

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXVI

FEBRERO DE 1946

NUM. 1

TRABAJOS ACADEMICOS

La esterilización quirúrgica temporal de la mujer *

Por el Dr. MANUEL MATEOS FOURNIER,
académico de número

En los trabajos que he tenido el honor de presentar a esta H. Academia en ocasiones anteriores, me he referido a ciertos problemas de la vida diaria del ginecólogo, como son aquellos relacionados con el diagnóstico de la esterilidad y con algunas fases de su terapéutica. Colocado hoy en un punto opuesto, traigo a la consideración de ustedes un asunto que es también tema diario en el consultorio y a primera vista, vulgar e intrascendente, pero que en verdad es de enorme importancia, ya no tanto por su frecuencia e indicaciones, sino por la elección del procedimiento que reviste modalidades múltiples: este es la esterilización quirúrgica de la mujer.

No es el caso de hacer mención de la multitud de circunstancias e indicaciones de orden ginecológico y obstétricas o de orden médico general, que implican la necesidad imperiosa de suprimir a la mujer sus facultades procreativas, que en relación con ellas, una o varias veces se ha visto amenazada de muerte. Tampoco el considerar al detalle problemas eugenéticos y en consecuencia

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 19 de septiembre de 1945.

los graves perjuicios para la familia, la sociedad y la especie al no considerar a tiempo la resultante de la trasmisión de las taras y degeneraciones del individuo.

Ni tampoco discutir en esta ocasión la licitud del procedimiento, sin otra indicación que la voluntad de la mujer, libre en absoluto de solicitar y hacerse ejecutar en su cuerpo, las operaciones deseadas, disponiendo a su arbitrio de sus facultades reproductivas por razones económicas, sociales o sin ninguna de ellas.

Es tan extenso y complejo el tema de las indicaciones, que por sí podría significar trabajo aparte que por el momento no habré de tratar. La razón que me trae es el haber practicado en cantidad elevada, esterilizaciones quirúrgicas, unas veces como operación autónoma o como complemento de otra, y el haberme permitido la experiencia multiples meditaciones en relación con sus resultados.

Desde luego diré que la mayor parte de las veces ha sido practicada por mí la operación, por multiparidad y prolapsos genitales, casi siempre estos últimos consecuencia de la multiparidad misma. En segundo término durante las cesáreas abdominales, cuando la causa que las motivó no es ocasional. En los primeros casos, aun no mediando intervenciones obstétricas anteriores, hay que tomar en cuenta que existe un factor personal de elasticidad de los tejidos, que cuando es menor trae como consecuencia flaccidez de la vagina, amplitud mayor de la vulva, cistocele con los trastornos urinarios correspondientes, flujos tenaces, frigidez, etc., etc. Lo mismo podemos decir del factor elasticidad, fundamentalmente importante en la etiología del prolapso uterino, y que se complica o combina con las retroversiones, ya que co-existe la flaccidez de la vulva y de la vagina con la de los elementos suspensorios intra-abdominales del útero.

En otras ocasiones se sobreañade también a la flaccidez del tejido, la amplitud, que deriva de desgarrros de la vagina y de la vulva, no suturados o que lo fueron, pero que no cicatrizaron; tanto más importantes cuando hayan mediado operaciones tocológicas y en relación también con la pericia de quien las ejecutó.

Se comprende que estos desequilibrios sean particularmente frecuentes y que solamente la cirugía los pueda tratar en forma

eficaz, necesitando estas enfermas, operaciones mixtas abdominales y vaginales que sólo así habrán de significar su curación.

Es un hecho importante el considerar que, si las operaciones para corregir los prolapsos no se hacen bien en su grado necesario, el beneficio que éstas reporten a la enferma es relativo, considerando el momento inmediato, y nulo a la larga, porque a merced de nuevo embarazo o aun sin él, habrán de reproducirse los desequilibrios mecánicos y funcionales que se trataron de corregir. De aquí la necesidad de que, al practicar una colporrafia anterior para levantar la vejiga y plegar su fondo y apretar su esfínter, para corregir eficazmente la disuria, se haga aquélla con amplitud. Que la perinoerrafia sea fuerte y reduzca en verdad el calibre vaginal hasta una estrechez de dos dedos, como máximo de amplitud en el momento operatorio, no sólo al nivel del orificio vulvar, sino desde los elevadores del ano, lo que puede significar el primer paso en la corrección del prolapso uterino y su profilaxis en el porvenir. Pero si estas operaciones son ejecutadas así, en su grado útil, es justo y lógico pensar que si bien por el momento están llenando su objeto, si la enferma llega a embarazarse nuevamente, significarán complicación del parto, al cual vamos a crearle una dificultad mecánica real.

