

Vasectomía sin bisturí: eficacia de la técnica quirúrgica y adherencia al control postoperatorio

No Scalpel Vasectomy: Efficacy of the Surgical Technique and Postoperative Control Adherence

Alejandro Silva Garretón, Gastón Rey Valzacchi, Omar Layús, Oscar Damia

Servicio de Urología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

Objetivo: A partir de la sanción de la Ley 26130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica en la Argentina en 2006, los diferentes métodos de vasectomía han recibido una atención considerable, en especial, la vasectomía sin bisturí, técnica altamente efectiva y segura. El objetivo de este trabajo fue determinar la eficacia y seguridad de la vasectomía sin bisturí y la adherencia del paciente al control espermático postoperatorio.

Material y Método: Estudio retrospectivo de serie de casos en los que se analizaron las historias clínicas de los pacientes a quienes se les practicó vasectomía sin bisturí entre 2006 y 2015. Se les realizó un espermograma control a los dos meses postoperatorios para constatar la azoospermia.

Resultados: Se realizaron 96 vasectomías en 104 meses, con un promedio de edad de 42,84 años (20-70). El 26,04% no volvió al control. Se evidenció un 100% de eficacia y seguridad.

Conclusiones: La vasectomía sin bisturí es una técnica quirúrgica segura y altamente eficaz en el logro de la anticoncepción masculina definitiva. Es muy importante enfatizar la relevancia del control espermático postoperatorio, así como la intención de irreversibilidad del procedimiento.

PALABRAS CLAVE: vasectomía, vasectomía sin bisturí, anticoncepción masculina.

Objective: Since the enactment of the Law N° 26.130 about Surgical Contraception in Argentina in 2006, different vasectomy approaches have received considerable attention, specially the no scalpel vasectomy, a highly effective and secure technique. The objective was to determine the efficacy and security of the no scalpel vasectomy and the patients postoperative spermatoc control adherence.

Material and Method: Case series retrospective study where the clinical histories of the patients that underwent a no scalpel vasectomy were analyzed between 2006 and 2015. A spermogram was performed 2 months after surgery.

Results: 96 vasectomies were performed in 104 months, with a mean age of 42,84 years (20-70). 26,04% didn't return for control. The procedure showed a 100% of efficacy y security.

Conclusions: No scalpel vasectomy is a secure and highly effective surgical technique to achieve definitive male contraception. It's very important to highlight the relevance of the spermatoc postoperative control, as well as the intention of irreversibility with this procedure.

KEY WORDS: Vasectomy, No Scalpel Vasectomy, Male Contraception.

INTRODUCCIÓN

A partir de la sanción de la Ley 26130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica en la Argentina, en 2006¹, la consulta del hombre por deseo de anticoncepción quirúrgica ha pasado a ser una práctica frecuente. Clásicamente, se ha utilizado la técnica de vasectomía tradicional; en los últimos años, se adoptó la técnica sin bisturí descrita en 1991 por Shun Qiang Li², que posee una alta eficacia anticonceptiva con una menor tasa de complicaciones, como ya se ha reportado en varias publicaciones³⁻⁶.

Dada la persistencia durante un tiempo de espermatozoides en el eyaculado posterior a la vasectomía, es necesario mantener, luego de la vasectomía, algún método anticonceptivo hasta que el control espermático muestre la ausencia de espermatozoides viables.

El objetivo de este trabajo fue determinar la eficacia y seguridad de la vasectomía sin bisturí mediante un espermograma a los dos meses postoperatorios y la adherencia por parte de los pacientes al cumplimiento de las pautas de control espermático postvasectomía.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes a los que se les había efectuado la vasectomía sin bisturí entre septiembre de 2006 y abril de 2015 en nuestro centro. Todos los pacientes, previamente a la cirugía, recibieron asesoramiento quirúrgico de los beneficios y complicaciones derivados del procedimiento, y firmaron un consentimiento informado. En la entrevista preoperatoria, se remarcó la necesidad del uso de algún método anticonceptivo postvasectomía, así como el control postoperatorio a los dos meses con un espermograma, o hasta que los estudios espermáticos evidencien la ausencia de espermatozoides vitales.

