



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

**SÍNDROME POST OCLUSIÓN TUBARIA
BILATERAL.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

P R E S E N T A:

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GURROLA.

PROFESOR TITULAR: **DR. FERNANDO GAVIÑO GAVIÑO.**

ASESOR: **DRA. NORMA VELÁSQUEZ RAMÍREZ.**

MÉXICO, D. F.

FEBRERO DEL 2005



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 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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por existir en mi vida.

A ti Eduardo que has dado un giro a mi vida, compartiendo momentos nunca vívidos, por el amor que me inspiras y por una vida siempre juntos. ¡Te amo!

A mi preciosa Ana Karen por la felicidad que me da día con día a mi vida y por hacerme sentir uno de los sentimientos más grandes que existe. ¡Te amo!

A mis padres por todo el apoyo incondicional, la confianza y el cariño brindado, Mil gracias por haberme dado la vida.

Soledad, José y Verónica por caminar juntos en la vida. Los quiero mucho.

Sarita gracias ser un ejemplo de fortaleza en mi vida.

A mis amigos por apoyarme en todo lo que hago, darme su confianza, cariño, tiempo y siempre brindarme su mano en los momentos que los he necesitado.

A todos los Doctores que me apoyaron para mi formación y para lograr esta meta.

A mis pacientes por la confianza depositada en mi y el conocimiento brindado.

INDICE.

RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	2
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
JUSTIFICACIÓN.	6
OBJETIVO.	7
MATERIAL Y METODOS.	11
RESULTADOS.	13
GRAFICAS.	17
ANÁLISIS.	38
BIBLIOGRAFÍA.	40
ANEXO.	43

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La esterilización quirúrgica femenina se ha convertido en el método anticonceptivo más común del mundo. Aproximadamente 95 millones de parejas en el mundo están protegidos por este método (21%). El síndrome post-ligadura tubaria ha sido descrito con Trastornos menstruales, dismenorrea y dolor pélvico. Mientras el número de las mujeres que experimentaban la esterilización aumentó, los informes comenzaron a aparecer referente a las posibles secuelas a largo plazo del procedimiento. Aunque es muy eficaz y segura, la controversia continúa existiendo, pero no se ha establecido ningún síndrome claro posterior. La resolución de la discusión sobre anomalías menstruales después de la esterilización tubaria es importante para salvaguardar la salud de las mujeres.

OBJETIVO: Conocer la prevalencia del síndrome posterior a la oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía.

DISEÑO DEL ESTUDIO. Serie de casos.

MATERIAL Y METODOS. Pacientes sometidas a Oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía de febrero del 2002 a septiembre del 2003 en el Departamento de Planificación familiar del Instituto Nacional de Perinatología. Llevarían un control posterior a la cirugía trimestral con el uso de un carnet en el cual se registraría patrón menstrual y sintomatología asociada, con duración de un año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Estadística descriptiva. Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS. Se incluyeron 32 paciente, el grupo de edad mas frecuente fue de 31 a 35 años. Del total 23 (71.9%) fueron sanas y solo 9 (28.1%) contaba con una enfermedad crónico degenerativa. El numero previo de embarazos más frecuente fue 3 y 4 (56.2% para ambos), con rango de 1 a 7. El método de planificación familiar previo mas frecuentemente utilizado fue de barrera con el 34.4%. El 25% de las pacientes no contaba con ningún método de planificación familiar.

De las pacientes, 23 (71.9%) contaba con un ritmo menstrual regular y 9, (28.1%) con un patrón irregular antes de someterse a la oclusión tubaria bilateral. Al finalizar el periodo de seguimiento posterior a la oclusión tubaria bilateral el 4% presento proimenorrea; el 8.9% opsomenorrea, el 10.1% presento polimenorrea. Y el 7.1% amenorrea.

El 21.9% contaba con dismenorrea previa al evento quirúrgico, incrementándose al 25% posterior a este. El abordaje quirúrgico mas utilizado fue la laparoscopia en 19 pacientes (59.4%). Solamente 15 pacientes completaron seguimiento a un año, por lo que se hicieron cortes mensuales.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio se encontró un ritmo menstrual irregular previo a la cirugía en el mismo porcentaje que en su seguimiento a 3, 6, 9 y 12 meses y solo incremento en un 4% los casos de dismenorrea posterior a la oclusión tubaria bilateral. Por lo que se concluye que no existe correlación de alteraciones menstruales posterior al procedimiento quirúrgico.

INTRODUCCIÓN.

La esterilización quirúrgica femenina se ha convertido en el método anticonceptivo más común del mundo. Aproximadamente 95 millones de parejas en el mundo están protegidos por la esterilización quirúrgica femenina (21%).¹

El síndrome post-ligadura tubaria ha sido descrito como: Aumento de la pérdida sanguínea menstrual, oligomenorrea, polimenorrea, dismenorrea, y dolor pélvico, asociados con el antecedente o como secuela de un procedimiento de esterilización quirúrgica.²

Desde los primeros informes el síndrome pareció tener más características subjetivas que trastornos evaluables objetivamente.²

Los estudios publicados en 1950 a 1970 indican que aproximadamente 10 al 50% de las pacientes reportan disturbios menstruales de 6 a meses a 10 años después de la esterilización.¹

En los años 70, con la popularización de la laparoscopia, la terminación de la capacidad de la maternidad llegó a ser mucho más fácil. Una o dos incisiones pequeñas substituyeron las incisiones amplias de laparotomía, así como la estancia intrahospitalaria de días se convirtió en un par de horas.³

Mientras que el número de las mujeres que experimentaban la esterilización aumentó, los informes comenzaron a aparecer referente a las posibles secuelas a largo plazo del procedimiento, incluyendo características hormonales, sangrado y del riesgo de histerectomía después de un procedimiento electivo esencialmente de menor importancia.³

La esterilización ha sido presumida para causar anomalías menstruales afectando la función ovárica, sin embargo los estudios de laboratorio que comparaban la esterilización de las mujeres antes y después no han encontrado ninguna anomalía constante en dicha función.⁴

La presencia del síndrome ha atribuido a las alteraciones en el riego sanguíneo después de la oclusión tubaria.⁴

En la obstrucción de la trompa se ha establecido que se interrumpe la irrigación ovárica, sin embargo la arteria tubaria es rama de la uterina, la cual se ocluye ha menudo durante la esterilización. La sangre que provee al ovario es la de arteria ovárica que no podría afectarse por la esterilización porque ramifica directamente de la aorta y esta alejada del sitio de obstrucción.⁵

Después de la ligadura de la salpinge pudiera haber un incremento de la presión intraovarica. Por lo que al haber una hipertensión relativa, hay un daño en la microvasculación del ovario con necrosis subsecuente del tejido provocando una vasoconstricción refleja agravando la situación y reduciendo el flujo sanguíneo, por lo que la producción de estrógenos y progestágenos por el ovario es dependiente del suministro sanguíneo.⁶

La proporción de estrógenos / progestágenos presupone que la producción de progesterona es marcadamente menos afectada que la producción de estrógenos. Hay tres pasos enzimáticos que requieren oxígeno en la producción de progesterona a partir del colesterol, mientras que la producción de estradiol a partir del mismo sustrato, involucra siete pasos con mayor consumo de oxígeno.⁶

En varios estudios en donde determinaron los niveles preoperatorios de E2, P4 y de LH en mujeres sometidas a esterilización tubaria los cuales sirvieron como sus propios controles no demostraron ningún cambio significativo o persistente en los niveles hormonales.^{7-14.}

Las aberraciones de la función menstrual, específicamente la metrorragia que pudiera ocurrir posterior a la ligadura pueden ser por deficiencia de la fase lútea, sin embargo se duda de la existencia de secuelas posterior a la esterilización.¹⁵

Además, aunque algunos ginecólogos recomiendan la histerectomía para la esterilización debido a la presencia del síndrome, lo cierto es que la evidencia en una revisión reciente con respecto al síndrome es que "la única consistencia en los artículos repasados es su inconsistencia."⁵

Existe evidencia que las pacientes que han experimentado esterilización quirúrgica y que posteriormente presentan sangrado transvaginal intermitente asociada a dolor generalmente cíclico, bilateral o unilateral al realizar laparoscopia se encuentra dilatada la trompa de la salpinge, que remite después de realizar salpingectomía bilateral, por lo que se recomienda que la esterilización se realice lo mas cerca del área cornual.¹⁶

Se acepta generalmente que el riesgo de la histerectomía es más alto entre las mujeres que han experimentado la esterilización que en la población general. Sin embargo en algunos estudios que podría explicar este hecho es que los procedimientos de la esterilización se habrían realizado con algunos desordenes ginecológicos preexistentes que a la postre se conllevaron en una histerectomía.¹⁷

Por otro lado se han realizados estudios que determinan la presencia de quistes ováricos funcionales después de la realización a largo tiempo de esterilización tubaria.¹⁸⁻¹⁹

Aunque es muy eficaz y segura, la controversia continúa existiendo, si el procedimiento causa anomalías menstruales, pero no se ha establecido ningún síndrome claro posterior a la ligadura tubaria.⁵

La resolución de la discusión sobre anomalías menstruales después de la esterilización tubaria es importante para salvaguardar la salud de las mujeres.⁵

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presencia del "síndrome post ligadura" se ha relacionado con diferentes técnicas quirúrgicas tanto por minilaparotomía como laparoscopia.

Por lo que es necesario evaluar los resultados obtenidos en cuanto a las anomalías menstruales después de la esterilización quirúrgica femenina por laparoscopia y minilaparotomía en el Instituto Nacional de Perinatología con respecto a los resultados obtenidos con otros autores.

JUSTIFICACION.

La esterilización quirúrgica femenina es el procedimiento anticonceptivo realizado más frecuentemente en el ámbito mundial.

Numerosos estudios hablan de un síndrome posterior a la ligadura de la salpinge caracterizado por una variedad de síntomas. Describen alteraciones en la cantidad, frecuencia y duración de la menstruación, la presencia de dismenorrea, entre otros.

Por lo tanto la resolución de la discusión sobre anomalías menstruales después de la esterilización tubaria es importante para salvaguardar la salud de las mujeres.

Por otro lado a pesar de que se realizan procedimientos de esterilización quirúrgica femenina en el departamento de Planificación familiar del Instituto Nacional de Perinatología desde el año 1992 por minilaparotomía y desde 1998 por laparoscopia, no se ha evaluado las posibles alteraciones menstruales de las pacientes sometidas a estas técnicas quirúrgicas.

El presente estudio intenta establecer o no la presencia del síndrome post ligadura en nuestras pacientes con respecto a lo reportado en la literatura. Para seguir ofreciendo el procedimiento con consentimiento informado de las ventajas y posibles desventajas del procedimiento si es que existieran.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las alteraciones menstruales y dismenorrea en un año de las pacientes sometidas a oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía en el Instituto Nacional de Perinatología de febrero del 2002 a septiembre del 2003?

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia del síndrome posterior a la esterilización quirúrgica femenina por laparoscopia y minilaparotomía en el Instituto Nacional de Perinatología.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Serie de casos.

DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Edad: Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo.

Definición operacional: Duración en años cumplidos de las pacientes hasta la fecha en que se realizó la cirugía.

Tipo de variable: Discreta.

Nivel de medición: Años cumplidos al realizar la esterilización quirúrgica.

Estado civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones con otra y con la sociedad.

Tipo de variable: Nominal

Nivel de Medición: casada, soltera, unión libre.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional: Nivel académico alcanzado por cada paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: Nominal.

Nivel de medición: Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, indeterminado.

Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Tipo de variable: Nominal.

Nivel de medición: Hogar y empleada.

Religión: Conjunto de creencias o dogmas de la divinidad, normas morales y practicas rituales derivadas de tales creencias.

Tipo de variable: Nominal.

Nivel de medición: Católica, otras

Enfermedades crónico degenerativas: Alteración del estado fisiológico en toda la economía o en alguna de sus partes, órganos o sistemas (o combinación de ellos), que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos cuya etiología, patología y pronóstico pueden conocerse o ser desconocidos, que tiene un progreso lento y de larga duración.

Definición operacional: Alteración orgánica de curso lento y progresivo de la paciente adquirido previo a intervención quirúrgica.

Tipo de variable: Dicotómica.

Nivel de medición: Presente o ausente. También se registrara como variable nominal tipo de patología.

Antecedentes quirúrgicos: Preceder de evento rama de la medicina que trata las enfermedades, traumatismos y deformidades por medios manuales u operatorios.

Definición operacional: Evento quirúrgico abdominal o pélvico previo al inicio de nuestro estudio.

Tipo de variable: Dicotómica.

Nivel de medición: Presente o ausente.

Gestaciones previas: Número de Periodos de desarrollo desde el momento de la fecundación del óvulo hasta la vía a través de la cual son expulsados los productos de la concepción: parto, aborto y cesárea.

Tipo de variable: Discreta.

Nivel de medición: Embarazos confirmados.

Métodos de planificación familiar: Son los procedimientos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente.

Definición operacional: Tipo procedimientos empleados previamente por parte de nuestra paciente o de su pareja para impedir el embarazo, antes de la oclusión tubaria bilateral.

