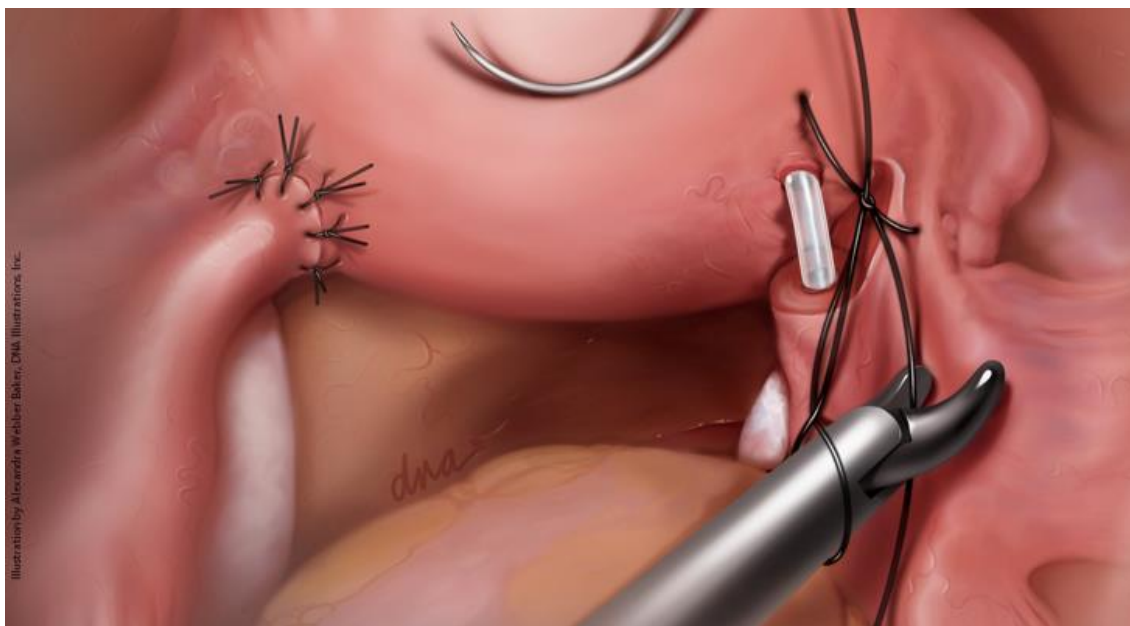




Remoción de Essure por vía laparoscópica: Cómo lo hacemos

El método Essure o de **obstrucción tubárica** es un método anticonceptivo permanente, sin hormonas, basado en la inserción de un dispositivo intratubárico sin incisiones quirúrgicas, a través de la vagina de una mujer.¹ El dispositivo produce una inflamación localizada en la trompa de tal manera que ocluye el paso de espermatozoides y la naturaleza de la inflamación hace que el procedimiento sea irreversible.² Debido a las polémicas sobre los efectos secundarios adversos, se decidió detener la comercialización del producto para finales del 2018.³

Video de la técnica



- Jon I. Einarsson, MD, PhD, MPH
- Nisse V. Clark, MD

Octubre 24, 2018

Durante más de una década, la esterilización transcervical revolucionó la ginecología al ofrecer un procedimiento en el consultorio para la esterilización bajo anestesia local. Essure® fue el dispositivo de esterilización histeroscópica más exitoso en el mercado, aprobado por casi 16 años en los Estados Unidos y con un estimado de 750,000 dispositivos vendidos en todo el mundo.¹ Mientras que Essure demostró ser muy efectivo para prevenir el embarazo, los últimos años han visto un aumento dramático en la cantidad de **eventos adversos (EA)** asociados con él informados a la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA).² Varios países han retirado el producto del mercado.

Un número creciente de mujeres ahora buscan la extracción quirúrgica de Essure debido a sospecha de **EA** como dolor pélvico, sangrado abundante, reacción alérgica y una multitud de otros síntomas que pueden estar relacionados con el dispositivo.^{4,5} La extracción de Essure generalmente se realiza por vía laparoscópica, quitando las trompas de Falopio y la porción intersticial de microinserción. Muchas mujeres también eligen someterse a una resección en cuña cornual o aún histerectomía para asegurarse de que el dispositivo y cualquier fragmento se extirpen por completo.

