

4

112172

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

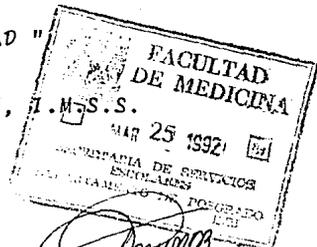
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA NUM. CUATRO

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

" ESTERILIDAD E INFERTILIDAD "

EXPERIENCIA EN H.G.O. Núm. 4, I.M.S.S.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ENSEÑANZA
HGO. "LOS CASTELAZOS AYALA"
I.M.S.S.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

1992

DR. ROLANDO JAVIER AGUILAR CORTAZAR

COORDINADOR: DR. DANIEL RODRIGUEZ DE SANTIAGO.

[Handwritten signature]



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.

Introducción:

Existen en la consulta ginecológica un número importante de parejas que acuden por encontrarse impedidas en su deseo de procreación, a las cuales el ginecólogo debe brindarles su apoyo.

Se han acuñado diversos términos para las parejas que presentan disminución de su fertilidad. Según la sociedad Americana de Fertilidad, "infertilidad" es la ausencia de concepción en una pareja que ha tenido relaciones sexuales por un año, sin protección anticoncepcional (1,15).

En nuestro medio se denomina "esterilidad" a la ausencia de concepción después de un año de relaciones sexuales sin esa protección, mientras que "infertilidad" se utiliza para el estado donde se logra la concepción, pero no hijos viables (8,15).

Existen limitaciones en nuestro medio, para conocer con precisión el número de parejas afectadas por este tipo de problemas. Independientemente de nuestro alto índice de crecimiento, hay datos que nos hacen suponer que el 15% es una cifra que se aproxima a la realidad en nuestro país, y que esta cifra tiende a aumentar por diversos factores como son: las presiones del mundo moderno, el empleo indiscriminado de técnicas anticonceptivas la tendencia -

a posponer los embarazos por períodos prolongados, el aumento de incidencia de enfermedades venéreas, etc.

Los resultados del tratamiento variarán de acuerdo a la etiología del problema y la modalidad terapéutica empleada; en forma general, se sabe que en centros especializados, aproximadamente el 50% de las parejas que se atienden logran un embarazo.

Los factores causales de disminución de la fertilidad en una pareja variarán de acuerdo a la población de que se trate, ya que, por ejemplo la patología tubaria es más frecuente en clases de nivel más alto. Por otro lado, las facilidades materiales y humanas de cada institución determinarán el tipo de patología que se concentre en cada lugar.

En estudios numerosos de parejas estériles (4,10) se ha encontrado que los factores causales son: Masculino 30% ovárico 15%; tubario 20-30%; cervical 5-20%; causa desconocida 5-10%. Es conveniente enfatizar que, en aproximadamente 30% de los casos, habrá patología múltiple simultánea (15).

Los objetivos de una evaluación de la pareja estéril incluyen: descubrir la etiología de la esterilidad, establecer un pronóstico respecto a futura fertilidad y

ofrecer la terapéutica más apropiada para cada caso en particular.

En el Hospital de Gineco-obstetricia No. 4, se sigue la rutina de estudio de la pareja estéril que se muestra en el cuadro I, y que se asemeja a la descrita por Parekh y Arronet (9). La mayor parte de los autores recomienda un periodo de 10 a 12 meses para investigación y tratamiento de la pareja estéril, siendo conveniente alargarlo en algunos casos hasta 18 meses. Esto permite establecer una adecuada relación médico paciente, evaluar los resultados terapéuticos, efectuar modificaciones a los esquemas terapéuticos y sobre todo dar oportunidad a que se efectúe la concepción una vez corregidas las anomalías encontradas. Se debe insistir en que el estudio y el manejo de éstos casos debe tener un límite y que no hay razón para mantener en estudio indefinidamente a una pareja.

En los últimos decenios la terapéutica de esta entidad patológica ha experimentado notables avances, por lo que el presente trabajo tiene como objetivo mostrar la experiencia institucional en la evaluación y manejo de la pareja estéril.