Tipo de variable: Nominal.

Nivel de medición: Anticonceptivos orales, inyectables, preservativo o ninguno

Ritmo menstrual: Periodo de cambios fisiológicos que recurren regularmente en el endometrio, durante el periodo reproductivo que culmina en la caída parcial del mismo con sangrado transvaginal.

Definición operacional: Ciclicidad o no del patrón menstrual previa y posterior a la oclusión tubaria bilateral. Se definirá con regular a un ciclo de 21 a 45 días con duración de 3 a 7 días e irregular a todo lo que salga de este patrón.

Tipo de variable: Dicotómica.

Nivel de Medición: Regular o irregular.

Lactancia: Alimentación del lactante al seno de la madre.

Definición operacional: Si en el momento de realizar la esterilización femenina se encontraba lactando.

Tipo de variable: Dicotómica.

Nivel de Medición: Si o No.

Dismenorrea: Menstruación dolorosa.

Definición operacional: La presencia de dolor en la menstruación tanto antes de la cirugía como después.

Tipo de variable: Dicotómica.

Nivel de Medición: Si o No.

Oclusión tubaria bilateral. Ablación quirúrgica de un oviducto.

Definición operación: Esterilización femenina por diferente vía de abordaje.

Tipo de variable: Nominal.

Nivel de Medición: minilaparotomía y laparoscopia.

Hallazgos quirúrgicos:

Definición operacional: Todo lo observado en la cavidad pélvica normal y anormal.

Tipo de variable: Dicotómica.

Nivel de medición: Presente o ausente.

MATERIAL Y METODOS.

UNIVERSO DE TRABAJO.

La población de estudio fue tomada por las pacientes sometidas a Oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía de febrero del 2002 a septiembre del 2003 en el Departamento de Planificación familiar del Instituto Nacional de Perinatología .

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se incluyeron todas las pacientes que fueron sometidas a oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía que aceptaron llevar un carnet diario por un año del patrón menstrual y sintomatología agregada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todas las pacientes sometidas a oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía de febrero del 2002 a septiembre del 2003 en el Departamento de Planificación familiar del Instituto Nacional de Perinatología que aceptaron llevar seguimiento por un año posterior a la cirugía, con citas a la consulta externa cada 3 meses llevando un carnet con un registro diario del patrón menstrual, así como de sintomatología asociada.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Serán excluidas las pacientes que no aceptaron ingresar y que no acudieron a la consulta externa.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se les propuso a las pacientes que solicitaron oclusión tubaria bilateral en el servicio de planificación familiar de febrero del 2002 a septiembre del 2003 llevar un control posterior a la cirugía trimestral con el uso de un carnet en el cual se registraría patrón menstrual y sintomatología asociada con duración de un año. Las pacientes que aceptaron se les llenó un cuestionario inicial con datos demográficos, patológicos y ginecoobstetricos. Se les cito trimestralmente para evaluación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los resultados estarán analizados por medio de estadística descriptiva , Se emplearan medidas de tendencia central y de dispersión.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Investigación sin riesgo.

RESULTADOS.

Se incluyeron 32 pacientes que fueron sometidas a oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía en donde se observa que el grupo de edad mas frecuente fue de 31 a 35 años. GRAFICA 1

Dentro de las características demográficas de nuestras pacientes sometidas a oclusión tubaria bilateral, el 75% de las pacientes fueron casadas, el 100% ejercía la religión católica, el 3.1% contaba con carrera universitaria y el 78% se dedicaba al hogar.

Del total de las pacientes 23 (71.9%) fueron sanas y solo 9 (28.1%) contaba con una enfermedad crónico degenerativa, como Hipertensión arterial sistémica crónica, cardiopatía reumática inactiva, hipertensión pulmonar, migraña, toxoplasmosis, artritis reumatoide, e inclusive antecedente de diagnostico de miomatosis uterina. El 18.8% contaba por lo menos con alguna cirugía pélvica previa, la más frecuente Cesárea.

Entre los antecedentes obstétricos el número de embarazos previo al procedimiento quirúrgico más frecuente fue 3 y 4 (56.2% para ambos), con rango de 1 a 7. GRAFICA 2

El método de planificación familiar previo mas frecuentemente utilizado fue de barrera con el 34.4%. El 25% de las pacientes no contaba con ningún método de planificación familiar. GRAFICA 3

De las pacientes, 23 (71.9%) contaba con un ritmo menstrual regular y 9, (28.1%) con un patrón irregular antes de someterse a la oclusión tubaria bilateral. GRAFICA 4

El 21.9% contaba con dismenorrea previa al evento quirúrgico, incrementándose al 25% posterior a este. GRAFICA 5 Y 6

13

El abordaje quirúrgico mas utilizado fue la laparoscopia en 19 pacientes (59.4%) en comparación con 13 pacientes (40.6%) que se utilizo la minilaparotomía. GRAFICA 7

En el 50% no se presento ningún hallazgo anormal. Dentro de las alteraciones mas frecuentemente observadas durante la cirugía fue congestión de los anexos y en menos frecuencia miomatosis, adherencias, quistes para tubáricos. GRAFICA 8

En el seguimiento que se les hizo a las pacientes hubo una paciente que tubo sangrado prolongado durante 5 meses por tal motivo se excluyo del resto del seguimiento. Solamente 15 pacientes completaron seguimiento a un año, 2 pacientes 10 meses, 2 pacientes 9 meses, 3 pacientes 8 meses, 1 paciente 7 meses, 5 pacientes 6 meses, 1 paciente 5 meses, 2 pacientes 4 meses y 1 paciente 3 meses. GRAFICA 9

Dentro del primer mes de seguimiento posterior a la oclusión tubaria bilateral, una paciente (3.2%) tuvo un ciclo menor a 21 días y 4 pacientes mayor a 45 días (13%). El 19.3% tubo una duración de sangrado mayor a 7 días; solamente el 6.5% presento manchado y ninguna presento amenorrea. GRAFICA 10

En el segundo ciclo hubo 3 pacientes que tuvieron un periodo menor a 21 días y 2 mayor de 45 (9.6% y 6.4% respectivamente), y el 6.5% una duración de sangrado mayor a 7 días, solamente 2 tuvieron manchado intermenstrual y 4 amenorrea. GRAFICA 11

En el tercer ciclo el 6.2% presento un periodo menor a 21 días y 12.4% un periodo mayor a 45 días. El 9.4% presento más de 7 días de sangrado y manchado intermenstrual y por ultimo el 6.3% presento amenorrea. GRAFICA 12

En el cuarto ciclo hubo una paciente que tuvo un ritmo menor a 21 días y 2 mayor a 45 (3.1% y 6.2% respectivamente), el 21.9% con una duración de

sangrado mayor a 7 días, solamente una tuvo manchado intermenstrual y una amenorrea. GRAFICA 13

14

Dentro del quinto mes de seguimiento posterior a la oclusión tubaria bilateral, 2 pacientes tuvieron un ciclo mayor a 45 días (6.4%). El 3.2% tubo una duración de sangrado mayor a 7 días; solamente el 6.5% presento manchado y una paciente presento amenorrea. GRAFICA 14

En el sexto ciclo el 3.7% presento un periodo menor a 21 días y 3.7% un periodo mayor a 45 días. El 14.8% presento más de 7 días de sangrado y el 11.1% manchado intermenstrual y por ultimo ninguna paciente presento amenorrea durante este ciclo. GRAFICA 15

En el séptimo mes de seguimiento, ninguna paciente presento un ritmo menor a 21 días y 2 pacientes mayor a 45 días (9%). El 100% de las pacientes tuvieron una duración de sangrado menor a 7 días; solamente el 4.5% presento manchado y 3 pacientes (13.6%) presentaron amenorrea. GRAFICA 16

En el octavo ciclo hubo 2 pacientes (9.6%) que presentaron un periodo menor a 21 días y el 4.8% mayor a 45 días; el 4.8% con una duración de sangrado mayor a 7 días, solamente una tuvo manchado intermenstrual y 2 amenorrea. GRAFICA 17

En el noveno ciclo 2 pacientes tuvieron un periodo mayor a 45 días; solo una paciente duro su sangrado más de 7 días, una manchado intermenstrual y una amenorrea. GRAFICA 18

En el décimo ciclo no se presentaron ritmos menores a 21 días, por otra parte el 11.8% presento un ritmo mayor a 45 días; el 17.7% duro más de 7 días de sangrado y solo una paciente presento amenorrea (5.9%). GRAFICA 19

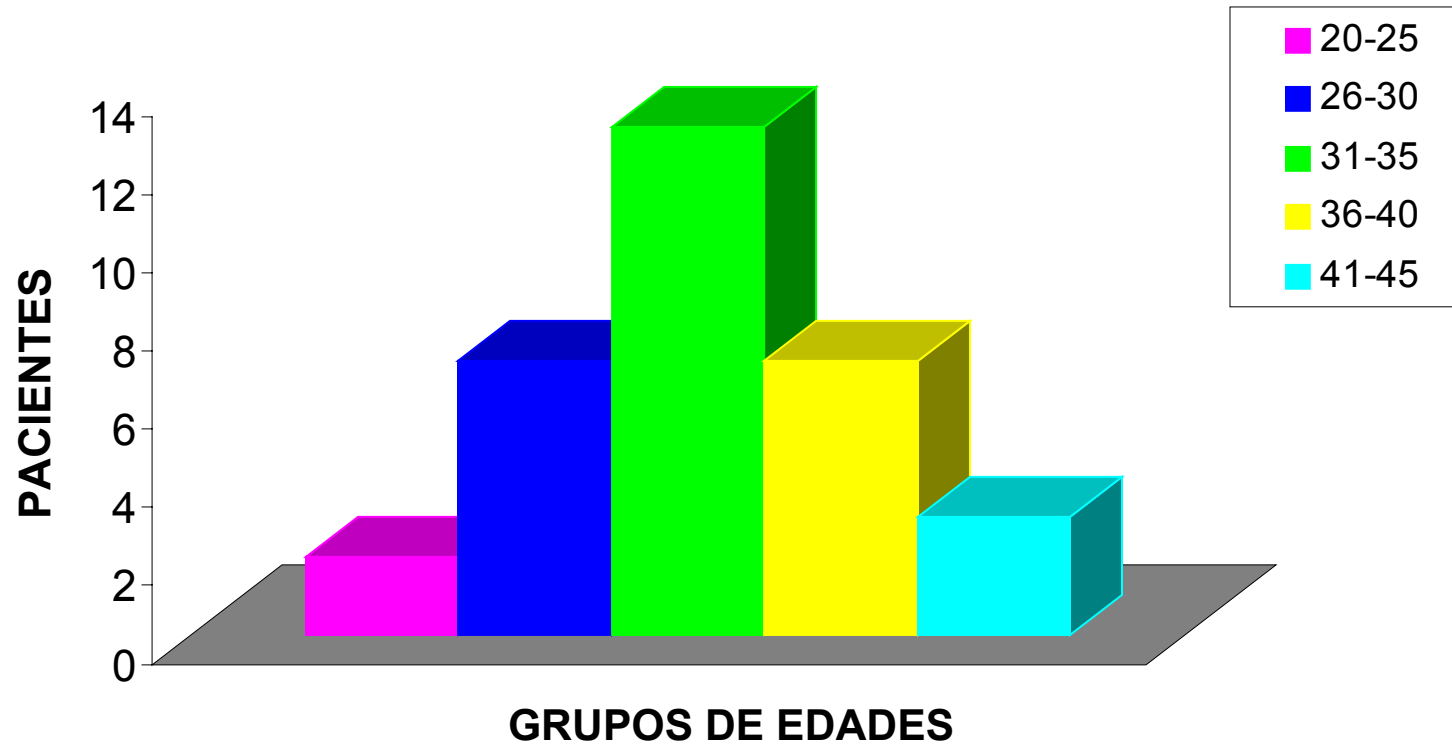
15

En el ultimo mes de seguimiento, el 6.3% presento un periodo menor a 21 días, el 100% presento menor de 7 días de sangrado, una paciente presento manchado y 4 pacientes amenorrea. GRAFICA 21

Por lo tanto en total el 4% de las pacientes presento ciclos menstruales menores de 21 días, el 8.9% presento ciclos mayores a 45 días, el 10.1% presento más de 7 días de sangrado y el 4.9% manchado intermenstrual y el 7.1 algún periodo de amenorrea.

