

11217

13 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA "RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

10



CENTRO MEDICO LA RAZA

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DEL CICLO OVARICO Y SU CORRELACION CON LA BIOPSIA DE ENDOMETRIO

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. LUIS MIGUEL BEDIA SANCHEZ

ASESOR: DR. ROBERTO M. NAVA Y SANCHEZ
COLABORADOR: DR. MARTIN MEZA VARGAS



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE OMSH

1980.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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 D I C E

	PAG.
I.- INTRODUCCION	1
II.- OBJETIVO	5
III.- MATERIAL Y METODOS	6
IV.- RESULTADOS Y COMENTARIOS	7
V.- ESTADISTICAS	12
VI.- RESUMEN Y CONCLUSIONES	15
VII.- BIBLIOGRAFIA	17

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

El ovario participa en la esterilidad femenina cuando -- se presenta anovulación, función específica de la gonada, o -- bien cuando estan alterados los mecanismos de interacción del eje Hipotálamo Hipófisis - Ovario.

Los métodos de estudio se orientarán hacia dos puntos -- básicos para evaluar la función ovárica:

- 1.- Corroborar la existencia de ovulación y su calidad.
- 2.- Determinar el grado de actividad hormonal y la respuesta de los órganos efectuados.

Estos puntos deben de ser valorados en toda paciente es téril. los métodos de evaluación los podemos dividir en Indirec tos y en Directos. Dentro de los primeros tenemos:

- Citología vaginal seriada.
- Curva de temperatura basal.
- Determinación de Pregnanadiol Urinario.
- Determinación de LH, FSH, Progesterona y Estrógenos en - Suero.
- Características del moco cervical.
- Biopsia de Endometrio.

Los métodos directos son:

- Presencia de un cuerpo amarillo o un folículo reciente observado por Laparoscopia o Laparotomia.

- Observación de crecimiento y ruptura folicular por ul
trasonido seriado.

Los primeros nos evalúan la actividad endócrina del ova-
rio y la integridad de sus órganos efectores, los segundos --
nos evalúan la actividad ovulatoria.

El comportamiento endócrino ovárico normal, no signifi-
ca que vaya seguido de una ovulación normal, al igual un funci-
onamiento ovárico anormal no significa la eliminación de to
da posibilidad de ovulación.

Debemos considerar que aunque tengamos evidencia clíni-
ca de ovulación, por una curva de temperatura basal bifásica,
elevación de los niveles de Progesterona en suero, y endome-
trio secretor, este fenómeno no siempre se lleva a cabo (1,12,
14). Lo anterior se ha confirmado por reportes laparoscópicos
recientes y es debido a la existencia de patología ovárica --
del tipo LUF (Síndrome del folículo luteinizado no róto) en -
el cual no hay ruptura folicular y obviamente liberación ovu-
lar, o bien en el Síndrome del folículo vacío en el cual el -
aparato folicular está íntegro, pero con ausencia de óvulo en
su interior (1,10,12,14). De tal manera que para poder cono-
cer el o los factores alterados y sobre todo al evaluar el --
factor ovárico es necesario acudir a los métodos previamente_
analizados con énfasis en aquellos de mayor confiabilidad, --
realizando una correlación entre ellos para afirmar nuestros_

diagnósticos, elegir el mejor esquema de tratamiento y brindar un mejor pronóstico a nuestras pacientes.

Precisamente el motivo del presente estudio es correlacionar dos métodos de evaluación de la función ovárica entre sí, para aclararnos el panorama sobre la actividad ovárica. Estos métodos son la Laparoscopia Diagnóstica y la Biopsia de Endometrio.

El estudio laparoscópico ha venido a evolucionar los diagnósticos y tratamientos de los padecimientos ginecológicos. Desde sus inicios en 1910 por Jacobeus y posteriormente la difusión mundial por la escuela de Palmer en Francia, Steptoe en Inglaterra y Frangenheun en Alemania, la Laparoscopia es en la actualidad un método Diagnóstico y de Tratamiento indispensable para el estudio de la paciente estéril. (19,20).

