

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

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

AUTOR: DR. EDUARDO FERREL JIMENEZ
INVESTIGADORES ASO
CIADOS DRA. LIDIA PULIDO RAYMOND
DR. JORGE GORIAN MALDONADO
ASESOR: DR. FCO. JAVIER ALVARADO GAY

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA PARA OBTENER EL GRADO DE --
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

DOMICILIO DEL AUTOR: DR. VERTIZ No. 489 DPTO. 39
COLONIA NARVARTE
DELEGACION BENITO JUAREZ
MEXICO, D.F.

MEXICO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1989



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.

R E S U M E N

Se estudiaron 30 pacientes del Servicio de Gineco-Obstetricia, en la Clínica de reproducción humana del Hospital Regional - "10. de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con la finalidad de efectuar una correlación, entre el estudio histopatológico (biopsia de endometrio) y las imágenes laparoscópicas que presentaron las gónadas. Los fines laparoscópicos, en la mayoría de los casos, fueron, sospecha del factor tuboperitoneal de esterilidad, en otros deseo de control definitivo de la fertilidad, tanto las laparoscopías como las biopsias de endometrio, se efectuaron simultáneamente en la segunda fase del ciclo entre los días 22 y 25. Encontrándose correlación entre estos dos procedimientos en el 96% de los casos. Lo cual corrobora que la laparoscopia es un procedimiento útil en la evaluación del factor ovárico, y que la correlación de los resultados es mayor si se realizan ambos procedimientos en el mismo ciclo.

S U M M A R Y

Thirty patients of the gynecobstetrical service were studied at the Human Reproduction Clinic of the "ISSSTE" Regional Hospital 10. de Octubre, for the purpose of doing a correlation between the histopathological study (endometry biopsy) and laparoscopical images that gonads showed. Laparoscopical purposes were, in most of the cases, a sterility peritoneal tube factor suspicion, in other cases, fertility definitive control desire, as much as laparoscopies as endometry biopsys were done simultaneously on the second cycle stage between the 22 and 25 th. Finding a correlation between these two ailments on the 96% of the cases. Which proves that laparoscopy is a useful method in the ovarian factor grading, and the results correlation will be bigger if both methods are done in the same cycle.

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 están 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 efectores.

Estos puntos deben ser valorados en toda paciente estéril. Los métodos de evaluación los podemos dividir en Indirectos y en Directos. Dentro de los primeros tenemos:

- Citología vaginal seriada.
- Curva de temperatura basal.
- Determinación de Pregnadiol 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 Laparotomía.
- Observación de crecimiento y ruptura folicular por ultrasonido seriado.

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

El comportamiento endócrino ovárico normal, no significa que - vaya seguido de una ovulación normal, al igual un funcionamiento ovárico anormal no significa la eliminación de toda posibilidad de ovulación.

Debemos considerar que aunque tengamos evidencia clínica de ovulación, por una curva de temperatura basal bifásica, elevación de los niveles de progesterona en suero, y endometrio secretor, este fenómeno no siempre se lleva a cabo (1, 9, 10). 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 roto) en el cual no hay ruptura folicular y obviamente liberación ovular (1, 7, 9, 10). De tal manera que para poder conocer él o los factores alterados y sobre todo el 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 las pacientes.

Precisamente, 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 dos métodos son la Laparoscopia Diagnóstica y la biopsia de endometrio.

El estudio laparoscópico ha venido a revolucionar 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. (14, 15)

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 deta-

llen los hallazgos laparoscópicos de patologías más finas como son Síndrome de Folículo Vacío, fase lutea deficiente o retardo en el inicio de la luteinización, por lo que es necesario - apoyar éstas 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., comunicados 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.

