprende el mesosálpinx, por lo tanto en manos menos hábiles que las de su creador el método de Uchida puede requerir más tiempo y resultar más difícil. (3,6,7)

El edema local provocado por el embarazo, con el adicional líquido inyectado y con el subsiguiente segmento removido, la habilidad de proliferación en la mucosa de la tuba repara este defecto. (3,6,8)

Trabajando conjuntamente con el servicio de patología es crucial para una óptima obtención de benignidad en un simple procedimiento operativo. (4,6)

Desde 1976 hay reportes de índices excelentes de embarazo (60-80%), en mujeres que han revertido la esterilización a través de recanalización tubaria, cuando se les realizó mediante la técnica de Uchida. (5,7)

En el periodo comprendido de enero de 1977 a octubre de 1979, 34 pacientes solicitaron recanalización tubaria. (1,5)

El tiempo de esterilización y recanalización fue un promedio de 7.6 años (1 – 17 años). En un gran porcentaje (74%) la razón fue que se deseaba un nuevo hijo por un nuevo matrimonio. Se les realizó la recanalización a las pacientes:

1. Que no tuvieran contraindicación para la cirugía.
2. En quienes se encontrara en su expediente la técnica de esterilización.
3. Ciclos ovulatorios regulares. (5)

El procedimiento quirúrgico se lleva a cabo de acuerdo a la técnica convencional, anastomosando la región de acuerdo al sitio estenosado, por incisión Pfannenstiel. (5,7)

Se utilizó ampicilina, cefalosporina o penicilina-kanamicina, durante la cirugía, suspendiéndose posteriormente comprobándose que no era necesario. (5)

El 56% de las pacientes lograron embarazarse posterior a la recanalización tubaria. (5)

En el 62% de los casos la canalización fue más sencilla sobre todo cuando se tenía cirugía Pomeroy, Uchida o sección de tuba uterina, siendo más difícil la recanalización en pacientes con cauterización tubárica o fimbriectomía. (5)

Uchida realizó 20,000 esterilizaciones en un periodo de 28 años, por medio de su técnica, sin tener conocimiento de falla, es decir, un método al 100% efectivo. (4)

MARCO TEORICO

METODO UCHIDA

Desarrolló Uchida este método hacia la mitad de la década de los años 40's.

Se realiza una incisión de 1 cm y se extrae toda la trompa del abdomen con un elevador uterino y pinzas especiales.

Se utiliza cualquier tipo de incisión abdominal.

Se inyecta una solución de clorhidrato de fenilefrina al 1:100,000 y una solución salina debajo de la serosa.

De la ampolla tubárica, de modo que quede bien separada la muscular subyacente. Se practica entonces una incisión en la serosa para exponer la túnica muscular y se resecan de inmediato unos 5 cms. de trompa. El extremo proximal que ligado con catgut crómico se retrae espontáneamente en el interior de la bolsa serosa previamente creada e inmediatamente después se reúnen los bordes de la incisión serosa mediante una sutura en bolsa de tabaco con catgut crómico que incluye el extremo tubárico distal de forma que se proyecte en la cavidad abdominal. (3)

MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio longitudinal, prospectivo y observacional. Se realiza entre Marzo de 1999 y Marzo del 2000, en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda Escobar" del I.S.S.S.T.E., incluyéndose en dicho estudio pacientes entre 25 y 42 años, con paridad satisfecha, que autorizen la realización de la oclusión tubaria bilateral por la técnica de Uchida, en quienes el servicio de pediatría certificó el adecuado estado de salud del recién nacido, en los casos de obtención del producto por parto vaginal o cesárea antes de 24 hrs, también que cumplieran con ayuno mínimo de 6 hrs.

Fueron excluidas las pacientes con síndrome anémico, cardiópatas, con alteraciones metabólicas o que no dieran su consentimiento por escrito para la realización del procedimiento.

Previo al procedimiento y con base al expediente clínico se obtuvieron los siguientes datos: Nombre, edad, cédula, domicilio, teléfono, número de gestas, vías de resolución de las gestaciones previas, ritmo menstrual, presencia de dismenorrea leve o incapacitante y fecha última de menstruación.

