Trabajos Originales

EXPERIENCIA CLINICA MINILAP PARA LA ESTERILIZACION QUIRURGICA*

Drs. *Ernesto Perucca A., Alexis Iracheta*, Alejandra Siebert*, Rosemary Espinoza*, Rodrigo Bustamante*, Mónica Corvalán*, Ricardo Estay**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Barros Luco-Trudeau

*Internos de Medicina

RESUMEN

El presente trabajo muestra la experiencia clínica en el HBLT con la aplicación de la técnica de Minilap en la esterilización quirúrgica femenina. Se realizó un total de 118 esterilizaciones quirúrgicas, de las cuales 108 (91,5% del total de casos) fueron bajo anestesia local.

En la gran mayoría de los casos (96,3%) resultó ser un método muy bien tolerado. Se presentaron sólo 2 casos de lesión vesical (1,7%) que se resolvieron sin inconvenientes y con una evolución favorable.

PALABRAS CLAVES: *Minilap en esterilización femenina*

SUMMARY

We present our clinical experience at the Barros Luco-Trudeau Hospital with the application of the Minilap technique in feminine surgical sterilization. It was carried out a total of 118 surgical sterilizations, 108 (91,5%) were made under local anesthesia.

In most of the cases (96.3%) the procedure was very well tolerated. There were only 2 cases of bladder injury (1.7%) which were solved without any inconveniences and presented a favorable evolution.

KEY WORDS: *Surgical sterilization, Minilap technique*

INTRODUCCION

El avance tecnológico se acompaña inevitablemente de un aumento en los costos de atención médica, ya que los profesionales de la salud se ven cautivados por aplicar esta tecnología en todos los ámbitos. Es así como el quirúrgico no escapa a esta situación, tal como lo representa el abordaje laparoscópico que ha experimentado un avance considerable en el manejo quirúrgico de patologías

ginecológicas, significando un mayor costo y tiempos de aprendizaje más largos que técnicas más sencillas y de menor costo. Es en esta perspectiva, que un grupo de profesionales bajo el auspicio del Ministerio de Salud, acude en los años 1993 y 1994 a la República Dominicana para adiestramiento en la técnica de Minilaparatomía (Minilap) para Esterilización quirúrgica femenina, bajo anestesia local.

La Minilap se caracteriza por ser una técnica sencilla y de fácil aprendizaje, descrita por primera

*Trabajo recibido en septiembre de 2002 y aceptado para publicación por el Comité Editor en octubre de 2002.

vez por Uchida en 1961, quién reportó una serie personal de más de 2000 esterilizaciones postparto realizadas en Hospital Kanazawa de Japón en un período de 28 años (1). Posteriormente, Vitoon de Bangkok en 1973 realiza este procedimiento bajo anestesia local, diseñando un manipulador uterino sencillo (Figura 1).

Pramote Rattakul del Hospital de Ramathibodi en Thailandia, realiza la Minilap utilizando un proctoscopio. Este método con algunas modificaciones fue utilizado por Julian Meylor en el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore Maryland (2).

En 1978 Siedel y McCann presentaron 2820 casos de Minilap, en un estudio multicéntrico alrededor del mundo. En 1990 Ara Nisanian publica un total de 358 esterilizaciones tubaria por Minilap bajo anestesia local en el Centro de Planificación Familiar de la Universidad de Miami. Se reportaron dificultades quirúrgicas en un 10%, mientras que complicaciones del procedimiento en solo un 1,6% (3).

Jefferson y Penfield realizaron 756 Minilap para ligadura tubaria bajo anestesia local, sugiriendo una serie de requisitos para esta técnica (Tabla I).

Las complicaciones ocurren entre un 2,5 a 7%, siendo las de mayor frecuencia: la perforación uterina y la injuria vesical o visceral. La lesión accidental del intestino o vejiga se pueden reparar sin necesidad de anestesia general o ampliación de la minilaparotomía (4, 5).

En Chile, en el año 1981 Grudsky y cols., presentaron su experiencia clínica de 77 casos de pacientes esterilizadas por Minilap bajo anestesia epidural (6).

Figura 1. Manipulador de Vitoon.

Tabla I
REQUISITOS PARA MINILAP

1. Consulta preoperatoria
2. Pacientes adecuadamente motivadas
3. Examen pélvico preoperatorio
4. Medicación endovenosa con analgésicos y ansiolíticos
5. Instrumentos adecuados

El objetivo de la Minilap suprapúbica es la esterilización tubaria, aunque también, se puede utilizar en el tratamiento quirúrgico de otras patologías (Tabla II).

MATERIAL Y METODO

Se realiza un total de 118 esterilizaciones quirúrgicas con técnica de Minilap, de las cuales, 108 se realizaron bajo anestesia local, entre los años 1994 y 1995 en la Maternidad del HBLT. Todas las pacientes cumplen previamente con las normas ministeriales. Previamente, se sometieron a consejería y se les solicitó el consentimiento informado.