HISTORIA CLINICA COMPLETA

ANALISIS BASICOS
ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA / SIMS HUBNER.

PRUEBA DE RUBIN

POSITIVO

LAPAROSCOPIA
BIOPSIA DE ENDOMETRIO
CROMATOSCOPIA

HISTEROSALPINGOGRAFIA

PATOLOGIA

EVALUACION Y TRATAMIENTO

NEGATIVO

HISTEROSALPINGOGRAFIA

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

NO CONTRAINDICACION

LAPAROSCOPIA
CROMATOSCOPIA

PATOLOGIA TUBARIA

EVALUACION Y TRATAMIENTO

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 200 expedientes clínicos tomadas al -- azar de parejas estudiadas en el lapso de enero 80 a enero 82, en el Hospital de Gineco-obstetricia #4, I.M.S.S., las cuales fueron aceptadas de acuerdo al siguiente requisito: 2 ó más años de esterilidad con coitos repetidos y sin anticoncepción en parejas menores de 30 años, en mayores de edad, el lapso fue de un año y en todas el plan de estudio fué el siguiente:

- A).- Historia Clínica
- B).- Exámenes básicos
- C).- ESG
- D).- Espermatobioscopia directa
- E).- Sims Hunher
- F).- Curva de temperatura basal
- G).- Prueba de Rubin
- H).- Histerosalpingografía
- I).- Biopsia de-endometrio
- J).- Laparoscopia

RESULTADOS:

Edad de las pacientes:

El grupo más numeroso correspondió a pacientes entre 26 y 30 años de edad, con 86 casos (43%), siguiéndole en orden de frecuencia las del grupo de 31 a 35 años con el -

29.5%, la menor incidencia se detectó en pacientes menores de 20 años (con el 1%). La edad mínima fué de 19 años, y la máxima de 39 años, con un promedio de 30 años.

RELACION POR EDADES

| AÑOS | CASOS | POR CIENTO |
|-------------|-----------|------------|
| 15 a 19 | 2 | 1 |
| 20 a 25 | 38 | 19 |
| 26 a 30 | 86 | 43 |
| 31 a 35 | 59 | 29.5 |
| 35 ó más | <u>15</u> | <u>7.5</u> |
| T O T A L : | 200 | 100.0 |

Tiempo de esterilidad:

El grupo más numeroso correspondió a aquéllas pacientes que tenían una esterilidad de 2 a 5 años de evolución, siguiéndole en orden de importancia las que tenían entre 6 y 10 años de evolución, la menor incidencia fué de aquellas pacientes con menos de un año de esterilidad y las que tenían más de 10 años.

TIEMPO DE ESTERILIDAD:

| AÑOS | CASOS | POR CIENTO |
|-------------|-----------|------------|
| 1 a 2 | 14 | 7 |
| 2 a 5 | 123 | 61.5 |
| 5 a 10 | 52 | 26 |
| 10 ó más | <u>11</u> | <u>5.5</u> |
| T O T A L : | 200 | 100.0 |

Tipo de Esterilidad:

Se encontró predominio de la esterilidad primaria - con 124 casos, (62%), con respecto a la secundaria, ya - que de ésta se contaron 76 casos (38%), lo que en térmi- nos generales, es lo reportado por diversos autores, como se señala en el siguiente cuadro:

| AUTOR: | CASOS | % PRIMARIA | % SECUNDARIA |
|---------------|-------|------------|--------------|
| GARCIA M. | 500 | 66.6 | 33.4 |
| ELIZONDO E.F. | 1000 | 64.4 | 35.6. |
| DELGADO U. | 500 | 67 | 33 |
| VILLALOBOS R | 100 | 68 | 32 |
| RICAUD R.L. | 87 | 51.7 | 49.3 |

ETIOPATOGENIA:

El factor que se encontró más frecuentemente altera do fué el tubo peritoneal con 84 casos (42%), siendo el -

origen de esta alteración diversas patologías, entre las que se encontraron 7 casos de tuberculosis genital, 5 casos de endometriosis pélvica, y otras patologías como hidrosalpinx y adherencias peritubarias. El segundo factor en orden de frecuencia fué el ovárico con 44 casos - (22%), llamando la atención que en 12 casos no se encontró factor responsable de la esterilidad.