Posterior al evento quirúrgico se clasificaron a las pacientes en 3 grupos: transcesárea, posparto y de intervalo. Así como sus días de estancia intrahospitalaria, tipo de incisión quirúrgica empleada y posibles complicaciones, así como resultado confirmatorio por el servicio de patología.

RESULTADOS.

Ingresaron al presente estudio un total de 50 pacientes, ninguna fue excluida ni eliminada, todas cumplieron con los criterios de ingreso.

La edad de las pacientes fluctuó entre 25 y 42 años (33.62 ± 4.41 años).

El 34% (17 pacientes) eran GII, seguidos de 19 pacientes (38%) eran GIII y 7 pacientes (14%) eran GIV, dentro de lo más importante, como se muestra en la gráfica 1.

La resolución de las gestas fue en un 44% (22 pacientes), fue por vía vaginal, en 40% de los casos (20 pacientes) por cesárea y en 16% (8 pacientes) de intervalo. (Gráfica 2)

El abordaje quirúrgico fue suprapúbico transverso en 29 pacientes (58%), infraumbilical en 15 pacientes (30%), transumbilical en 7 pacientes (14%), media infraumbilical en 12 pacientes (24%) y Pfannenstiel en 10 pacientes (20%). (Gráfica 3)

Los días de estancia hospitalaria de las pacientes fue de 1 día en 29 de los casos (58%), de 2 días en 17 pacientes (34%), 3 días en 3 pacientes (6%) y 4 días en 1 caso (2%). (Gráfica 4)

La mayoría de las cirugías se llevaron a cabo sin complicaciones (98%), observándose solo en 1 caso una complicación, la cual consistió en desgarro del mesosálpinx, por lo que hubo necesidad de realizar salpingectomía derecha.

La decisión por parte de la paciente de realizar la obstrucción tubaria bilateral se llevó a cabo posparto en 22 pacientes (44%), transcesárea en 20 pacientes (40%) y tan solo de 8 (16%), se realizó como intervalo. (Gráfica 5)

El tiempo quirúrgico en términos generales fue de 9 a 36 minutos ($x 20.32 \pm 7.58$ minutos), al realizar tabla de contención entre tipo de obstrucción tubaria bilateral y tiempo quirúrgico, los resultados pueden observarse en la Tabla 6 y Gráfica 6

TABLA 6.

TIEMPO QUIRÚRGICO	
TIPO DE OTB	
INTERVALO	32.25 ± 2.71 MIN
POSPARTO	22.82 ± 3.25 MIN
TRANSCESAREA	12.80 ± 2.67 MIN

En cuanto a la relación entre el momento quirúrgico y el tipo de incisión los resultados se mencionan en la Tabla 7 y Gráfica 7.

TABLA 7.

MOMENTO QUIRÚRGICO				
<u>TIPO DE INCISION.</u>	<u>INTERVALO</u>	<u>POSPARTO</u>	<u>TRANSCESAREA</u>	<u>TOTAL</u>
SUPRAPUBICA	6			6
INFRAUMBILICAL		15		15
TRANSUMBILICAL		7		7
MEDIA INFRAUMBIL	2		10	12
PFANNENSTIEL			10	10
			PACIENTES	50

El tiempo quirúrgico comparado contra el tipo de incisión reveló que la cirugía con mayor tiempo fue llevada a cabo cuando la incisión fue de tipo suprapúbica transversa, con un promedio de 33 minutos, y la que llevó menos tiempo fue la incisión Pfannenstiel con un promedio de 13 minutos en la realización de OTB.

En la tabla 8, se representa más específicamente lo comentado.

TABLA 8.

TIEMPO QUIRURGICO PROMEDIO.