Como es necesario en los prolapsos uterinos que frecuentemente complican las anteriores anormalidades y retroversiones, hacer después de colporrafia y perineorrafia, laparotomía para practicar una ligamentopexia eficaz que suba y además enderece el útero en su posición (pues no creemos desde este punto de vista en la bondad de los procedimientos vaginales), tratándose de mujeres en plena vida sexual, como una resultante de nuestras observaciones y experiencias, aprovechamos este momento para completar nuestra intervención, esterilizando a la mujer cuando existen algunas otras circunstancias que lo justifiquen además de las ya apuntadas, como son: en primer lugar, el deseo expreso o el consentimiento de la interesada; la existencia de muchos niños y posibilidades económicas limitadas; antecedentes obstétricos patológicos graves que entrañen serios peligros para los partos futuros; proximidad de la menopausia en mujer con varios hijos; padecimientos extragenitales que se agravan con el embarazo, etc., etc.

Utilizamos como el mejor procedimiento el de Webster (1901) y Baldy (1902), que se conoce comúnmente con el nombre de Dartigues, aunque la paternidad del procedimiento pertenece a los anteriores, pues la primera comunicación de Dartigues la hizo "La Presse Médicale" en abril de 1906. Consiste esta operación, como es sabido, en pasar los ligamentos redondos a través de los ligamentos anchos, suturándolos atrás del útero, el cual se endereza hacia adelante y levanta realmente, corrigiéndose el prolapso, sobre todo si el punto de apoyo se acerca al istmo (no demasiado para no originar retroflexión encima de la cintura que forman los ligamentos). Lo utilizamos, a pesar de todo cuanto se dice, porque es el que mejores resultados nos ha dado, pues otros corrigen la retroversión, pero dejan en parte el prolapso porque no suben el útero, como son la ventrosuspensión de Alexander Adams, Arce, etc., que tiran de los ligamentos redondos al nivel del canal inguinal. Otros que suben el útero por fijación del mismo contra la pared abdominal, dejan muchas molestias, como son la ventro-fijación de Oldshausen, transplatación de los ligamentos redondos de Gilliam, etc.; sobre todo, si no se esteriliza a la mujer, o se esteriliza por mal procedimiento y ésta se embaraza, casos en los cuales se complica de aborto en los primeros meses o de dolencias de estiramiento insoportables más adelante.

La esterilización con carácter de definitiva ha seguido frecuentemente en nuestra práctica a las intervenciones antes dichas y por las razones expuestas, habiéndola hecho casi siempre por sección de las trompas, entre dos ligaduras.

¿Cuáles han sido los resultados y las consecuencias?

Desde luego diré que la esterilización quirúrgica definitiva no la he practicado ni la practico por ligadura simple, por parecerme fácil la posibilidad de fracasar, sobre todo si se hace con material absorbible. En más de una ocasión he tenido la pena de diagnosticar embarazo, a enfermas operadas por otros médicos expresamente para ser esterilizadas, en quienes seguramente se siguió este procedimiento.

Por ambas razones he considerado que lo más conveniente es seccionar la trompa entre dos ligaduras. Frecuentemente, a fin de no dejar los cabos libres en la cavidad abdominal, posiblemente sépticos a veces, he acostumbrado acercarlos, anudando los hilos

de las ligaduras, y peritonizar el muñón para mejor seguridad y aun en previsión de adherencias.