La cirugía fue realizada por dos cirujanos especialistas. Se recurrió a la técnica sin bisturí descrita por Shun Qiang Li y se utilizaron múltiples métodos oclusivos para tratar el deferente. Para ello, se usó un kit de pinzas especiales (Foto 1). El procedimiento consistió en reconocer el deferente en forma digital, repararlo con la pinza de anillo, y realizar una pequeña divulsión de la piel sobre el deferente con la pinza mosquito; se lo disecó, se introdujo la valva derecha de la pinza mosquito



Foto 1. Izquierda: pinza de aro. Derecha: pinza mosquito

en la luz deferencial y se rotó la pinza 180° soltando simultáneamente la pinza de anillo, retomando con ella el deferente. Luego, se disecó el pedículo respetando su vasculatura. Se practicó la ligadura con Vicryl 3-0, sección, resección y electrocoagulación de las mucosas de los extremos, para terminar con la interposición de las fascias deferenciales (Foto 2 A-I). Se repitió el procedimiento contralateralmente. Luego, se cerró piel con un punto de Vicryl o Catgut. Se indicó utilizar algún método anticonceptivo a los pacientes, así como mantener relaciones sexuales con frecuencia y de manera normal²⁻⁶.

En todos los casos, el primer control clínico fue al séptimo día postoperatorio y se evaluó la presencia de complicaciones. El primer espermograma fue indicado a los dos meses postoperatorios y, de no ser azoospermico, los siguientes, con un intervalo de seis semanas hasta obtener, al menos, un recuento de ≤ 100.000 espermatozoides inmóviles^{7,8}. Todos los espermogramas fueron evaluados en un laboratorio de reproducción. Los pacientes que no se hicieron el espermograma de control fueron contactados vía telefónica para realizarlo.

RESULTADOS

Durante los 104 meses se practicaron un total de 96 vasectomías y se observó un incremento progresivo de la realización de esta intervención (Figura 1).

La edad promedio fue de 42,84 años, con un rango de 20 a 70 años. Puede notarse que la edad en la que comienzan, en su mayoría, a consultar por el deseo de anticoncepción quirúrgica es entre los 31 y 35 años, siendo la máxima entre los 36 y los 50 años; luego, declina en forma gradual a partir de los 51 años (Figura 2).