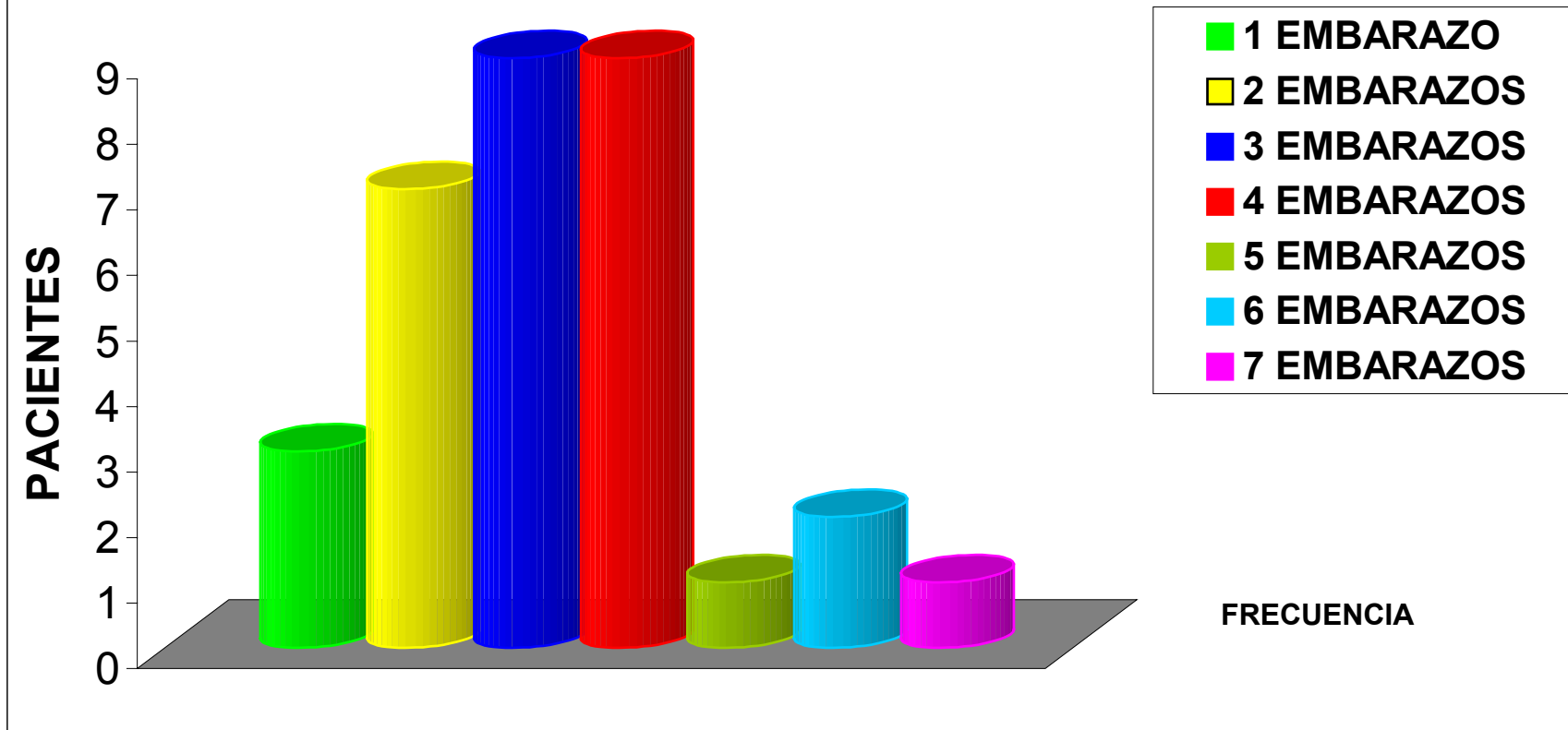
El 26.3% de las pacientes que se sometieron a oclusión tubaria bilateral por laparoscopia presento alteración del patrón menstrual y solo el 23% de las sometidas por minilaparotomía.

EDADES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



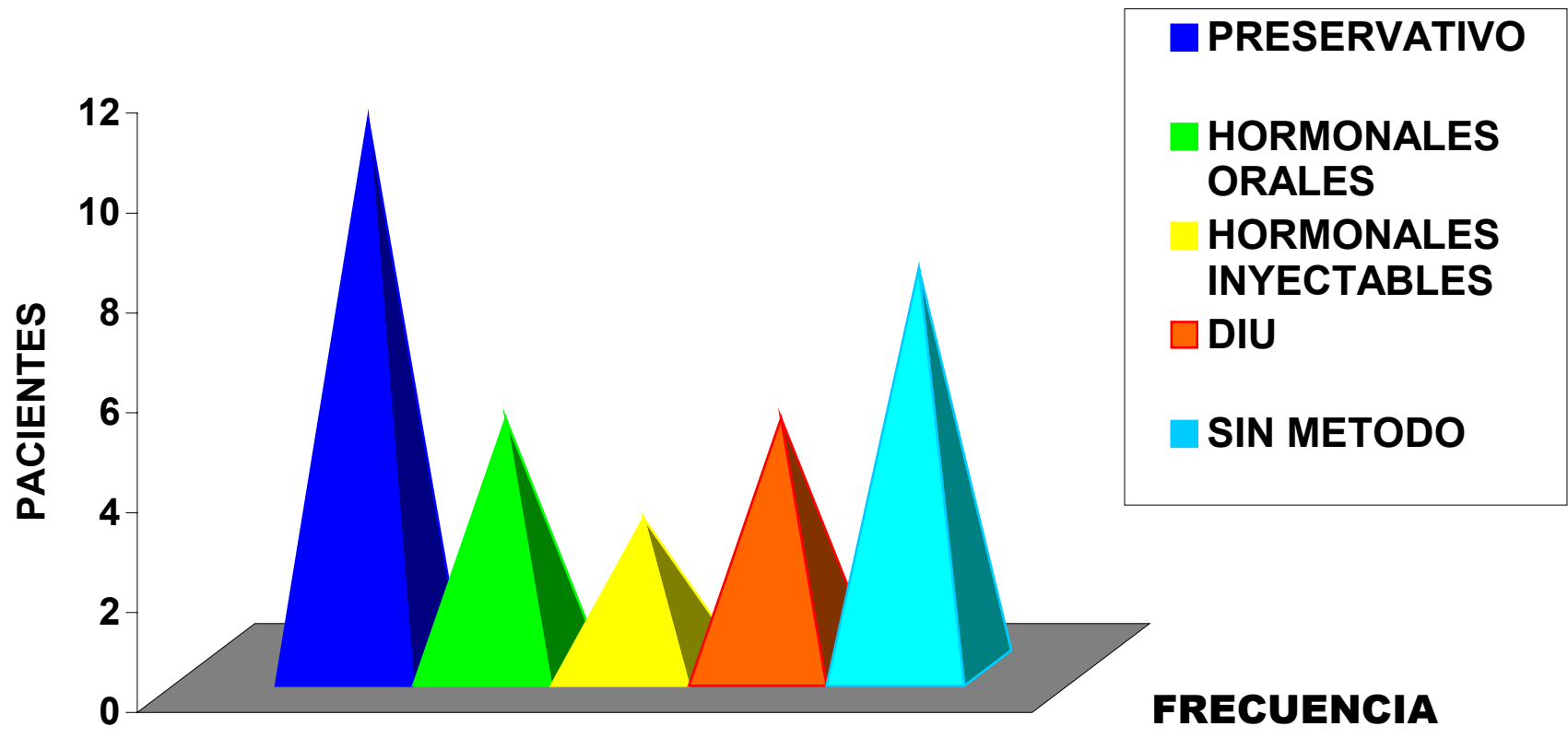
GRAFICA 1

EMBARAZOS PREVIOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



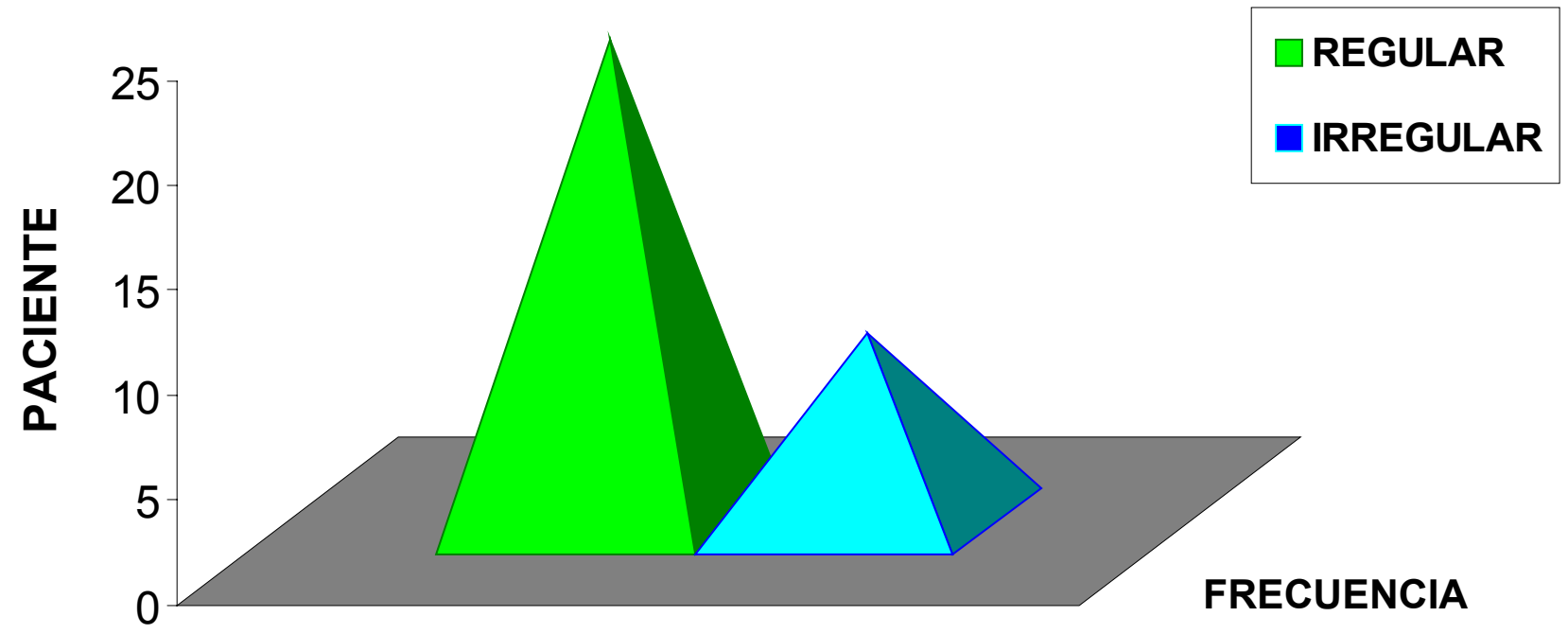
GRAFICA 2

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PREVIO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.



