

11217
45
20y



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

Rovis

**ESPECTATIVAS DEL PRODUCTO DE LA GESTACION EN
PACIENTES CON PATOLOGIA OVULATORIA PREVIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. ALFREDO HERNANDEZ MENDOZA



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORDEN**

DE 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N T R O D U C C I O N

Se ha observado que existen pacientes que presentan productos de la gestación con baja reserva embrionaria o fetal- y que al estudiarse encontramos que presentan problemas en - la ovulación. Así mismo se ha encontrado que las pacientes- previamente estériles, presentan aumento de las complicacio- nes durante el embarazo, y que en nuestro medio se conside - ran como pacientes de alto riesgo, aceptándose además que - los partos de estas mujeres tienen mayor peligro que las nor- males (5,6,7,8) por lo que se consideran como embarazos con- "producto valioso".

Por otra parte se ha descrito que el ovario tiene dos - funciones fundamentales e íntimamente ligadas, la esteroído- génica y la gametogénica. La primera es importante por la - producción de esteroides, siendo los más importantes: los estrógenos (estrio, estradiol y estrona), progestagenos (progesterona) y andrógenos. La segunda función es fundamental- por la producción de óvulos. Para que se lleven a cabo las- funciones ováricas es necesario, que de una manera cíclica, - bajo la acción de las gonadotrofinas (LH y FSH), se produzca el crecimiento del folículo, la ovulación y la formación del cuerpo amarillo.

Las hormonas ováricas que resultan de este ciclo, regu-

lan a su vez la secreción de gonadotropinas; la ovulación -- ocurre inmediatamente después de un alza de la concentración sanguínea de FSH y LH. Primero existen cambios circulatorios a nivel del estigma, aumenta la presión intrafolicular, se observan procesos proteolíticos en el estigma, se desprende el óvulo junto con la corona radiada de la pared folicular, saliendo al exterior lentamente previo escape de líquido folicular; posteriormente las paredes del folículo se colapsan, se observa una hemorragia en la teca interna, se cierra el estigma con un coágulo de fibrina proveniente de la cavidad folicular, las células de la teca interna sufren mitosis activa, aumentando el número de células, los capilares de la teca interna protuyen hacia la granulosa atravesando ésta, llegando hasta la luz del folículo, la estructura de la granulosa sufre cambios, aumenta el tamaño de las células que adquieren un citoplasma vacuolado y un núcleo pequeño, siendo esta secuencia la forma en que se origina el cuerpo amarillo.

Si no hay fecundación e implantación, el cuerpo amarillo sufre degeneración aproximadamente 9 días después de haber ocurrido la ovulación. Posteriormente por cicatrización formará el cuerpo blanco. (8)

En relación con la función ovárica folicular, podremos encontrar diversos cuadros patológicos como son el hipolu --

teinismo, fase lutea deficiente, aluteinismo, anovulación -- con estrogenismo eutrófico, hiperestrogenismo o estrogenismo persistente. En lo que se refiere a la ovulación podremos en contrar o^oovulaci^on^os abortos ovulares, no conociéndose con exactitud si existen problemas que determinen lesión embriona ria o fetal en mayor o menor grado que afecten el futuro del- concepto.

OBJETIVO DEL TRABAJO

En nuestro medio no encontramos reportes que hagan significativo el problema de repercusión sobre el producto de - pacientes que presenten antecedentes de patología ovulatoria; deben existir alteraciones organofuncionales en productos cu yas madres tengan antecedentes de patología ovulatoria. Tra tando de verificar esta relación se efectuó el presente estu dio.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se incluyen 100 pacientes embara zadas, las que se dividieron en dos grupos de 50. El prime- ro llamado problema con patología ovulatoria previa demostra ble y el otro como testigo sin patología ovulatoria. Ambos- grupos se obtuvieron en el archivo clínico del Hospital de - Ginecología y Obstetricia número 3 del Centro Médico la Raza con la cooperación del servicio de Biología de la Reproduc - ción del mismo nosocomio.

Se seleccionaron pacientes en la tercera década de la - vida, observando que no presentarían otro factor de esterili - dad o enfermedad sistémica agregada. La patología ovárica

se demostró con los antecedentes de la historia clínica, historia ginecológica y obstétrica, biopsia de endometrio, curva de Temperatura Basal, ECO, y una vez que bajo tratamiento se logró el embarazo, se observa, la evolución de éste, con especial interés en el análisis de abortos, mortinatos inmaduros, prematuros y características placentarias, método resolutivo y análisis pediátrico al nacimiento.

