

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
CLÍNICA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA HISPAREP**

**“BENEFICIO DE LA HISTEROSCOPIA EN EL PROTOCOLO DE ESTUDIO DE
PACIENTES PROGRAMADAS PARA FIV/ICSI”**

**TESIS:
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA**

**PRESENTA:
DRA. ANA LILIA DEL RAZO VEGA**

**ASESOR:
DR. SERGIO TELLEZ VELASCO
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA
DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO. CLÍNICA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA
HISPAREP**

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



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.

“BENEFICIO DE LA HISTEROSCOPIA EN EL PROTOCOLO DE ESTUDIO DE PACIENTES PROGRAMADAS PARA FIV/ICSI”

Del Razo V Ana Lilia *, Tellez V Sergio **.

*Residente de segundo año de Biología de la Reproducción Humana de la Clínica de reproducción asistida del Hospital Español de México HISPAREP.

**Profesor adjunto al curso de Biología de la Reproducción Humana de la Clínica de reproducción asistida del Hospital Español de México HISPAREP.

ANTECEDENTES

La existencia de alteraciones no sospechadas de la cavidad uterina da como consecuencia indiscutible un factor asociado a la falla de implantación en los ciclos de FIV/ICSI; si bien es cierto no puede responsabilizarse a ello de forma absoluta en el fracaso de los mismos, si es de importancia. La FIV es una técnica con una tasa de recién nacido vivo reportada a nivel mundial en 25-30% por ciclo, los mecanismos involucrados en la falla de implantación no han sido completamente descubiertos, pero han sido asociados al daño en la interacción entre el embrión y el endometrio. Por otro lado; aunque se ha observado un incremento gradual en el éxito, existe un gran número aún de pacientes que tienen fallas repetidas por lo que el clínico enfrenta un reto ante estos casos ⁽¹⁾ y debe de descartar causas probables de falla repetida de la implantación ya sean por receptividad endometrial reducida, defectos embrionarios, causas multifactoriales o cualquier problema que favorezca, incremente o sea directamente responsable de ello. ⁽²⁾

Independientemente de lo descrito en el párrafo anterior; sabemos bien que, desde que fueron publicados los primeros reportes del resultado en tratamientos de reproducción asistida, se ha avanzado notoriamente en establecer protocolos de estudio que permitan ofrecer a las pacientes una mayor posibilidad de éxito durante los mismos; sin embargo, existen en la actualidad tantas posibilidades diagnósticas que hay variación en algunos puntos y no se puede establecer un protocolo universal. Posiblemente es en el caso de la evaluación de la cavidad uterina donde más suceda lo anterior, pues en algunos centros se utiliza por ejemplo la histerosonografía como método de referencia de evaluación o estudio previo a la decisión de efectuar una transferencia embrionaria; en otros, la histerosalpingografía o bien la histerosalpingografía virtual.

Lo anterior es de relevancia pues en infertilidad el factor uterino tiene una prevalencia del 10 al 15% y el estudio de la cavidad uterina es fundamental para determinar alteraciones como pólipos endometriales, miomas submucosos, adherencias o endometritis. Es entonces esencial para lograr una gestación en pacientes que realizarán un ciclo de reproducción asistida una correcta evaluación de la cavidad receptora de ese embrión transferido pues cualquier patología como las anteriormente descritas se asocian directa o indirectamente a la falla de implantación y en consecuencia a las bajas tasas de recién nacidos vivos; por ende la detección y tratamiento oportuno antes de empezar un ciclo de FIV mejorará las tasas de implantación y embarazo ⁽³⁾ siendo éste punto en donde cobra importancia la histeroscopia, pues es indiscutible su especificidad y sensibilidad en la detección y tratamiento de cada una de las alteraciones aquí mencionadas. Por todo lo anterior el análisis que se realiza en el presente trabajo de investigación prospectivo y longitudinal cobra importancia para, entre otras cosas; tratar de unificar criterios entre los diferentes centros y profesionales que manejan pacientes con infertilidad.

