

Desanudadura bilateral de ligadura tubárica complicada con hemorragia intraabdominal masiva

Drs. Melvin Ramos, Isaac Benjamin, Julio Brito

Maternidad "Concepción Palacios"

INTRODUCCIÓN

La ligadura tubárica intraparto se refiere especialmente al procedimiento de esterilización realizada en el posparto inmediato; es decir, mientras la paciente se encuentra aún en la mesa de parto, si se trata de un parto vaginal, o en la mesa de quirófano si es cesárea. En EE.UU. para 1970 se realizaron 35 000 esterilizaciones tubáricas intracesárea, cifra que se elevó a 65 000 en el año 1975 (1). El auge de esta técnica se debe al incremento de cesáreas, a la mayor comprensión y liberalidad de los ginecologistas para practicar la esterilización tubárica, y a la comodidad que representa para la paciente volver a casa con su hijo y con bloqueo de su fertilidad, sin necesidad de un nuevo ingreso hospitalario o de ponerse en la lista de espera de la consulta de planificación familiar (2); son muchas las parejas que ante la realización de una cesárea, solicitan que se aproveche el acto quirúrgico para efectuar la ligadura de las trompas.

Agüero (3) reporta que de 24 965 partos atendidos en la Maternidad de la Policlínica Caracas se realizaron 597 esterilizaciones por ligadura de trompas, de las cuales el 68% se efectuaron durante la cesárea. Fleitas y col. (4) reportaron 41,7% ligaduras intracesáreas de un total de 319 ligaduras realizadas entre 1973 y 1977. Existen otros trabajos nacionales sobre la incidencia de cesáreas en donde encontramos que estuvieron acompañadas de ligaduras en un: 23,86% (5) y 13% (6).

Se ha demostrado que en casos cuidadosamente seleccionados, los riesgos de morbilidad por lo general no aumentan en las mujeres que se someten a esterilización simultánea en una intervención de cesárea (7). Y la mayor morbilidad y mortalidad son atribuidas a las indicaciones que incitaron el llevar a cabo una intervención por cesárea o a las

complicaciones de ésta, en vez de la oclusión simultánea de las trompas (8). Samuels (9) reporta una morbilidad de 3% para la ligadura puerperal, 8,9% en ligadura intracesárea y 16% en cesáreas más histerectomía.

Si bien las complicaciones en la esterilización tubárica posparto son la infección, la hemorragia y la trombosis, rara vez se han notificado estas complicaciones en estudios previos (10). Agüero y col. (11) reportan las siguientes complicaciones: hipertermia 2,4%, infección de la herida operada 1,2% hematoma de la herida 1% y Fleitas y col. (4) encontraron un 9,7% de complicaciones en su serie, la más frecuente la infección de la herida operatoria. No se encontraron reportes nacionales de muertes atribuibles a la ligadura de trompas.

Es de extrema importancia, realizar una adecuada hemostasia durante la esterilización tubárica, especialmente en la intraparto y posparto, antes de cerrar la pared abdominal. Espósito y col. (12) señalan un promedio de pérdida sanguínea de 10 ml en cada una de las 184 ligaduras realizadas. La hemorragia excesiva como complicación severa de la ligadura tubárica fue reportada en un estudio realizado por la OMS (13), sólo en 2 de 1 043 pacientes.

Descripción del caso

Paciente de 28 años de edad IV gesta, III para, última menstruación el 19-04-95. Sin antecedentes patológicos conocidos, quien consulta a la Maternidad "Concepción Palacios" el 21-01-96 por contracciones uterinas dolorosas de 4 horas de evolución. El examen físico revela: presión arterial 110-70 mmHg, pulso 80 x minuto, frecuencia respiratoria 20 x minuto, temperatura 37°C. Buenas condiciones generales, hidratada y hemodinámi-

camente estable. Cardiopulmonar normal. Abdomen: útero gestante de 31 cm hasta el fondo, foco fetal 144 x minuto, situación longitudinal, presentación cefálica. Tacto: cuello borrado con 2 cm de dilatación, membrana ovulares íntegras, cefálica móvil. Reflejos osteotendinosos II/IV. Sin edema en miembros inferiores.