ANALISIS DE RESULTADOS

Las pacientes estudiadas se encuentran en la tercera década de la vida. En el grupo problema el promedio de edad - fué de 23.6 años y de 25.9 en el grupo testigo.

En relación con los períodos menstruales se observó que el 66% de las pacientes del grupo testigo, presentaban una o varias atipias menstruales, como son la amenorrea (en baches amenorreicos hasta de 6 meses), opsomenorrea, polimenorrea, oligomenorrea e hipermenorrea.

El 34% no presentó trastornos menstruales y se reportan como eumenorreicas. (Vease Tabla 1).

<u>T A B L A 1</u>		
<u>Tipo de menstruación previa al embarazo.</u>		
	NUMERO	%
EUMENORREICAS	17	34
Amenorreicas	19	38
Opsomenorreicas	12	24
Polimenorreicas	16	32
Oligomenorrea	1	2
Hipomenorrea	0	0
Hipermenorrea	1	2
Dismenorrea	16	32

Dentro de los antecedentes obstétricos encontramos, que de acuerdo con el número de embarazos anteriores, en el grupo problema el 60% de las pacientes (30), se estudiaban por es-terilidad primaria, y el 40% restantes (20), presentaban es-terilidad secundaria o infertilidad, de éstas 15 pacientes - (30%), habfan logrado un embarazo anterior y 5 (20%) entre - 1 y 4 embarazos anteriores. En el grupo testigo encontramos que 16 pacientes fueron primigestas, 15 con un embarazo anterior y 10 con más de uno (entre dos y cinco). (Vease Tabla 2)

<u>T A B L A 2</u>				
<u>Antecedentes al embarazo</u>				
Emb.anterior	Grupo problema		Grupo testigo	
	Número	%	Número	%
0	30	60	16	32
1	15	30	15	30
2	3	6	12	24
3	0	0	4	8
4	2	4	1	2
5	0	0	2	4
Total:	50	100	50	100

El tiempo de esterilidad o infertilidad encontrado como promedio en el grupo problema fué de 3.5 años, presentándose el mayor número de casos dentro del primero al quinto año -- (88%), hallándose un solo caso con 12 años de esterilidad.

<u>T A B L A 3</u>		
<u>Tiempo de esterilidad o infertilidad, en el grupo problema.</u>		
Años	Número	%
1	3	6
2	17	34
3	16	32
4	4	8
5	4	8
6	2	4
7	0	0
8	2	4
9	1	2
10	0	0
11	0	0
12	1	2

Al analizar los resultados de la relación entre curva de temperatura basal (CTB) y biopsia de endometrio (BE), encontramos que el 22% de las pacientes del grupo problema, -- presentaron correspondencia. El 78% de pacientes del mismo grupo la CTB fue atípica o no correspondía al día reportado en la biopsia de endometrio. Véase Tabla 4.

Estos hechos pueden estar parcialmente modificados, ya que, en algunos casos, las pacientes se encontraban en tratamiento para inducir su ovulación.

<u>T A B L A 4</u>		
<u>Relación entre curva de temperatura basal y biopsia de endometrio.</u>		
Curva de Temp. basal	Biopsia de endometrio día 23	
Tipo	Corresponde	No corresponde
Bifásica	11	3
Monofásica	4	17
Atípica	5	4
Otros *	6	0
Total:	26	24
%	52%	48%

* Material insuficiente o sin CTB.

En la relación de medicamentos administrados y el número de ciclos en tratamiento encontramos que el Omifin solo o combinado, se administró en el 88% de los casos del grupo -- problema; con Bromocriptina en 6 casos, antibióticos en 4, y más clormadinona en 1 caso. En los casos restantes (6), se administró hidroxiprogesterona en 1, clormadinona en 3; a 2 se les efectuó exeresis de quistes en ovario.

El 56% lograron embarazarse durante el primer ciclo de tratamiento, 18% se embarazaron en el segundo, 22% en el ter cero y el 4% en más de cuatro ciclos. (Ver Tabla 5).

T A B L A 5				
Medicamentos y número de ciclos administrados para obtener embarazo.				
Medicamento	No. ciclos			
	1	2	3	4 ó más
Omifin	15	7	6	1
Omifin más Clormadinona	1	2	0	0
Omifin más Bromocriptina	6	0	1	1
Omifin más anti bióticos	0	0	4	0
Hidroxiprogesterona	1			
Clormadinina	3			
Otros *	2			
Total:	28	9	11	1

* Dos casos que se les efectuó exeresis de quiste de ovario.

