

Anticoncepción irreversible femenina con dispositivo Essure realizada en consulta

Martí Mascaró Sastre, Noemi Freixas Grimalt, Antonia Roig Ferrà, Aina Tejedor Mestre, Luis Gijon García

Introducción

El sistema Essure es un método de anticoncepción irreversible que consiste en la introducción en las Trompas de Falopio de un dispositivo destinado a provocar una obstrucción definitiva.

Este dispositivo es un microinserto expansible que consiste en un alambre de 4 cm de longitud y 0,8 mm de diámetro sin expandir, compuesto por una aleación de níquel y titanio, por cuyo interior discurren unas fibras de Dacron (Fig. 1). Una vez colocado en el interior de la trompa provoca una respuesta de fibrosis en el tejido circundante dando como resultado una oclusión permanente.

Su colocación se efectúa entre los días 5 y 14 del ciclo menstrual o durante todo el ciclo si la paciente toma anticonceptivos orales. Se realiza de forma ambulatoria, habitualmente en consulta, con anestesia local o incluso sin anestesia, accediendo a la cavidad uterina mediante un histeroscopio para la visualización de los orificios tubáricos con inserción del dispositivo en la porción proximal de las trompas.

A diferencia de la esterilización tubárica por laparoscopia, no requiere ingreso de la paciente ni anestesia general; tampoco se practica ninguna incisión, el tiempo de recuperación es rápido, hay menor incidencia de complicaciones y una pronta reincorporación de estas pacientes a su vida cotidiana, con una disminución de costes sociales y económicos.

Las pacientes candidatas al método Essure son las que desean una anticoncepción permanente.

Las contraindicaciones para la inserción del dispositivo son: Indecisión de la paciente, hemorragia vaginal no estudiada, cavidad uterina o trompas de Falopio anormales que dificulten o hagan imposible la canula-

ción de los orificios tubáricos, sospecha de embarazo, menos de seis semanas después de un parto, infección pélvica reciente, sospecha de patología maligna ginecológica y pacientes en tratamiento con corticoides por vía sistémica. La alergia al níquel no se considera una contraindicación.

Dado que este método tarda tres meses en ser efectivo es necesario que las usuarias utilicen otras medidas anticonceptivas adicionales en ese intervalo de tiempo. Transcurridos los tres meses se realizarán una radiografía pélvica para comprobar que los dispositivos están correctamente insertados. Si existieran dudas sobre su localización estaría indicada la práctica de una histerosalpingografía para verificar la oclusión tubárica.

Este método consideramos que aporta ventajas para las pacientes frente a la anticoncepción quirúrgica: No requiere ninguna incisión, se puede practicar en una consulta de procedimientos ginecológicos, no requiere anestesia general y no contiene fármacos.

Material y métodos

Se ha utilizado un histeroscopio diagnóstico de 5 mm de diámetro con un canal de trabajo de 5 Freinch (1.66 mm), con flujo continuo, utilizando como medio de distensión solución salina, conectado a una fuente de luz fría y a cámara endoscópica con visualización en un monitor de televisión (Fig. 2).

Se realiza un estudio descriptivo con análisis retrospectivo de las pacientes con indicación de anticoncepción irreversible por el procedimiento Essure realizado en el Servicio de Ginecología, sección de cirugía ambulatoria, del Hospital Son Dureta, entre



Fig. 1. Dispositivo Essure.

Noviembre de 2002 y Junio de 2003.

Evaluamos 142 casos de intento de colocación bilateral de los dispositivos Essure.

La edad media de las pacientes fue de 36 años (Rango: 27 – 48), la paridad media de 2.4 hijos (Rango: 0 – 5).

Se ha realizado una evaluación radiológica de la pelvis a los 3 meses postinserción. En caso de dudas durante la colocación o en la radiografía simple de pelvis se debe solicitar una histerosalpingografía para asegurar la obstrucción tubárica.

