

- Gatzweiler R, Retzke U. Tubal pregnancy after tubal sterilization by bipolar electrocoagulation]. Zentralblatt fur Gynakologie. 120 (3): 129-30, 1998.
- Cisse CT, Gómez-Cisse C, Kerby K, Faye EO, Diadiou F. Pregnancy after tubal sterilization. Contraception, Fertilite, Sexualite. 26 (3): 229-33, 1998 Mar.
- Arguinzoniz M, Walker D, Kulier R, Boulvain M. Comparison of involuntary tubal sterilisation methods [Protocol]. Cochrane Fertility Review Group. The Cochrane Library, Vol. (3).1999: 1-7
- Peterson HB , Xia Z, Wilcox LS, Tylor LR, and Trussell J.- Pregnancy After Tubal Sterilization With Bipolar Electrocoagulation. For The U.S. Collaborative Review Of Sterilization Working Group. Obstet Gynecol 1999; 94: 163-167
- Ryder RM, and Vaughan MC, MD Laparoscopic Tubal Sterilization. Methods, Effectiveness, And Sequelae. Obstet Gynecol Clin North Am 1999; 26 (1): 83-97

T017

¿DEBEMOS SEGUIR CONSIDERANDO IRREVERSIBLES LOS METODOS QUIRURGICOS? SI

Isabel Ramírez Polo

Por definición los métodos quirúrgicos de anticoncepción son métodos de esterilización, esto es la acción y el efecto de hacer infecundo y estéril lo que antes no lo era. Así se manifiesta en todos los manuales y documentos de Consentimiento Informado: Método de esterilización voluntaria definitivo, ya que a pesar de la posibilidad de revertirlos, esto no se consigue en el 100% de los casos. Por tanto y en principio por definición no son reversibles.

A pesar de ello no se puede negar que las técnicas quirúrgicas son revertidas, cada vez con mejores resultados, pero ¿Con qué porcentaje de éxito con respecto a la fecundidad posterior?

Cuando hablamos de métodos anticonceptivos la primera consideración que debemos hacer es la de conocer el Perfil del/la Usuari@, es decir hay que valorar de forma adecuada la relación entre los atributos del método y las necesidades del/la individu@. El perfil del/la usuari@ que solicita un método quirúrgico es generalmente: Una pareja estable en la tercera o cuarta década de la vida, que tienen cumplidos sus deseos reproductivos, no desean mas embarazos, y solicitan un método altamente eficaz y seguro.

Son pues, dos los hechos que debemos analizar:

1. EFICACIA.

Se entiende por eficacia anticonceptiva la capacidad de un método para impedir el embarazo. Si para medir la eficacia usamos el Índice de Pearl (IP), el IP estima-

do para los métodos quirúrgicos oscila entre 0,02 de eficacia teórica y 0,5 de eficacia de uso, son por tanto métodos altamente eficaces. Pero si analizamos las técnicas quirúrgicas, son las más agresivas las que tienen mayor eficacia y son las menos invasivas las descritas con mayor número de fracasos, llegando estos a porcentajes de 4-5% si el cirujano no es experto. Por otra parte, son las técnicas más invasivas las más difícilmente reversibles. Analicemos esto en cada uno de los métodos: Bloqueo Tubárico y Vasectomía.

BLOQUEO TUBARICO (BT). Las técnicas que lesionan una gran parte de la trompa, son las que tienen menos posibilidades de recanalización, aunque en general esta se puede intentar siempre que queden más de 4 cm de trompa sana y no esté suprimida la fimbria. Los casos con más de 1/3 de trompa destruida o con la porción ampular extirpada son más difíciles de recuperar.

En las situaciones que la recanalización es técnicamente posible, los porcentajes de éxito se sitúan entre un 50 - 70%, los índices de ectópicos en 5 -8% y el de abortos entre 3 -12%. Los resultados publicados para recanalizaciones con técnicas laparoscópicas son parecidos a los de otras técnicas microquirúrgicas.