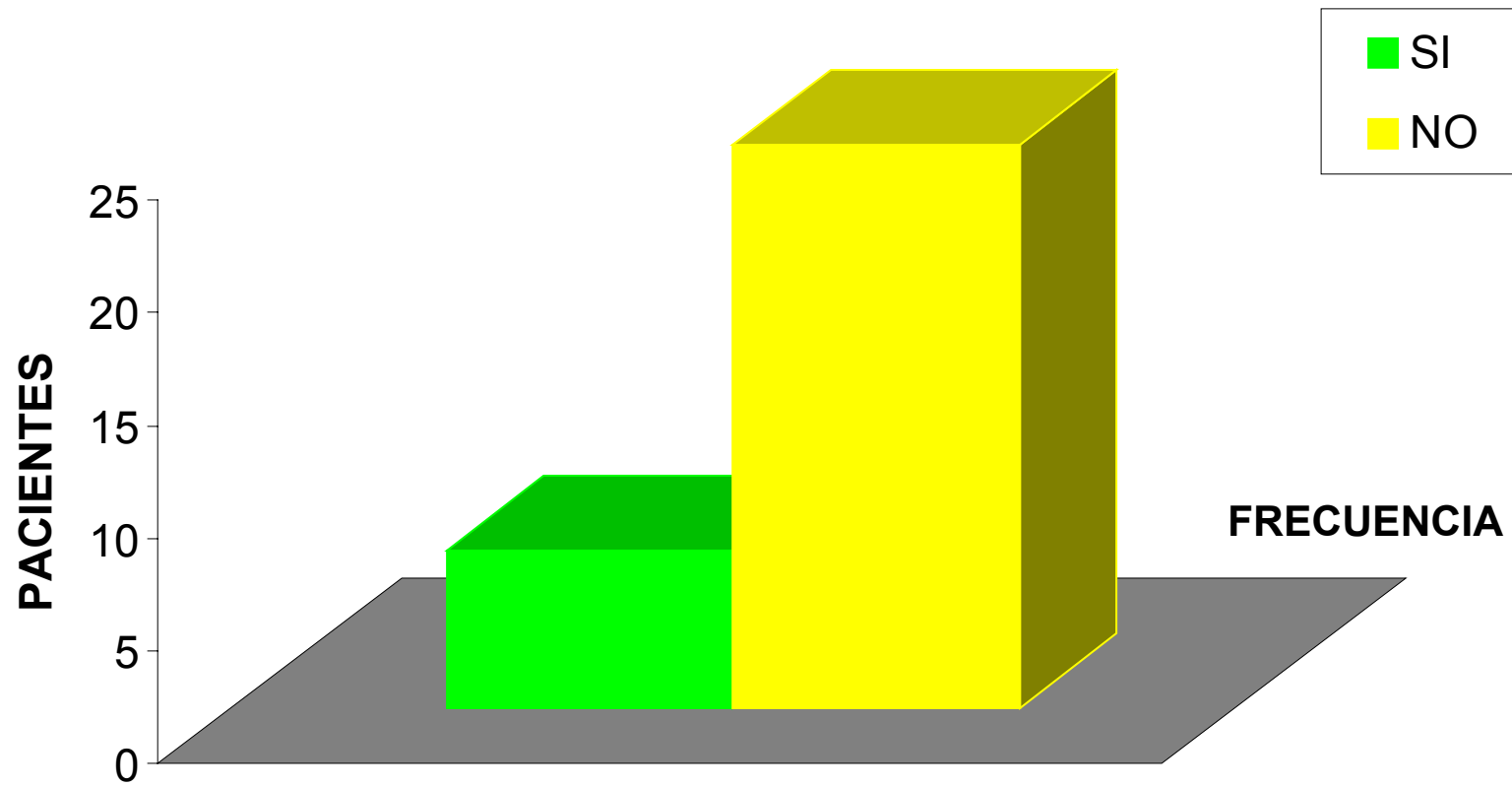
GRAFICA 3

RITMO MENSTRUAL PREVIO DE LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



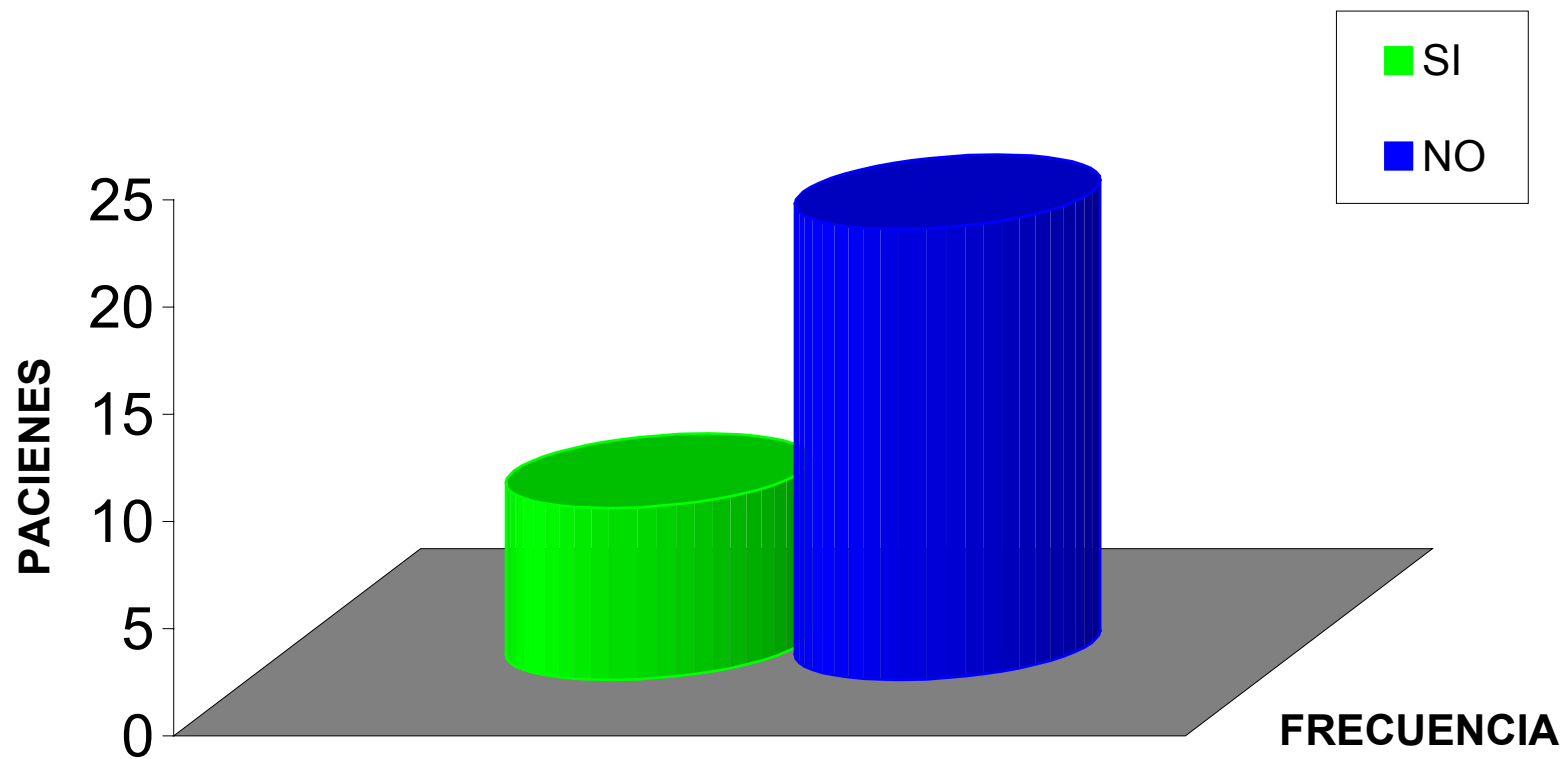
GRAFICA 4

DISMENORREA PREVIA A LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



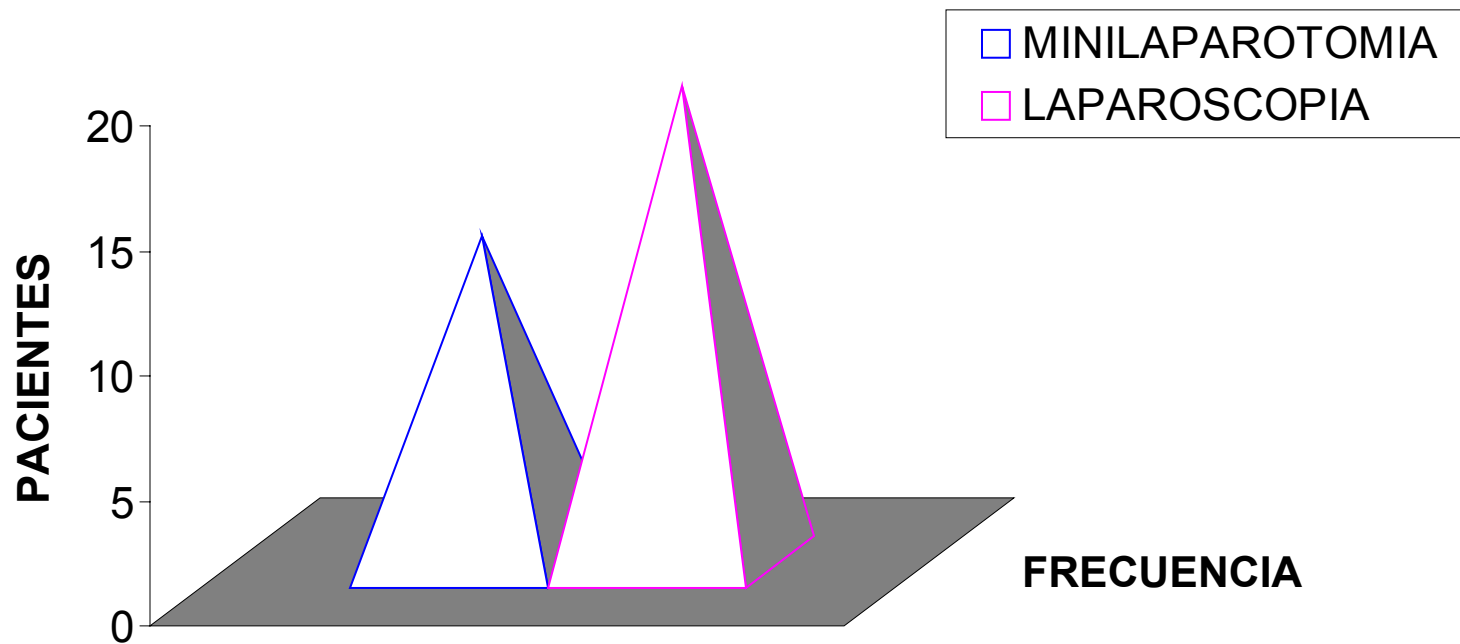
GRAFICA 5

DISMENORREA POSTERIOR A LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