Desistir de la esterilización

Menos discutido es el tema de renunciar a la esterilización, decisión que alcanza hasta al 20% de las mujeres esterilizadas y probablemente a algunas mujeres con Essure.⁶ Tradicionalmente, la esterilización Essure se consideró irreversible debido a la cicatrización extensa en una gran parte de la trompa de Falopio. A la mayoría de las pacientes que desean un embarazo después de la colocación de Essure se les aconseja que se sometan a una fertilización in vitro (FIV), una alternativa fácilmente disponible que ha mostrado cierto éxito con Essure in situ.^{7,8} Pero, ¿qué pasa con las mujeres que desean la extracción del dispositivo y la restauración de la fertilidad? Para ellas, un procedimiento que retire el dispositivo y ofrezca incluso una pequeña posibilidad de embarazo espontáneo podría valer la pena.

Anastomosis tubouterina

La remoción de Essure es un desafío único. Las fibras de tereftalato de polietileno del dispositivo inducen fibrosis permanente a lo largo de casi la mitad de las trompas de Falopio, incluido el segmento intersticial. Esto deja solo un segmento corto de la trompa distal de Falopio disponible para la fijación directa al útero. Este tipo de procedimiento se denomina anastomosis tubouterina; Una técnica que se remonta a finales del siglo XIX.

La anastomosis tubouterina se describió por primera vez para tratar a mujeres con oclusión tubárica proximal no relacionada con la esterilización.⁹ La oclusión tubárica proximal puede ser causada por afecciones tales como salpingitis crónica, salpingitis istmica nodosa, fibromas cornuales, enfermedad adhesiva y endometritis.¹⁰ Mucho antes de la FIV, se intentó restaurar la permeabilidad tubárica en mujeres con oclusión tubárica proximal por medio de la canulación tubárica y la anastomosis tubouterina. La anastomosis tubouterina fue un procedimiento abierto clásico en el que se realizó una histerotomía fúndica o resección de la cuña cornual para la extirpación de la trompa de Falopio afectada y el reimplante distal de la trompa de Falopio en el cuerno uterino. Las tasas de concepción después del procedimiento fueron variables, variando del 14% al 42% en la literatura.¹¹⁻¹⁴

Remoción de Essure

Montieth y col. son los únicos autores que publican su experiencia en el uso de anastomosis tubouterina para revertir la esterilización con Essure. Su técnica utiliza una laparotomía de 5 a 10 cm y una incisión uterina posterior transfúndica o resección de en cuña cornual para reimplantar las trompas de Falopio distales en el cuerno uterino. En una serie publicada de 70 casos, la tasa de concepción post procedimiento a los 12 meses fue del 36%¹⁵ Un análisis más actualizado en su sitio web informa una tasa de embarazo del 38% para 282 procedimientos realizados durante 9 años.¹⁶ También se informó una tasa de embarazo ectópico del 5% y una tasa de ruptura uterina del 4%.

Una nueva técnica

Hemos probado un nuevo método para la reversión de Essure utilizando un enfoque laparoscópico que no requiere una gran incisión abdominal o uterina. Con este método, la

laparoscopia y la histeroscopia se realizan simultáneamente para extraer el dispositivo y volver a implantar la trompa distal de Falopio en un nuevo sitio en el fondo uterino. Presentamos una descripción y un video de nuestra técnica, así como nuestra experiencia con tres casos.

Retirar los microinsertos

Se identifican los microinsertos y se usan tijeras laparoscópicas para seccionar parcialmente la trompa de Falopio en el extremo distal del dispositivo. Se evita la electrocirugía para preservar la mayor cantidad posible de trompas de Falopio saludables. Una vez que emerge el extremo distal del dispositivo Essure, se sujeta por vía laparoscópica y se saca de la trompa de Falopio. El dispositivo se desenrolla y alarga a medida que se retira y puede fracturarse fácilmente. Tirar del dispositivo paralelo a la trompa y retomarlo intermitentemente cerca de su salida de la trompa puede ayudar a evitar la fragmentación del mismo

Guía histeroscópica

La guía histeroscópica simultánea se utiliza para garantizar que la porción intracavitaria de la microinserción se elimine por completo. Hemos encontrado que un dispositivo fracturado puede parecer completamente eliminado por vía laparoscópica, cuando de hecho, una pequeña porción del microinserto proximal permanece visible histeroscópicamente.