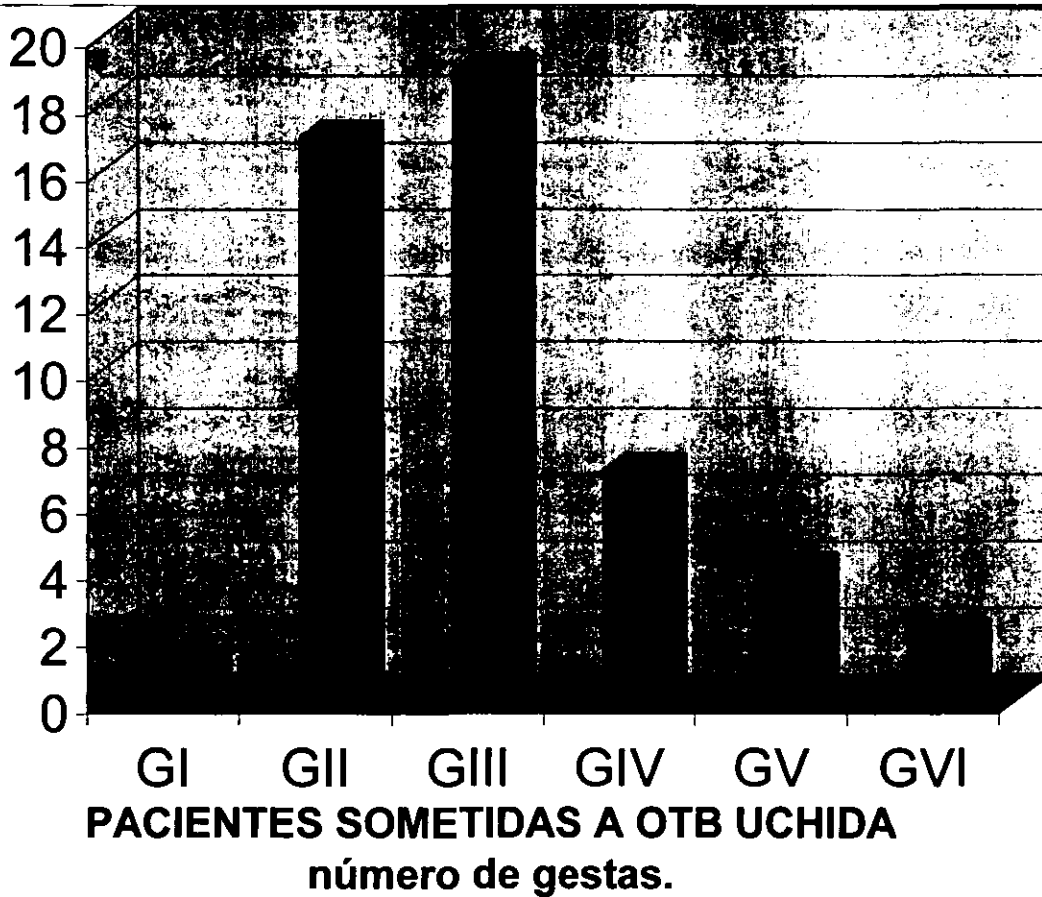
<u>TIPO DE INCISION.</u>	
SUPRAPUBICA TRANSVERSA	33 min.
INFRAUMBILICAL	22 min.
TRANSUMBILICAL	24 min.
MEDIA INFRAUMBILICAL	16 min.
PFANNENSTIEL	13 min.

En cuanto al tipo de incisión relacionado con el tipo de OTB, se encontró que para la suprapúbica transversa fue más usada en la oclusión tubaria bilateral de intervalo, la infraumbilical y transumbilical se utilizaron más en el posparto y finalmente la media infraumbilical y la Pfannenstiel se usaron más en forma transcesárea.