En un análisis de la tabla No. 6 podemos observar que en relación a la evolución del embarazo, encontramos 2% más de abortos, en el grupo problema, un 10% más de prematuros y un 4% más de mortinatos un 12% menos de productos de término.

Evolución	Grupo problema		grupo testigo	
	número	%	número	%
Abortos	5	10	4	8
Inmaduros	0	0	1	2
Prematuros	8	16	3	6
Termino	35	70	42	84
Mortinatos	2	4	0	0
Total:	50	100	50	100

En cuanto a la resolución del embarazo se observó en el grupo problema un 22% menos de eutócias, un 4% más de distócias, con abortos en 2% más frecuentes. Así mismo se encontró que la indicación de interrupción del embarazo por vía abdominal se efectuó 16% más veces.

Las indicaciones de cesárea fueron por "producto valioso" en un 50% DCP en un 28%; presentación pélvica, sufrimiento fetal agudo y embarazo gemelar 4.1% respectivamente.

En el grupo testigo la indicación de cesárea se encontró en un porcentaje similar de 18.7 para ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica, período intergenésico corto y cesárea interactiva.

<u>T A B L A 7.</u>				
<u>Evolución y resolución del embarazo</u>				
Método	Grupo problema		Grupo testigo	
	Número	%	Número	%
Eutocia	16	32	27	54
Distocia	5	10	3	6
Cesárea	24	48	16	32
LUI	5	10	4	8
Total:	50	100	50	100

<u>T A B L A 8</u>			
<u>Indicaciones de cesárea</u>			
Indicación	Grupo problema Número	%	Grupo testigo Número
Gemelar	1		
Producto valioso	12		
Presentación pélvica	1		2
RPM	1		3
DCP	5		3
SFA	1		1
Toxemia	3		0
Perfodo intergene sico corto			3
Interativa			3
Senecencia			0
Placentaria			1
Total:	24		16

Las alteraciones placentarias fueron observadas en forma directa al resolverse el embarazo y con Ultraecsonografía. Se encontró en el grupo problema que el tipo de placenta fue del tipo III en el 2% de los casos, Tipo I en el 10%, senecente en 6%, pequeña en 8% y se ignoraron características en el 10% ya que pertenecían a los abortos y no fueron reportadas. En el grupo testigo 6% corresponden al tipo III, 4% al tipo IV, 2% senecente y 2% pequeñas.

La placenta se reportó como normal en un 62% del grupo-problema y en el grupo testigo se encontraron normales el -- 84%, siendo un 22% más de placentas normales en el grupo tes tigo.

<u>T A B L A 9</u>				
<u>Tipo de placenta encontrados por UESG y al nacimiento.</u>				
Placenta	Grupo problema		Grupo testigo	
	Número	%	Número	%
GI	0	0	0	0
GII	0	0	0	0
GIII	1	2	3	6
VIV	5	10	2	4
GV	1	2	0	0
Normal	31	62	42	84
Senecente	3	6	1	2
Pequeña	4	8	1	2
Se ignora	5	10	2	4
Total:	50	100	50	100

En relación a los productos encontramos que el sexo fe-
menino predominó 22% más que el sexo masculino en el grupo -
problema, mientras que en el grupo testigo el porcentaje en-
contrado fué de 2% más de productos femeninos. En cuanto al

peso observamos que en el grupo problema el 30% de los productos tienen peso menor a los 2500 grs., que corresponde a un 16% mayor que el encontrado en el grupo testigo; en contraste se encontró que el 24% de productos del grupo testigo pesó más de 3500 grs., siendo 18% más frecuente en estos productos ya que únicamente el 6% del grupo problema se encuentra en este peso. (Véase tabla 10).

Se puede observar también en esta tabla que en el grupo problema el 72% de los casos rebasan los 2500 grs., contra el 84% del grupo testigo, donde existe un 12% de diferencia entre ambos grupos.