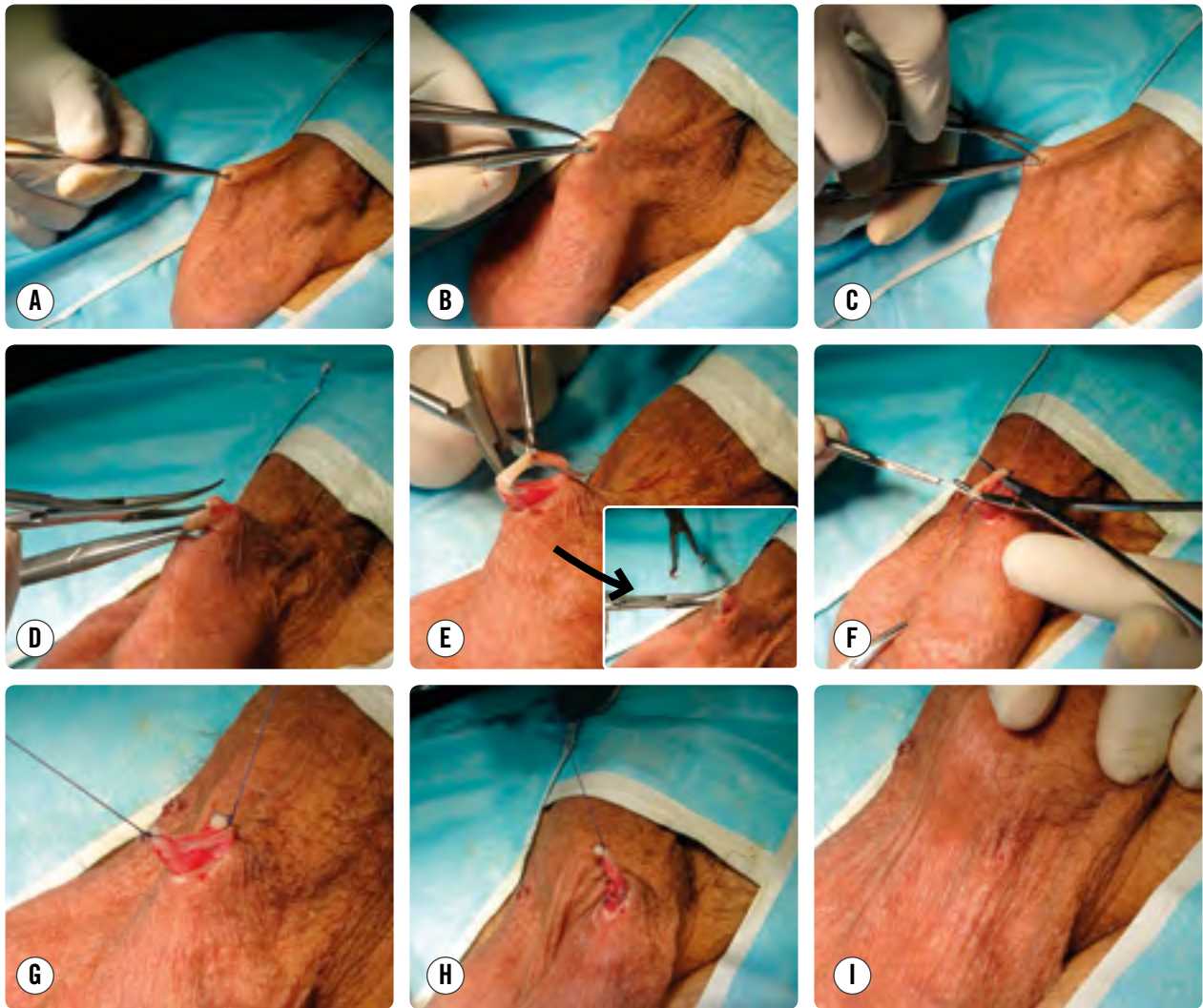


Foto 2 (A-I). A) Se toma el deferente con la pinza de aro. B) Se punza la piel sobre el deferente en forma paralela con la pinza mosquito. C) Se abre la pinza y divulsiona la piel. D) Se punza el deferente. E) Se rota la pinza 180° exteriorizando el deferente, se retoma el deferente y se disea su pedículo. F) Ligadura proximal y distal del deferente. G) Resección del deferente. H) Sepultamiento del cabo testicular. I) Cierre de piel.

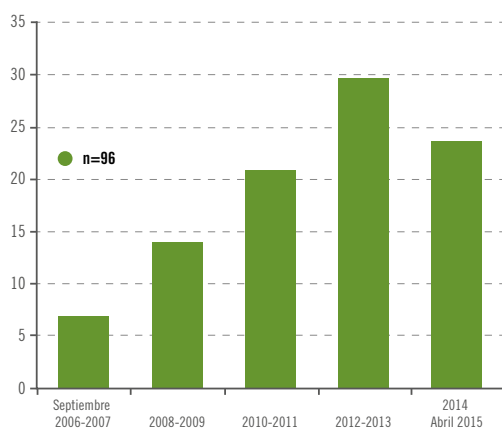


Figura 1. Consultas por vasectomía

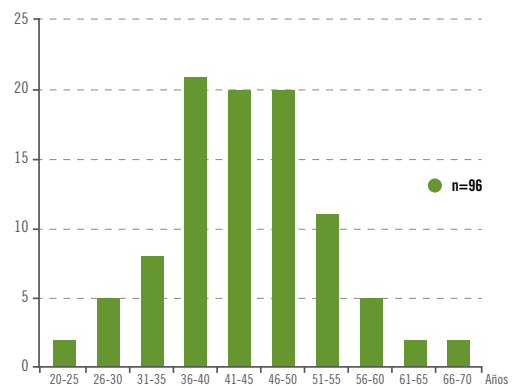


Figura 2. Edad al momento de la vasectomía

Un número de 92 pacientes tenía hijos: 5, 1 hijo; 36, 2 hijos; 23, 3 hijos; 8, 4 hijos; 10, 5 hijos; 3, 6 hijos y 1, 7 hijos. En 6 casos, no se pudo recabar este dato. De los 96 pacientes, 4 no tenían hijos, de 20, 27, 28 y 46 años de edad, respectivamente.

En algunos casos, los pacientes decidieron formalizar la vasectomía no solo por el deseo de anticoncepción, sino por circunstancias especiales asociadas, como contraindicación o intolerancia de la pareja al uso de anticonceptivos orales o DIU, alergia al látex, parto de alto riesgo, trombofilia y lesión de asa intestinal durante la cesárea, entre otras. Los cuatro pacientes sin hijos alegaron no tener en su plan de vida tenerlos.

Solo 1 paciente no volvió al primer control postoperatorio (1,04%); 71 realizaron el primer control con espermograma (73,96%), de los cuales 53 (74,65%) lo hicieron tal como les fue indicado, y 18 (25,35%) acudieron luego de ser contactados telefónicamente. Los restantes 24 pacientes (25%) nunca acudieron al control, a pesar de que 7 de ellos fueron contactados por teléfono (Tabla 1).

