

sable desde un punto de vista sanitario.

El único aspecto "positivo" puede estar en la patología que se pudiese diagnosticar en el transcurso de la exploración y que no haya dado síntomas previos, pero no puede ser muy significativa dando el rango de edad de las usuarias.

Incluso es probable que provocaríamos un ambiente de incertidumbre sobre la eficacia ofrecida por el método hasta ahora y sobre la técnica de inserción que ni el dispositivo ni el profesional se merecen.

A la vista de los datos expuestos anteriormente el estudio ecográfico no se nos presenta como una técnica exploratoria que vaya a mejorar la alta eficacia que el dispositivo ofrece como método anticonceptivo de por sí. Las usuarias deben conocer que no hay método infalible y que la eficacia del DIU está ampliamente demostrada con los controles habituales.

La exploración ecográfica deberemos limitarla a casos concretos como en las alteraciones encontradas en la exploración habitual, bien previas a la inserción o en las de control; asimismo estará indicada en los casos de una inserción dificultosa y por supuesto en caso de fallo con gestación. Entre las solicitudes habituales destaca la desaparición de los hilos guía. Dejar los hilos guía más largos es un consejo sobre todo en los casos de retroversión uterina.

La exploración ecográfica se está convirtiendo en una técnica rutinaria, pero no debe sustituir nunca a la exploración clínica. Y en el terreno que nos ocupa en este Congreso debe utilizarse como complemento a la exploración clínica ginecológica que el profesional ofrece a la usuaria aprovechando el cumplimiento de los controles establecidos, no dirigida únicamente al control del dispositivo.

T015

EMBARAZOS TRAS VASECTOMIA. ¿CUÁNTOS. CUÁNDO. POR QUÉ?

Roberto Lertxundi

En todos los trabajos que se publican respecto a la vasectomía, se asegura que su eficacia como método anticonceptivo es la mayor, incluyendo métodos tan fiables como la ligadura de trompas. Aplicando el índice de Pearl la vasectomía sería el 1/2000.

Por tanto, sin ser infalible, la vasectomía es el más seguro de cuantos métodos anticonceptivos se utilizan en la actualidad.

Es evidente que de esta afirmación ha de descartarse lo que se califica como Fracaso Precoz valorado según O'Brien * en el 0.4% (4 de cada mil) y en nuestros datos en el 0.09% (1 por cada 1.100 vasectomías).

Cuando nos referimos al fallo, no es al fallo de la técnica o de los usuarios de la

misma, sino a embarazos ocurridos tras la previa comprobación de azoospermia postoperatoria.

Consejo médico-legal

No debe, pues, asegurarse que la vasectomía es siempre segura. La posibilidad de un fallo tardío (1/2000) -es más difícil que sacar el gordo de la lotería navideña-, debe de ser advertida a los usuarios y sus parejas. Y en los tiempos que corren, que obligan a menudo a hacer una medicina defensiva, debe registrarse que tal advertencia se realizó. Según la jurisprudencia que se ha venido acumulando, no son necesarios en este caso, los consentimientos informados (que a menudo son auténticas amenazas disuasorias contra la felicidad de la humanidad). Basta con registrar en la historia clínica que la información se ha proporcionado.

Aclaramiento especial

Con este nombre tan horriblemente traducido del inglés "special clearance" se denomina la situación en que los seminogramas de control postvasectomía continúan presentando espermatozoides inmóviles incluso a los 7 meses de la misma.

Muchas clínicas han venido recomendando el uso de anticoncepción adicional hasta que no quede un solo espermatozoide. Sin embargo las últimas publicaciones en esta materia que ofrecen mayor información sobre la capacidad fertilizante de los espermatozoides tras la vasectomía permiten otorgar el concepto de "aclaramiento especial" (azoospermia sui generis) al hombre cuyos especímenes de semen muestran la presencia de espermatozoides no-móviles persistente.

¿De dónde provienen los espermatozoides no-móviles? En un hombre no vasectomizado el sitio principal de almacenamiento de esperma es la cola del epidídimo. Después de la vasectomía la mayoría de los espermatozoides provienen de la porción abdominal del conducto deferente. Goldstein * relata cómo entre 198 hombres que solicitaron la reversión de la vasectomía, 18 tenían espermios inmóviles en el semen, y en 2 se observaron espermatozoides móviles (sobre esto último, la recanalización microscópica, volveremos más adelante).