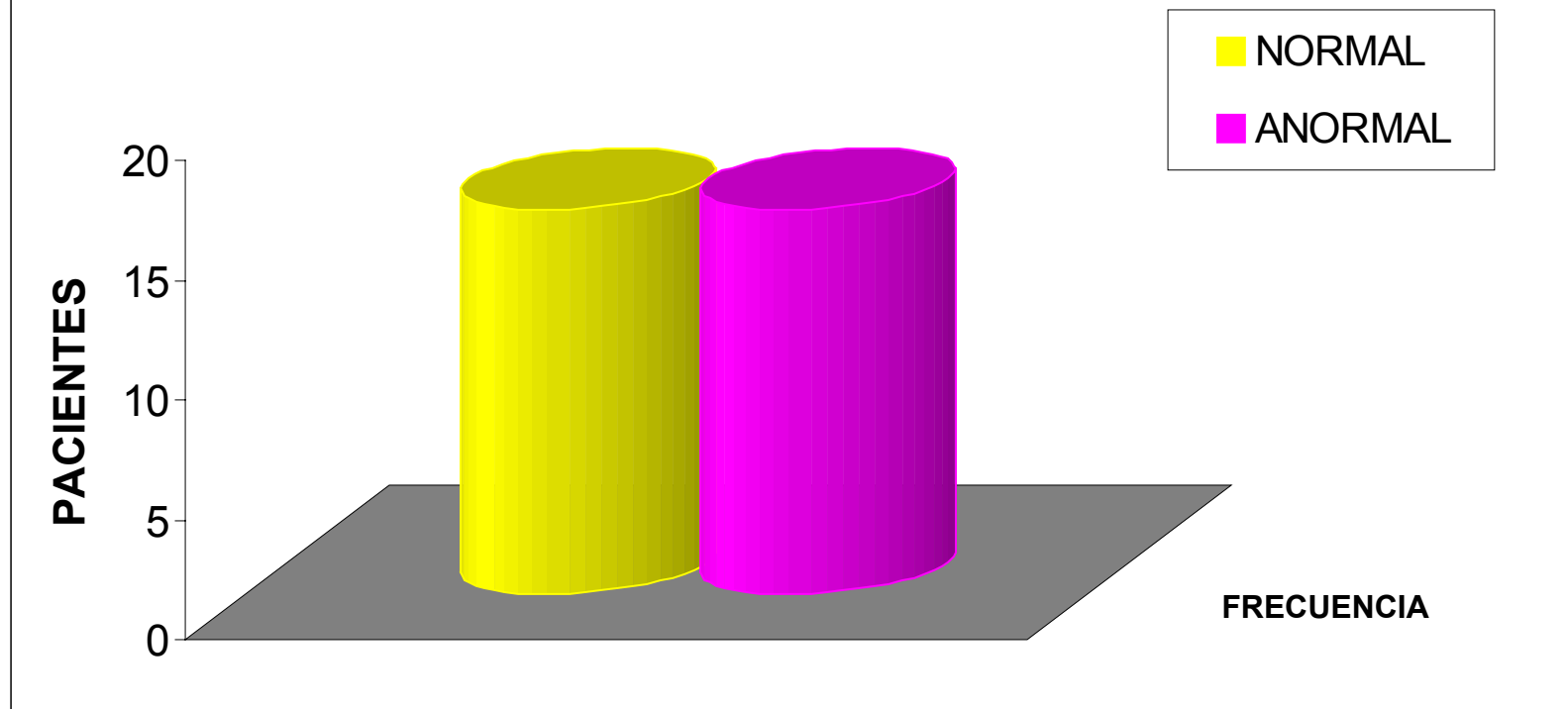
GRAFICA 6

VÍA DE ABORADAJE PARA LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



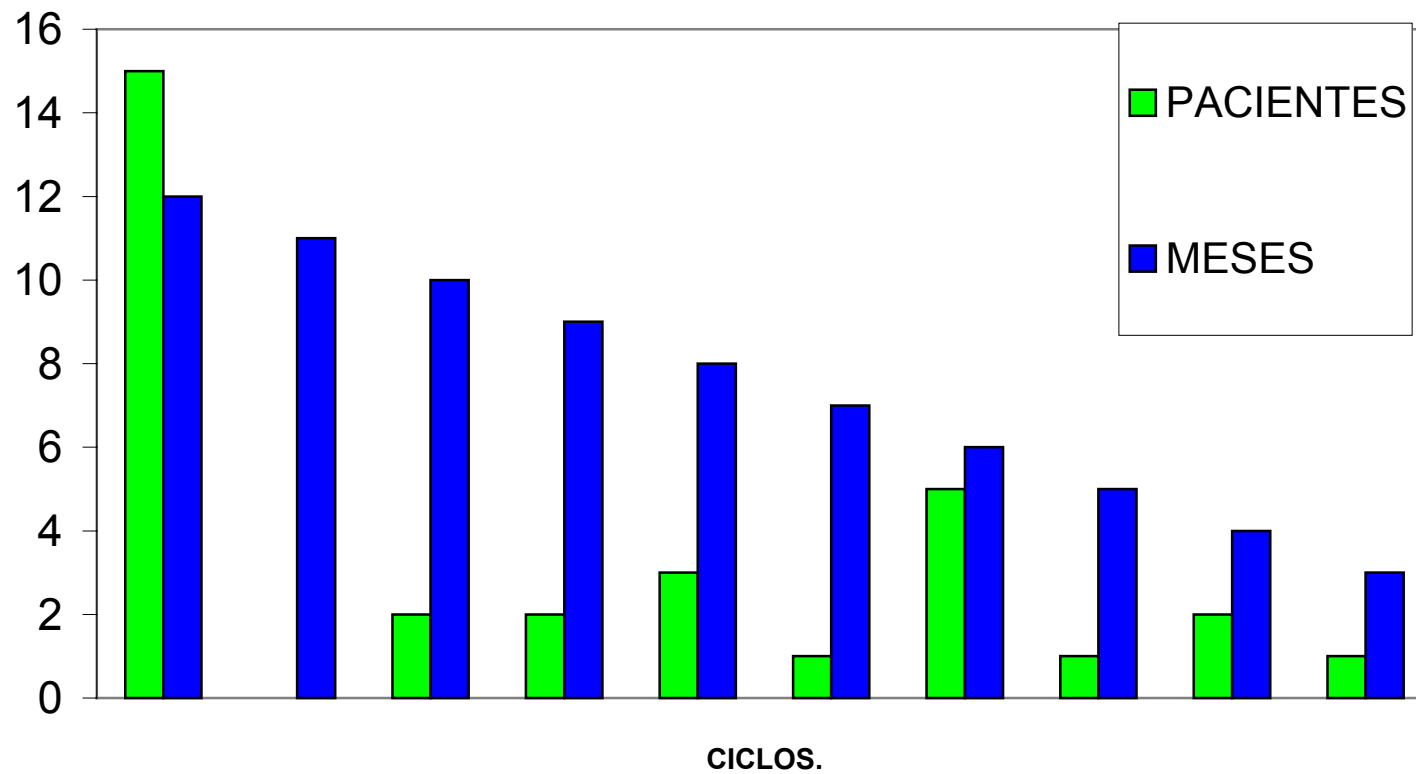
GRAFICA 7

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



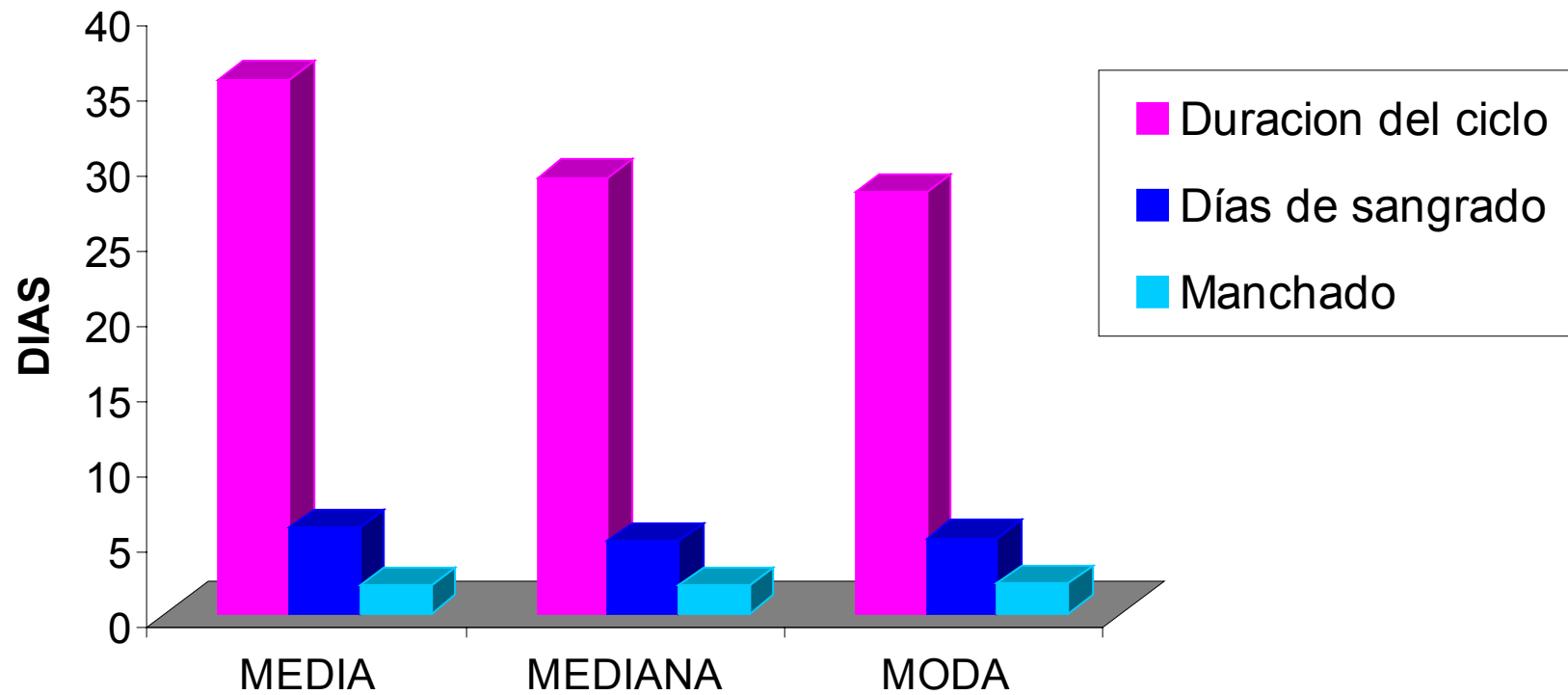
GRAFICA 8

NÚMERO DE PACIENTES POR CICLO POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL.