En fechas recientes se ha dado mayor importancia al diagnóstico laparoscópico de patología ovárica en pacientes con esterilidad, pero a pesar de ello aún no hay reportes en los cuales se detallen los hallazgos laparoscópicos de patologías más finas como son Síndrome del Folículo vacío, Fase lutea deficiente, o retardo en el inicio de la luteinización, por lo que es necesario apoyar estas imágenes con otros métodos diagnósticos como es la Biopsia de Endometrio, la cual es un fiel reflejo de la actividad endócrina del ovario; basados en los criterios de Noyes y cols. comunicado en 1950, la

certeza diagnóstica de ovulación por la imagen histológica es tan precisa que se han podido hacer diagnósticos de disfunción ovárica o sospecharla. Además se ha detectado patología infecciosa al describir imágenes características por ejemplo las patognomónicas de Tb genital. (9,18).

En la actualidad es aceptado de manera unánime el método laparoscópico en el estudio y valoración de la mujer estéril, ya que nos permite la evaluación del factor tuboperitoneal y endócrino ovárico si se realiza alrededor del día 23, 24 y 25 del ciclo.

O B J E T I V O

El objetivo del presente trabajo es hacer una correlación entre el estudio histopatológico del endometrio con la imagen laparoscópica de las gonadas haciendo hincapié en la importancia de la imagenología que en ocasiones es observada sin brindarle la atención debida lo cual confunde los hallazgos verdaderos y por tal motivo retrasa el Dx y el manejo adecuado.

MATERIAL Y METODOS

Mediante un protocolo previamente establecido se analizaron los expedientes de 558 pacientes al Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, a las cuales se les había realizado laparoscopia Diagnóstica y cuya indicación había sido principalmente la sospecha de Factor Tuboperitoneal.

A todas las pacientes se les incluyó en el protocolo de estudio establecido por el Servicio, y se les practicó biopsia de Endometrio en los días 23 o 24 del ciclo, la muestra fué tomada del fondo uterino y la parte posterior del mismo, el material obtenido fué enviado a estudio histopatológico y fechado de acuerdo al criterio utilizado por noyes y cols. (7, 18).

La exploración laparoscópica fué practicada en la segunda mitad del ciclo (Fase lútea) con laparoscopio operatorio - 12 mm KLI. Se investigó la permeabilidad tubaria utilizando azul de metileno por vía transcervical.

Los hallazgos fueron descritos y dibujados en hojas quirúrgicas en todos los casos. Los estudios laparoscópicos fueron realizados por médicos adscritos al servicio y médicos residentes. Las biopsias de Endometrio fueron interpretadas por médicos adscritos al Servicio de Anatomía Patológica de este Hospital.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y COMENTARIOS

En relación a los resultados obtenidos por biopsia de endometrio se observa que el endometrio secretor predominó en 308 pacientes para un 55.1% y posteriormente el endometrio -- desfasado en 132 pacientes, para un 23.6%. En total el endometrio secretor y el desfasado nos dan 440 pacientes para un -- porcentaje del 78% de pacientes que son ovulatorios por biopsia según los criterios de Noyes y col (18). La endometritis -- granulomatosa se observó en 30 pacientes para un total del -- 5.3% en quienes no necesariamente debe estar comprometida la -- ovulación, como lo demuestra Gauri y cols., en sus reportes -- (9).

El endometrio proliferativo se observó en 86 pacientes -- para un porcentaje del 15.4% y hubo 2 casos de endometrio -- atrófico para un 0.3% (Cuadro I). Por otro lado, los hallaz-- gos laparoscópicos de las gónadas nos demuestran que se encon-- traron datos de ovulación en 266 pacientes par aun porcentaje -- de 47.6%. Se reportaron 108 casos de ovarios no visibles para un 19.3% sin haberse especificado la causa.

En 104 casos se reportó anovulación para un 18.6%. La -- poliquistosis ovárica se reportó en 44 casos para un 7.8%, -- los otros hallazgos fueron tuberculosis ovárica - peritoneal -- en 1.7%, quiste de ovario en 1.4% y finalmente 2 casos de ova-- rios hipotróficos para un 0.3%, como se demuestra en el cua-- dro No. II.

En el cuadro III se correlacionan los hallazgos laparoscópicos de las gónadas con los resultados obtenidos en las biopsias de endometrio.