Esta operación que parece tan absolutamente segura, no lo es en verdad; aunque el porcentaje de fracasos sea muy bajo, existen de todos modos. A mí me sucedió con una enferma, a quien practiqué colpoperineorrafia fuerte, ligamentopexia abdominal de Dartigues y esterilización por este procedimiento y que un año y medio después se me presentó a mi consultorio, embarazada. Realmente no concebía la posibilidad del embarazo y llegué a dudar de si habría olvidado esterilizarla, o si me había equivocado y había tratado una sola trompa; en fin, muchas conjeturas que se aclararon cuando en el registro del sanatorio encontré consignada en la hoja de operaciones como parte final de la intervención, "esterilización definitiva por sección de las trompas entre ligaduras," mismo dato encontrado en los registros de mi oficina. Entonces tuve que admitir que la operación había fracasado y hasta ahora no he llegado a explicarme con satisfacción el mecanismo de restitución del conducto salpingiano y la fecundación subsiguiente, pues aun pensando en la posibilidad de la formación de un túnel, caprichosa y casualmente eficaz, para explicar la migración del óvulo, que se hace normalmente por la función de las pestañas vibrátiles, sólo quedaría pensar en la acción del peristaltismo del órgano de cuya eficacia he dudado siempre.

Revisando literatura, me he encontrado en los artículos de A. Lafont, de la Enciclopedia Médico-Quirúrgica, con que no sólo a mí me ha sucedido este hecho extraño, pues se citan entre otros muchos, los siguientes casos de fracasos:

"En 1905, Reifferscheid refiere que después de una segunda cesárea por pelvis raquítica, practicó en 1903 esterilización después de doble ligadura con hilo de lino, habiendo resecado 2 cms. de trompa para mayor seguridad, habiendo hundido los muñones en un ojal peritoneal. Un año después, la enferma se embarazó."

"En 1911, Muret practicó esterilización en enferma de salud precaria. Hizo doble ligadura de las trompas, seccionándolas entre ambas y cubriendo los muñones con surjete peritoneal. Tres años después quedó encinta, habiendo sido desembarazada por laparotomía. En esta operación Muret comprobó cerca de la extremidad abdominal de la trompa soldada al ovario, una pequeña abertura

por donde cabía una sonda fina y que daba al interior de la trompa, que la hacía perfectamente permeable."

"De 118 casos reunidos por Blietz después de una encuesta, encontró un fracaso. Este se describe estudiado por Istel, tratándose de una mujer de 36 años a quien se hizo una vagino-fixación, seguida de ligadura doble de las trompas y sección entre ambas, con ocultamiento de los muñones. Istel explica el caso considerándolo como un error de técnica."

"Kusterner cita otro caso de fracaso después de la resección de 1 cm. de trompa en cada lado, enferma que resultó embarazada un año después."

"Zweifel, Pape y Grisogono publican casos análogos."

"En agosto de 1924, Deutschmann reporta la observación siguiente: En una enferma con fibromas múltiples y quistes ováricos, operó quitando muchos fibromas intersticiales y extirpando el ovario izquierdo. El ovario derecho fué resecado parcialmente por degeneración poliquística. En vista del estado del útero se practicó la esterilización, practicando escisión cuneiforme de la porción intersticial de la trompa izquierda y doble ligadura del lado derecho con sección y resección de 1.5 cms. de trompa, con hundimiento de muñones en el ligamento ancho. Esta enferma tuvo cuatro menstruaciones después de la operación, tiempo después del cual se embarazó, habiendo llegado a su tiempo y dando a luz normalmente. Se ignoró el mecanismo y el lado que resultó permeable."

Hay multitud de casos más referidos y otros más seguramente no conocidos. Es importante revisar los tratados de cirugía ginecológica, para ver la gran cantidad de procedimientos ideados para esterilizar quirúrgicamente a la mujer; lo que quiere decir que, cuando se buscan otros, es que los anteriores no son ciento por ciento satisfactorios en sus resultados.

A partir de este desagradabilísimo incidente, en el caso personal que mencioné antes, he redoblado mis cuidados, optando por seccionar las trompas entre dos ligaduras, y no aproximando los cabos, sino muy por el contrario, peritonizando en jaretas aisladas los dos cabos y a regular distancia. Si para el médico y el cirujano sin experiencia amplia, es difícil concebir la posibilidad de un fracaso en tan sencilla operación, para el público mucho menos,

el cual califica de inepto al operador, cuando no de algo peor. Por eso es que estas consideraciones son doblemente importantes.