Las pacientes seleccionadas no deben ser extremadamente obesas, ni tener historia de proceso inflamatorio pelviano. La presencia de cicatriz por cesárea no se consideró una contraindicación.

El protocolo considera preferentemente el uso de anestesia local, la Tabla III muestra las condiciones para el procedimiento.

Tabla II
OTRAS ALTERNATIVAS DE MINILAP

1. Resección de miomas
2. Extracción de tumores anexiales pequeños
3. Aspiración de quistes ováricos
4. Salpingostomía
5. Salpingectomía

Tabla III
PROTOCOLO DE MINILAP

1. Vaciamiento vesical preoperatorio
2. Colocación de manipulador uterino de Vitoon u otro para la esterilización de intervalo
3. Analgesia con: Fentanil 100, Diazepam 10 mg, Atropina 1 mg
4. Anestesia local con Lidocaina 2% (200-300 mg)
5. Incisión transversa suprapúbica 2-4 cm
6. Posición de Trendelenburg durante intervención

Tabla IV
RANGO DE EDAD Y PARIDAD

	<i>Rango</i>	<i>Promedio</i>
Edad (años)	24-46	34
Paridad	0-9	3,7

Tabla V
ANESTESIA EMPLEADA

	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Local+F+D+A	108	91,5
Raquídea	8	6,8
Conversión de local a raquídea	2	1,7
Total	118	100

Tabla VI
MOMENTO DE LA ESTERILIZACION

	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Intervalo	102	86,4
Puerperio	16	13,6

Tabla VII
COMPLICACIONES

	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Lesión vesical	2	1,7
Lesión intestinal	0	0
Hemorragia	0	0
Infección herida operatoria	2	1,7

Se realiza una incisión quirúrgica de 2 a 3 cm, transversa y por planos, previa anestesia local (utilizada en el 91,5% de los casos (Tabla V). El tejido subcutáneo se separa por disección roma, se incide la vaina del músculo recto anterior, se separan los músculos de la línea media y se accede a peritoneo. Los músculos piramidales se disecan de la vaina del recto, abriendo peritoneo se manipula el elevador de Vitoon (Figura 1), y se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg acentuada, visualizando el operador las trompas, procediendo a su ligadura (con cat-gut simple 1) y sección según

Tabla VIII
TOLERANCIA AL METODO DE LAS 108 PACIENTES OPERADAS CON ANESTESIA LOCAL

	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Excelente tolerancia	63	58,3
Bien tolerado	41	38
Mal tolerado	4	3,7

Pomeroy. Posteriormente se revisan ambos ovarios, previo a iniciar el cierre, que se realiza por planos con cat-gut simple 1. Los pacientes son dados de alta a las 4 horas de la cirugía.

RESULTADOS

En el análisis se consideran la edad de las pacientes, paridad, momento de la esterilización, anestesia empleada, complicaciones y tolerancia al procedimiento.

CONCLUSION

Las principales observaciones al procedimiento son de dos tipos, la primera, se relaciona con los hallazgos de patologías quirúrgicas asociadas, lo que dificultaría el procedimiento para resolverlas, pero en realidad, esto no ocurre, ya que la incisión se puede ampliar si es necesario; además un exhaustivo examen clínico de la paciente por un ginecólogo experimentando disminuye en forma considerable esta posibilidad, exceptuando los casos donde se trata de un proceso adherencial.

La segunda observación se relaciona con la tolerancia a la anestesia y la posibilidad de un proceso legal, con respecto a esto debemos destacar que este es un procedimiento que se ofrece a las pacientes como alternativa, no excluyendo a los otros y con la posibilidad del recurso de un anestesista si este procedimiento no es bien tolerado, lo que sucedió en dos de nuestras pacientes.

En relación, a las complicaciones del procedimiento se presentaron 2 casos de lesión vesical, las que se repararon a través de la misma incisión, con la misma anestesia y sin complicaciones posteriores.

En virtud de los resultados aquí mostrados se puede concluir que la técnica de Minilap es un procedimiento seguro, barato y aceptable para la gran mayoría de las mujeres que solicitan la esterilización quirúrgica, siempre que se cumpla con algunos requisitos.

BIBLIOGRAFIA

1. Uchida H: Uchida tubal sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121: 153.
 2. Population Reports. Sterilization 1976; 5.
 3. Nisanian A: Outpatient minilaparotomy sterilization with local anesthesia. *J Reprod Med* 1990; 35(4): 380-3.
 4. Penfield A: Minilaparotomy for female sterilization. *Obstet Gynecol* 1979; 54(2): 184.
 5. Osathanondh U: Suprapubic minilaparotomy, uterine elevation technique: simple, inextensive and outpatient procedure for internal female sterilization. *Contraception* 1974; 10(251).
 6. Grudsky C, Valdivia I, Herrera M, Araneda L, De los Reyes P: Tubal ligation by mini laparotomia. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1981; 46(4): 198-205.
-