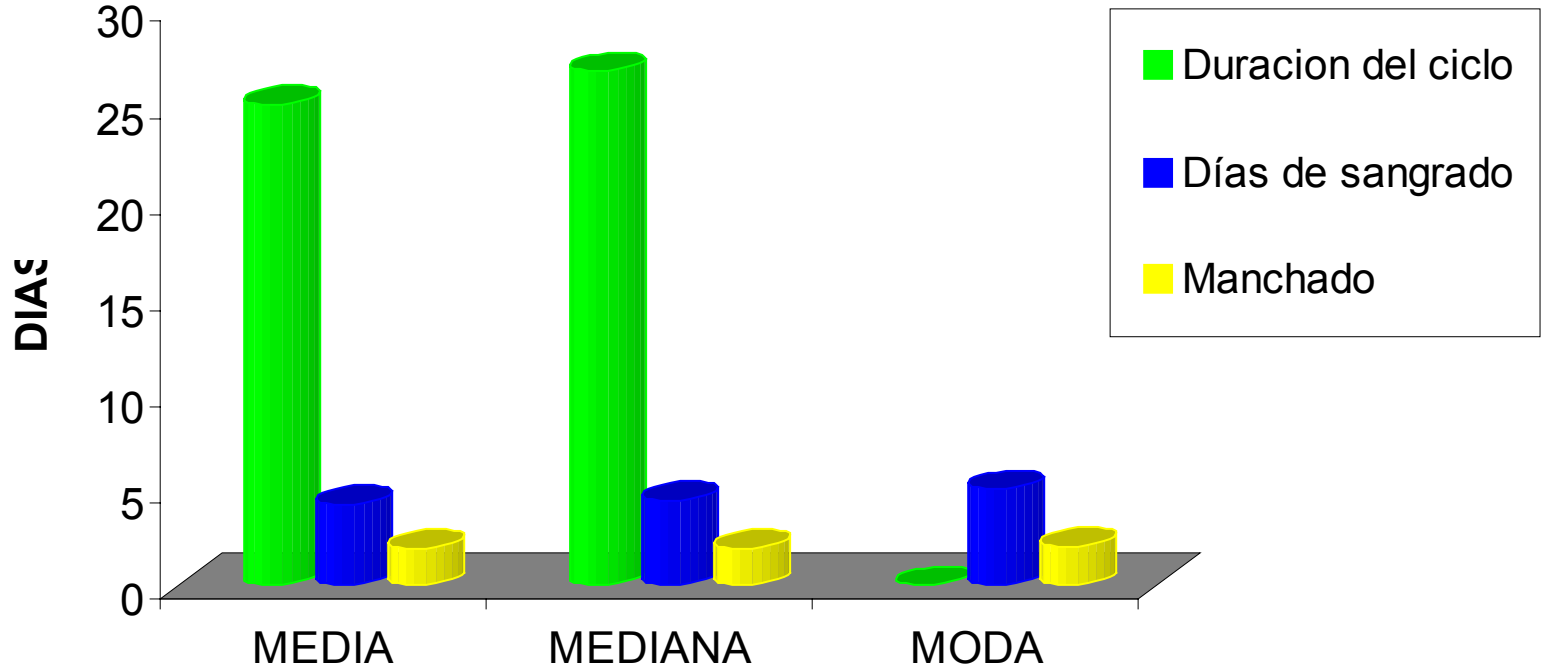
GRAFICA 9

PRIMER CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



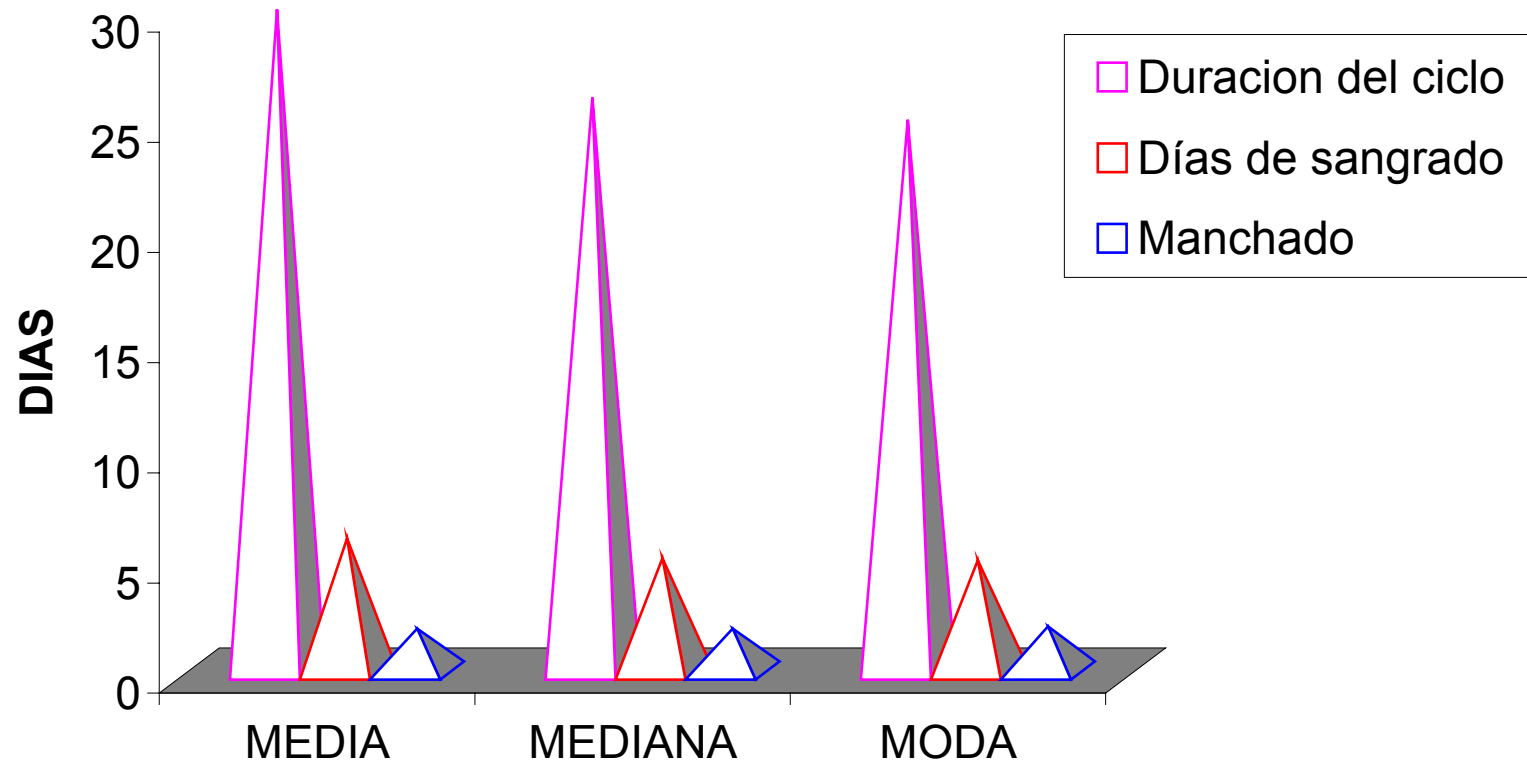
GRAFICA 10

SEGUNDO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



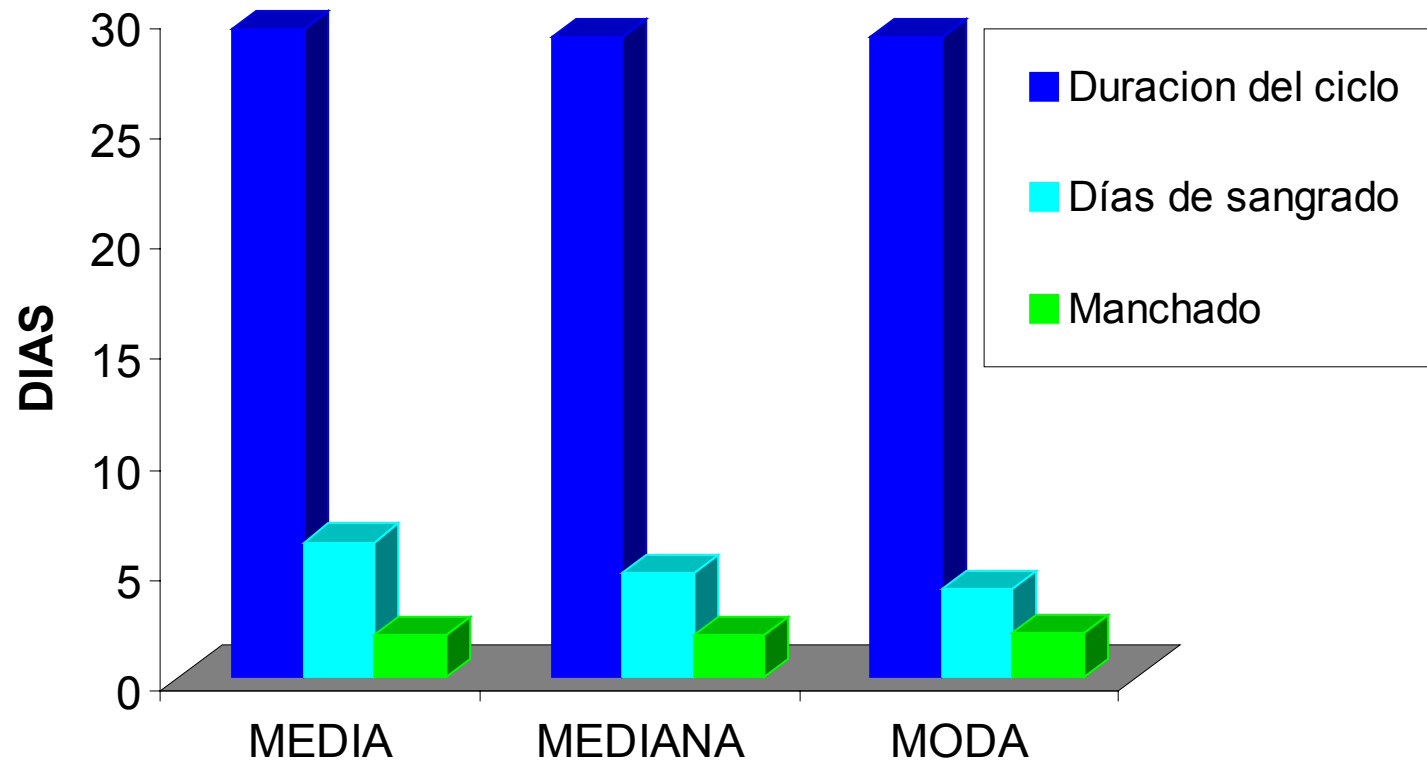
GRAFICA 11

TERCER CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



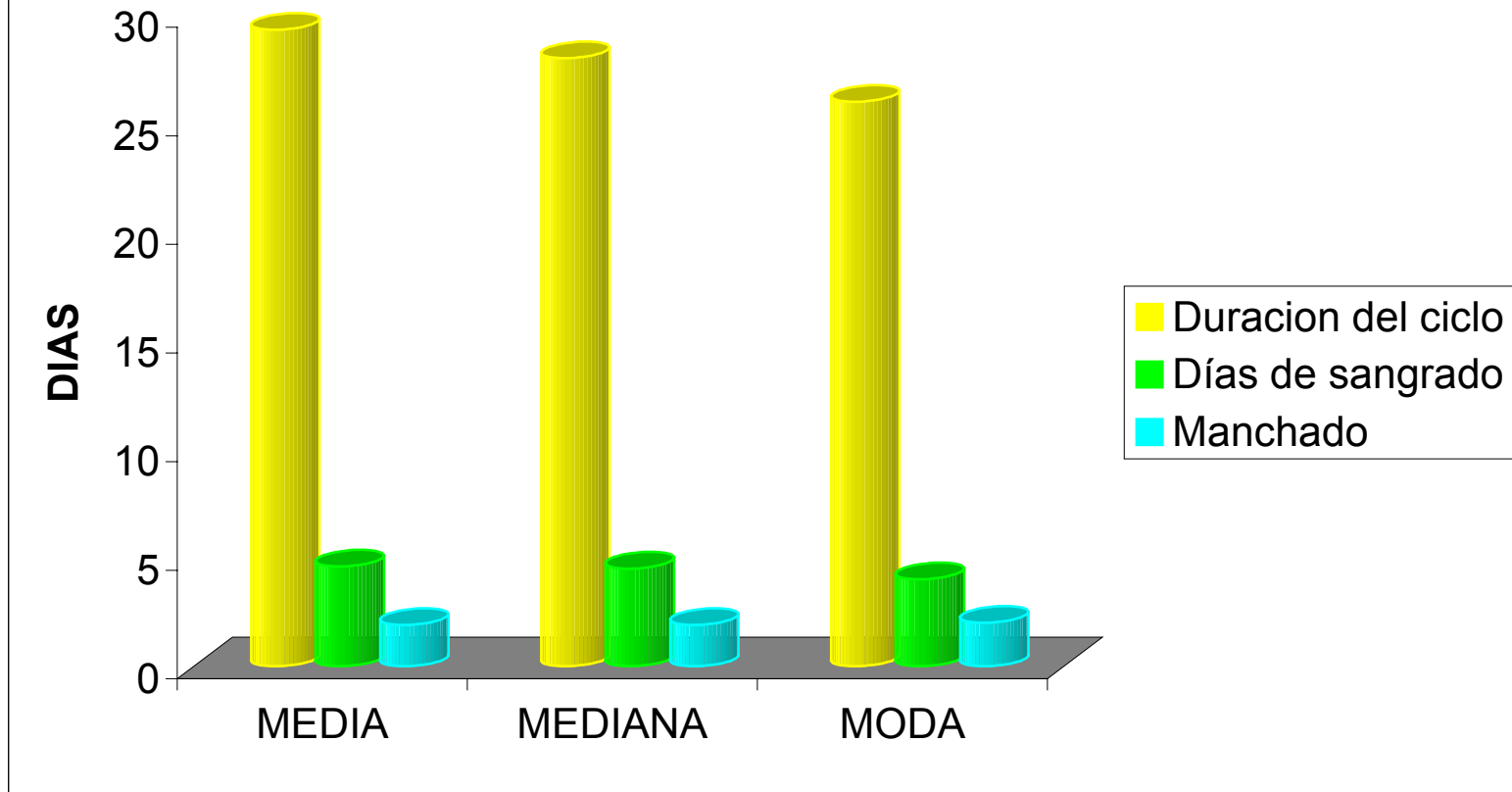
GRAFICA 12

CUARTO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



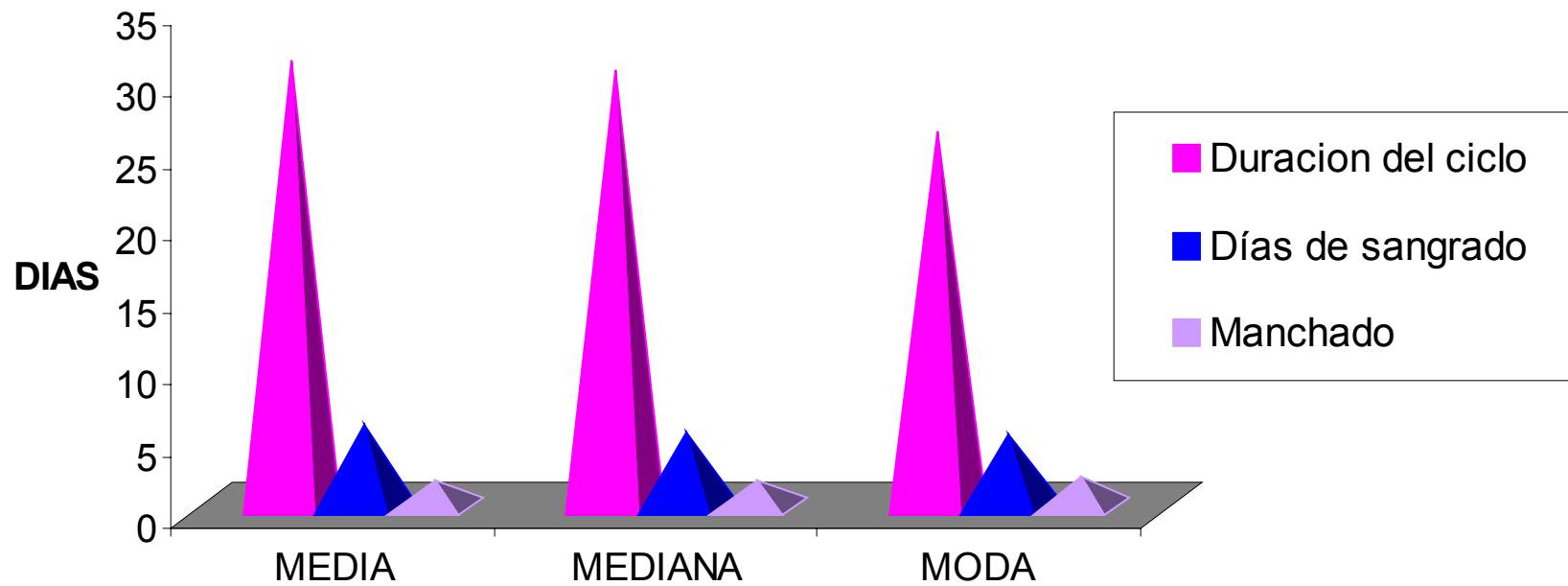
GRAFICA 13

QUINTO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



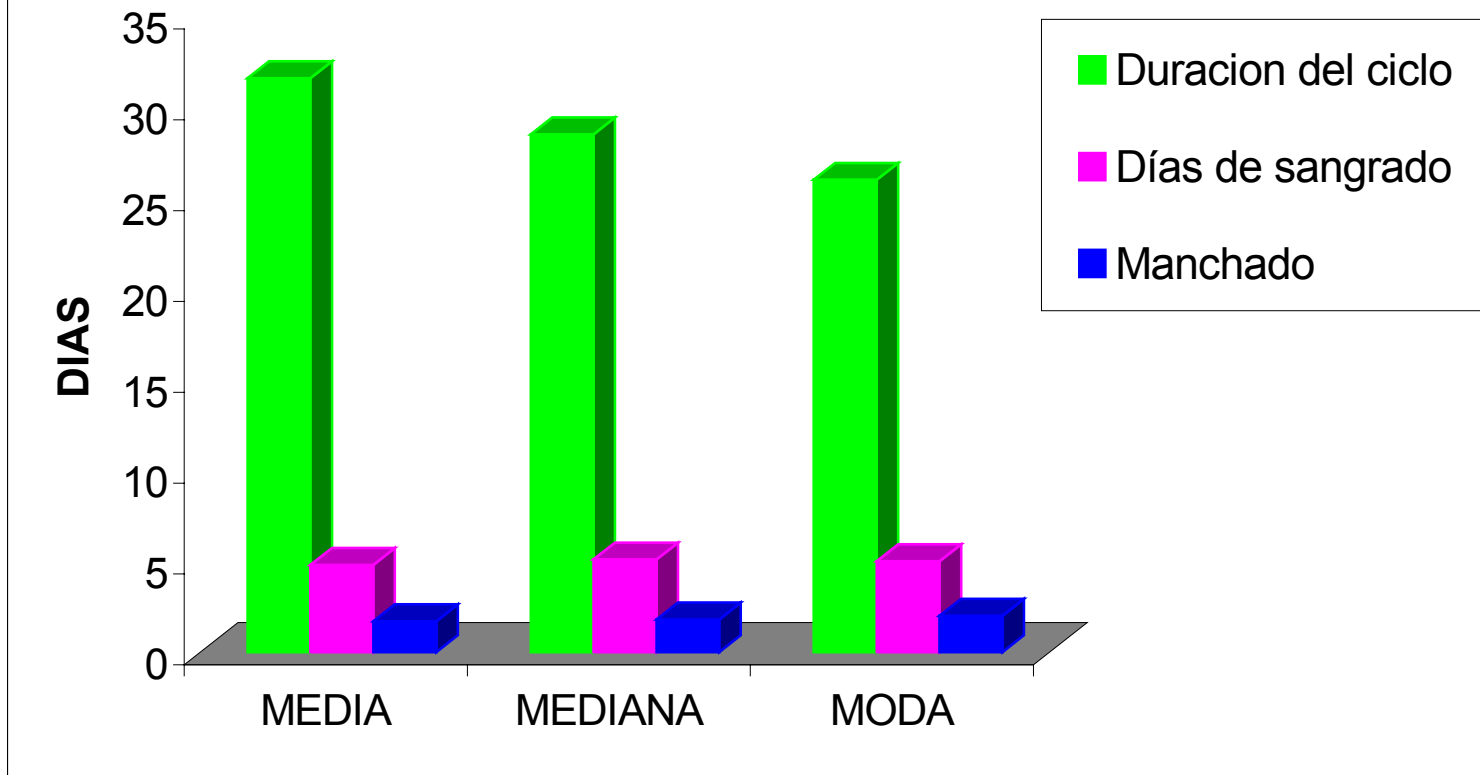
GRAFICA 14

SEXTO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



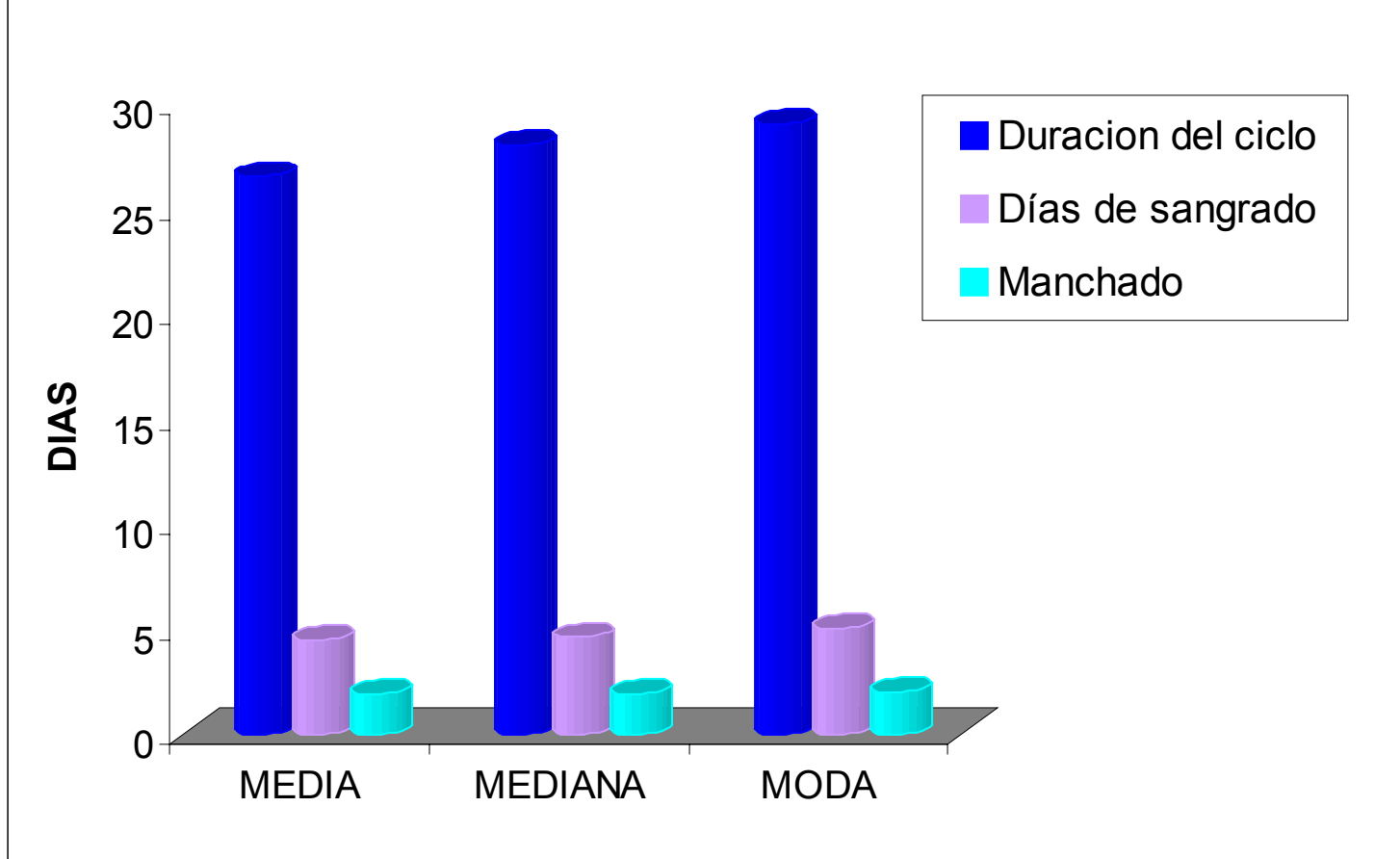
GRAFICA 15

SEPTIMO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



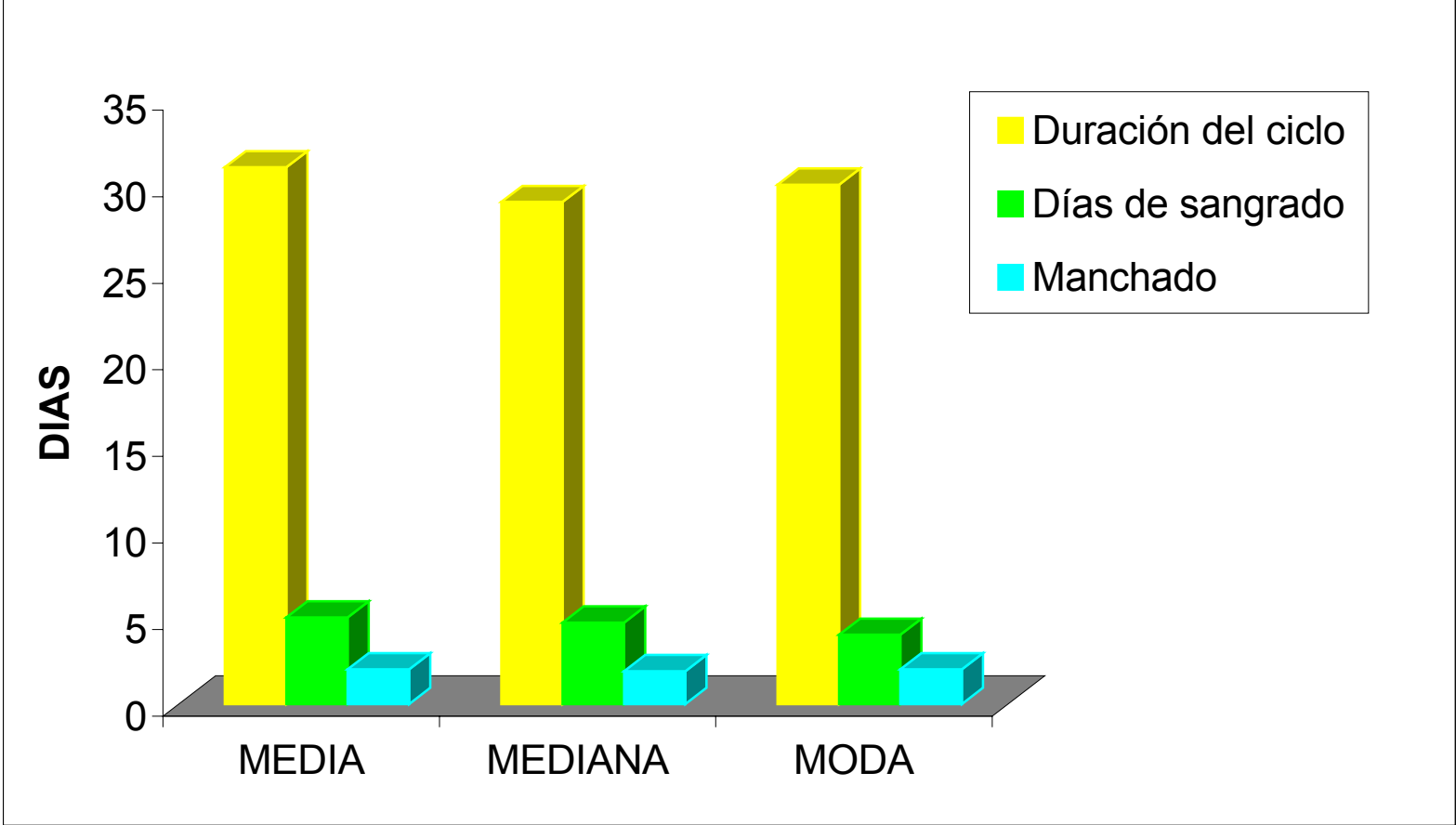
GRAFICA 16

OCTAVO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



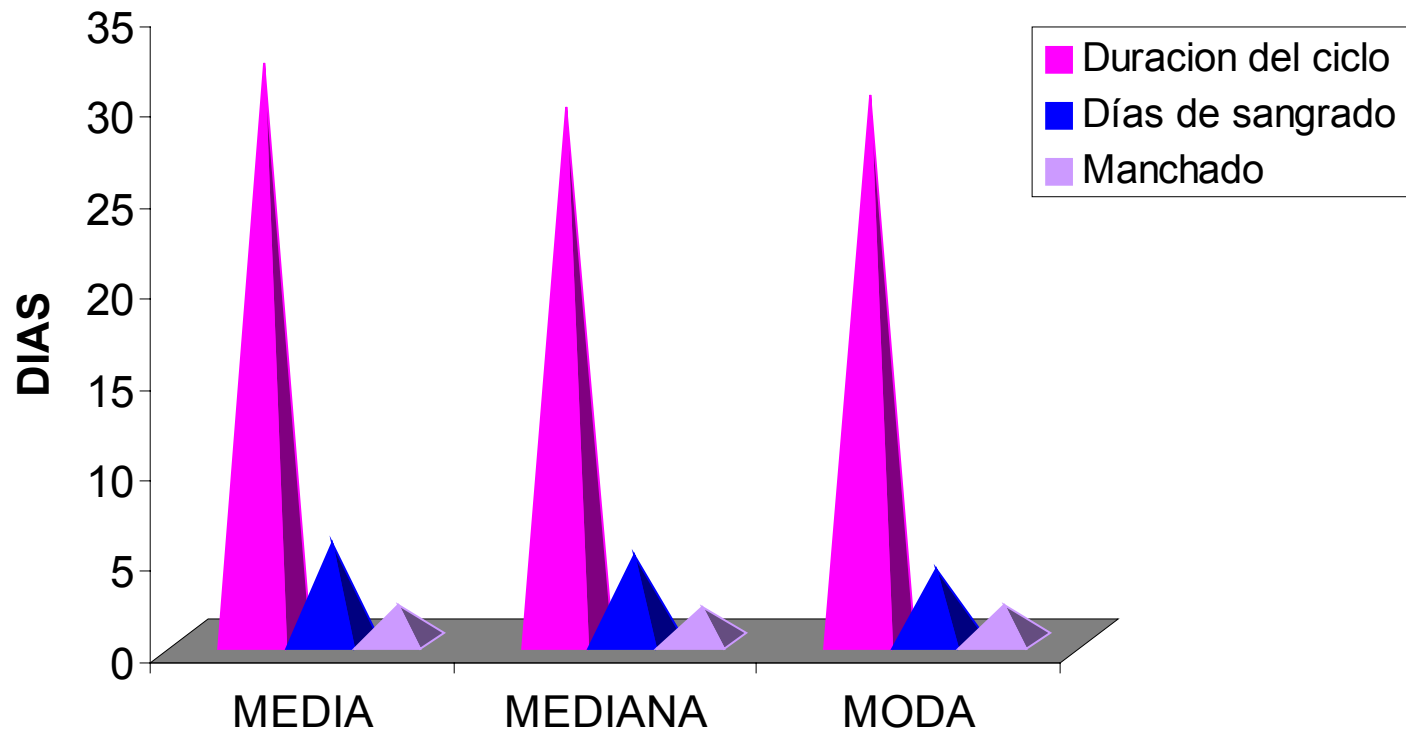
GRAFICA 17

NOVENO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



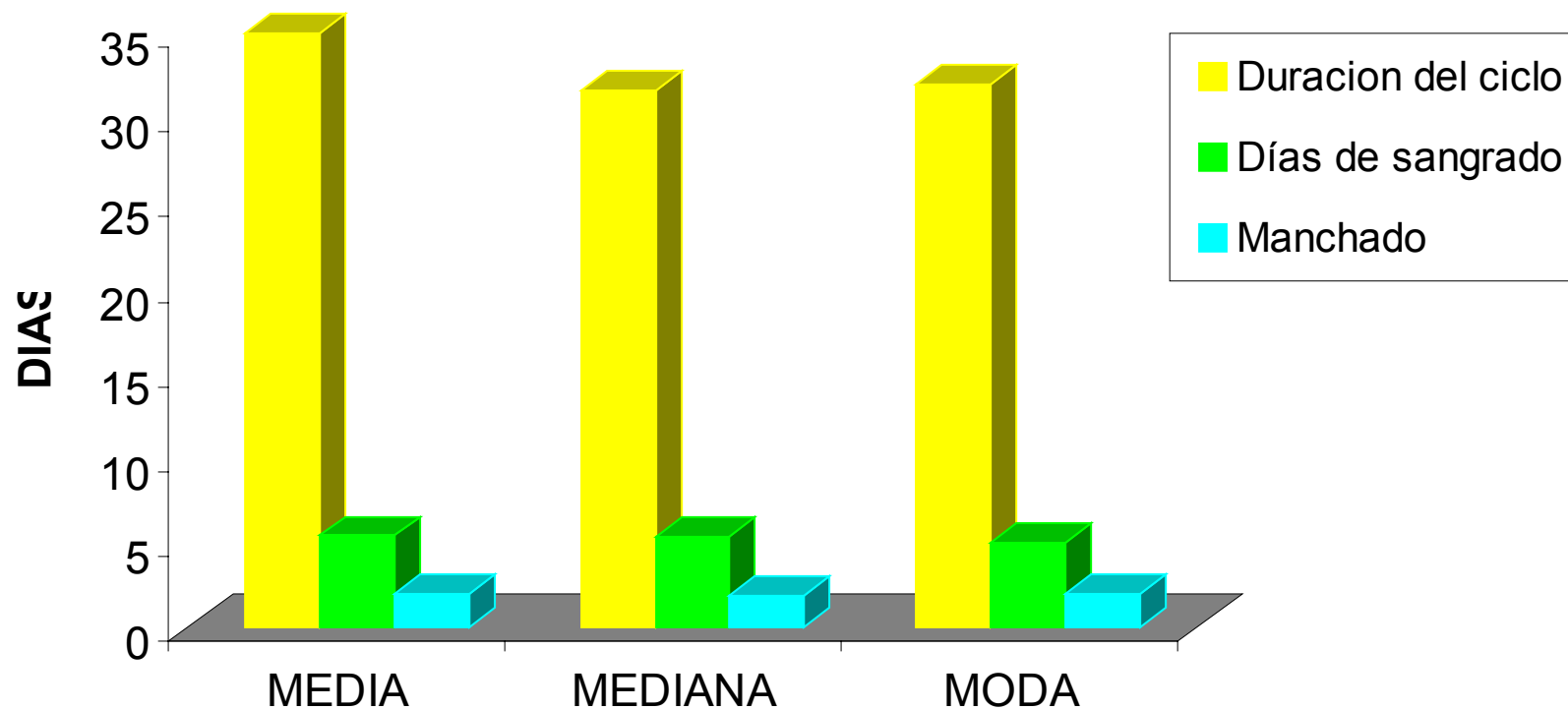
GRAFICA 18

DECIMO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



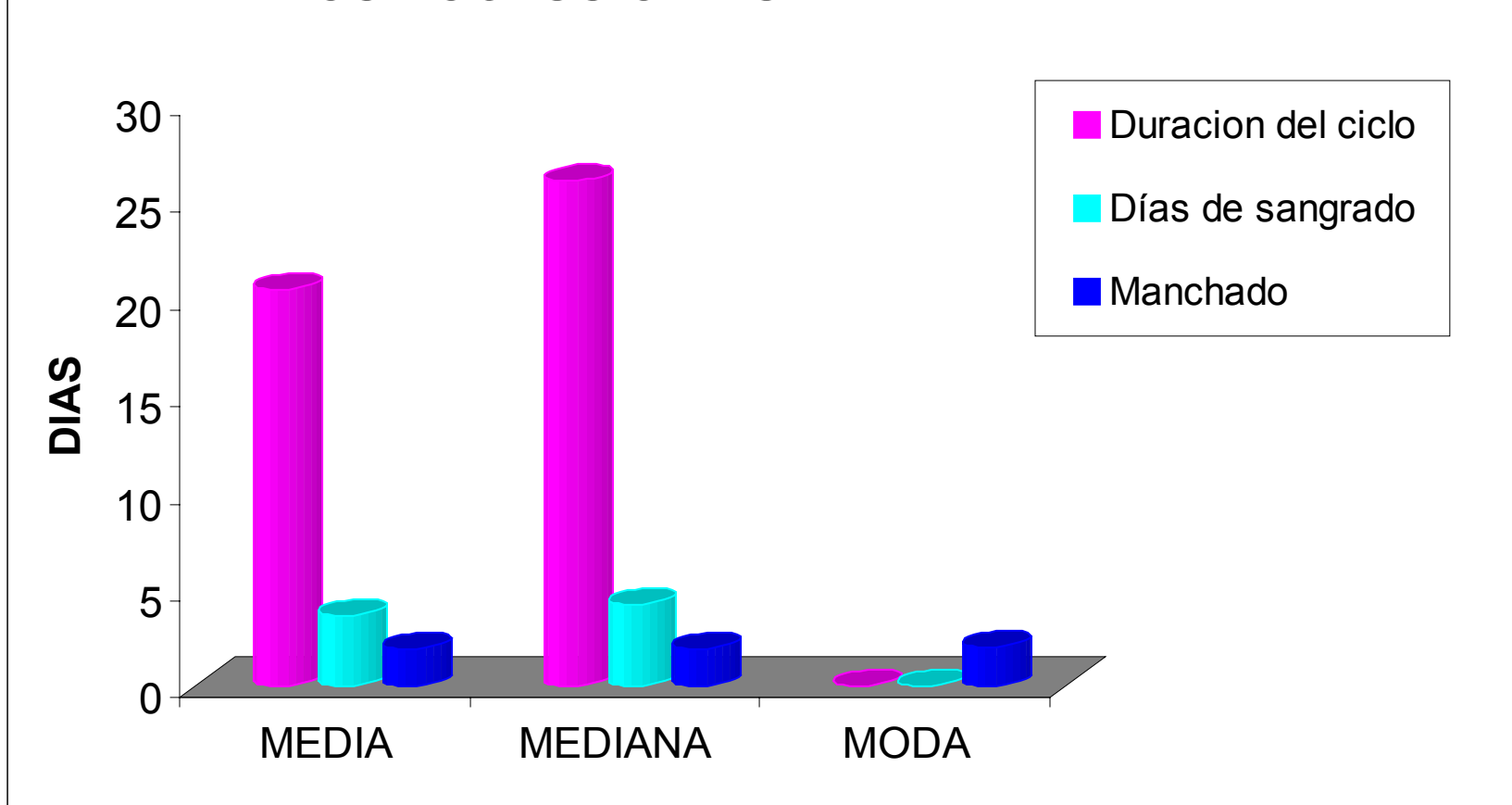
GRAFICA 19

ONCEAVO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



GRAFICA 20

DOCEAVO CICLO DEL RITMO MENSTRUAL POST OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL



GRAFICA 21

ANÁLISIS.

El síndrome post-ligadura tubaria ha sido descrito como: Aumento de la pérdida sanguínea menstrual, oligomenorrea, polimenorrea, dismenorrea, y dolor pélvico, asociados con el antecedente o como secuela de un procedimiento de esterilización quirúrgica.

Desde los primeros informes el síndrome pareció tener más características subjetivas que trastornos evaluables objetivamente.

Una de las tentativas más tempranas de medir cambios menstruales fue hecho por Kasonde y Bonnar en 1976, concluyendo estos autores que aumentó el sangrado menstrual en el primer año después de la cirugía. Sin embargo Gwen P. en 1998 menciona que la única consistencia en los artículos es su inconsistencia y que no existe evidencia de tal síndrome.

Múltiples estudios han evaluado la determinación de LH, FSH y estradiol previa a la cirugía y posterior a la misma así mismo se han hecho seguimiento a diversos intervalos de tiempo y no han encontrado cambios significativos en estos.

En nuestro estudio se encontró ritmo menstrual irregular previo a la cirugía en la misma proporción que la que se presentó en su seguimiento a 3, 6, 9 y 12 meses, por otro lado solo hubo un ligero incremento en los periodos de dismenorrea.

Por lo anterior se puede concluir que tanto las pacientes sometidas a oclusión tubaria bilateral por laparoscopia y minilaparotomía no experimentan cambios menstruales por lo que continua siendo un método seguro.