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.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Mediante un protocolo previamente establecido, se estudiaron 30 pacientes del servicio de ginecología y obstetricia, en la clínica de reproducción humana del Hospital Regional "10. de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a quienes se les practicó exámen laparoscópico, haciendo énfasis en las características morfológicas de los ovarios, cuya indicación fue sospecha del factor tuboperitoneal de esterilidad o deseo de control definitivo de la fertilidad, efectuándose el procedimiento en los días 22 y 25 del ciclo, acto seguido, se tomó biopsia de endometrio, la muestra -- fue obtenida del fondo uterino y la parte posterior del mismo y enviada al servicio de patología para su estudio.

El exámen laparoscópico y la biopsia de endometrio, fueron realizados por médicos adscritos y residentes del servicio de laparoscopia respectivamente. Las biopsias de endometrio, fueron interpretadas por médicos adscritos al servicio de Anatomía Patológica de este hospital, de acuerdo a los criterios de Noyes y Cols.

R E S U L T A D O S

En relación a los resultados obtenidos por biopsia de endometrio, se observa que el endometrio secretor predominó en 22 pacientes, para un 73.3% y posteriormente el endometrio desfasado en 4 pacientes, para un 13.3%. En total el endometrio secretor y el desfasado nos dan 26 pacientes para un porcentaje del 86.6% de pacientes, que son ovulatorias por biopsia según los criterios de Noyes y Cols. El endometrio proliferativo se observó en 4 pacientes, para un porcentaje del 13.3%. (Cuadro I)

Los hallazgos laparoscópicos de las gónadas, nos demuestran que se encontraron datos de ovulación, en 23 pacientes para un porcentaje de 76.6%. Se reportaron 3 casos de ovarios no visibles, para un 10%. En 5 casos se reportó anovulación para un 15% (Cuadro II). Entre otros hallazgos no contemplados en este cuadro se reporta poliquistosis ovárica en 4 casos, endometriosis en 2 y un quiste de ovario.

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

C U A D R O I

B I O P S I A D E E N D O M E T R I O

TIPO DE ENDOMETRIO	No.	%
SECRETOR	22	73.3
DEFASADO	4	13.3
PROLIFERATIVO	4	13.3
T O T A L	30	99.9

C U A D R O I I
H A L L A Z G O S L A P A R O S C O P I C O S
D E O V A R I O

HALLAZGOS	No.	%
OVULACION	23	76.6
ANOVULACION	4	13.3
NO VISIBLE	3	10.0
TOTAL.	30	99.9

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C U A D R O I I I

CORRELACION LAPAROSCOPICA Y BIOPSIA DE ENDOMETRIO

HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS

TIPO DE ENDOMETRIO	OVULACION		ANOVULACION		NO VISIBLE		T O T A L	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SECRETOR	19	82.6	0	0	3	100	22	73.3
DESFASADO	4	17.4	0	0	0	0	4	13.3
PROLIFERATIVO	0	0	4	100	0	0	4	13.3
T O T A L	23	100	4	100	3	100	30	99.9

D I S C U S I O N

Al correlacionar los hallazgos laparoscópicos de las gónadas con los resultados obtenidos en las biopsias de endometrio, encontramos que de 23 casos de hallazgos laparoscópicos de ovulación, para un porcentaje de 76.6%, se demostró endometrio secretor en 26 pacientes para un porcentaje de 86.6%, lo cual implica que existió un margen de error del 10%, es decir que en una 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 4 casos corroborado por endometrio proliferativo, es decir hubo correlación en todos los casos.

Lo anterior se puede deber, a que el estudio laparoscópico y la biopsia de endometrio se realizaron en el mismo ciclo, esto es - importante, ya que como menciona Marik y Hulka (14), pacientes - que tienen ovulación normal en ocasiones cursan con ciclos anovulatorios y los resultados pueden no tener relación si se realizan en ciclos diferentes.

Por otro lado se encuentra que en 3 pacientes no se visualizaron los ovarios debido a proceso adherencial, en todos los casos se reportó endometrio secretor, en relación a este parámetro, no se pudo hacer correlación, sin embargo consideramos como causa de la falta de correlación mencionada anteriormente, - Devroy y Cols. (6), mencionan que los procesos adherenciales tubo ováricos, interfieren en la captación ovular, en la liberación ovular y pueden ser causa de fase lútea deficiente y síndrome de folículo luteinizado no roto.