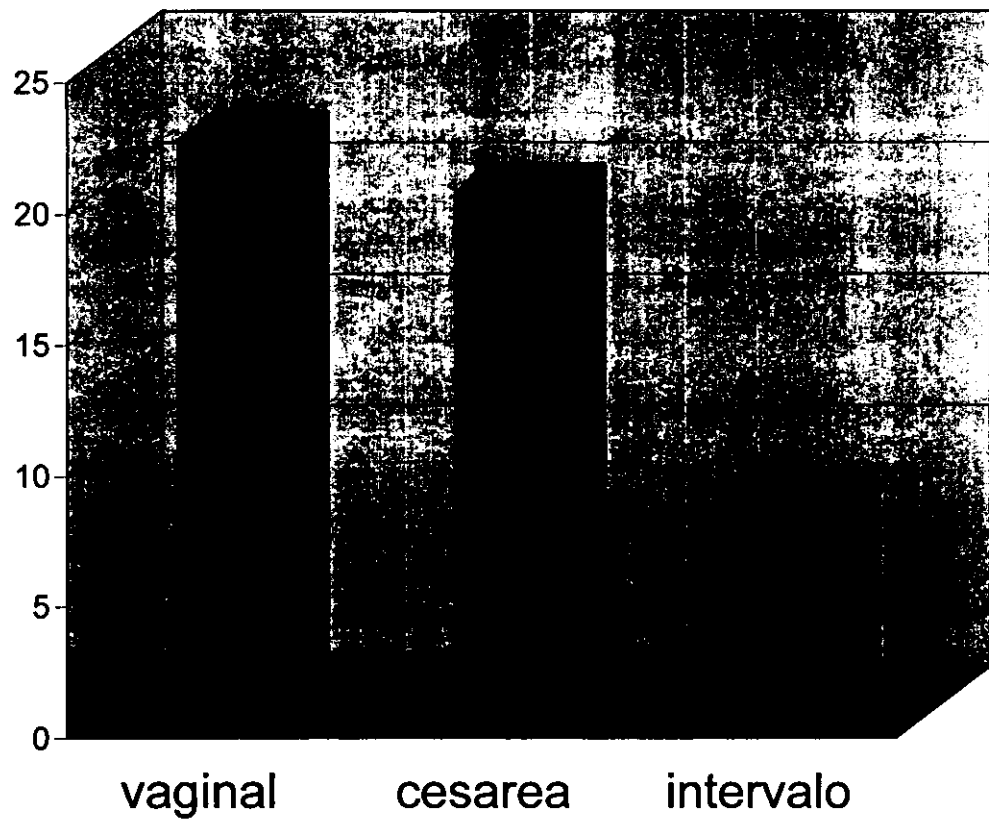
CONCLUSIONES:

1. Consideramos que la esterilización Uchida realizada durante las primeras 48 hrs después del parto, es en la actualidad el método puerperal más eficaz, económico y sencillo, con un potencial adecuado para recanalización.