Así mismo es importante recalcar que el 50% de las pacientes que se sometieron al procedimiento, al menos en nuestro estudio contaba con algún hallazgo quirúrgico que pudiera condicionar a corto o largo plazo cambios en el patrón menstrual con es miomatosis uterina.

En nuestro estudio el 9.3% de las pacientes contaba con más de 40 años de edad, por lo que también puede influir en los cambios del patrón menstrual.

Es importante recalcar que son muchas las variables que pueden condicionar alteraciones del patrón menstrual en nuestras pacientes como son edad, patología uterina y de anexos, que pudieran haber causado el aumento de alteración del ciclo menstrual. Estas variables han sido analizado por los diversos autores y es por eso la inconsistencia de resultados sobre este síndrome.

Por las características de nuestro Instituto al atender a población de alto riesgo es difícil contar con pacientes sanas que no cuenten con factores que pudiesen por si mismo condicionar alteraciones del patrón menstrual, para poder determinar de una manera mas objetiva la existencia o no del síndrome post oclusión tubaria bilateral; sin embargo, el estudio nos sirve para hacer un diagnostico situacional de las pacientes manejadas en el Instituto.

BIBLIOGRAFÍA.

1.- Shain R N, Miller WB, Mitchell GW, Holden a, Rosenthal M. Menstrual pattern change 1 year after sterilization: results of a controlled, prospective study. *Fertility and Sterility*. 1989;52:192.

2.- Vázquez JA. Síndrome postligadura tubaria. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1983;51:237.

3.-Gentile G, Kaufman S, Helbig D. Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome?. *Fertility and Sterility*.1998;69:179.

4.-Carmona F, Cristobal P, Casamitjana R, Balasch J. Effect of tubal sterilization on ovarian follicular reserve and function. *AJ. Of Obstetrics and Gynecology*. 2003;189.

5.-Peterson H, Jeng G, Folger S, Hillus S, Marchbanks P, Wilcox L. The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. *The New England Journal of Medicine*. 2000; 343: 1681.

6.- Cattanach J. Oestrogen deficiency after tubal ligation. *The Lancet*.1985;13:847.

7.- Rivera R, Galtan JR, Ruiz R, et al. Menstrual patterns and progesterone circulating levels following different procedures of tubal occlusion. *Contraception*. 1989;40:157.

8.-Meldrum DR. Microsurgical tubal reanastomoses: the role of splints. *Obstet Gynecol*. 1981;57:613.

9.- Helm G, Sjoberg N. Corpus luteal function after tubal sterilization using endothermic coagulation. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1986;65:741.