Tomando en cuenta el caso general, es decir, el buen resultado del procedimiento elegido, hay que considerar algo que también la práctica señala como muy importante: A través del tiempo, cualquiera que haya sido la causa que motivó la esterilización, cualquiera que haya sido el riesgo jugado por las enfermas en sus partos, vuelve a nacer el deseo imperioso de nuevos hijos; no se diga si la mujer contrae nuevas nupcias, caso en el cual frecuentemente la mujer solicita del médico la restitución de sus facultades aun a costa de serios peligros. Los procedimientos quirúrgicos que se utilizan con este objeto y que no es el caso referir en este trabajo, son de bajísimos resultados buenos, por lo que se ejecutan solamente ante la insistencia de una enferma que, de cualquier manera desea alguna probabilidad de nueva descendencia, y cuando la causa de la esterilización no fué de aquellas que ponen en peligro la vida.

Otras mujeres no desean propiamente nuevos embarazos y domina en ellas el temor o la razón que les llevó a la esterilización; pero se sienten inferiores y desgraciadas ante aquellas que conservan ese enorme e inestimable don de reproducirse. Por eso es que, ante estos problemas, se ha pensado tanto en todos los tiempos en la posibilidad de que los procedimientos de esterilización no sean definitivos, sino temporales.

Los procedimientos biológicos están constantemente en estudio y no se ha llegado a resultados definitivos.

Los procedimientos físicos, como son los rayos X y el radium, no son fácilmente controlables, pues la técnica no es precisa, siendo fácil pasar sin desearlo al terreno de esterilización definitiva, con las consecuencias secundarias de la castración. Muy por el contrario, otras veces se actúa en menos, recuperándose las facultades procreativas antes del tiempo deseado, con el peligro de que la acción de los rayos X haya lesionado en esencia los óvulos, que van a dar productos degenerados o monstruosos, como han sido citados tantos ejemplos de concepciones de microcéfalos e idiotas.

Así, pues, el procedimiento quirúrgico es el mejor a pesar de las enormes ventajas que significan para la mujer el no sujetarse a una operación, siempre y cuando no se le puedan reprochar otros inconvenientes mayores. Con estos puntos de vista, comencé hace

unos años a practicar esterilizaciones, hundiendo el pabellón de la trompa en un ojal del peritoneo como lo aconsejan Selheim y Turenne, creadores del procedimiento, haciendo después una jareta sobre la trompa misma; pero pensé que si alguna vez fuera necesario restituir a la mujer su función, sería muy fácil encontrar las franjas del pabellón adherido al tejido celular del ligamento ancho, con una obstrucción bien constituida y con la consiguiente formación de hidrosalpinx; y aunque es factible quirúrgicamente despegar, abrir el extremo salpingiano distal y acercarlo poniéndolo en contacto próximo con el ovario, el epitelio en estas condiciones seguramente se altera, perturbándose la acción de las pestañas vibrátiles que indudablemente son las que transportarán el óvulo hacia el útero.

Esas fueron las razones por las que pensé hacer lo mismo, pero con el ovario, en vez de con la trompa, cuya superficie, o epitelio germinativo tiene menos posibilidades de alterarse y de adherirse en forma peligrosa, en caso de intentar restituirle su función reproductora a la mujer. Así he podido juntar once casos, que habré de comentar en sus resultados.

Desde luego, diré que este procedimiento tan novedoso en apariencia, ilusa y transitoriamente considerado como original, cuando hicimos nuestras primeras operaciones de esta clase, se viene practicando desde 1908 en que Van de Velde lo ideó, tras de cuyas prácticas y publicaciones aparecieron otras más del mismo autor y de otros cirujanos, dentro de las que se cuentan como importantes, la formación de una bolsa intraperitoneal que aísla los ovarios de las trompas, metiendo a los primeros en un saco de epiplón (técnica de Lindig) y las otras técnicas propuestas por Van de Velde, años más tarde, que tienen objeto parecido, con algunas modificaciones.

La técnica seguida por nosotros ha sido la siguiente:

1er. Tiempo.—Incisión de Pfannestiel baja, no amplia. La utilizamos casi siempre, a pesar de que da una luz menor que la media infra-umbilical, por considerar útil hacer cicatriz oculta en la mujer, sobre todo de cierta clase y condición social. Además, en el postoperatorio, las heridas transversales supra-púbicas son muchísimo menos dolorosas, lo que se debe a la sección de menor número de nervios de la pared. Por último, consideramos sufi-

ciente la amplitud que da la incisión en este tipo de operaciones, aun cuando sea necesario precederla de ligamentopexia.