OBJETIVOS

Reportar los hallazgos histeroscópicos de pacientes atendidas en nuestra clínica y confirmar la utilidad de la histeroscopia diagnóstica en el protocolo previo a la realización de ciclos de reproducción asistida (Fertilización in Vitro (FIV) / Inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI) para demostrar la existencia de alteraciones de la cavidad uterina no sospechadas en este tipo de pacientes; como consecuencia establecer una correlación directa sobre la posible falla de implantación y la necesidad de incluirle necesariamente en los mencionados protocolos de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se establece un análisis comparativo en pacientes sometidas a ciclos de reproducción asistida (FIV/ICSI) y de los resultados obtenidos en términos de embarazo definido como bioquímico o clínico; tomando como consideración para el análisis en el presente estudio los hallazgos histeroscópicos; estableciendo así una correlación directa de la posible falla de implantación y la existencia de alteraciones intracavitarias no sospechadas.

Estudio prospectivo con muestra simple, por conveniencia. Grupo I: pacientes con histeroscopia previa a un ciclo de FIV/ICSI y Grupo II: pacientes en las que no fue realizada una histeroscopia previa. Se incluyeron 260 pacientes; 130 pacientes en cada grupo de análisis.

La indicación de la histeroscopia en las pacientes que conformaron el grupo I fue solamente la decisión de su médico tratante de realizarla como parte del protocolo de estudio previo al procedimiento de alta complejidad.

Todas las pacientes incluidas en ambos grupos contaban con estudios previos donde no se asumía la posibilidad de alteraciones intracavitarias. Ambos grupos completaron su protocolo de estudio sin ninguna otra diferencia. Pacientes con alteraciones intracavitarias diagnosticadas previamente por otros métodos fueron excluidas del análisis.

RESULTADOS

Las pacientes del grupo 1 tenían en promedio 36 años \pm 7 años, cursando con Infertilidad primaria 102 pacientes (63.75%) y secundaria 58 pacientes (36.25%), presentaron patología intrauterina en 27.6% de las cuales 60.2% fueron pólipos endometriales, 16.0% Anormalidades Müllerianas, 9.5% sinequias uterinas, 5.6% miomas submucosos y 8.7% patología combinada. El grupo 1 tuvo un porcentaje mayor de embarazo bioquímico en comparación con el grupo 2 (59.1% vs 53.1%), embarazo clínico (54.8% vs 48.6%) y recién nacido vivo (48.4% vs 35.1%). El porcentaje de aborto fue de 11.8% en el grupo 1 y de 27.8% en el grupo 2.

Ver Tabla 1

CONCLUSIONES

En el estudio de parejas con infertilidad es indiscutible el papel de la histeroscopia diagnóstica y terapéutica⁽⁵⁾⁽⁷⁾. Sin embargo; y a pesar de lo anterior, no se realiza de rutina como parte del protocolo de estudio previo a procedimientos de alta complejidad; de hecho, se considera basta que se demuestre con otros métodos la ausencia de patología intracavitaria para la programación y realización de un FIV / ICSI.

Basándonos en los resultados obtenidos en el presente estudio, sugerimos sea realizada previa a estos procedimientos pues, dependiendo de cada caso en particular, tiene un impacto directo sobre la posibilidad de un embarazo clínico y por ende de un recién nacido vivo como resultado.⁽⁶⁾

El presente estudio establece una posibilidad de correlación causa-efecto de alteraciones intracavitarias no detectadas por otros medios y que pueden ser responsables de una falla de implantación y, por tanto, del fracaso del procedimiento de FIV/ICSI. Si bien es cierto no existe forma de responsabilizar en su totalidad de este último hecho a su existencia; si consideramos que los cambios detectados son lo suficientemente importantes para sugerir la necesidad de una histeroscopia previa al procedimiento de FIV/ICSI como parte del protocolo de estudio.

De acuerdo al análisis presente podemos concluir además, que una histeroscopia no limita o proporciona beneficio al procedimiento de reproducción por sí mismo; tampoco asegura éxito del mismo, pero limita la posibilidad de una falla de implantación por causa de tipo orgánico o físico de una cavidad endometrial alterada y por tanto un fracaso de un FIV/ICSI deberá ser estudiado por causas ajenas a ello permitiendo así que el clínico enfoque su estudio posterior a otro tipo de alteraciones.

