

Trabajos Originales

ESTERILIZACIÓN TUBARIA POR CULDOTOMÍA: SERIE DE CASOS

Luis Ferrada C.¹, Juan Hernández V.¹, Manuel García G.¹, Ariel Roizman A¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Castro-Chiloé.

RESUMEN

Antecedentes: La culdotomía como vía de acceso para realizar esterilización tubaria aparece como una alternativa simple y segura. *Objetivo:* Evaluar esta técnica en mujeres que solicitan esterilización tubaria. *Método:* Esterilización tubaria por culdotomía en 75 multíparas. *Resultados:* El tiempo quirúrgico promedio fue 27,2 minutos. No hubo complicaciones durante la cirugía. En 5 casos (6,6%) la culdotomía se convirtió a laparotomía porque no se identificó una o ambas trompas. *Conclusión:* Técnica segura, de bajo costo y con buena satisfacción de usuaria.

PALABRAS CLAVE: *Esterilización tubaria, colpotomía posterior, culdotomía, cirugía ambulatoria*

SUMMARY

Background: Culdotomy as access way for tubal sterilization appear like a simple and safe alternative. *Objective:* To evaluate this technique in women who demand for tubal sterilization. *Method:* Tubal sterilization by culdotomy in 75 multiparous women. *Results:* The average surgical time was 27.2 minutes. There were no complications during the surgery. In 5 cases (6.6%) the culdotomy was converted to laparotomy because one or both tubes were not identified. *Conclusion:* Culdotomy is a safe technique, of low cost and with good user satisfaction.

KEY WORDS: *Tubal sterilization, posterior colpotomy, culdotomy, ambulatory surgical procedures*

INTRODUCCIÓN

Para realizar esterilización tubaria quirúrgica se han descrito diversas técnicas como las de Pomeroy, Kroener, Uchida, Oxford, Irving y otras (1, 2,3), y las vías más frecuentemente utilizadas para acceder a las trompas son laparotomía, mini laparotomía o laparoscopia (4,5,6). La culdotomía como vía de acceso para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos intraperitoneales se conoce desde muy antiguo, en 1760 Joachim Fredrich Henckel realizó la primera ooforectomía ovárica por esa vía y en 1835 Pelletan realizó el primer drenaje por vía vaginal de un absceso tubo ovárico (7). Sin

embargo, es hasta después de la publicación de Edgard Allen en 1939, en que reporta la remoción de embarazo tubario derecho en 1936, y tubario izquierdo en 1938, ambos en la misma paciente y por culdotomía, que esta vía se populariza (8). La utilización de culdotomía como vía de acceso para realizar esterilización tubaria aparece como una alternativa simple y segura (9,10,11) y que no requiere de mayor implementación en equipamiento a diferencia de la culdoscopia (12,13,14), no obstante requiere de un ginecólogo entrenado.

El presente reporte comprende una serie de mujeres esterilizadas quirúrgicamente con técnica de Pomeroy y/o fimbriectomía utilizando la culdo-

tomía para acceder a la cavidad peritoneal e identificar las trompas. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en la utilización de esta vía de abordaje para realizar esterilización quirúrgica tubaria bilateral.

PACIENTES Y METODOS

Desde agosto de 2004, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Castro, Chiloé, estamos utilizando la culdotomía como vía preferente de abordaje a la cavidad peritoneal para acceder a las trompas y realizar alguna técnica de esterilización quirúrgica bilateral, Pomeroy o fimbriectomía. Hemos realizado esterilización quirúrgica tubaria utilizando esta vía en 75 múltiparas, no puérperas, quienes solicitaron esterilización quirúrgica. La edad promedio de las mujeres fue 36,5 años (rango: 28 a 41 años).

Procedimientos pre operatorios. La paciente ingresa en ayunas a la Unidad de Cirugía Ambulatoria, ahí se realiza la preparación pre operatoria consistente en vestirla con bata para cirugía, vaciamiento espontáneo de vejiga, control de signos vitales, permeabilización de vía venosa y traslado a pabellón.

