

11217

Fac. de Medicina

Cambios menstruales uterinos a obstrucción tubaria bilateral/voluntaria.

Esp. Gineco-obstetricia
Amezcuha Haquet, Guillermo

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

11217
6
Z E J

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

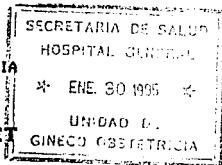
**" CAMBIOS MENSTRUALES ULTERIORES A OBSTRUCCION
TUBARIA BILATERAL VOLUNTARIA "**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :

DR. GUILLERMO AMEZCUA HAQUET



México D.F.

Diciembre, 1985

1995

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

DRA. IRMA MENDOZA ARESTEGUI.

**UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.**

DEDICADA

A MIS PADRES

A MI ESPOSA

A MI HIJO

A MIS HERMANOS

A MIS AMIGOS

A MIS PACIENTES

I N D I C E

- INTRODUCCION
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODOS
- RESULTADOS
- INTERPRETACION DE RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

La esterilización femenina ha sido practicada desde tiempos de Hipócrates, y ya en 1834 Von Blundell proponía la resección tubaria total como método definitivo del control de la fertilidad. Sin embargo, no fue sino hasta 1880 en que se realizó el primer procedimiento de esterilización tubaria, después de una operación cesárea, la cual fue hecha por Lungren (6-12-13).

A partir de entonces se han introducido una gran variedad de técnicas utilizadas para este fin.

La esterilización femenina en su más amplio sentido se refiere a todos aquellos procedimientos que impiden a la mujer a su participación en el proceso de la concepción. La esterilización puede ser realizada por varias razones: eugenésicas, punitivas, médicas, sociodemográficas y voluntarias. Las técnicas utilizadas van dirigidas a suprimir o a establecer algún obstáculo en alguna parte del tracto genital (14).

Es necesario aclarar que la histerectomía abdominal o vaginal, si bien es un método que lleva a la esterilidad, no debe llevarse a cabo como método rutinario de planificación familiar como lo practican en E.U.A., a menos que se asocie a una patología que justifique su realización (15).

La ooforectomía si bien suprime la fecundidad esta produce trastornos endocrinos por supresión de la producción hormonal, lo que solo justifica su empleo en casos seleccionados.

R. Presley y C. Wood introdujeron la técnica de ovariectomía, la cual consiste en introducir los ovarios en el ligamiento ancho, con lo que se conserva la función endocrina del ovario, y se pensó podría ser reversible no obstante faltan más trabajos para investigar los resultados de esta técnica.

Las salpinges son quizás, el órgano más accesible a los procedimientos de esterilización, ya que pueden ser extirpadas en su totalidad o parcialmente, y pueden ser abortadas por vía abdominal o vaginal.

La técnica de salpingoclasia fue descrita primeramente por Uchida, del Japón en 1961, para la esterilización posparto. Más tarde en 1972 W. G. Saunders y R. A. Mursick, informaron de una técnica en la esterilización de las salpinges mediante una incisión suprapúbica utilizando una cánula uterina que permitiera elevar el útero y acercándolo a la pared abdominal, los cuales posteriormente se difundieron en todo el mundo.

El abordaje por la vía vaginal tiene también una evolución que vale la pena mencionar. En 1813 J. Alfred Recamier en Francia fue el primero en realizar una colpotomía, con el fin de drenar un absceso pélvico. En 1895 Duhssen, en Alemania lo describió como método de esterilización femenina, y en 1928 W. W. Babcock de E. U. A., lo recomendó como un acceso para ciertas operaciones esterilizantes. En la India en los años 40's B. N. Purandare sugiere la colpotomía anterior, con el objeto de anclar las salpinges a la parte anterior del cuerpo uterino, lo cual ofrece

más ventajas por ser más práctica, fácil y menos peligrosa (4).

Las técnicas endoscópicas constituyen el mayor avance que se ha hecho en los últimos años referente a la esterilización femenina. La laparoscopia como método de esterilización tubaria fue propuesta por R. T. Anderson en 1937 y descrita y puesta en práctica por Power y Barnes en 1941 en Michigan (E. U. A.), realizandose esta por cauterización. En el Hospital Johns Wopkins, el doctor Yoon introdujo un método el cual consistía en aplicar uno o dos anillos de silicón en la salpinge, lo que dió muy buenos resultados.