En relación a los hallazgos ováricos de poliquistosis en 4 pacientes, 2 tuvieron endometrio secretor y 2 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.

En dos casos se encontró endometriosis leve con endometrio se - cretor, pues como menciona Ayers y Cols., la endometriosis seve - ra cursa con anovulación y endometrio proliferativo, no así la - endometriosis leve, que puede cursar con ciclos ovulatorios y - fase lútea deficiente.

En relación al quiste de ovario, presentó endometrio secretor, - lo cual habla de que no necesariamente deben de influir en la - ovulación.

Es de hacer notar que en ningún reporte laparoscópico se refie - re a otras patologías ováricas tales como el síndrome del folí - culo luteinizado no roto, síndrome del folículo vacío, fase -- lútea deficiente o retardo en la luteinización.

Del primero existen reportes, con los cuales se pueden identifi - car (10), con respecto a las otras 3 patologías, sabemos que -- son muy finas y que quizá la laparoscopia no sea el mejor méto - do diagnóstico y que son de importancia como factor de esterili - dad.

Finalmente haciendo un análisis global entre los hallazgos lapa - roscópicos y la biopsia de endometrio, se encontró correlación - en el 96%

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

1. La laparoscopia, es un procedimiento útil en la evaluación del factor ovárico, en el estudio de la pareja estéril.
2. La correlación entre los hallazgos laparoscópicos de las gónadas y el estudio histopatológico del endometrio, es mayor si se realizan en el mismo ciclo.
3. La laparoscopia no es un método adecuado para el estudio de patologías ováricas tales como el síndrome del folículo vacío, fase lútea deficiente o retardo de la luteinización.

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 Laparoscopy in the Infertile Patient. Fertil and Steril 32:359, 1979.
3. Balasch J., Montserrat C., Márquez M., Burzaco I. and Vannrell J.A. The Significance of Luteal Phase Deficiency on Fertility: A diagnostic and Therapeutic Approach. Hum Reprod 1:145, 1986.
4. Bellina J. H. y Cols: Infertility Diagnosed by Laparoscopy Sout. Med. Jour. 68:1485, 1975.
5. 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 Esterility. 43:715-9, 1985.
6. Devroey P., Temmerman M., Naaktgeboren N., Van Steirteghem Ovarian Adhesions Impair Ovulation. Act Eur Fer 16:183, 1985.
7. 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 Esterility. 43:541-8, 1985.
8. Hans A. y Cols. Uncommon Indications for Laparoscopy. J. Reprod. Med. 30:654, 1985.
9. Holtz Gary, Oliver Williamson H., Mathur Rajesh S., Landgrebe C. Sara. Luteinized Unruptured Follicle Syndrome in mild Endometriosis. Journal Reproductive Medicine. 43:643-6, 1985.
10. Mark J., Hulka J. Luteinized unruptured follicle syndrome: a subtle cause on infertility. Fertility and Esterility 29:170-8, 1978.
11. Nava y S.R.: Curso: "La Laparoscopía en el estudio del factor tuboperitoneal de esterilidad". Curso: "Laparoscopía en Ginecología".
12. Olive D.L., Hanye A.F., Endometriosis Asociated Infertility: A critical Review of Therapeutic Approaches. Obstrical and Gynecological Survey. 41:538-55, 1986.
13. 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.
14. Wood G.P. Laparoscopic Examination of the Normal Infertile Woman. Obstetrics Gynecology. 62:642, 1983.
15. Melega C., Marchesini F.P., Belletini L., Biscontin S. Flammigni C. Diagnostic Value of Laparoscopy in Endometriosis - and Infertility. J. Rep. Medic. 19:597, 1984.