10.- Alvarez F, Faundes A, Braebe V, Tejada AS, Segal SJ. Prospective study of the pituitary function after tubal sterilization by the Pomeroy or Uchida techniques. *Fertil Steril.* 1989;51:604.

11.- Garza F, Vasquez E, Reyes A, Valero A, Morales del Olmo A. Assessment of luteal function after surgical tubal sterilization. *Adv Contracept* 1991;7:371.

12.- Thranov I, Hertz JB, Kjer JJ, et al. Hormonal and menstrual changes after laparoscopic sterilization by Falope-rings or Filshie-clips. *Fertil Steril.* 1992; 57:751.

13.- Sun X, Ma T. Study on ovarian function following tubal ligation. *Act Acad Med Wuhan* 1985;5: 119.

14.- Cattanach J. Post tubal sterilization problems correlated with ovarian steroidogenesis. *Contraception.*1988;38:541.

15.- Rulin M. C, Turner J. H, Dunworth R, Thompson D. S. Post-tubal sterilization syndrome-A misnomer. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 151: 13.

16.- Townsend D. E, McCausland V, McCausland A, Fields G. Post-Ablation-Tubal Sterilization Syndrome. *Obstetrics and Gynecology.* 1993; 82:422

17.- Rulin MC, Davidson AR, Philiber SG, Graves WL, Cushman WF. Long term effect of tubal sterilization on menstrual indices and pelvic pain. *Obster Gynecol* 1993; 82: 118-21.

18.- Posadas R, Alba Q. Relación de la obstrucción tubaria bilateral con los quistes ováricos funcionales. Ginecología y Obstetricia de México. 2002; 70: 264.

19.- Alba Q. Quistes ováricos funcionales en pacientes con y sin esterilización tubaria. Ginecología y Obstetricia de México. 2000; 68: 345.

ANEXO 1

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA. SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN. DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. SÍNDROME POST SALPINGOCLASIA BILATERAL.

DATOS GENERALES

NOMBRE:

EXPEDIENTE:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

RELIGIÓN:

TELEFONO:

APP:

AGO: G: P: A: C:

MPF PREVIO:

ULTIMO:

LACTANCIA: SI NO

DISMENORREA PREVIA:

POST OTB:

CIRUGÍA:

TIPO DE CIRUGÍA:

INDICACIÓN:

HALLAZGOS:

FECHA DE CIRUGÍA:

ANEXO 2

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: _____ **FECHA DE INICIO:** _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																
FEBRERO																																
MSRZO																																
ABRIL																																
MAYO																																
JUNIO																																
JULIO																																
AGOSTO																																
SEPTIEMBRE																																
OCTUBRE																																
NOVIEMBRE																																
DICIEMBRE																																

Anote diario. Sangrado: A = Abundante N = Normal E = Escaso 0 = Nada

Si tiene alguna molestia, anótela debajo de cada día del mes.