Expandiendo la trompa de Falopio

Una vez que se extraen los dos microinsertos Essure, se insertan stents semirrígidos en el orificio tubárico a través del canal operativo de un histeroscopio de 5 mm (Figura 4). A pesar de la inserción de los stents en el ostium tubárico, los stents no emergen de la trompa de Falopio proximal debido a la fibrosis causada por Essure. En nuestra experiencia, el dispositivo perfora el fondo uterino ligeramente posterior y medial a la unión tubouterina. Una vez que emerge el stent, se canula en el segmento distal de las trompas de Falopio por vía laparoscópica.

Anastomosis tubouterina

La trompa distal de Falopio se lleva hacia el útero a lo largo del stent y se realiza la anastomosis. Las puntadas interrumpidas se colocan circunferencialmente alrededor de la nueva unión tubouterina con nudos atados intracorpóreamente. Se colocan puntos de sutura hasta que la trompa de Falopio esté bien aproximada al útero y el stent ya no sea visible. El proceso se repite en el otro lado y se retiran los stents. Al final del procedimiento, la cromopertubación se usa para evaluar la permeabilidad tubárica.

Experiencia con tres casos.

Se realizaron tres procedimientos laparoscópicos de reversión de Essure en el Hospital Brigham and Women entre 2017 y 2018 utilizando esta técnica. Los tres pacientes tenían 20 años cuando se sometieron a la esterilización Essure y luego lamentaron el procedimiento. Todas experimentaban efectos secundarios del dispositivo Essure y tenían antecedentes de embarazos espontáneos antes de la esterilización. Las tres mujeres tenían entre 27 y 35 años en el momento de la reversión de Essure.

El tiempo operatorio varió de 87 a 142 minutos y la pérdida de sangre estimada fue mínima de 20 a 75 ml. Todos los procedimientos fueron sencillos y las pacientes fueron dadas de alta el mismo día de la cirugía. Se realizó una histerosalpingografía de seguimiento 1 a 3 meses después del procedimiento y mostró permeabilidad bilateral en un caso y permeabilidad unilateral en los otros dos casos. Si bien la restauración de la permeabilidad tubárica es prometedora, no se han producido embarazos durante un período de seguimiento de 5 a 11 meses. Si las pacientes

pueden concebir, el riesgo de ruptura uterina puede reducirse evitando una histerotomía o una resección de cuña cornual.

¿Qué hay de la FIV?

La FIV sigue siendo una buena opción para la mayoría de las mujeres que desean un embarazo después de Essure, especialmente si el dispositivo no está causando síntomas. La literatura sobre FIV para revertir Essure se limita a un informe de dos casos, los cuales resultaron en un nacimiento vivo.⁹

Varios estudios pequeños también han evaluado la colocación intencional de Essure antes de la FIV para mujeres infértiles con hidrosalpinx.⁸ En este contexto, los microinsertos ocluyen la trompa de Falopio proximal y evitan que el líquido hidrosalpingeal se derrame en la cavidad uterina. Una revisión sistemática de Essure y FIV para mujeres infértiles con hidrosalpinx informó un 29% de embarazo en curso y tasa de nacimientos vivos.⁷ Presumiblemente, las tasas de éxito de FIV luego de Essure son mayores que las de las mujeres con infertilidad subyacente.

Al sopesar los riesgos y beneficios de la FIV en comparación con la reversión de Essure, vale la pena considerar lo que sabemos sobre la FIV y la reanastomosis tubárica después de la ligadura de trompas. Al igual que con cualquier procedimiento de fertilidad, la reanastomosis tubárica después de la ligadura de trompas es más probable que beneficie a las mujeres más jóvenes.¹⁷ Un estudio retrospectivo realizado por Boechxstaens y colaboradores. encontró que las tasas de parto acumulativo fueron significativamente mayores después de la reanastomosis tubárica en comparación con la FIV en mujeres menores de 37 años (72% frente a 52% durante 72 meses) .¹⁸ Un análisis de decisión realizado por Messinger y colaboradores encontró que la reanastomosis tubárica fue más rentable para mujeres menores de 41 años, mientras que la FIV fue más rentable para las mujeres de 41 años y mayores.¹⁹ También se supone que la reversión de Essure es menos ventajosa para las mujeres mayores.