<u>T A B L A 10</u>				
<u>Peso de productos al nacimiento y número de casos.</u>				
Peso en Gramos	Grupo problema		Grupo testigo	
	Número	%	Número	%
0 -499	4	8	3	6
500-999	1	2	0	0
1000-1499	0	0	1	2
1500-1999	6	12	0	0
2000-2499	4	8	3	6
2500-2999	4	8	12	24
3000-3499	29	58	18	36
3500-3999	3	6	10	20
4000-4500	0	0	2	4

En relación a la talla de los productos, observamos que en el grupo problema, el 22% de los productos midieron menos de 44 cm., en el grupo testigo se encontró en esta medida al 12% de los productos. El 26% de ambos grupos midió entre -- 45 y 49 cm. De 50 a 54 cm. en el grupo problema se encontró al 54% de los productos, siendo el 60% para el grupo testigo. En el grupo testigo un 2% excedieron los 55 cm.

<u>T A B L A 11</u>				
<u>Tabla de los Productos</u>				
Talla en cm.	Grupo problema		Grupo testigo	
	Número	%	Número	%
Menor de 15 cm.	5	10	2	4
15-19	0	0	0	0
20-24	0	0	2	4
25-29	0	0	0	0
30-34	1	2	0	0
35-39	0	0	0	0
40-44	5	10	2	4
45-49	13	26	13	26
50-54	27	54	30	60
55-60	0	0	1	2
Total:	50	100	50	100

En relación a la calificación de Apgar al nacimiento y a los 5 minutos encontramos que ambos grupos presentan una correspondencia parecida sin significancia estadística aunque en el grupo problema se encontró al nacimiento una calificación menor de 6 en el 12% de los casos correspondiendo el 4% a una calificación de cero por productos obitos, en el grupo testigo también existe un 12% de productos calificados con apgar menor de 6 aunque en este grupo no hubo obitos.

La calificación de 7-8 se presentó en un 78% de los productos del grupo problema siendo 6% mayor que en el grupo testigo. La calificación de 9-10 solo se encontró en un caso del grupo problema (2%), siendo la frecuencia del 8% en el grupo testigo.

A los cinco minutos se encontró que en el grupo problema el 88% de los productos se calificó con más de 8; en el grupo testigo esta calificación correspondió al 90% de los productos. (Véase Tabla 12).

La escasa variación y la buena calificación encontrada en el grupo problema está ligado a la vía de resolución del embarazo así mismo depende también de los cuidados prenatales a que fué sometido.

T A B L A 12								
Calificación de Apgar al nacimiento y a los 5 minutos.								
Apgar	Grupo problema				Grupo testigo			
	Nacimiento		5 minutos		Nacimiento		5 minutos	
0	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
0	2	4	2	4	0	5	0	0
1-2	0	0	0	0	0	0	0	0
3-4	0	0	0	0	1	2	0	0
5-6	4	8	0	0	5	10	1	2
7-8	39	78	15	30	36	72	9	18
9-10	1	2	29	58	4	8	36	72

En la calificación de Silverman encontramos que existen 12% menos productos calificados con 0 en el grupo problema, - así mismo existen el 4% de los productos del grupo problema - más que en el grupo testigo calificados de 1 a 4 en la escala de Silverman. También hay que mencionar la presencia de un 4% de obitos en el grupo problema por cero en el grupo -- testigo. (Véase Tabla 13).

<u>T A B L A 13</u> <u>Calificación de Silverman</u>				
Calificación	Grupo problema		Grupo testigo	
	Número	%	Número	%
0	37	74	43	86
1-2	6	12	2	4
3-4	1	2	1	2
5-6	0	0	0	0
7-8	0	0	0	0
9-10	0	0	0	0
Obitos	2	4	0	0

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D I S C U C I O N

El tiempo de esterilidad fué similar a otros autores con 3.5 años de promedio. (6-7).

Siendo este estudio en relación con patología del ovario encontramos que la mayoría de los casos fueron tratados con - Clomifen, solo 6 combinado obteniéndose buenos resultados, -- aunque hay que tener en cuenta que este es un grupo seleccionado de pacientes que lograron embarazarse bajo tratamiento. Así mismo este tratamiento influye de manera preponderante -- en los resultados de concordancia entre la biopsia de endometrio contra la curva de temperatura basal.

De acuerdo con la bibliografía en este estudio se encontró que los productos de la gestación de las pacientes con - patología ovulatoria anterior al embarazo tienen más patología que la que se presente en las que no tienen antecedentes. (1,2,3,4,5,6,7,0).

En relación a la resolución del embarazo, en la misma - opinión de otros autores (1,2,4,6,7,8) encontramos que en la mayoría se optó por la vía abdominal siendo la indicación -- "por producto valioso".

La resolución del embarazo por cesárea así como los cu
dados prenatales y durante el trabajo de parto en los pacien
tes del grupo problema en estudio, ocasionó que los produc -
tos de la concepción presentaran buen peso, talla y que las-
calificaciones de Apgar y Silverman significativamente no --
fueran diferentes a las del grupo control.