La utilidad de analizar y comparar los hallazgos tratando de establecer si existe diferencia en los resultados obtenidos en términos de embarazo bioquímico y/o clínico en pacientes que realizaron procedimientos de FIV/ICSI, amerita un mayor seguimiento prospectivo en publicaciones posteriores de nuestro grupo; sobre todo, si se correlaciona con un tiempo de espera poco prudente entre el estudio de la cavidad uterina y la realización del procedimiento; situación no poco común en nuestro país debido al costo económico de los mismos. Por otro lado, resultará indispensable la comparación de aquellos casos considerados como embarazo bioquímico en los que se detectó una alteración intracavitaria y que lograron posteriormente el embarazo, correlación que no se reporta en el presente análisis.

Finalmente mencionar que la histeroscopia es un método diagnóstico terapéutico asequible para los médicos que se dedican a la reproducción humana e infertilidad en general y que con una adecuada preparación y práctica; que incluye una curva de aprendizaje relativamente corta, sea practicada como un estudio de rutina en el protocolo previo a la realización de una técnica de reproducción asistida como los son la FIV e ICSI.

ANEXOS

Tabla 1

Característica	GRUPO 1 (n=160)	GRUPO 2 (n=160)
Edad (años)	{36}+ 7	{35}+ 6
Infertilidad	1ria: 102 (63.75%) 2ria: 58 (36.25%)	1ria: 94 (59.75%) 2ria: 66 (41.25%)
Patología	Pólipo: 60.2% Malformación Mülleriana: 16.0% Sinequia uterina: 9.5% Mioma submucoso: 5.6% Diagnóstico mixto: 8.7%	
Embarazo	Clínico: 59.1% Bioquímico: 54.8% Evolutivo: 48.4% Aborto: 11.8%	Clínico: 53.1% Bioquímico: 48.6% Evolutivo: 35.1% Aborto: 27.8%

REFERENCIAS

- 1.- NICE. Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG156> (1 December 2014, date last accessed).
- 2.- Soheila Arefi^{1,3} M.D., Haleh Soltanghoraee² M.D., Amir Hassan Zarnani¹ Ph.D., Ali Sadeghpour Tabaei⁴ M.D., Marefat Ghaffari Novin⁵ M.D., Ph.D., Hojat Zeraati Ph.D., Pegah Ebadi³ B.Sc. Repeated IVF/ICSI-ETs failures and impact of hysteroscopy. Iranian Journal of Reproductive Medicine Vol.6. No.1. pp: 19-24, Winter 2008
- 3.- Atakan Tanacan, Sezcan Mumusoglu, Hakan Yarali & Gürkan Bozdog (2019): The effect of performing hysteroscopy prior to the first in vitro fertilization (IVF) cycle on live birth rate, Gynecological Endocrinology. Jan 2019. DOI: 10.1080/09513590.2018.1534953
- 4.- Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marelllo F, Nappi L. Advanced operative office hysteroscopy without anesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode. Hum Reprod 2002;17:2435 – 2438.
- 5.- Bosteels J, Weyers S, Puttemans P, Panayotidis C, Van Herendael B, Gomel V, Mol BW, Mathieu C, D'Hooghe T. The effectiveness of hysteroscopy in improving pregnancy rates in subfertile women without other gynecological symptoms: a systematic review. Hum Reprod Update 2010;16:1 – 11.
- 6.- Palshetkar N, Pai H, Pisat S. Role of hysteroscopy prior to assisted Reproductive techniques. Journal of Gynecological Endoscopy and Surgery. Jan-Jun 2009/Vol-1/Issue-1
- 7.- Cenksoy P, Ficioglu C, Yıldırım G, Yesiladali M. Hysteroscopic findings in women with recurrent IVF failures and the effect of correction of hysteroscopic findings on subsequent pregnancy rates. Arch Gynecol Obstet. 2013;287(2):357–60.