El procedimiento es similar a la realización de una histeroscopia diagnóstica. En nuestro medio, la histeroscopia diagnóstica se realiza generalmente en una consulta-gabinete, sin utilizar espéculo para la visualización del cérvix, por vaginoscopia, y preferiblemente sin medicación previa ni anestesia con buena tolerancia por parte de las pacientes y rápida recuperación posprocedimiento. En casos seleccionados se puede administrar un ansiolítico previo por vía oral. Si se realiza bajo anestesia local, se realiza un bloqueo paracervical con lidocaína al 1% (20 cc), para disminuir las molestias del paso del histeroscopio por el canal cervical.

Con el histeroscopio en cavidad uterina visualizamos la morfología y situación de los 2 orificios tubáricos. Posteriormente se introduce el sistema Essure a través del canal de trabajo del histeroscopio e intento de colocación de los dispositivos en la porción proximal de la trompa de Falopio. Una vez el dispositivo se encuentra en posición aceptable retiramos el catéter de aplicación y procedemos a la expansión y desinserción del microinserto del catéter de aplicación, finalizando el procedimiento con extracción del catéter y del histeroscopio (Fig. 3).

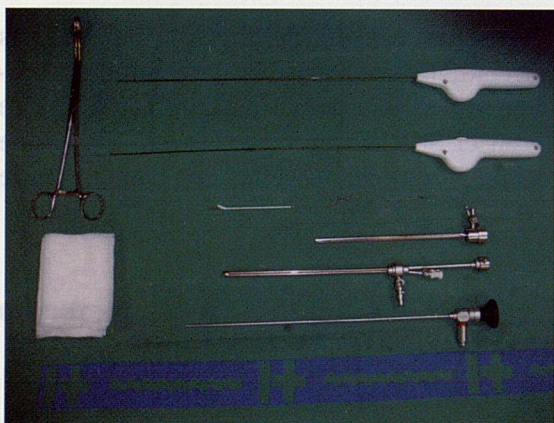


Fig. 2. Material histeroscópico.

La paciente debe realizar un método alternativo de anticoncepción durante 3 meses, tiempo necesario para la producción de la fibrosis intratubárica. Posteriormente se realizará una radiografía pélvica para asegurar la correcta ubicación del dispositivo. En caso de ubicación dudosa o no satisfactoria del dispositivo se debe realizar una histerosalpingografía para valorar si se ha conseguido una obstrucción tubárica bilateral. Si las exploraciones complementarias realizadas a la paciente son satisfactorias se interrumpe el uso de métodos anticonceptivos alternativos.

El método Essure no precisa de controles posteriores.

Resultados

Evaluación de 142 casos realizados en mujeres con deseo de anticoncepción irreversible. La colocación bilateral de los dispositivos Essure se ha conseguido en 135 pacientes (95.1%). No se consiguió la colocación bilateral en 7 pacientes (4.9%). Las causas iniciales por las que no se pudo proceder a su inserción fueron: 3 pacientes con estenosis de algún orificio tubárico que no permitió la introducción, 1 paciente con adherencias intrauterinas, 2 pacientes con falta de visualización de los orificios tubáricos y 1 paciente con expulsión espontánea postinserción.

Al principio, para familiarizarse con la técnica, la realizábamos en quirófano (34.7%), posteriormente la hemos realizado en una consulta-gabinete de histeroscopias (65.3%).

El tipo de anestesia practicada es la siguiente: Anestesia local 57.1%, sin anestesia 41.5%, general 1.4%. En algunas pacientes se administró sedación con benzodiacepinas. La tendencia actual es realizar el procedimiento en consulta y sin anestesia, con alta tasa de tolerancia por parte de las pacientes.

El tiempo medio de colocación desde el inicio de la histeroscopia ha sido de 12 minutos (rango: 3 – 30).

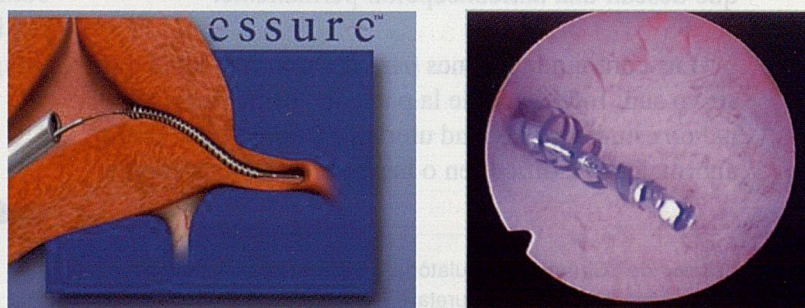


Fig. 3. Dispositivo Essure en trompa.