De las 96 vasectomías, 38 fueron ejercidas por el cirujano A, y 58 por el cirujano B. De los pacientes operados por el cirujano A, 10 no concurrieron al control, a pesar de haber sido convocados; lo mismo sucedió con 15 de los operados por el cirujano B. Esto da un 26,31% de inasistencia para el cirujano A y un 25,86% para el cirujano B.

De los 71 pacientes que se realizaron el espermograma de control, 66 (92,95%) mostraron azoospermia en el primer control; 4 (5,64%) revelaron ≤ 100.000 espermatozoides inmóviles, y 1 (1,41%) requirió un segundo espermograma para confirmarla, este paciente refirió no haber tenido suficientes encuentros sexuales.

No se registraron complicaciones postoperatorias ni a corto ni a largo plazo.

Un paciente de esta serie regresó por deseo de fertilidad, y se le realizó una vasovasostomía a los 18 meses postvasectomía; a los 3 meses, se obtuvo un espermograma con un recuento total de 68 millones de espermatozoides, con un 34% de motilidad total (Ga 30% y Gb 4%) y un Kruger de 1%. El paciente no volvió a la consulta y no fue posible contactarlo telefónicamente para evaluar su evolución.

DISCUSIÓN

La vasectomía es una técnica anticonceptiva masculina altamente efectiva y segura; en muchos países, ya es uno de los procedimientos contraceptivos más utilizados⁹⁻¹².

La técnica sin bisturí, respecto a la convencional, ha demostrado mejor tolerancia, aceptabilidad y una significativa disminución de complicaciones postoperatorias⁶.

Nuestro aporte a la técnica fue ligar los cabos, seccionar y resecar parte del deferente coagulando la mucosa deferencial para luego sepultar el cabo proximal en la vaina deferencial, para, de esta manera, aislarlo del cabo distal. Así, creemos que maximizamos las posibilidades de éxito anticonceptivo definitivo¹³.

El espermograma postoperatorio es de vital importancia para confirmar la azoospermia y, por lo tanto, otorgar el alta al paciente. Está descrito alrededor de un 30% de inasistencia al control con espermograma, si bien hay trabajos que han informado solo de un 10%¹⁴. En nuestra experiencia, tras una exhaustiva explicación en el preoperatorio de la necesidad del control con espermograma a las 8 semanas postoperatorias, fue de 26,04%; similar a lo reportado en varias publicaciones y sin diferencia entre ambos cirujanos. La mayoría de estos pacientes no pudieron ser contactados por razones no médicas (Tabla 1).

Motivos	Cantidad
No se logra contactar al paciente	16
Se lo contacta y no acude	4
No quiere / No coopera	3
Sin telefono de contacto	1

Tabla 1. Motivos por los cuales los pacientes no acudieron al control

El éxito anticonceptivo consiste en obtener un espermograma azoospermico o, como ha sido consensuado como equivalencia, con < 100.000 espermatozoides 100% inmóviles^{7,8}. El 100% de los procedimientos fue considerado exitoso —con un único caso que requirió un segundo espermograma— y sin reportes de complicaciones, lo que reprodujo la alta eficacia y seguridad de esta técnica para el logro de la anticoncepción quirúrgica masculina.

Se reporta que entre un 10% y un 40% de los pacientes presentarán <100.000 espermatozoides, el 100% inmóviles en el primer espermograma¹⁵⁻¹⁷. En nuestra experiencia, fue de 5,64%, lo que creemos podría deberse a que a todos los pacientes se les practicaron múltiples técnicas oclusivas, como se describió previamente, y a la indicación de tener varias relaciones sexuales antes del estudio.

En el caso de un espermograma con espermatozoides móviles o una concentración mayor a 100.000 espermatozoides, se aconseja repetir el espermograma en un intervalo de 4 a 6 semanas hasta lograr una concentración de ≤ 100.000 espermatozoides, 100% inmóviles. En caso de persistir una alta concentración a los seis meses de realizado el procedimiento, se recomienda repetir la vasectomía⁷. Un solo paciente, quien tuvo poca actividad sexual, mostró espermatozoides móviles en el primer control espermático, que fue azoospermico tras un nuevo control, 6 semanas después.