Consideraciones de importancia

La reversión de Essure con anastomosis tubouterina es técnica y funcionalmente un procedimiento diferente de la reversión tubárica con anastomosis término-terminal de las trompas de Falopio. Es muy probable que la mayor extensión del daño tubario después de la esterilización con Essure resulte en tasas de éxito más bajas que otros procedimientos de reversión tubárica. Si bien la reversión laparoscópica de Essure puede restaurar la permeabilidad tubárica, actualmente se desconoce si puede conducir a un embarazo normal. Sin embargo, la oportunidad de retirar un dispositivo asociado con síntomas puede provocar que las mujeres más jóvenes con Essure se arrepientan de intentar la reversión a pesar de las tasas de éxito presumiblemente bajas.

Declaraciones:

Los autores informan que no existen conflictos de interés potenciales con respecto a este artículo.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Referencias:

1. Bayer. Essure permanent birth control. <http://www.essure.com/what-is-essure>. Accessed August 15, 2018.
2. Walter JR, Ghobadi CW, Hayman E, Xu S. Hysteroscopic Sterilization With Essure: Summary of the U.S. Food and Drug Administration Actions and Policy Implications for Postmarketing Surveillance. *Obstet Gynecol.* 2017;129(1):10-19.
3. Mohan N. Bayer to stop selling Essure in the U.S. *Wall Street Journal.* July 20th, 2018.

4. Kamencic H, Thiel L, Karreman E, Thiel J. Does Essure cause significant de novo pain? a retrospective review of indications for second surgeries after Essure placement. *J Minim Invasive Gynecol.* 2016;23(7):1158-1162.
5. Clark NV, Rademaker D, Mushinski AA, Ajao MO, Cohen SL, Einarsson JI. Essure removal for the treatment of device-attributed symptoms: an expanded case series and follow-up survey. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(6):971-976.
6. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol.* 1999;93(6):889-895.
7. Arora P, Arora RS, Cahill D. Essure® for management of hydrosalpinx prior to in vitro fertilization—a systematic review and pooled analysis. *BJOG.* 2014;121:527–536.
8. Kerin JF, Cattanach S. Successful pregnancy outcome with the use of the in vitro fertilization after Essure hysteroscopic sterilization. *Fertil Steril.* 2007;87:1212.e1-4.
9. Reis E. Plastic operation on the fallopian tubes. *Am J Surg Gynecol.* 1899;11:180.
10. De Silva PM, Chu JJ, Gallos ID, Vidyasagar AT, Robinson L, Coomarasamy A. Fallopian tube catheterization in the treatment of proximal tubal occlusion: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2017;32(4):836-852.
11. Turck RC. Hysterosalpingostomy. *NY Med J.* 1909;89:1193-1196.
12. Williams GF. Tubo-uterine implantation with special reference to reversal of sterilization. *Lancet.* 1969;1(7599):825-827.
13. Green-Armytage VG. Tubo-uterine implantation. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1957;64:47.
14. Diamond E. A comparison of gross and microsurgical techniques for repair of cornual occlusion in infertility: a retrospective study, 1968–1978. *Fertil Steril.* 1979;32:370-376.
15. Montieth CW, Berger GS, Zerden ML. pregnancy success after hysteroscopic sterilization reversal. *Obstet Gynecol.* 2014;124(6):1183-1189.
16. Tubal Reversal A Personal Choice. <https://www.tubal-reversal.net/>. Accessed August 15, 2018.
17. Trussel J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstet Gynecol.* 2003;101(4):677.
18. Boeckxstaens A, Devroey P, Collins J, Tournaye H. Getting pregnant after tubal sterilization: surgical reversal or IVF? *Hum Reprod.* 2007;22(10):2660.
19. Messinger LB, Alford CE, Csokmay JM, Henne MB, Mumford SL, Segars JH, Armstrong AY. Cost and efficacy comparison of in vitro fertilization and tubal anastomosis for women after tubal ligation. *Fertil Steril.* 2015;104(10):32-38.

Fuente: https://www.contemporaryobgyn.net/article/laparoscopic-essure-tubal-reversal-how-we-do-it?utm_source=biblio_recommendation