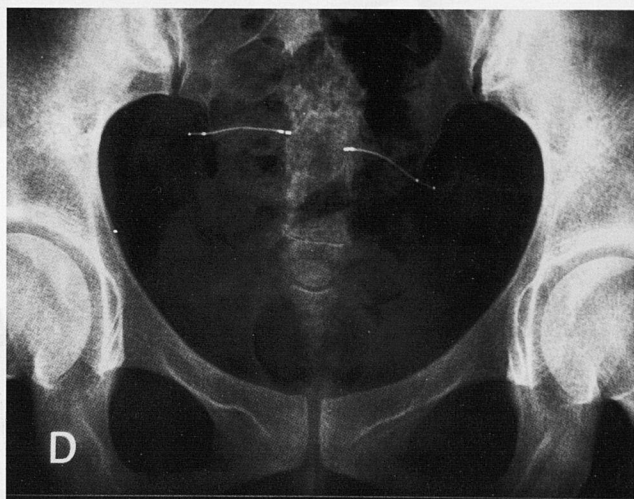


Fig. 4. Radiografía simple de pelvis con dispositivo Essure.

La recuperación postinserción de las pacientes ha sido excelente, todas fueron dadas de alta el mismo día.

Una encuesta de satisfacción realizada a las pacientes a los 3 meses del procedimiento constató un alto nivel de aceptación, calificando el método de bueno o excelente en un 91% de los casos.

Los resultados de la exploración radiológica de pelvis realizada 3 meses postinserción han sido: Evaluados 104 (77%) casos de los 135 dispositivos Essure colocados. Radiología compatible con posición satisfactoria 92 (88.5%). En 12 pacientes había dudas de la óptima localización del dispositivo, realizándose una HSG con los siguientes resultados: 5 pacientes con oclusión tubárica bilateral, 1 paciente con obstrucción tubárica unilateral y 1 dispositivo emigrado a cavidad peritoneal y 6 pacientes pendientes del resultado de la HSG (Fig. 4 y 5).

No se ha registrado ningún embarazo en pacientes sometidas a este método.

Incidencias – Efectos adversos. En 12 (8.9%) de las pacientes se produjeron reacciones vagales leves que respondieron a tratamiento médico, 1 expulsión unilateral a cavidad uterina, 1 migración a cavidad peritoneal en un dispositivo que no se expandió en el momento de la inserción y 1 perforación uterina en una paciente con 2 cesáreas anteriores con posterior colocación bilateral del dispositivo sin incidencias.

Discusión

Antes de la aparición de este método la anticoncepción irreversible femenina requería una interven-



Fig. 5. Histerosalpingografía con oclusión tubárica bilateral por dispositivo Essure.

ción quirúrgica realizada por laparoscopia o laparotomía para poder realizar un bloqueo tubárico, con los riesgos derivados de la intervención quirúrgica y de la anestesia general realizada y altos costes sanitarios. Con este nuevo método de anticoncepción irreversible realizado a través de histeroscopia, sin incisiones, en una consulta se disminuyen los riesgos quirúrgicos y anestésicos, se consigue una rápida recuperación post-procedimiento con un alto porcentaje de colocación bilateral de los dispositivos, con buena tolerancia y disminución de costes sociales y económicos por la pronta recuperación después de realizado el procedimiento y menores costes totales sanitarios.

Bibliografía

1. RF Valle, CS Carignan, TC Wright. Tissue response to the STOP microcoil transcervical permanent contraceptive device: results from a pre hysterectomy study.. *Fertility and Sterility* 2001;76(5):974-980.
2. JF Kevin, CS Carignan, D Cher. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control: results of the first Essure pbc clinical study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41(4):364-370.
3. E Cayuela, RF Valle, R Cos, F Heredia, R Florensa, S Moros. Programa de adiestramiento y resultados en la inserción histeroscópica de dispositivos para la esterilización tubárica permanente. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46(7):291-8.