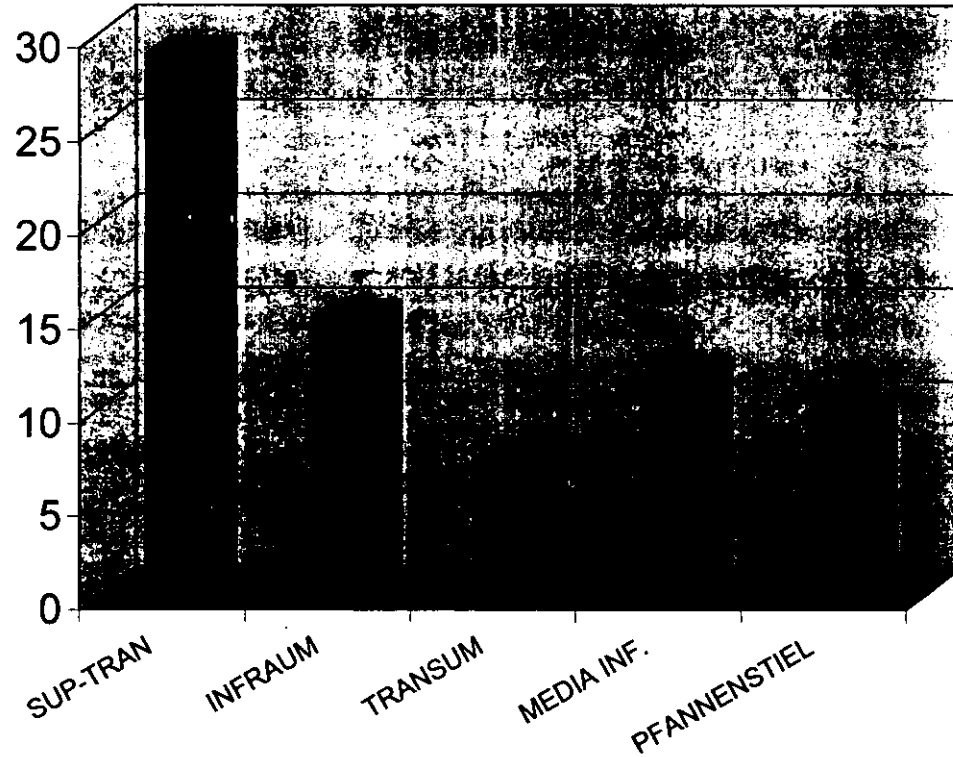
El método Uchida, aunque más complicado es seguro e inocuo.
2. Madlener, Pomeroy, Irving, métodos laparoscópicos, cauterizaciones y la fimbriectomía pueden estar asociados con las siguientes complicaciones: Embarazo uterino de repetición, gestación tubárica, inflamación como resultado de un disturbio en la circulación sanguínea y tejido necrótico, adherencias, oclusión fimbrial e hidrosálpinx, situaciones que no se presentan con la esterilización por medio del método Uchida.
3. En el presente estudio, se observó un mínimo de complicaciones en las pacientes sometidas a este método de esterilización.
4. El seguimiento de las pacientes consiste en la valoración del método de esterilización, confirmando la ausencia de embarazo, situación que efectivamente se ha presentado en el 100% de las pacientes sometidas a esta intervención quirúrgica.
5. Durante el presente estudio se observó falla en la esterilidad con el método de Pomeroy, ya que una paciente sometida a esta técnica un año previo, tuvo que realizarse técnica de Uchida posterior al término de un embarazo gemelar.



GRAFICA 1.

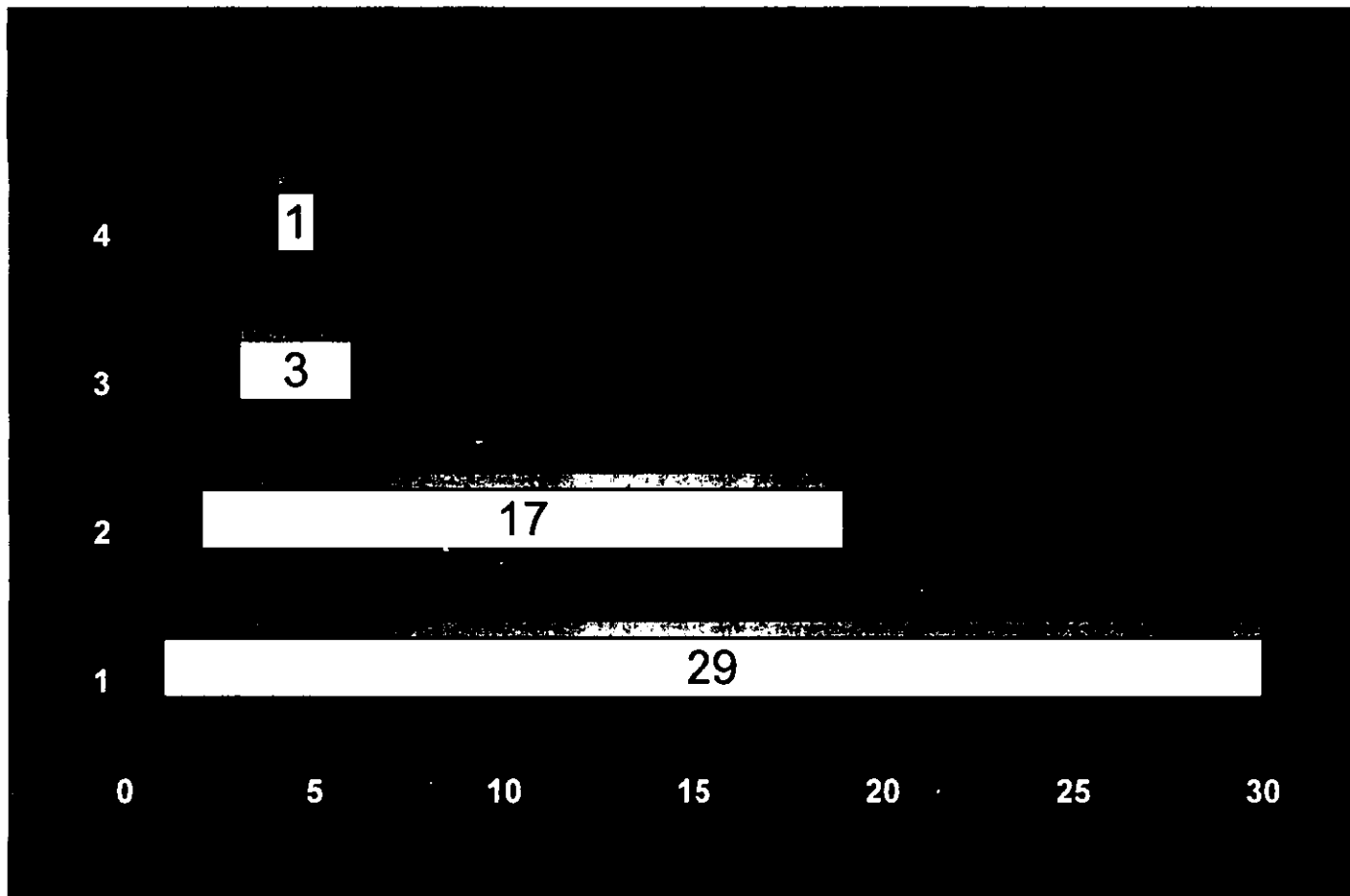


RESOLUCION DE LAS GESTAS.