Para algunos autores es importante el tiempo transcurrido desde la esterilización hasta la reanastomosis, si este es mayor a cinco años disminuye el número de embarazos conseguidos. Por otra parte también es importante la edad de la paciente, se obtienen mejores resultados cuando esta es más joven, los éxitos para mayores de 40 años son escasos, según publicó Cohen en Septiembre de 1999.

VASECTOMIA (VS). La vasectomía es una técnica quirúrgica segura con un mínimo de complicaciones y muy efectiva. Al igual que ocurre en el Bloqueo Tubárico, el que sea fácilmente reversible depende de la Técnica empleada y de la cantidad de conducto deferente destruido. Para garantizar la reversibilidad es aconsejable que la sección del Deferente sea lo más distal posible, para evitar que se afecte el Epidídimo y tratando de no ocluir el extremo proximal del Deferente. El factor tiempo, que para algunos autores es importante a la hora de la recanalización, no lo es para otros ya que según estos últimos el límite de 10 años que se ha apuntado como período de mal pronóstico en el resultado de la vasovasostomía no es real porque pueden encontrarse obstrucciones del Epidídimo tanto en vasectomías realizadas en un período inferior a 2 años como no encontrarlas en vasectomías realizadas hace más de 10 años.

Por otra parte está la presencia de Ac Antiespermáticos (AAE), que se han detectado en un 50 -70% de los vasectomizados. En un alto porcentaje de los vasectomizados (70 -80%) se consigue obtener abundantes espermatozoides móviles en el eyaculado, sin embargo en menos de la mitad de los casos suele haber embarazo y esto se relaciona, según muchos, autores a la presencia de AAE unido a los espermatozoides. Otros piensan, que los AAE no impiden de forma absoluta la fertilidad y que su acción es en todo caso la de retrasar la consecución del embarazo.

Por tanto en ambos casos (BT y VS) si buscamos una mayor eficacia, la reversibi-

lidad es más difícil. Aún en los casos de intervenciones en óptimas condiciones para ser revertidas, el porcentaje de éxitos de estas no es mayor de un 70% en el caso del BT y esto si la usuaria es joven y del 80% en el caso de la VS, si no está ocluido el extremo proximal del Deferente. Y si est@s usuari@s no quieren revertir sus intervenciones las posibilidades de fallo del método serán las mayores del grupo, por ser las técnicas más reversibles las menos efectivas.

Teniendo en cuenta que la elección, por parte del usuario, de un método determinado implica una selección ante las ventajas e inconvenientes que este presenta con respecto a los demás métodos, si lo que el/la usuari@ pretende es un método con posibilidades de reversión y comparamos los métodos quirúrgicos con otros métodos considerados como reversibles obtenemos:

- La ACO, cuya eficacia teórica es de 0,05 y eficacia de uso es de 0,5, es 100% reversible. Ya que no está demostrado que produzca infertilidad. En mayores de 30 años se requieren 2 años para que el 90% queden gestantes, un año más que para DIU o métodos de barrera.
- El DIU, cuya eficacia teórica es del 0,5% y eficacia de uso 3%, parece que no altera la fertilidad posterior.

Por tanto podemos concluir que con respecto a la eficacia que:

- Las técnicas quirúrgicas son altamente eficaces, más cuanto más agresiva sea la intervención.
- Las reanastomosis no son posibles en el 100% de los casos y aunque fuesen técnicamente posibles, el porcentaje de éxitos es del 50-75% de los casos en las mejores condiciones.
- Si el/la usuari@ desea un método reversible, hay otros métodos altamente eficaces que no alteran la fecundidad y pueden ser usados durante largos períodos de tiempo.

Por tanto desde la perspectiva de la eficacia, creo que NO deben ser considerados como reversibles.

2. SEGURIDAD

Se entiende por Seguridad la capacidad de un método para alterar positiva o negativamente el estado de salud o de amenazar la vida.

Cuando se aconseja un método anticonceptivo, hay que asumir los riesgos que el uso de este supone y si deseamos que sea reversible, los riesgos si es que existen de este proceso. Así en el caso del DIU serían los peligros de retirada del mismo y en el caso de los métodos quirúrgicos, la recanalización de los conductos afectados, que es otra técnica quirúrgica con sus potenciales riesgos quirúrgicos y anestésicos.