Para la mayoría de los hombres vasectomizados, la capacidad fecundante declina aún más rápidamente que la motilidad espermática. Según han demostrado diversos autores, el potencial fertilizante normal se mantiene menos de 3 días tras el paso de los espermatozoides del epidídimo al conducto deferente (Jouanannet P.; David G.; Silber S.J.) ●.

Por tanto, y siguiendo recomendaciones de IPPF ○ es "razonable otorgar aclaramiento temprano a un hombre cuyo semen fresco contiene espermatozoides no móviles únicamente, y es posible dar seguridades a un hombre con persistencia de espermatozoides no-móviles a largo plazo después de la vasectomía (hasta 7 meses) de que es infértil".

Desde el punto de vista numérico, el Dr. Alcaraz ■ de acuerdo con la revisión realizada en 1996 por la Sociedad británica de andrología, establece el concepto de aclaramiento especial en:

- Menos de 10.000 espermios / ml.
- En 2 exámenes consecutivos.
- Al menos 7 meses después de la vasectomía.

Recanalización tardía

La recanalización tardía tras la vasectomía se demuestra de 2 maneras diferentes:

1. La constatación de un embarazo en la pareja y el consiguiente seminograma positivo en el varón.
2. Los estudios retrospectivos, aleatorios, de carácter genérico, no motivados por la presencia de un embarazo imprevisto.

Respecto a lo primero, como luego demostraré con más datos, los embarazos postvasectomía se sitúan en torno a 1/2000, mientras que la presencia de espermatozoides en el semen es mas frecuente.

En el estudio de O'Brien □ de 1994 (Churchil Hospital, Oxford, England), se informa tras 12 meses postvasectomía, en una muestra con 1000 hombres cuya azoospermia postoperatoria se había comprobado, de 6 (0.6%) con presencia espermiática en torno a 10.000 espermios/ml. Repetido el seminograma 1 mes mas tarde, de esos 6 individuos, 5 eran azoospermicos.

Estamos, por tanto, ante un nuevo concepto, la reaparición transitoria de espermatozoides. Situación imprevisible y que ayuda a explicar los embarazos en las parejas de hombres considerados azoospermicos sometidos previamente a una vasectomía.

Es evidente que tasa de recanalización es mayor que tasa de embarazos postvasectomía. Según Silber S.J. se puede establecer la primera entre el 0.2% y el 0.6% y la segunda en torno al 0.05%, la diferencia se explicaría por:

- Recanalización transitoria.
- Un escaso número de espermios, por tanto, tasa de fertilidad muy baja.
- Años que han transcurrido desde la vasectomía y correspondiente disminución de la fertilidad de la pareja.

En mi opinión, no hemos de considerar la recanalización postvasectomía como un fallo de la técnica, sino emplear el concepto de Fallo tardío exclusivamente en el caso de embarazo. Esto permite afirmar junto con Ascharf T. □ que desde el punto de vista coste/beneficio, la vasectomía seguida de la ligadura tubárica es el método mejor como anticonceptivo. Seguido del DIU y los implantes hormonales, más los anticonceptivos hormonales orales y dejando para el final de la lista los métodos de barrera, espermicidas, el coito interrumpido y el farolillo de cola para la abstinencia periódica.

Paternidad sin espermatozoides

Con este título publican en Lancet (Julio 94) el grupo de urología del Churchill Hospital, Oxford □ 6 casos de paternidad sin presencia de espermatozoides en las

parejas de las mujeres embarazadas. Gestaciones que llegaron a término y que por medio de las muestras de sangre y determinación del ADN del recién nacido y del hombre se demuestra la paternidad.

En otras circunstancias las mujeres solicitan la I.V.E. y la comprobación no se realizó como en el estudio citado, cuyos datos son los siguientes:

CASO	VASECTOMIA	RECUEENTO ESPERMATICO POST - VASECTOMIA	NACIMIENTO DE LACRIATURA	RECUEENTO ESPERMATICO POST - EMBARAZO
1	Marzo 84	Agosto 84 pos. Septiembre 84 neg. Octubre 84 neg.	Noviembre 85	Mayo 85 neg.
2	Abril 84	Agosto 84 neg. x 2	Octubre 85	8 todos neg.
3	Noviembre 85	Enero 86 neg. Febrero 86 neg.	Noviembre 88	Diciembre 88 neg. x 2
4	Abril 89	Julio 89 pos. Agosto 89 neg. x 2	Diciembre 90	Octubre 90 neg. Noviembre 90 neg.
5	1985	Negativo a las 6 y 12M semanas	marzo 90	Agosto 89 neg. Septiembre 89 neg.
6	Julio 91	Noviembre 91 pos. Febrero 92 neg. Marzo 92 neg.	Julio 93	Marzo 93 neg. x 2 Junio 93 neg.

pos: positivo neg: negativo.

Los autores registran una situación extremadamente rara, recogiendo los datos del conjunto de vasectomías realizadas en el Reino Unido entre 1984 y 1991, más de 500.000. Sin embargo, lo que se demuestra es que cuando ocurre un embarazo en la pareja de un hombre vasectomizado, las implicaciones son tan importantes que la ausencia de espermatozoides en una o más muestras de semen tras un embarazo, no son suficientes para descartar sin más la paternidad.

Revisión de estudios publicados sobre Tasa de embarazo tras vasectomía

- El citado del equipo de O'Brien, del Churchill Hospital, Oxford, que revisa más de 500.000 vasectomías en el Reino Unido, establece la tasa de embarazo en 1/2.000.
- Silber S.J. en el artículo señalado anteriormente, sobre 15.000 vasectomías, establece el fallo en 1 / 3.000.
- Peng □, de Nueva Delhi, publica el estudio de 2 series, una con 50.000 vasectomizados y otra con 15.000, sitúa la tasa de fallos en 1 / 1.500.
- Alderman P. □ del Lions Gate Hospital de Vancouver, Columbia Británica,

publicó un trabajo con 1224 vasectomías tras 10 años de seguimiento, descubriendo 1 embarazo por recanalización tardía.

Nuestros datos. Clínica Euskalduna. Bilbao.

- 11.757 vasectomías desde 1.985, realizadas prácticamente en su totalidad con la técnica de electrocoagulación proximal difundida por Silber.
- 5 embarazos a los 3 años (1 caso), 4 años (1 caso), 5 años (2 casos) y 7 años (1 caso).
 - En los 5 casos se había comprobado la azoospermia postoperatoria entre 35 y 122 días tras la vasectomía en dos seminogramas.
 - Los especímenes de semen post-concepcionales fueron positivos en los 5 casos. En 1 de ellos las características espermáticas eran prácticamente normales. En 3 había una marcada oligoastenozoospermia. En 1 se obtuvieron únicamente 4 espermatozoides móviles.
 - 4 embarazos fueron interrumpidos voluntariamente. Otra gestación continuó hasta el parto.
 - En todos ellos se reintervino la vasectomía.
 - Se remitieron los hallazgos operatorios a Anatomía Patológica, comprobándose en los 5 casos una reanastomosis a través de un granuloma espermático.

Referencias

- * O'Brien. (British Journal of Urology V. 1.995).
- * Goldstein M. (Journal of Urology IV 1.996)
- Jouanannet P.; David G.; Silber S.J. (Fertility & Sterility 8, 1.994)
- IPPF (Guidelines for Family Planning edition. London. 1.997)
- Alcaraz A. (European Journal of Contraception. 12 1.996)
- O'Brien T., Guilleband J. (Lancet Julio 1.994)
- Ascharf T. (Journal of Reproductive Medicine 6. 1.995)
- Peng (International Journal of Urology IV.93)
- Alderman P. (The Journal of Family Practice 6. 91)

T016

ESTERILIZACION TUBARICA: FALLOS DE LA MISMA

J.L. de Pablo Lozano.

Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

INTRODUCCION

La esterilización tubárica, se acepta como un método permanente de contracepción por muchas parejas en el mundo, si bien los avances de la microcirugía pueden hacernos cambiar este concepto. Es esto por lo que hay autores que prefieren