Algunos pacientes alegaron que el deseo anticonceptivo definitivo se vio reforzado por razones gineco-obstétricas de su pareja. La patología ginecológica o el alto riesgo obstétrico de la pareja podría ser la razón principal de este deseo de anticoncepción en muchos pacientes, lo cual hace suponer una mayor probabilidad de deseo de reversión de la vasectomía si el paciente cambia de pareja. Creemos que esta es una razón adicional para que el andrólogo explique al paciente con claridad los verdaderos alcances y posibilidades de una eventual reversión.

Cabe destacar que, de los 4 pacientes que no planeaban tener hijos, 3 se encontraban recién en la tercera década de vida, por lo que es muy importante explicar previamente al paciente el procedimiento al que se someterá, así como las posibilidades futuras reales de reversión, sobre todo, a medida que aumenta el tiempo transcurrido postvasectomía. Alrededor del 6% de los pacientes vasectomizados podrá solicitar la reversión, y se ha reportado que los pacientes sin hijos serían, probablemente, los que menos lo deseen¹⁸.

Por último, tuvimos la oportunidad de realizar, en un caso de esta serie, una vasovasostomía tras 18 meses de la vasectomía, esto nos permitió verificar la permeabilidad en el espermograma de control, lo que hace de la vasectomía una técnica pasible de reversibilidad¹⁹.

CONCLUSIONES

La vasectomía sin bisturí es un método anticonceptivo altamente eficaz y con una baja tasa de complicaciones. Tiene la ventaja de ser un procedimiento ambulatorio con una morbilidad perioperatoria baja, en especial, si se usa la técnica sin bisturí. La utilización de múltiples técnicas oclusivas podría explicar la alta efectividad de nuestra serie.

Un espermograma debe ser realizado a los 2-3 meses postprocedimiento.

La alta inasistencia en nuestra serie, así como la reportada en otras publicaciones, hace importante remarcar la necesidad de reforzar las indicaciones pre- y postoperatorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 26130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica de la República Argentina, 2006.
2. Li S, Goldstein M, Zhu J, y cols. The no-scalpel vasectomy. *J Urol*. 1991; 145: 341-344.
3. Adams CE, Wald M. Risks and Complications of Vasectomy. *Urol Clin N Am*. 2009; 36: 331-336.
4. McConaghy P, Reid M, Loughlin V, y cols. Pain after vasectomy. *Anaesthesia*. 1998; 53: 83-86.
5. McMahon A, Buckleym J, Taylorm A, y cols. Chronic testicular pain following vasectomy. *Br J Urol*. 1992; 69: 188-191.
6. Cook LA, Pun A, Gallo MF, y cols. Scalpel vs no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; Issue 3.
7. Korthorst R, Consten D, van Rooijen JH. Clearance after vasectomy with a single semen sample containing less than 100.000 immotile sperm/mL: analysis of 1073 patients. *BJU Int*. 2009; 105: 1572-1575.
8. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, y cols. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. *Eur Urol*. 2012; 61: 159-163.
9. Armand Z. Vasectomy update 2010. *Can Urol Assoc J*. 2010; 4: 306-309.

10. Massey F Jr, Bernstein G, O'Fallon W, y cols. Vasectomy and health: Results from a large cohort study. *JAMA*. 1984; 252: 1023-1029.
11. United Nations. World contraceptive use 2007 (wall chart). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2008.
12. Population Reference Bureau. Family planning worldwide 2008 data sheet. Washington, D.C: Population Reference Bureau. 2008.
13. Shakeri S, Aminsharifi AR, Khalafi M. Fascial Interposition Technique for Vasectomy: Is It Justified? *Urol Int*. 2009; 82: 361-364.
14. Sepúlveda TF, Fleck LD, Sánchez J, y cols. Vasectomía sin bisturí: resultados de una cohorte de 309 pacientes. *Rev Chil Cir*. 2014; 66: 158-162.
15. De Knijff DW, Vrijhof HJ, Arends J, y cols. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertil Steril*. 1997; 67: 332-335.
16. Griffin T, Tooher R, Nowakowski K, y cols. How little is enough? The evidence for postvasectomy testing. *J Urol*. 2005; 174: 29-36.
17. Bhatta Dhar N, Bhatt A, Jones JS. Determining the success of vasectomy. *BJU Int*. 2006; 97: 773-776.
18. Potts JM, Pasqualotto FF, Nelson D, y cols. Patients characteristics associated with vasectomy reversal. *J Urol*. 1999; 161: 1835-1839.
19. Belker A, Thomas A, Fuchs E, y cols. Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the vasovasotomy study group. *Journal of Urology*. 1991; 145: 505-511.