Exámenes de laboratorio en preoperatorio, sin alteraciones.

Se ingresa con los siguientes diagnósticos: múltipara con embarazo de 39 semanas según fecha de última menstruación en trabajo de parto. Se realiza amniorrhexis y se obtiene líquido amniótico claro, con grumos. Se indica conducción de trabajo de parto con oxitocina, vía endovenosa, a 8 miliunidades x minuto. Una hora después aparece bradicardia fetal de 80 pulsaciones x minuto que no cede con medidas generales y se traslada a quirófano con el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Se realiza cesárea segmentaria más esterilización quirúrgica por técnica de Pomeroy. Recién nacido de 3 100 g de peso y 50 cm de longitud en buenas condiciones. La paciente permanece 2 horas en sala de recuperación y, debido a su buena evolución, es trasladada a servicio de hospitalización. A las 14 horas de posoperatorio, es evaluada por presentar: náuseas y vómitos, dolor abdominal irradiado a hombros y mareos al incorporarse. Al examen físico presión arterial 90-50 mmHg, 120 pulsaciones por minuto y 40 respiraciones por minuto. Inestabilidad hemodinámica, palidez cutáneo-mucosa acentuada. Abdomen distendido, signos de irritación peritoneal presentes y sangrado activo a través de la herida operatoria. Con el diagnóstico de hemoperitoneo, es reintervenida quirúrgicamente con los siguientes hallazgos: 2 000 ml de sangre en cavidad abdominal y desanudadura bilateral de la ligadura tubárica, con sangrado activo de ambos cabos. Se realiza ligadura por transfixión de ambos pedículos tubáricos con poliglactín 910, 3.0. Lavado de cavidad, revisión de hemostasia y cierre de pared por planos. Durante el acto operatorio la paciente recibió 3 unidades de concentrado globular.

En vista de la evolución satisfactoria se egresa de nuestra institución al tercer día de la reintervención.

DISCUSIÓN

De los métodos anticonceptivos utilizados en la mujer, la esterilización tubárica durante la cesárea

es considerado un método cómodo y eficaz en relación a su costo. En este caso la indicación de la esterilización fue multiparidad, considerada una de las más frecuentes seguida por cesárea anterior (2,3,4,14).

La esterilización tubárica es un procedimiento seguro y sólo se presentan complicaciones serias en el 2% de los casos (15). Se describen como complicaciones intraoperatorias: el desgarramiento uterino, lesión vascular, lesión urológica, complicaciones puerperales como la infección urinaria, fiebre, dehiscencia, endometritis, seroma, absceso, hematoma, anemia grave, neumonía, íleo, tromboflebitis (2).

La mortalidad como complicación de la esterilización tubárica es rara, ocurre en 4 de cada 100 000 procedimientos (16). Nuestra paciente no presentaba antecedentes patológicos en la historia médica o intraoperatoria que pudieran relacionarse con probables complicaciones posteriores. Sin embargo, presentó un cuadro de abdomen agudo y anemia aguda que ameritaron su reintervención, con el hallazgo de hemoperitoneo y desanudadura tubárica bilateral con sangrado activo de ambos lados.

En 1977 y 1981 se estudiaron 29 muertes atribuibles al procedimiento de esterilización tubárica. De este total, 4 fueron por complicaciones hemorrágicas, 3 de las cuales fueron por lesiones vasculares ocurridas durante el procedimiento laparoscópico y una se produjo posterior a esterilización posparto según técnica de fimbriectomía, con desligadura de una de las trompas (16).

Como una explicación a la desanudadura bilateral de la ligadura tubárica haremos referencia a la opinión de Purandare (17) "La mayor vascularidad del útero y los órganos anexos durante el embarazo y el gran tamaño del fondo de la trompa de Falopio, etc., inmediatamente después del parto, pueden aumentar los riesgos de hemorragia, dificultades técnicas y fracaso, infección y complicaciones en las heridas así como tromboflebitis y la embolia pulmonar".