El culdoscopio, ideado y descrito por A. Decker en 1948 fue consagrado como un instrumento de diagnóstico de patología pélvica. En su evolución se le fueron adicionando algunos accesorios entre los cuales se cuenta con el electrofulgurador el que ha tenido actualmente muchos seguidores en el campo de la esterilización tubaria, el doctor M. J. Clyman, del hospital Mount Sinai, de New York, y el doctor Gutierrez Najar, del hospital de la mujer de la Ciudad de México, quienes tienen una gran experiencia en este campo.

Se destacan como pioneros de la esterilización mediante el uso de histeroscopio el doctor Linderman de Hamburgo, el doctor NeuWirth de New York, E.U.A., el doctor Quiñones de México, así como el Dr. Edstrom de Suecia, quienes han aportado una gran experiencia basados en un alto número de casos, ofreciendo este método seguro y eficaz.

Existen otras técnicas de esterilización que no han sido aceptadas, o no han sido divulgadas tales como la técnica de instilaciones intrauterinas transcervicales. En 1849 Froriep describió la aplicación de nitrato de plata en los cuernos uterinos sin buena aceptación que a pesar de haber cambiado a sustancias menos agresivas no tubo buenos resultados. La administración de radiaciones a dosis de 1500 a 2000 rads, que logra la inactivación del ovario con la consecuente falla endócrina de éste, lo cual resulta impráctico, y por último los métodos inmunológicos introducidos por Hukla, quien estimula la formación de anticuerpos antiespermatozoides (4).

En la actualidad las técnicas más frecuentes usadas son las que se realizan por vía abdominal, mediante minilaparotomía, y generalmente en el período de postparto, son las que tienen más aceptación y son más seguras y eficaces.

A continuación se describen las técnicas de obstrucción tubaria más utilizadas en nuestro medio.

Técnica de Pomeroy, se efectua una pequeña incisión mediana, suprapubica transversal o periumbilical a nivel del fondo uterino, se hace presa de una de las salpinges con pinzas de Babcock, que la toma por la mitad, se realiza un asa tubarica en el tercio medio de la salpinge y se liga con catgut crómico del número uno, posteriormente se secciona el asa con tijera o bisturi, se realiza el mismo procedimiento del lado opuesto. Al cicatrizar los cabos de las salpinges, tienden a quedar separados, lo que da más

seguridad al procedimiento.

Técnica de Irving, se efectúa una ligadura doble de la salpínge con catgut crómico del número 0 aproximadamente a 2.5 cm. del cuerno uterino, se secciona, se deja largo el catgut de la ligadura del extremo tubario proximal, el muñon se libera del mesosalpínx, y se practica un pequeño ojal en la serosa de la cara posterior del útero, cerca del cuerno, en una zona lo más avascular posible, se divulsiona la musculatura uterina con una pinza de mosquito en un trecho aproximado de 1 cm. abriendo la pinza lo suficiente como para admitir la salpínge. Se enhebra una aguja redonda con un extremo del catgut del muñon tubarico, la aguja se lleva al fondo del tunel, guiada por una sonda acanalada y se saca por la superficie uterina, se efectúa lo mismo con el otro catgut llevando la sutura a la superficie del útero aproximadamente a 1 cm. del primer punto, se traccionan los extremos y de esta manera quedan hundidos los muñones tubáricos dentro del musculo del útero. Posteriormente el extremo distal se cubre con el ligamento ancho.

Técnica de Uchida, se realiza una incisión transversal suprapública, el fondo uterino se lleva hacia adelante mediante un movilizador uterino, se extraen las salpínge con una pinza de Babcock, se disecciona el mesosalpínx en la cercanía de su punto medio, separándolo de la salpínge que desemboca por encima, mediante la inyección de una solución (solución salina más adrenalina) en la unión mesentérica tubárica, en una cantidad

suficiente para distender el mesosalpinx, luego se corta la porción avascular de éste con tijera. La salpinge se toma a través de esta insición con una pinza, se hace un bucle y se separa la sedosa del cabo proximal, se extirpan entre 3 y 5 cm. de salpinge, dejando sólo un pequeño muñon que se liga con sutura no absorbible, y que se deja caer entre las hojas distendidas del ligamento ancho. Se liga el muñon distal y se cierran las hojas del ligamento ancho con catgut crómico del No. 00 y puntos separados. Se deja una sutura en forma de bolsa de tabaco sobre el borde libre de la salpinge, de esta forma queda un cabo de la salpinge escondido entre el ligamento ancho y el otro libre.

Técnica de Purandare. Se abre el fondo del saco vaginal posterior entre los ligamentos uterosacros, se desplaza lateralmente el útero con un retractor vaginal de Haeney, y se atrae la salpinge hacia el campo con una pinza de Babcock. Se puede realizar la ligadura en este momento mediante la técnica de Pomeroy, o bien una fimbriectomia (Kroener), posteriormente se cierra la colpotomia mediante suturas en ocho con catgut crómico del No. 0, que incluyen tanto la mucosa como el peritoneo.

COMPLICACIONES DE LA ESTERILIZACION TUBARICA.

Smbert ha enumerado una amplia variedad de conflictos interpersonales tras una esterilización voluntaria, entre ellos remordimiento, trastornos del comportamiento y ciertas psicosis. este conflicto es debido a que posteriormente cualquiera de los conyuges desea un embarazo. Es importante investigar la

estabilidad emocional de la pareja antes de llevarse a cabo el procedimiento, para evitar que este tipo de trastornos se atribuyan a la cirugía.

Las tasas de fracasos han mejorado en estos años debido a la experiencia en las técnicas:

TASAS APROXIMADAS DE FRACASOS EN LOS METODOS DE ESTERILIZACION

Métodos	En Cesarea	Sin Cesarea	Vaginal
Pomeroy	1 en 300-400	1 en 300-400	1-33 a 500
Irving	menor 1-1000	menor 1 en 1000	-----
Uchida	0 en 1200	0 en 19000	-----
Fimbriectomia	0 en 85	0 en 100	-----

La complicación más frecuente reportada por varios autores entre ellos Muldoon, (2-5-4-6), han sido cambios en el patrón menstrual, atribuyendose al compromiso de la circulación del ovario por la cirugía. (1-7-9). Otros autores como Akhter Peel y Pot demostraron que los cambios menstruales son producto de un factor psicológico ya que en el 5 % de los casos, existe un rechazo al método, propiciandose alteraciones en el eje corteza-hipotálamo-hipofisis-ovario.

Cole y colaboradores han concluido después de una investigación realizada a mujeres sometidas a esterilización, que en realidad si existen algunos cambios menstruales, encontrando

como el principal la dismenorrea, la cual es mínima y temporal (7).

Debido a que en nuestro país no existe un estudio que demuestre si existen cambios en el patrón menstrual posterior a la obstrucción tubaria bilateral con las técnicas utilizadas en nuestro medio se decidió realizar esta investigación.

OBJETIVOS.

I.- Determinar las alteraciones menstruales posteriores a la realización de un método quirúrgico para la esterilización femenina.

II.- Determinar que tipos de alteraciones menstruales se presentan e importancia clínica de éstas.

III.- Determinar la duración de las alteraciones y su persistencia.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 85 pacientes sometidas a obstrucción tubárica bilateral con un año de anterioridad al tiempo de la investigación. Se seleccionaron pacientes a las que se les realizó la técnica de Pomeroy, por miniaparotomía en período postparto, por ser la más representativa para el presente estudio debido a las condiciones de circulación que prevalecen, son las más propicias para que teóricamente se comprometa la circulación ovaria, que teóricamente es la causa de las alteraciones menstruales.

Se revisaron en los expedientes las características de los últimos ciclos menstruales anteriores a la cirugía, determinando el patrón menstrual, descartando aquellas que presentaban ciclos irregulares. Se excluyeron pacientes cercanas a períodos peripuberales o perimenopausicas. Las pacientes con patología concomitante como miomatosis uterina, hiperplasia de endometrio o sospecha de cancer ginecológico, así como mujeres con administración de hormonales en el momento de la cirugía, o hasta 3 meses previos a ésta, y las portadoras de dispositivo intrauterino también se excluyeron.

Se citó a las pacientes en el servicio de planificación familiar aplicandoseles un cuestionario con los siguientes parametros.

Indice de Cambios del Patrón Menstrual, introducidos por Fortney y colaboradores (7).

I. REGULARIDAD. Calificando con 0 sin cambios en el patrón anterior; 1 cambios a la regularidad y 2 cambios a la irregularidad.

II. DURACION DEL CICLO. Calificando con 0 menos de 3 días; 1 de 3 a 5 días; 2 de 6 a 8 días; 3 más de 8 días.

III. DURACION DEL SANGRADO. Calificando 0 sin cambios o cambios en un día; 1 de 2 días de cambio; 2 de 3 días de cambio; 3 de 4 días de cambio; 4 de 5 días de cambio y 5 más de 5 días de cambio.

IV. CAMBIOS A LA DISMENORREA. Los cuales se calificaron con el siguiente cuadro:

DISMENORREA DESPUES	DISMENORREA ANTES			
	NINGUNO	LEVE	MODERADO	SEVERO
NINGUNO	0	0	1	1
LEVE	1	0	0	1
MODERADO	3	1	0	0
SEVERO	5	3	1	0

Se dará una calificación dependiendo de los cambios que presenten en su patrón menstrual, posterior a la realización de la cirugía, tanto de cada uno de los parámetros utilizados, como de una calificación total que va de 0 a 8 y en base a éstos se determinarán los objetivos mencionados.