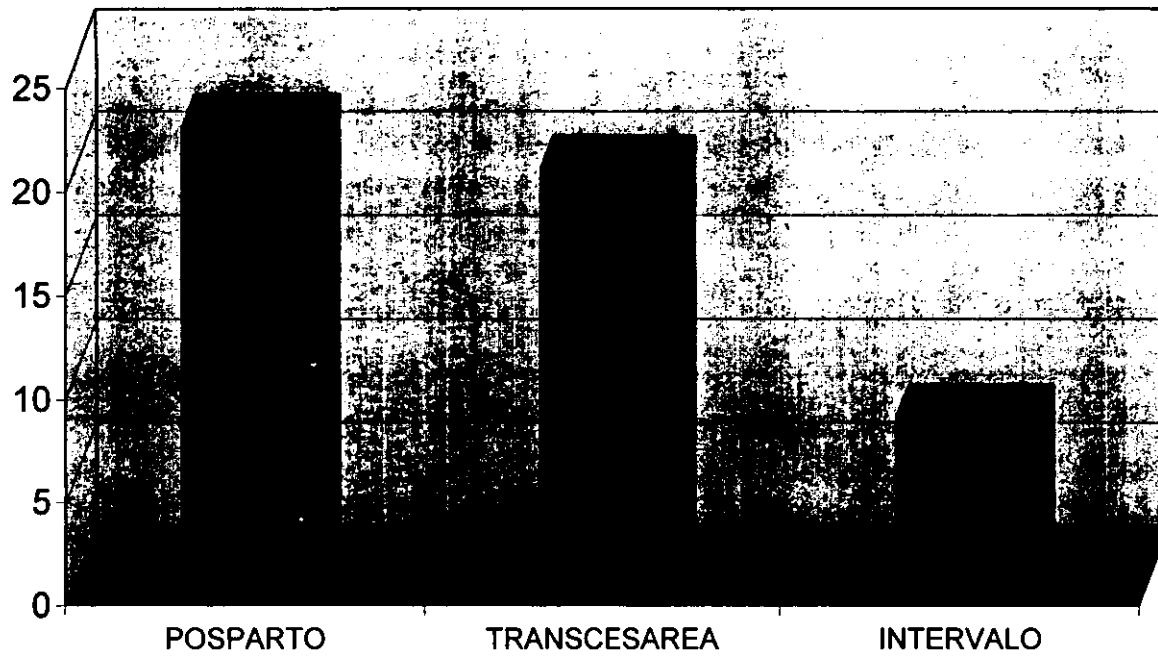


ABORDAJE QUIRURGICO

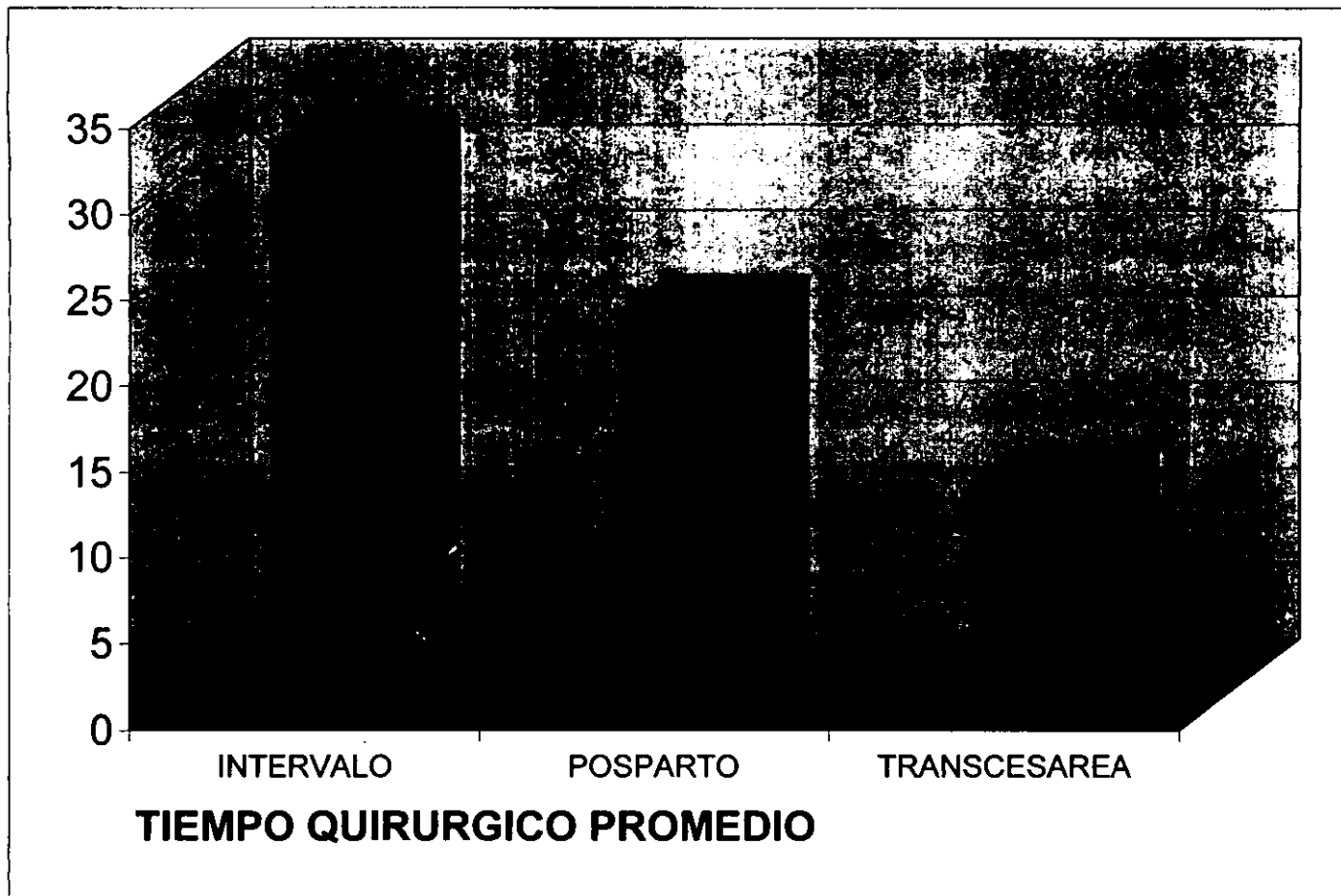
GRAFICA 3.