Por no existir a nivel nacional, casos publicados como éste, nos motivamos a exponerlo. Es de considerar que a pesar de ser la esterilización tubárica un procedimiento sencillo, se deben prevenir sus complicaciones haciendo énfasis en la historia médica, técnicas y cuidados intra y posoperatorios.

REFERENCIAS

1. Placek P, Taffel S, Smith J. Postpartum esterilization in cesarean section and non-cesarean deliveries: United States, 1970-1975. *Am J Publ Health* 1981;71:1258-1262.
2. Mattos Y, Haya F, Gonsalvez A, Noguera R, Bravo V, de la Fuente P. Ligadura tubárica intracésárea: evolución en 7 años. *Toko-Gin Pract* 1992;51(6);276-280.
3. Agüero O. Ligadura de trompas en clientela privada. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1966;26:641-657.
4. Fleitas F, Uzcátegui O, Brito R, Sarracino A, Unda M. Esterilización quirúrgica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38(2):71-73.
5. Saulny de Jorgez J, Agüero O. Cesáreas en la Maternidad Concepción Palacios durante 1975. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:145-150.
6. Agüero O, Aure M. Cesáreas en la Maternidad Concepción Palacios. *Ginec Obstet Méx* 1970;20(170):641-645.
7. Wilson E, Dilts P, Simpson T. Comparative morbidity of postpartum sterilization procedure. *Am J Obstet Gynecol* 1972;115: 884-891.
8. Chi I, Malcon P, Lunni W. Rare events associated with tubal sterilization: an international experience. *Obstet Gynecol Survey* 1986;41(1):7-19.
9. Samuels B. Female sterilization. *Obstet Gynecol* 1961;18:454-458.
10. Chi I, Gates D, Thapa S. Performing tubal sterilizations during womens postpartum hospitalization: a reviews of the United State and international experiences. *Obstet Gynecol Survey* 1992;47(2):71-79.
11. Agüero O, Cárdenas L, Ríos J. Puerperal tubal ligation. En: Schima M, Lubell I, Davis J, Connell E, editores. *Advances in voluntary sterilizations. Proceeding of the second international conference.* Princeton, New Jersey: Excerpta Médica; 1974.p.30-35.
12. Espósito J, Mastellone A, Rubino G. Minilaparotomy: An approach to postpartum tubal sterilization. *NY State J Med* 1987;87:622-628.
13. World Health Organization. Mini-incision postpartum sterilization of women: a multicenter, multinational prospective study. *Contraception* 1982;26:495-503.
14. Perfetti L. Esterilización quirúrgica en el puerperio inmediato. Algunas notas socio-económicas que lo justifican. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43(3):171-173.
15. Peterson H, DeStefano F, Rubin G, Greenspan J, Lee N, Ory H. Death attributable to tubal sterilization in the United States, 1977 to 1981. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:131-136.
16. Peterson H, DeStefano F, Greenspan J, Ory H. Mortality risk associated with tubal sterilization in United States hospitals. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:125-129.
17. Purandane B. Postpartum and postabortion sterilization. *Int J Gynaecol Obstet* 1976;14:65-71.

...viene de página 348

La frecuencia de oftalmía neonatorum depende de la prevalencia de la infección genital materna con los agentes infectantes y de la frecuencia con la cual los agentes profilácticos sean aplicados sobre los ojos del recién nacido. En los países en desarrollo, la prevalencia de la infección por clamidia en embarazadas ha sido reportada con un rango entre 7% y 29%. La oftalmía se desarrollará en, aproximadamente, uno de cada tres niños expuestos a la clamidia, si no se hace la profilaxis. En un estudio de la enfermedad en Nairobi, Laga y col.

reportaron una incidencia de oftalmía por clamidia de 8 casos por 100 nacidos vivos. Estudios similares de oftalmía gonocócica en recién nacidos sugieren que la prevalencia de infección materna oscila entre 3% y 22% en África, con cifras más bajas reportadas en otros sitios. La oftalmía se desarrollará en 30% a 50% de los niños expuestos al gonococo.

La incidencia en los recién nacidos de Nairobi fue reportada como de 3 a 4 casos por 100 nacidos vivos” (Foster A, Klauss V. *N Engl J Med* 1995;332:600-601).