Encontramos que de 266 casos de hallazgos laparoscópicos de ovulación, sólo en 180 pacientes (67.66%) se demostró endometrio secretor y en 40 (15.03%) endometrio desfasado para un porcentaje total de 82.69% (220 casos) en los que se correlacionó el hallazgo laparoscópico e histopatológico de ovulación. En 18 casos (6.76%) en que se encontró hallazgo de ovulación presentaron endometritis granulomatosa, lo cual demuestra que como se mencionaba anteriormente la tuberculosis genital no necesariamente debe interferir en la ovulación. Esto ha sido confirmado por estudios de Gauri y Cois. (9) quienes demostraron endometrio secretor en 18% de pacientes con tuberculosis genital.

Se encontraron 28 casos (10.52%) de endometrio proliferativo y hallazgo laparoscópico de ovulación, lo cual implica que existió un margen de error del 10.52%, es decir que en 1 de cada 10 pacientes no existe correlación en cuanto a hallazgos de ovulación por laparoscopia y biopsia de endometrio. Se demostró anovulación por laparoscopia en 104 casos, de los cuales en 36 se encontró endometrio secretor y en 36 más endometrio desfasado, para un total de 72 casos (69.2%), es decir que de 104 casos en 7 no hubo correlación y el margen de error es amplio, pues de estos 104 casos, 30 se reportaron endometrio proliferativo para un 28.84% de efectividad en la correlación.

Lo anterior se puede deber a que el estudio laparoscópico y la biopsia de endometrio en la mayoría de los casos no se realizan en el mismo ciclo, sino en ciclos diferentes. Esto es importante ya que como menciona Marik y Hulka (14) pacientes que tienen ovulación "normal" en ocasiones cursan con ciclos anovulatorios y pueden en un momento dado alterar los hallazgos. Otra causa puede ser la inexperiencia de los observadores.

Por otro lado se encuentra que en 108 pacientes no se visualizaron los ovarios sin especificar la causa, de ellos 64 (20.77%) tenían endometrio secretor y 32 (24.24%) endometrio desfasado para un total de 96 casos (45%) que por biopsia se confirma ovulación; en relación a este parámetro no se pudo hacer correlación y se piensa posiblemente que los ovarios no visibles se pueden deber a que o no se exploran o a que exista un proceso adherencial severo como causa de infecciones crónicas, endometriosis y tuberculosis genital como lo mencionan Devroey y cols. (8) y Nordenskjold y cols. (16) quienes además demuestran que los procesos adherenciales tubo-ováricos interfieren en la captación ovular, en la liberación del óvulo y pueden ser causa de fase lútea deficiente y síndrome del folículo lutealizado no roto.

En relación a los hallazgos ováricos de poliquistosis en 44 pacientes, 20 (45.45%) tuvieron endometrio secretor y 16 (36.36%) endometrio desfasado para un total de 36 pacien-

tes (81.81%) lo cual demuestra que el porcentaje de error es amplio y sólo en 8 pacientes (18.18%) se encontró endometrio proliferativo que era el tipo histológico esperado, ya que como es sabido, la poliquistosis ovárica cursa con estrogenismo persistente el cual debe reflejarse en el endometrio como proliferativo o hiperplásico.

El endometrioma se reporta en 16 casos y se correlacionó en 4 casos (25%) con endometrio secretor, 4 (25%) con endometrio desfasado y 8 (50%) con endometrio proliferativo. Los casos correlacionados con endometrio secretor pudieron corresponder a quistes mal interpretados, pues como menciona Ayers y cols. (3) la endometriosis severa cursa con anovulación y endometrio proliferativo, no así la endometriosis leve que puede cursar con ciclos ovulatorios y fase lútea deficiente.

De 30 casos de tuberculosis genital únicamente hubo correlación laparoscópica y anatomopatológica en 10 (33.33%)

Se encontraron 2 casos de ovarios hipotróficos correlacionados con endometrio atrófico, estos casos pudieran corresponder a menopausia precoz u ovario refractario, como lo menciona Collins y cols. (21)

En relación a los quistes de ovario encontrados en 8 pacientes, el 100% presentó endometrio secretor (50%) y endometrio desfasado otro (50%), lo cual habla de que no necesariamente deben de influir en la ovulación.

Se encontró que 55.19% de las biopsias de endometrio el reporte fue de endometrio secretor y el de endometrio desfasado fue del 23.65% para un total de 78.84% con diagnóstico histopatológico de ovulación corroborado laparoscópicamente en un 59.62% con una disparidad del 19.22%.