RESULTADOS

TABLA No. 1
EDADES DE LAS PACIENTES

EDAD	No. de Pacientes	Porcentaje
24 - 29 años	21	24.71 %
30 - 34 años	53	62.35%
35 - 39 años	12	12.94 %
T O T A L	85	100 %

TABLA No. 2
NUMERO DE GESTACIONES

GESTAS	No. de Pacientes	Porcentaje
I	0	0
II	18	21.18 %
III	23	27.05 %
IV o Más	44	51.77 %
T O T A L	85	100 %

TABLA No. 3
REGULARIDAD MENSTRUAL

PUNTUACION	No. de Pacientes	Porcentaje
0	79	92.95 %
1	0	0
2	6	7.05 %
T O T A L	85	100 %

- # 0- Sin cambios
 1- Cambios a la regularidad
 2- Cambios a la irregularidad

TABLA No. 4
CAMBIOS EN LA DURACION DEL CICLO

PUNTUACION	No. de Pacientes	Porcentaje
0	79	92.95 %
1	4	4.71 %
2	2	2.34 %
3	0	0
T O T A L	85	100 %

- # 0- menos de 3 días
 1- de 3 a 5 días

- 2- de 6 a 8 días
 3- más de 8 días

**ESTAS TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA No. 5
CAMBIOS EN LA DURACION DEL SANGRADO

PUNTUACION	No. de Pacientes	Porcentaje
0	79	92.95 %
1	5	5.81 %
2	1	1.24 %
3	0	0
4	0	0
5	0	0
T O T A L	85	100 %

- # 0- Sin cambios o cambios en un día
 1- 2 días de cambio
 2- 3 días de cambio
 3- 4 días de cambio
 4- 5 días de cambio
 5- más de 5 días de cambio

TABLA No. 6
PRESENCIA DE DISMENORREA

PUNTUACION	No. de Pacientes	Porcentaje
0	73	85.88 %
1	9	10.63 %
3	3	3.49 %
5	0	0
T O T A L	85	100 %

- # 0- Sin ningún cambio
 5- Mayor número de cambios

TABLA No. 7
CAMBIOS TOTALES

PUNTUACION	No. de Pacientes	Porcentaje
0	73	85.88 %
1	3	3.49 %
2	1	1.24 %
3	6	7.05 %
4	2	2.34 %
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8 o más	0	0
T O T A L	85	100 %

0.- Sin ningún cambio
8.- Mayor número de cambios

INTERPRETACION DE RESULTADOS.

De las 85 pacientes a las que se les aplicó el cuestionario, para investigar cambios menstruales posteriores a la obstrucción tubárica, 73 pacientes (85.8 %) no presentaron cambio alguno; de las 12 restantes (14.2 %) manifestaron alteraciones mínimas del patrón menstrual, anterior a la cirugía.

Las edades de las pacientes por grupos se distribuyeron de la siguiente manera:

De 24 a 29 años se encontraron 21 pacientes (24.71 %)

De 30 a 34 años se encontraron 53 pacientes (62.35 %)

De 35 a 39 años se encontraron 12 pacientes (12.94 %)

Concluyendo que la edad más frecuente a la que se realiza este método es entre los 30 y los 34 años. (Tabla No. 1)

Las multiparas fueron las que más aceptaron el método; 44 pacientes con IV gestas o más (51.77 %), siguiendole en frecuencia las gestas III con 23 pacientes (27.05 %), y por último las gestas II con 18 pacientes (21.19 %). (Tabla No. 2)

De las 12 pacientes que presentaron cambios se distribuyeron de la siguiente manera: En 6 pacientes el único cambio fue la dismenorrea, presentandose en 5 una puntuación entre 1 y 2; y sólo una paciente con una puntuación de 3. (Tabla No. 3)

De las 6 pacientes que presentaron irregularidades (4.71 %) presentaron cambios en la periodicidad, aumentando en un día su ritmo, y 2 pacientes (2.34 %) aumentaron de 2 a 3 días. (Tabla No. 4)

La duración del sangrado en 5 pacientes (5.81 %) presentó aumento en 2 días de duración, una paciente (1.24 %) presentó cambios de 3 días. (Tabla No. 5)

De las 6 pacientes irregulares, 3 se normalizaron al cabo de un año posterior a la cirugía en forma espontánea. De las 3 pacientes restantes irregulares, los cambios eran mínimos, siendo los más importantes el aumento a 3 días, en su periodicidad, y el aumento del sangrado en 2 días. Las 6 pacientes con dismenorrea sólo una presentó relativa importancia. (Tabla No. 6)

La puntuación total de índice de cambios en el patrón menstrual con escala de 0 a 8, el 97.66 % presentaron una puntuación de 0 a 3; calificación mínima sin importancia clínica. 2.34 % con puntuación de 4, lo cual se reportó sin repercusión para las pacientes. (Tabla No. 7)

CONCLUSIONES.

I.- La edad más frecuente en que se realizó la cirugía fue de 30 a 34 años.

II.- Las pacientes multíparas con IV o más gestaciones fueron las que aceptaron con más frecuencia el método de esterilización, coincidiendo con otros autores quienes presentan la misma frecuencia (10-11).

En lo que se refiere a este punto, siguen predominando las multíparas en ser las aceptadoras del método, lo cual no es lo ideal en lo que se refiere al control de la natalidad, ya que se debe de dirigir este tipo de método a las pacientes con menor número de gestaciones, para de esta forma reducir realmente el índice de natalidad. Una de las causas por lo cual las pacientes gesta I y II no aceptan el método, es precisamente el temor de presentar cambios menstruales. En base a los resultados anteriores se puede difundir la seguridad de este procedimiento para su mayor aceptación.

III.- La dismenorrea fue el síntoma que se presentó con mayor frecuencia siendo este de poca importancia ya que en ninguna paciente se presentó en forma incapacitante. La dismenorrea es un síntoma muy subjetivo, no pudiendo valorar o atribuir como causa de la cirugía esterilizadora, ya que a un dolor de estas características puede ser originado por varias causas (Infección de vías urinarias, colitis, salpingitis, miomatosis uterina,

etc.), coincidiendo con el período menstrual, y habiéndose adquirido posteriormente a la realización de la cirugía.

IV.- Los cambios en el ritmo menstrual fueron de poca importancia sin ninguna repercusión clínica y en la mayoría de los casos temporales.

Muchas fantasías se han elaborado a consecuencia de haberse sometido a un método de esterilización, de entre las cuales sobresalen las alteraciones en el ritmo menstrual, finalmente se ha concluido con esta investigación que no son justificadas estas suposiciones, ya que no se lograron encontrar alteraciones importantes como para no recomendar el método.

Si bien algunas pacientes presentan alteraciones importantes posteriores a la cirugía, estas pueden ser debidas a otra patología asociada como miomatosis, anovulación, stres, neurosis, etc.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alarez F. Segal J.S. Pituitary-ovarian function after tubal ligation. *Fertil. Steril.* 36 (5) : 606-609. Nov. 1981.
2. Bean F.D. Pruit M. Changes in sexual desire after voluntary sterilization. *Social Biology* 27 (3) : 186-193. Jan. 1981.
3. Campanella R. Wolff J. Emotional reaction to esterilization. *Sterilization* 45 (3) : 331-334. March. 1975.
4. Cooper P. Gath D. Rose N. Psychological sequelae to elective esterilization : a prospective study. *British Medical Journal* 284 (13) : 461-464. Feb. 1982.
5. Cooper P. Gath D. Fieldsend R. Psychological and physical outcome after elective tubal esterilization. *Journal of Psychosomatic Reserch* 25 (5) : 357-360. 1981.
6. De la Cruz A. Muñoz G. Control permanente de la fertilidad femenina por método quirurgico. *Ginecología y Obstetricia de México* 44 (263) : 319-328. Junio de 1979.
7. Fortney J. Cole L. Kennedy K. A new approach to measuring menstrual pattern change after sterilization 147 (7) : 830-836 Dec. 1983.

8. García E. Rojano E. Alonso R. M. Esterilización femenina voluntaria. motivaciones y efectos psicosociales. *Genecología y Obstetricia México* 50 (307) : 301-305 Enero de 1984.
9. Goh T. Puvan I. S. Wong P. A. study of menstrual patterns following laparoscopic sterilization with silastic rings. In *J. Fertil* 26 (2) : 116-119. 1981.
10. Miranda A. Gobera A. Fimbriectomia con doble ligadura y peritonización del muñon. *Revista del Hospital General de México* 42 (1): 32-37 Enero 1979.
11. Warren C. Emith J. Roger W. Contraceptive Sterilization: A comparison of mexican-americans and Anglos living in U.S. counties Bordering México. *Social Biology* (3-4): 265-280 Feb. 19 1982.