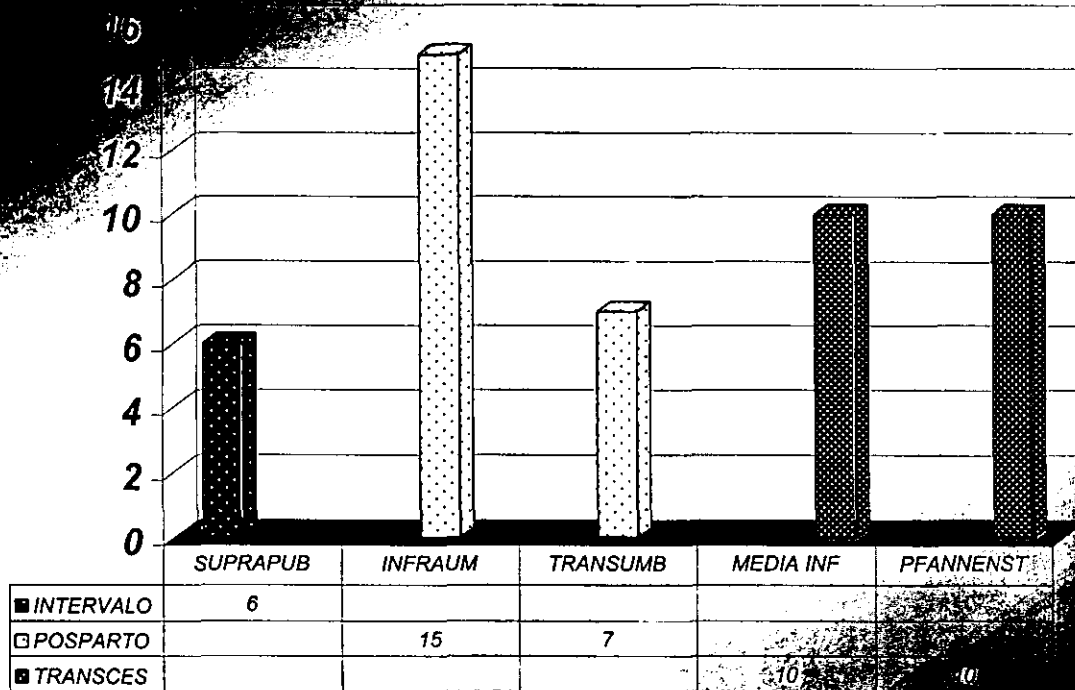
GRAFICA 4.



MOMENTO DE DECISION DE OTB



GRAFICA 6.



TIPO DE INCISION MAS FRECUENTE

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez Frank, Faundes Anibal, Brache Vivian. Prospective study of the pituitary-ovarian function after tubal sterilization by the Pomeroy or Uchida techniques. *Fertility and Sterility* 1989;51:604-608
2. Berek JS, Hillard PA, Adashi E. *Ginecología de Novak* Editorial MacGraw Hill, México D.F. 12ª edición, 1997 ; 259-61
3. *Clínicas Obstétricas y ginecológicas. Actualización sobre obstetricia operatoria.* Vol 2 1980 ; 659-670
4. Kenroku-motomachi Kanazawa, Ishikawa, Uchida tubal sterilization. *Am J Obst Gynecol* 1975;121:153-158
5. Pei Xue, M.D. Yuen-Yu Fa, M.D. Microsurgical reversal of female sterilization. *Journal of Reproductive Medicine* 1989;34:451-455
6. Richard J. Stock, MD, MPH. Tubal patency following "UCHIDA" tubal ligation. *Obst Gynecol* 1980;56:521-525
7. Simon R. Henderson, M.D., D. Phil. Reversal of female sterilization: Comparison of microsurgical and Gross surgical techniques for tubal anastomosis. *Am J Obst Gynecol* 1981;139:73-79
8. Thomas J. Benedetti, Frank C. Miller. Uchida tubal sterilization failure: A report of four cases. *Am J. Obst Gynecol* 1978; 1:116-117