C O N C L U S I O N E S

En el presente estudio se concluye que el grupo problema fué seleccionado de pacientes que bajo control y tratamiento médico lograron el embarazo, descartándose las no embarazadas, y de acuerdo a esto el aparente éxito del Omifina a corto plazo.

Los cuidados prenatales, así como la decisión para seleccionar la vía de resolución del embarazo, motivó que no se encontraran variaciones significativas en el estado de los productos en el grupo problema relacionándolos con el grupo testigo.

Se observó que bajo la premisa de "producto valioso", fué indicada el 50% de las interrupciones del embarazo por cesárea.

La conclusión final será que aunque las variaciones en contradas en comparación del grupo problema con el grupo testigo, son mínimas, sí se observan productos con menor peso, menor talla, menos Apgar, más Silverman, que se recuperan más despacio, y que sus placentas tienen más patología, así mismo existen más obitos, más abortos y mayor incidencia de prematuros.

R E S U M E N

El presente es un estudio de comparación de dos grupos - de 50 pacientes denominados grupo problema y grupo control.

Tienen los grupos la característica de ser embarazadas - en la tercera década de la vida con un promedio de edad de -- 23.6 y 25.0 años respectivamente.

Fue requisito la ausencia de enfermedad sistemática atribuable a otra patología fuera de la ovárica que originó el -- presente estudio.

El 66% de las pacientes presentaron menstruación atípica, 60% padecían de esterilidad primaria, el resto infertilidad o esterilidad secundaria. Se observó un promedio de 3.5 años - de esterilidad.

El 78% de pacientes no tenía correspondencia entre Curva de Temperatura Basal y Biopsia de Endometrio. En el 88% de - los casos se utilizó el Omifin solo o combinado para inducir la ovulación. En el grupo en estudio se logró el embarazo -- dentro de los primeros tres ciclos de tratamiento en la mayoría de los casos.

En el grupo problema encontramos 22% de casos de eutocias menores que en el grupo testigo; los embarazos resueltos en distocia fueron 4% más en el grupo problema. El aborto se presentó un 2% más en el grupo problema. La operación cesárea fue la manera en que en el grupo problema se resolvió la mayoría de los embarazos (48%), siendo la indicación "por producto valiso" en un 50%. El grupo testigo solo se resolvió el embarazo por vía abdominal en el 32% de los casos.

La placenta se valoró en forma visual al nacimiento y por ECO, encontrándola normal en el 62% del grupo problema contra el 84% en el testigo. En los productos se presentó una frecuencia mayor del sexo femenino hasta de un 22% sobre el masculino.

La mayoría de los productos pesó más de 2500 grs., 72% en el grupo problema y 80% en el grupo testigo; aunque el grupo problema presentó un 15% más de casos menores de 2500 grs., en comparación con el grupo testigo.

La talla presentó escasa variación en ambos grupos.

El Apgar y el Silverman se encontraron, con escaso margen, más patología en el grupo problema.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Botella Llusia, J et al.
Tratado de ginecología y obstetricia, 3 Vol.
edit, Científico Médica, Barcelona (España) 1980.
- 2.- Gestational Outcome Of Clomiphene related concep-
tions. Am Gynecology Obst. Vol. 31 No. 6.
- 3.- M Hack et al.
Outcom of pregnancy After Induced Ovulation.
Jama Vol 211 No. 5 Feb. 2 1970.
- 4.- Carl Gemzell et al.
Outcome pregnancy in Women With pituitari Adenoma
Fertility and Sterilyty. Vol. 31 No. 4 April 1979.
- 5.- Robert P S et al.
Spontaneous abortion incidence in the treatment
of Infertility Am. J. Obstet. Ginecol. Jun. 15
1982 Vol. 143 No. 4.
- 6.- Rocha López Jorge. et al.
Curso del embarazo en pacientes con diagnóstico
de esterilidad previa Ginecol y Obst. de Méx.
Vol. 51, Núm. 314 Jun. 1983.
- 7.- Ruiz Velazco V et al.
Evolución de los embarazos en pacientes estériles
tratadas Ginec. Obst. Méx. Vol. 45 año XXXIV,
Núm. 268 Feb. 1979.

- 8.- Zárate, Arturo Et al.
Endocrinología Ginecológica del embarazo.
La prensa Médica Mexicana Segunda edición 1982.