Es de hacer notar que en ningún reporte laparoscópico se refiere a otras patologías ováricas tales como el Síndrome del folículo luteinizado no roto, síndrome del folículo vacío, fase lútea deficiente o retardo en la luteinización. Del 10. existen múltiples reportes con los cuales se pueden identificar dicha alteración como son los de Marik y Hulka (14) en -- que detallan los hallazgos a encontrar, con respecto a las -- otras 3 patologías sabemos que son muy finas y que quizá la - laparoscopia no sea el mejor método diagnóstico, sin embargo - existen reportes como los de Koninckx y cols. (13) así como - de Hamilton y cols. (10) en que hacen hincapié en la importan- cia de estas patologías como factor de esterilidad y los méto- dos para llegar a su diagnóstico.

Finalmente haciendo un análisis global de la correla- ción entre los hallazgos laparoscópicos y estudio histopatoló- gico, se encontró una disparidad del 25.5%

CUADRO I

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

TIPO DE ENDOMETRIO	No.	%
SECRETOR	308	55.1
DESFAZADO	132	23.6
PROLIFERATIVO	86	15.4
E. GRANULOMATOSA	30	5.3
ATROFICO	2	0.3
TOTAL	558	99.7

CUADRO II

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS DE OVARIO

HALLAZGO	No.	%
OVULACION	266	47.6
NO VISIBLE	108	19.3
ANOVULACION	104	18.6
POLQUISTOSIS	44	7.8
ENDOMETRIOMA	16	2.8
TB OVARICO PERITONEAL	10	1.7
QUISTE DE OVARIO	8	1.4
OVARIO HIPOTROFICO	2	0.3
T O T A L	558	99.5

CUADRO III
CORRELACION LAPAROSCOPICA Y BIOPSIA DE ENDOMETRIO
 HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

TIPO DE ENDOMETRIO	OVULACION		NO VISIBLE		ANOVULATORIO		POLICISTICA		ENDOMETRIAL		OTROS*		CISTES DE OVARIOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SECRETOR	180	67	64	59	36	34	20	45	4	25	0	0	4	50	308	55
DEFASADO	40	15	32	29	36	34	16	36	4	25	0	0	4	50	132	24
PROLIFERATIVO.	28	10	12	11	30	28	8	18	8	50	0	0	0	0	86	15
E. GRANULOMATOSA	18	6	0	0	2	1.9	0	0	0	0	10	83	0	0	30	5
ATROFICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16	0	0	2	0.4
T O T A L	266	100	108	100	104	100	44	100	16	100	12	100	8	100	558	100

* CORRESPONDE A TB OVARIO PERITONEAL Y OVARIOS ATROFICOS.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se analizaron en un estudio retrospectivo 558 expedientes del Servicio de Biología de la Reproducción en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social con la finalidad de efectuar una correlación entre el estudio histopatológico (biopsia de endometrio) y las imágenes laparoscópicas que presentaron las gónadas. Se hace la aclaración que en todos los casos los fines laparoscópicos en su inclusión fueron por sospecha del Factor tuboperitoneal principalmente, las laparoscopías se efectuaron en la 2da. mitad del ciclo y las biopsias de endometrio se tomaron los días 23 o 24 del ciclo.

Se encontró 78% de casos con Dx histopatológico de ovulación corroborado laparoscópicamente en 59%, con una disparidad del 19.22%.

Como ya se mencionó existen algunas variables importantes como son el no haber efectuado el estudio laparoscópico en el mismo ciclo de la biopsia de endometrio, reflejándose lo anterior en una disparidad aparentemente elevada en rango de 25.5% entre estudio histopatológico e imagen endoscópica de la gónada. Otra variable a mencionar es el hecho del reporte de no observación de gonada en un porcentaje también significativo de 19.3%, lo anterior por tres razones, dificultad técnica para identificación plena de la gónada, identifica-

ción laparoscópica de la gónada y por inexperiencia del personal que en ocasiones realiza el estudio.

Consideramos que la presente revisión deberá siempre motivar al endoscopista a efectuar una correlación del factor endócrino-ovárico y la morfología de la gónada.

Existen casos como el envejecimiento prematuro de la función gonadal, el síndrome del folículo no roto, o de factor mecánico por proceso adherencial envolvente a la gónada que en forma anatómica inadecuada impide la captura ovular por la fimbria. Así como algunos trastornos más finos que difícilmente podrían ser evaluados por estudio endoscópico como son los casos de fase lutea deficiente. Sin embargo en estos casos el clínico deberá aprovechar todos los recursos tecnológicos con que en un momento determinado pueda contar con la finalidad de poder llevar a efecto un diagnóstico pormenorizado de los diferentes factores contribuyentes de una esterilidad, para con esa base ofrecer un tratamiento más racional y lógico a las pacientes.