2o. Tiempo.—Exploración de los anexos; liberación de adherencias; tratamiento de quistes ováricos; ligamentopexia cuando es necesario, etc., etc.

3er. Tiempo.—Toma del ovario con pinza "ad hoc" y sección del ligamento tubo ovárico, para mejor aislamiento de este órgano de la trompa. Ligadura de ambos cabos del ligamento seccionado en donde corre pequeña arteriola.

4o. Tiempo.—Previo levantamiento del ovario e identificación de los vasos que surcan el meso-ovario, trazo de incisión horizontal con bisturí a unos 2 cms. del borde inferior del órgano, tratando de no herir venas, muchas veces ampliamente dilatadas y varicosas, sobre todo cuando ha habido viejos prolapsos. Se toma el borde inferior con pinza hemostática fina y se separa la hoja peritoneal con sonda acanalada, tiempo muy fácil en virtud de la débil adherencia del peritoneo al tejido celular laxo del ligamento ancho.

5o. Tiempo.—Hundimiento del ovario en el tejido celular subperitoneal y sutura en surjete del borde inferior del ojal, contra el meso-ovario.

Resultados obtenidos: De los once casos a que me refiero, sólo un fracaso absoluto: se embarazó una enferma al año de operada. Ignoro si se salió alguno de los ovarios totalmente o quedó secundariamente descubierta parte de la superficie ovárica, pues no he practicado laparotomía posterior.

Otro fracaso relativo se refiere a enferma reoperada, en quien encontré uno de los ovarios fuera de la cavidad que le fué creada, pero que no se había embarazado.

Considero que la causa haya sido el uso de material absorbible, pues en todas utilizo cargut atraumático del 0 y del 1. Pienso que es necesario usar seda o hilo de lino para obviar estos posibles inconvenientes.

En este segundo caso, creo que no se habría embarazado esta enferma, antes muy prolífica, por la significación que tiene la sección del ligamento tubo-ovárico como 1er. tiempo de la intervención, que aleja el pabellón de la trompa de la superficie del ovario, sin creer que esta condición de esterilidad fuera definitiva,

pues ya hemos visto cómo se hacen embarazos con muchísimo menores posibilidades mecánicas.

De las once operadas, sólo una de ellas se ha reoperado (que es el caso anterior), intervención que practicamos hace cuatro meses, y que se hizo tres años después de la esterilización, por haber perdido dos hijos que enfermaron de difteria.

Las otras operadas, vistas en diferentes ocasiones por otros motivos, se encuentran satisfechas de su condición y seguras de recuperar sus facultades reproductivas, si así lo desearan. La más antigua tiene siete años de operada. Considero difícil que se reoperen a no ser que medie una circunstancia tan grave como la referida antes.

Conclusiones

1a.—La esterilización quirúrgica es el mejor procedimiento, mejor que los procedimientos biológicos y físicos.

2a.—Existen indicaciones de todos los órdenes para practicar esta intervención: ginecológicas, obstétricas, médicas generales y sociales.

3a.—Se hará definitiva cuando la causa que la motivó sea para suprimir riesgos de muerte para la enferma.

4a.—Se hará temporal si los riesgos son relativos, o la indicación no es de orden médico.

5a.—Los procedimientos de esterilización quirúrgica definitivos tienen un remoto margen de inseguridad, que hay que tomar en cuenta para esmerarse en la técnica.

6a.—La esterilización temporal es mejor si es ovárica. No es totalmente segura. Conviene también afinar la técnica.

7a.—La esterilización temporal influye evidentemente sobre la psicología femenina. Previene los complejos que ocasiona la definitiva, que frecuentemente altera el bienestar espiritual de la mujer. Aunque no se reoperen casi nunca, se sienten íntegras funcionalmente, lo que es suficiente para su tranquilidad.

8a.—No tenemos aún experiencia para juzgar sobre el resultado de la restitución de la función, por haber operado sólo a una de ellas y muy recientemente. La literatura médica cita casos y la razón nos obliga a aceptar la bondad del procedimiento.