ETIOPATOGENIA:

| FACTOR | CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|-----------|------------|
| MASCULINO | 38 | 19 |
| CERVICO/VAGINAL | 16 | 8 |
| TUBO/PERITONEAL | 84 | 42 |
| UTERINO | 6 | 3 |
| OVARICO | 44 | 22 |
| IDIOPATICO | <u>12</u> | <u>6</u> |
| T O T A L : | 200 | 100.0 |

Tratamientos aplicados:

Se aplicaron un total de 143 tratamientos, siendo - 105 de tipo médico y 38 de tipo quirúrgico; en 57 casos - no se aplicó ningún tratamiento.

En los manejos médicos, los más frecuentemente empleados fueron:

Antibióticos, clomifen, antifímicos y progesterona, y de los procedimientos quirúrgicos predominaron la cirugía tubaria entre las que se encontraron salpingo-ovario-lisis, y neóimplantaciones, se practicaron 4 miomectomías y 5 plastias uterinas por malformaciones congenitas, habiéndose llevado a cabo 2 operaciones de Strassman y 3 de Jones.

| TRATAMIENTO MEDICO: | CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|----------|------------|
| ANTIBIOTICOS | 20 | 10 |
| CLOMIFEN | 26 | 13 |
| ANTIFIMICOS | 7 | 3.5 |
| PROFESTERONA | 6 | 3 |
| ESTROGENOS | 2 | 1 |
| DANAZOL | 2 | 1 |
| ANTI/INFLAMATORIOS | <u>1</u> | <u>0.5</u> |
| T O T A L : | 105 | |

| TRATAMIENTO QUIRURGICO | CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|-------|------------|
| CIRUGIA TUBARIA | 16 | 42.1 |
| PLASTIA UTERINA | 5 | 13.15 |
| MIOMECTOMIA | 4 | 10.52 |
| LISIS ADHERENCIAS | 6 | 15.78 |
| RESECCION CUNEIFORME OV. | 4 | 10.52 |
| DILATACION CERVICAL | 3 | 7.89 |
| T O T A L : | 38 | 100.0 |

TERAPEUTICA DE LOS EXITOS:

Correspondió a una mayor efectividad, por los resultados en éxitos, a las pacientes que recibieron citrato de clomifen con un 46.15% de los éxitos, con la plastia tubaria se obtuvo el 25% de éxitos, haciéndose hincapié en que de 86 pacientes que no recibieron ningún manejo. hubo un 20% de embarazo.

| TERAPEUTICA DE LOS EXITOS | CASOS | EXITOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|-------|--------|------------|
| ANTIBIOTICOS | 20 | 10 | 50% |
| ANTIFIMICOS | 7 | 0 | 0 |
| CLOMIFENO | 26 | 18 | 69.0 |
| DANAZOL | 2 | 1 | 50% |
| ANTIINFLAMATORIOS | 1 | 0 | - - |
| CIRUGIA TUBARIA | 16 | 4 | 25 |
| DILATACION CERVICAL | 3 | 2 | 66.6 |
| MIOMECTOMIA | 4 | 3 | 75 |
| PLASTIA UTERINA | 5 | 0 | 0 |

| | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|--------------|
| RESECCION CUNEIFORME OV. | 4 | 2 | 50 |
| LISIS ADHERENCIAS | 6 | 2 | 33.3 |
| NINGUN MANEJO | <u>86</u> | <u>18</u> | <u>20.93</u> |
| T O T A L : | 200 | 63 | 31.5 |

EVOLUCION CON EL TRATAMIENTO:

El total de embarazos logrados fue de 63 que corresponde al 31.5%, no se encontró causa de la esterilidad en 6%, abandonaron el estudio el 26.5% y en 36%, se consideraron fracasos por las nulas posibilidades de embarazo.