Procedimiento quirúrgico. Administración de 1 g de cefazolina endovenosa, anestesia espinal según protocolo. Paciente en posición de litotomía utilizando pierneras con apoyo en talones, esto permite una excelente exposición perineal y evita compresiones vasculares de las piernas. No se utiliza sonda vesical. Se inicia la técnica pincelando con povidona yodada diluida el periné, vulva y vagina. Se viste la zona perineo-abdominal y extremidades inferiores con sabanillas estériles, dejando un campo quirúrgico reducido a la zona vulvar. Con separadores se identifica y pinza el cérvix incluyendo ambos labios con pinza Pozzi; movilizamos el cuello hacia ventral para identificar un punto central en la mucosa vaginal del fondo de saco posterior ubicado a 1,5 cm hacia distal de la reflexión de la mucosa sobre el cérvix. En este lugar se coloca pinza Allis que levanta la pared vaginal posterior formando una pequeña "carpa", ahí se realiza con tijera un corte transversal de la mucosa vaginal, si con esto no se accede inmediatamente a la cavidad peritoneal se pinza el peritoneo expuesto y se corta nuevamente en sentido transversal accediendo a la cavidad peritoneal. Posteriormente se procede a ampliar la culdotomía traccionando bilateralmente las comisuras de la incisión con el dedo índice de la mano izquierda hacia la derecha de la paciente y con la tijera cerrada hacia la izquierda.

Observamos si existe sangrado, especialmente en labio posterior de la incisión y se realiza hemostasia. Posteriormente se introduce por la culdotomía una pinza Foerster que lleva aprisionada una gasa enrollada, la que es dirigida hacia uno de los cuernos y levantando el útero hacia ventral. Simultáneamente se introduce el tubo metálico de aspiración y se procede a "aspirar" la trompa extrayéndola hacia la culdotomía. Una vez identificada la trompa se pinza con disector; en este momento se empuja el cérvix pinzado hacia cefálica lográndose así una mejor exposición de ella, con la tuba ampliamente expuesta se decide que técnica realizar, habitualmente es Pomeroy cuando la trompa esta casi totalmente expuesta y fimbriectomía cuando no es posible acceder a más del tercio externo de la tuba, en ambos casos se liga con catgut 0 simple, seccionamos la trompa con tijera y se electrocoagulan los cabos expuestos. Revisión de la hemostasia, liberación de la trompa y se procede de la misma forma en la tuba contra lateral. Luego, con pinzas Allis, separadamente, se toma el borde anterior y posterior de la culdotomía, este último incluyendo borde peritoneal. Culdorrafia con punto corrido de catgut 1 simple, incluyendo el borde peritoneal posterior. Se realiza lavado por arrastre con abundante suero fisiológico y colocamos pack de gasas compresivo que se retira previo al alta.

Procedimiento post operatorio. La paciente es trasladada a la unidad de recuperación para control de enfermería por 1 hora, con antiinflamatorios no esteroidales (AINES) oral y eventualmente intramuscular. Se inicia realimentación oral con líquidos y permitimos la deambulacion a las 2 horas. Alta como mínimo a las 4 horas post cirugía, una vez que ha presentado diuresis espontánea, sin vómitos, dolor leve, con capacidad absoluta de desplazamiento. Se indica AINES orales para el domicilio y control telefónico al día siguiente; posteriormente control en policlínico al quinto día.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico promedio fue 27,2 minutos (rango: 15 a 55). No hubo complicaciones hemorrágicas, anestésicas, ni lesiones de otros órganos pélvicos, durante la cirugía.

En 5 casos (6,6%) se debió convertir la culdotomía a laparotomía porque no se logró identificar una o ambas trompas. En uno de los casos no se conoció previamente el antecedente de salpingectomía. En tres casos por globo vesical importante y en otro sin causa.

El post operatorio cursa con dolor moderado,

medido con escala visual análoga, y manejable con analgésicos tipo AINES principalmente por vía oral. La realimentación se inició a las 2 horas post cirugía y fue bien tolerada. La deambulación se inició a las 2 horas con alta a las 4 horas con indicaciones de analgésicos orales. No hubo complicaciones tardías en el seguimiento.

DISCUSIÓN

A la fecha no hemos tenido complicaciones intra o post operatorias, no obstante en la literatura se reporta de 1 a 2% de complicaciones (7,9,11) especialmente hemorrágicas (hematomas) e infecciosas (abscesos), sin embargo, estas complicaciones son más frecuentes cuando se asocian otros procedimientos quirúrgicos a través de la culdotomía (11), en series sin complicaciones infecciosas asociadas al procedimiento destaca el uso de antibióticos (10) y cuando se utiliza antibiótico-terapia profiláctica de rutina el procedimiento tiene igual morbilidad que cuando se realiza por laparoscopia (15). Con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones, en nuestro protocolo utilizamos cefazolina 1 g endovenoso pre operatorio, realizamos hemostasia cuidadosa de la incisión de la mucosa vaginal especialmente del borde posterior e incluimos el peritoneo en la culdorrafia, finalmente colocamos un *pack* de gasas que comprime el fondo de saco vaginal posterior el que se retira a las dos horas de operada. Existe un porcentaje de procedimientos que no se puede realizar por culdotomía porque no se logra identificar una o ambas trompas, por lo que debe cambiarse la vía y abordar por minilaparotomía, esto ocurre entre un 1,3 a 1,9% de los casos (9,10,15); en nuestra casuística esto ocurrió en 5 ocasiones, en 3 paciente se asoció a la presencia de vejiga distendida por gran volumen de orina y en un caso no se conocía el antecedente de salpingectomía previa.

Esta técnica es una más en el arsenal quirúrgico de la ginecología. Contando con un equipo entrenado en cirugía del piso pélvico, es útil, segu-

ra, de bajo costo, y con buena satisfacción para la usuaria. No obstante creemos que es necesario contar con una mayor casuística y seguimiento para evaluar sus resultados y realizar recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Irving FC. A new method of insuring sterility following cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1924;8:335.
2. Uchida H. Uchida tubal sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:153-8.
3. Kroener WF Jr. Surgical sterilization by fimbriectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1969;104:247-54.
4. Penfield AJ. Minilaparotomy for female sterilization. *Obstet Gynecol* 1979;54:184-8.
5. Sherman PA, Burigo JA. Comparison of laparoscopic Falope-Ring and minilaparotomy sterilization. *Obstet Gynecol* 1984;63:71-5.
6. Kulier R, Boulvain M, Walker D, Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilization. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3): CD001328.
7. Hofmeister FJ. Culdotomy: A method of evaluating the pelvis. *Am J Obstet Gynecol* 1974;1:39-47.
8. Allen E. Vaginal removal of repeated ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1939;38:717-18.
9. Whitaker CF Jr. Tubal ligation by colpotomy incision. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134(8):885-8.
10. Traiman P, De Luca LA, Rodrigues JR, Rudge MV, Antonini Filho R. Transvaginal tubal ligation. *J Bras Ginecol* 1984;94:433-6.
11. Ayhan K, Boynukalin K, Salman MC. Tubal ligation via posterior colpotomy. *Int J Gynecol Obstet* 2006;93:254-5.
12. Noriega C, Hasbun J, Montes de Oca V, Martínez L. Esterilización tubaria por vía culdoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1972;37(4):149-52.
13. Denniston GC. Sterilization by culdoscopy. *J Reprod Med* 1973;10(4):175-6.
14. Koetsawang S, Bhiraueus P, Rachawat D, Kiriwat O. Comparison of culdoscopic and laparoscopic tubal sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1976;124(6):601-6.
15. Smith RP, Maggi CS, Nolan TE. Morbidity and vaginal tubal cautery: a report and review. *Obstet Gynecol* 1991;78:209-12.