Al hablar de Seguridad, hablamos de Morbi-mortalidad. La esterilización es una intervención quirúrgica en pacientes sanos o con otras patologías médicas, en cuyo caso la cirugía y la anestesia pueden incrementar el riesgo de morbi-mortalidad.

La Morbilidad en el caso del BT se estima en 1 - 6%:

- Por la intervención
- Por el tipo de anestesia
- Por el momento del ciclo en que se realice
- Por otros factores asociados

De todos ellos, sólo un 1-2/100.000 son exclusivamente atribuibles a la esterilización.

La Morbilidad en el caso de la Vasectomía es de 2-3%, incluyendo las complicaciones:

Precoces:	Infecciones	Tardías:	Epididimitis crónicas
	Hematomas		Alteraciones inmunológicas
	Epididimitis, Orquitis y Prostatitis		
	Granulomas		

La reversión de estos métodos supone otro procedimiento quirúrgico (Microquirúrgico), con sus potenciales complicaciones (si bien la morbilidad consecuencia de la cirugía de las recanalizaciones es considerada como escasa) y las derivadas de la anestesia. Además en el caso del BT se precisa de una evaluación laparoscópica previa, salvo en el caso de los anillos de Yoon, lo que por supuesto incrementa el riesgo de morbi-mortalidad. En el caso de la Vasectomía puede hacerse con anestesia local la reanastomosis, con lo que el riesgo anestésico sería menor, pero por el tiempo que se tarda y la incomodidad de la postura, son muchos los autores que recomiendan el uso de anestesia general, lo que incrementa la morbi-mortalidad.

En el caso de otros métodos como los ACO, el incremento en la morbi-mortalidad, viene determinado por algunos efectos secundarios no deseados que pudieran tener y que sólo se manifiestan durante su uso, estos son difíciles de cuantificar ya que varían según el tipo de preparado y según la dosis de sus componentes. En todo caso la morbi-mortalidad no se incrementa al retirar un ACO.

En el caso del DIU, este incremento viene determinado por las complicaciones durante la inserción, evolución y para revertir el método pueden presentarse complicaciones en la extracción, aunque no son frecuentes: pérdida del hilo fiador o rotura de un fragmento, en ambos casos fácilmente solucionable sin peligro para la vida de la usuaria.

Como conclusión, con respecto a la seguridad podemos decir que:

- Al considerar los métodos quirúrgicos como reversibles, someteríamos al/la usuari@ a un riesgo doble, el de instauración del método que puede ser asumible y el de reversión, que puede ser asumible en casos específicos, pero por sistema puede ser excesivo.
- Hay otros métodos igual o más seguros durante su uso y sin riesgos al dejar de usarlos con los que se recupera la fertilidad en su totalidad, no siendo así con las recanalizaciones.

Por todo esto, considero que desde el punto de vista de la seguridad, NO deben considerarse como reversibles los métodos quirúrgicos.

CONCLUSION

Una vez analizados por separado los distintos aspectos a considerar, creo que los métodos quirúrgicos deben seguir siendo informados como IRREVERSIBLES, aunque técnicamente sea posible revertir la intervención en un alto porcentaje de casos con un mayor número de éxitos cada vez. Pero debido a que existen otros métodos mas facilmente reversibles y muy eficaces, serían estos mas aconsejables en el caso de poder desear un nuevo embarazo. Por otra parte el considerar los métodos quirúrgicos como reversibles a priori, supondría un incremento en la morbi-mortalidad innecesario en los casos que se precise una alta eficacia anticonceptiva por un período de tiempo determinado.