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

1. Aksel Sezer. Tho shal luteinize, not rupture.
Fertility and Sterility 47: 762-4, 1987.
2. American Fertility Society: Use of the Laparoscope in the
Infertile Patient. Fertil and Steril 32:359,1979.
3. ayers W.T. Jonathan, Birenbaum L. Debre, Jiarum Menon K.M.
Luteal phase dysfunction in endometriosis: elevated progesterone
levels in perpheral and ovarian veins during the --
follicular phase. Fertility and Sterility 47:925-9,1987.
4. Balasch J., Montserrat C., Márquez M., Burzaco I. and Van-
rell J.A. The Significance of Luteal Pahse Deficiency on -
Fertility: A diagnostic and Therapeutic Approach. Hum Re-
prod. 1:145,1986.
5. Bellina J. H. y cols: Infertility Diagnosed by Laparos copy.
Sout. Med. Jour. 68:1485,1975.
6. Candiani. The classification of endometriosis: historical_
evolution, critical review and present state of the art.
Act Eur Fert. 17:85-92,1986.
7. Cumming David C., Louis H. Honore, Scott Z. Josej, Keith -
P. Williams. The late luteal phase in infertile women:
comparison of simultaneous endometrial biopsy and progesterone
levels. Fertility and Sterility 43:715-9,1985.
8. Devroey P., Temmerman M., Naaktgeboren N., Van Steirteghem
Ovarian Adhesions Impair ovulation. Act Eur Fer 16:183,1985.
9. Gauri Malik, Maheshwari. Tuberculous endometritis: a clini_
copathological study of 1000 cases.
British Journal of Obstetrics and Gynaecology.
90:84-6, 1983.
10. Hamilton J.C.M. Carl, Wtzels C G. Leo, Evers Johannes L. H.
Follicle growth curves and hormonal patterns in patients -

with the luteinized unruptured follicle syndrome.
 Fertility and Sterility 43:541-8,1985.

11. Hans A. y Cols. Uncommon Indications for Laparoscopy.
 J.Reprod. Med. 30:653,1985.
12. Holtz Gary, Oliver Williamson H., Mathur Rajesh S., Landgrebo C. Sara. Luteinized Unruptured Follicle Swndrome in Mild Endometriosis. Journal Reproductive Medicine 43:643-6,1985.
13. Konickx P.R., Heyns W.J., Corvelyns P.A., Brosens I.A. Delayed onset of luteinization as a cause of infertility.
 Fertility and Sterility 29: 366-9,1978.
14. Mark J., Hulka J. Luteinized unruptured follicle syndrome: a subtle cause on infertility.
 Fertility and Sterility 29:270-8,1978.
15. Nava y S.R.: Curso: "La Laparoscopia en el Estudio del Factor Tuboperitoneal de Esterilidad". Curso "Laparoscopia en Ginecologia"
16. Nordenskjold F., Ahlgren Mats. Interfimbrial Adhesions. Detection and Treatment of an Easily Overlooked Cause of -- Infertility. Journal Rep. Medicine. 43: 595-6,1985.
17. Olive D.L., Hancy A.F., Endometriosis-Associated Infertility: A critical Review of Therapeutic Approaches.
 Obstrical And Gynecological Survey 41: 538-55,1986.
18. Wild R.A., Sanfilippo J.S., Toledo A.A., Endometrial Biopsy in the Infertility Investigation. The Experience at Two Institutions. Journal Rep. Medicine. 31:954-7,1986.
19. Wood G.P. Laparoscopic Examination of the Normal Infertile Woman. Obstet Gynecol 62:642,1983.
20. Melga C., Marchesini F.P., Belletini L., Biscontin S. Flammigni C. Diagnostic Value of Laparoscopy in Endometriosis and Infertility. J. Rep. Medic. 19:597,1984.

21. Collins J.A., Rand C.A., Wilson E.H., Wrixon W., Casper -- R.F., The better prognosis in secondary infertility is - - associated with a higher proportion of ovulation disorders. Fertility and Sterility 45:611,1986.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA