

Ligadura Tubárica de Pomeroy por Videolaparoscopia

Presentación de Casos y Revisión de Literatura

Pomeroy Tubal Ligation by Videolaparoscopy Clinical Cases Presentation and Review

Dr. Carlos Rafael Alverto Suazo *

RESUMEN. Se informan dos casos de pacientes con historia de paridad satisfecha, que se presentaron a la consulta externa del Hospital Vicente D'Antoni solicitando esterilización quirúrgica. Ambas pacientes fueron programadas para ligadura tubárica de Pomeroy por videolaparoscopia. No hubo complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico y ambas pacientes fueron dadas de alta a las 15 y 17 horas del posoperatorio, respectivamente. Hubo prolongación del acto quirúrgico debido a dificultades técnicas, con tiempo operatorio promedio de 60 minutos. Con entrenamiento y selección adecuada de pacientes, la técnica laparoscópica de Pomeroy es segura y efectiva, brindando además todas las ventajas conocidas de la laparoscopia.

PALABRAS CLAVE: *Pomeroy laparoscópica, Esterilización tubárica laparoscópica*

SUMMARY. Two cases are presented of patients who had completed their desired childbearing and requested surgical sterilization at Vicente D'Antoni Hospital. Both were scheduled for laparoscopic

Pomeroy. There were no perioperative complications, except for technical difficulties that prolonged the time of surgery to an average of sixty minutes. The postoperative hospital stay was 15 and 17 hours, respectively. With adequate training and proper selection of patients, the laparoscopic Pomeroy is safe and effective, and provides all the advantages of modern laparoscopy.

KEY WORDS: *Laparoscopic Pomeroy, Laparoscopic tubal sterilization*

INTRODUCCION

La ligadura tubárica con técnica de Pomeroy es uno de los procedimientos de esterilización quirúrgica más empleados en todo el mundo. Su técnica sencilla permite realizarla tanto en el puerperio o como cirugía de intervalo. Con el desarrollo de la endoscopia operatoria ginecológica, ha surgido mucho interés de parte de ciertos autores para realizar este procedimiento vía laparoscópica e inclusive se ha propuesto para ser enseñada en planes de residencia como entrenamiento previo a técnicas laparoscópicas más avanzadas.^{1,2} Su baja tasa de fracasos, aunado a las múltiples ventajas que brinda la laparoscopia moderna, convierten a la Pomeroy en un procedimiento seguro y efectivo. A continuación se presentan 2 casos de ligadura de Pomeroy por videolapa-

* Ginecoobstetra, La Ceiba, Atlántida.

Dirigir correspondencia a: Edificio Venecia no.1 Barrio Solares Nuevos avenida Colón 12 calle, La Ceiba.

roscopía realizados en el Hospital Vicente D'Antoni de La Ceiba, Atlántida. De no haber informes similares, este sería el primer informe en la literatura médica hondureña.

PRESENTACION DE CASOS

Primer caso: Paciente de 35 años, expediente No. 119361, con historia gineco-obstétrica de G=8, P=7, AB=1, HV =4, Fecha última de parto = 1993, Fecha última de menstruación = 1-Junio-1999. Debido a paridad satisfecha solicitó esterilización quirúrgica. Sin antecedentes patológicos y quirúrgicos de importancia. Buen estado general, examen físico normal, examen ginecológico normal. Fue programada para cirugía el 8 de Junio de 1999.

Segundo caso: Paciente de 43 años, expediente No. 10247, con historia gineco-obstétrica de G=2, P=2, Hijos vivos =2, Fecha última de parto = 1989. Debido a edad y paridad satisfecha solicitó esterilización quirúrgica. Antecedentes patológicos = Hipertensión arterial crónica. Asintomática, buen estado general, examen ginecológico normal, con visto bueno de Medicina Interna para intervención quirúrgica se programó para cirugía el 8 de Julio de 1999.

TECNICA

La técnica empleada fue igual para ambas pacientes. Previo neumoperitoneo con aguja de Veress, flujo de CO₂ de 1.5 litros por minuto y presión intrabdominal de 12 milímetros de mercurio, se procedió a colocar trocar umbilical de 10 milímetros para el laparoscopia y cámara. Siguiendo la técnica descrita por Ryder y Vaughan³ se procedió a colocar dos puertos laterales de 5 milímetros a 2-3 centímetros hacia adentro de cada espina ilíaca anterosuperior. En la técnica original se procede a tomar una trompa con la ayuda de una pinza de agarre y mediante suturas preanudadas (Endoloop) de Catgut simple No. 0 se liga la trompa. Luego, con la ayuda de tijeras laparoscópicas se procede a reseca la trompa y cortar la sutura. El fragmento de trompa se extrae por uno de los puertos de 5 milímetros. Se repite el procedimiento en el lado opuesto. Debido al alto costo de las suturas preanudadas, se utilizó un bajanudos diseñado por el Dr.

Jaime Ramírez de Guatemala a partir de una aguja de Tricot de 5 milímetros, a la cual se le ha abierto un fino canal en su extremo distal, que permite el paso de un hilo No. 0 ó 1. Hago previamente un nudo corredizo de Roeder, que es prácticamente una endoasa, y con la ayuda del bajanudos la introduzco a través de uno de los puertos y funciona como un endoloop. El procedimiento se completa con la extracción de los puertos, una vez eliminado el CO₂ y se cierran las incisiones con suturas de Vicryl 3 ó 4 ceros.

EVOLUCION

No hubo ninguna complicación en el trans ni posoperatorio, salvo algunas de carácter técnico que prolongaron el tiempo quirúrgico, debido a mal estado de algunos de los trocates. En ambos casos el tiempo operatorio promedio fue de 60 minutos. La primer paciente fue dada de alta a las 15 horas posoperatorio y la segunda a las 17 horas. Después de un año de seguimiento no se han informado embarazos ni complicaciones asociadas a la cirugía.

REVISION

El procedimiento de Pomeroy es el método de resección tubárica efectiva más simple y recomendable. Prácticamente todo ginecólogo está familiarizado con su técnica y puede realizarse en el puerperio inmediato, durante una cesárea o como cirugía de intervalo. En el procedimiento clásico se reseca un asa de cada trompa de Falopio después de ligar su base con material de sutura absorbible. En general se considera importante utilizar Catgut simple para ligar la trompa, dado que el fundamento racional de este procedimiento consiste en la rápida absorción de la ligadura y la separación ulterior de los extremos tubáricos seccionados.⁴ Su tasa de fracasos se ha estimado en 2 a 3 embarazos por cada 1000 casos.⁵

En un estudio de Taner,⁶ se comparó la ligadura laparoscópica de Pomeroy usando suturas preanudadas (Endoloop) con la técnica convencional por minilaparotomía. 44 mujeres fueron seleccionadas al azar para laparoscopia o minilaparotomía. El tiempo operatorio medio en el grupo de laparoscopia (18.90 +/- 5.56 con un rango de 12 a 35 minutos) no fue significativamente diferente del grupo de minilaparotomía (23.12 +/- 8.24

con rango de 15 a 45 minutos). El autor concluye que tanto la laparoscopia como la minilaparotomia pueden ser usadas para realizar la Pomeroy, ya que ambas tienen baja morbilidad, pero en hospitales con condiciones apropiadas la Pomeroy por laparoscopia puede ser preferible a la minilaparotomia.

Lo anterior es también apoyado por Kulier y colaboradores,⁷ quienes usando una revisión sistemática de bases de datos, evaluaron las técnicas de esterilización laparoscópica en general y las compararon con la minilaparotomia. Sus resultados muestran una menor mortalidad para la laparoscopia y un menor tiempo operatorio.

La obesidad no suele ser problema para llevar a cabo la laparoscopia. En un estudio de Singh y colaboradores⁸ se revisaron los expedientes de 248 pacientes consecutivas que habían tenido esterilización laparoscópica por diferentes técnicas, 147 obesas y 101 no obesas como controles. No se observó ninguna complicación en ninguna paciente y no hubo diferencias significativas en el tiempo operatorio. Concluyeron que la esterilización laparoscópica puede ser realizada en mujeres obesas con la misma eficiencia, morbilidad y estancia hospitalaria que la paciente no obesa.

Los avances recientes en la tecnología de la fibra óptica han disminuido el diámetro necesario para poder tener una adecuada visualización de las estructuras pélvicas, lo cual ha llevado al campo de la microlaparoscopia. Esto condujo a Hibbert y colaboradores⁹ a evaluar la realización de la ligadura de Pomeroy usando técnicas microlaparoscópicas. 38 mujeres consecutivas fueron sometidas a Pomeroy laparoscópica utilizando técnica de tres punciones, con laparoscopia de 2 ó 5 milímetros transumbilical, un puerto suprapúbico de 5 milímetros y un cateter intravenoso No. 14 situado 4 centímetros por arriba del puerto suprapúbico. Una sutura de endoloop de Catgut simple No. 0 fue usada por el puerto de 5 mm para ligar la porción ístmica de la trompa, con la ayuda de una pinza de agarre histeroscópica semirígida introducida a través del cateter de plástico. El hilo y la porción ligada de la trompa fueron cortados con tijeras laparoscópicas y el segmento tubárico removido por el puerto de 5 mm. Los investigadores compararon los procedimientos con 52

esterilizaciones laparoscópicas tradicionales seleccionadas al azar y no encontraron diferencias significativas excepto por un tiempo operatorio más corto en la microlaparoscopia (33.0 versus 40.8 minutos). Concluyeron que la ligadura tubárica de Pomeroy puede ser realizada usando técnicas microlaparoscópicas y en casos seleccionados puede ser realizada bajo anestesia local en forma ambulatoria.

En general, cualquiera de las complicaciones encontradas en cirugía laparoscópica pueden ocurrir en la esterilización por laparoscopia. Hablando de complicaciones mayores y menores, vemos que las complicaciones mayores al momento de la ligadura tubárica son poco frecuentes (incluyen aquellas pacientes que requieren laparotomia, reingreso hospitalario o fallecieron como consecuencia de la cirugía), con una frecuencia informada de 0.1 a 0.4%. Esa frecuencia no incluye laparotomías por dificultades técnicas encontradas al momento de la cirugía, como mal funcionamiento del equipo, adherencias pélvicas o abdominales extensas o la presencia de otras patologías pélvicas (masa pélvica). Cuando estos problemas son incluidos, el porcentaje de laparotomías informadas aumenta a 0.5 a 0.85%.³ Las complicaciones menores pueden generalmente manejarse al momento del procedimiento. Estas incluyen lesión de pequeños vasos, laceración cervical por el tenáculo o perforación uterina.

CONCLUSION

Los beneficios de la cirugía laparoscópica son bien conocidos: factor estético, menor estadía hospitalaria, menor dolor postoperatorio y una rápida incorporación de la paciente a sus actividades sociales, familiares y de trabajo. Existen diferentes técnicas de esterilización laparoscópica,¹⁰ cada una con sus complicaciones y tasas de fracasos particulares. Se dice que "la mejor técnica es la que nos da el mejor resultado", pero esto sólo se logra con entrenamiento adecuado y experiencia. Por el momento de la implementación en todos aquellos centros que cuentan con equipos de videolaparoscopia, ya que además le permitirá al cirujano ginecólogo conseguir poco a poco destreza en endoscopia operatoria.

REFERENCIAS

1. Thomas AG, Dottino P, Brodman M and Friedman F Jr. Laparoscopic Pomeroy tubal ligation in a residency training program. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994; 1: 321-4.
2. Fox MD, Long CA, Meeks GR, Jutras ML and Cowan BD. Laparoscopic Pomeroy tubal ligation as a teaching model for residents. *J Reprod Med* 1994; 39: 862-4.
3. Ryder RM and Vaughan MC. Laparoscopic Tubal Sterilization: Methods, Effectiveness and Sequelae. *Obstetrics and Gynecology Clinics* 1999; 26: 8397.
4. Cunningham FC, MacDonald PC, Gant NF *et al.* *Williams Obstetricia*. 20a. edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.
5. Berek JS, Hillard PA and Adashi EY. *Ginecología de Novak*. 12a. edición. Mexico, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. I 1997.
6. Taner CE, Aban M, Yilmaz N, Senturk N and Toy E. Pomeroy tubal ligation by laparoscopy and minilaparotomy. *Adv Contracept* 1994; 10: 151-5.
7. Kulier R, Boulvain M, Walker D, de Candolle G and Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilization. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2: CD00 328.
8. Singh HB, Huddleston HT and Nandy I. Laparoscopic tubal sterilization in obese women: experience from a teaching institution. *South Med J* 1996; 89: 56-9.
9. Hibbert ML, Buller JL, Seymour SD, Poore SE and Davis GD. A microlaparoscopic technique for Pomeroy tubal ligation. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 249-51.
10. Filshie M. Laparoscopic sterilization. *Semin Laparosc Surg* 1999; 6: 112-7.

LO IMPORTANTE EN LA VIDA
ES TENER UN GRAN OBJETIVO
Y POSEER LA CAPACIDAD Y LA PERSEVERANCIA
PARA ALCANZARLO.

GOETHE