Otros aspectos a considerar son:

- Los Económicos: Mucho mayor coste en la reversión de Met. Quirúrgicos.
- Los aspectos legales, ya que en los casos de procesos patológicos la ley nos obliga a poner los medios, no los resultados. Pero en los casos de cirugía de complacencia, es decir de medicina no curativa, la ley exige Obligación de medios próxima a la de resultados, es decir la negligencia del profesional ha de valorarse teniendo en cuenta la obtención del resultado exigido y no sólo por la adecuación de medios que pone para conseguirlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Bassas LI. Autoinmunidad. En Pomerol JM. Práctica andrológica. Ed. Cientificas Técnicas SA, Barcelona 1994; 228-233.
2. Bissonnette F, Lapensee L, Bouzayen R. Outpatient Laparoscopic tubal anastomosis and subsequent fertility. *Fertil Steril* 1999 Sep; 72 (3): 549-52.
3. Cohen MA, Cheng PI, Uhler M, Legro R, Scuer MV, Lindheim SR. Reproductive outcome after sterilization reversal in women of advanced reproductive age. *J Assist Reprod Genet* 1999 Sep; 16 (8): 202-4.
4. Filshie M. Laparoscopic Sterilization. *Semin Laparosc Surg.* 1999 Jun; 6 (2): 112-7.
5. Goldstein M, Girordi SR. Vasectomy and vasectomy reversal. *Curr ther Endocrinol Metab* 1997; 6: 371-80.
6. Hillis SD, Morahbantes PA, Tyler LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Colaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol* 1999 Jun; 93 (6): 889-95.
7. Jequier AM. Vasectomy related infertility: a major and costly medical problem. *Hum Reprod* 1998 Jul; 13 (7): 1757-9.
8. Jimenez Torres F. Repercusiones en la fertilidad posterior. En Fernández Bolaño: *Contracepción por DIU*. ELA ed, Madrid 1993; 193-199.

9. Martínez Salmeron J, Dorgallo JL. Complicaciones en la inserción. En Fernández Bolaño: Contracepción por DIU. ELA ed, Madrid 1993; 113-125.
10. Ordas J. Esterilización Femenina. En Calaf J. Manual básico de Contracepción 2ªed. Masson ed. Barcelona 1997; 143-176.
11. Peterson HB, Xia Z, Wilcox LS, Tyler LR, Trusell J. Pregnancy after Tubal sterilization with bipolar electrocoagulation. United States Collaborative Review of Sterilization Working Group. Obstet Gynecol 1999 Aug; 94 (2): 163-7.
12. Pomerol JM. Microcirugía del deferente. En Pomerol JM. Práctica andrológica. Ed. Científicas Técnicas SA, Barcelona 1994; 327-338.
13. Pozuelo Sanchez P, Merino JM, Cerroleza J, Quesada JA. Retirada del DIU Complicaciones en la extracción. En Fernández Bolaño: Contracepción por DIU. ELA ed, Madrid 1993; 187-193.
14. Rajmil O. Contracepción masculina. En Calaf J. Manual básico de Contracepción 2ªed. Masson ed. Barcelona 1997; 177-196.
15. Ruiz Castañé E. y Pomerol JM. Contracepción Quirúrgica. En Pomerol JM. Práctica andrológica. Ed. Científicas Técnicas SA, Barcelona 1994; 609-618.
16. Trickett RI, Wang D, Maitz P, Lancetta M, Owen ER. Laser welding of vas deferens in rodents: initial experience with fluid solders. Microsurgery 1998; 18 (7): 414-8.
17. Verhulst AP, Hoekstra JW. Paternity after bilateral vasectomy. BJU Int 1999 Feb; 83 (3): 280-2.
18. Wittels B, Faure EA, Chavez R, Moawad A, Ismail M, Hibbard J, Principe D, Karl L, Toledano AY. Effective analgesic after bilateral tubes ligation. Anesth Analg 1998 Sep; 87 (3): 619-23.

T018

¿DEBEMOS SEGUIR CONSIDERANDO IRREVERSIBLES LOS METODOS QUIRURGICOS? RESPUESTA: NO.

José Gurrea.

Ginecólogo. Clínica Euskalduna. Bilbao.

Aunque el/la paciente deba considerar la esterilización masculina o femenina como una opción que renuncia a tener más hijos, el médico debe conocer las posibilidades de reversión o de tener más hijos por otros procedimientos de reproducción asistida.

Cuando uno se casa piensa, desea y promete que durará "hasta que la muerte nos separe", pero el divorcio puede acortar este largo camino de convivencia. De hecho es el divorcio y el establecimiento de una nueva relación la causa más frecuente de solicitud de reversión de la esterilización previa.