De los embarazos logrados, la evolución fué la siguiente, según se muestra en el siguiente cuadro:

| EVOLUCION DE LOS EXITOS | CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------|----------|--------------|
| PARTO EUTOCICO | 26 | 41.26 |
| CESAREA | 18 | 28.57 |
| ABORTO | 7 | 11.11 |
| PARTO PREMATURO | 3 | 4.76 |
| EMB. ECTOPICO | 2 | 3.17 |
| EN EVOLUCION | <u>7</u> | <u>11.11</u> |
| T O T A L | 63 | |

COMENTARIO Y DISCUSION.

Un porcentaje alto de la consulta ginecológica de nuestro hospital es debida a pacientes que acuden por esterilidad, de ahí de emplear una metodología adecuada para mejorar su estudio.

Es evidente que de la casuística agrupada por diferentes factores etiológicos da números pequeños, por lo que no es factible sacar conclusiones estadísticas de los resultados, sin embargo es orientador en cuanto a resultados que se están obteniendo con el actual plan de estudio de la pareja estéril en nuestro hospital.

Se encontró en esta revisión un porcentaje de embarazo de 31.5%, lo cual consideramos bajo, principalmente en función de que las pacientes frecuentemente abandonan su estudio, ya que no se encuentran suficientemente motivadas para el mismo, queriendo la mayoría de ellas ver resultados inmediatos, por lo que los resultados difieren de los reportados en otras revisiones, que reportan en general un 50 a 70% de embarazos que llegan a término (3).

El estudio se pretende que siempre debe ser integral, iniciándose en el hombre, considerando de más valor en la evaluación del paciente, la espermatobioscopia directa, por ser más fidedigno en cuanto a las condiciones que prevalecen en el semen y espermatozoides; en ésta re-

visión se encontraron un 19% como causa de esterilidad lo cual es lo generalmente esperado.

El factor más frecuentemente alterado fué el tubo peritoneal, con un 42%, lo cual es demasiado alto, en relación a estadísticas reportadas internacionalmente, esto es quizás debido a que un alto porcentaje de las pacientes que acuden a consulta a esta unidad institucional son de estrato socioeconómico no alto. Asimismo fué mas frecuente encontrarlo como causa de esterilidad secundaria.

De las pacientes a quienes se determinó factor tubo peritoneal, como causa de su esterilidad, un número importante se consideró que no eran tributarias a cirugía, habiéndose detectado por laparoscopia un daño severo a los oviductos que hacían nulos las posibilidades de éxito. De las 84 pacientes que se detectó patología tubaria, únicamente 16 fueron sometidas a diferentes técnicas quirúrgicas de plastía tubaria, habiéndose encontrado 4 éxitos contándose como éxito únicamente el logro del embarazo, no lográndose determinar la evolución de los mismos.

El factor ovárico se encontró en un 22%, siendo de éstos; la patología más frecuentemente encontrado el ovario poliquístico, se hace notar que habitualmente el manejo fué a base de clomifen, reportándose los mejores resul

tados y que prácticamente se ha abandonado la resección cu
neiforme de ovarios como procedimiento terapéutico.

El factor Uterino se encontró raramente como causa -
de esterilidad lo cual ya ha sido establecido por multi- -
ples publicaciones (7.14)- atribuyéndose a las mismas la -
metiología de la esterilidad, cuando no se encontró otro -
factor alterado, se encontraron 6 casos, de los cuales úni
camente a 5 se le efectuaron procedimientos quirúrgicos 2
operaciones de Strassman y 3 de Jones, habiéndose logrado
3 embarazos. Asimismo se efectuaron 4 miomectomías en pa-
cientes a quienes no se encontró otra causa de esterilidad
No se encontraron casos de inequias uterinas, ni de algún
otro padecimiento uterino como factor de esterilidad.

El factor cérvico-vaginal fué difícil de evaluar en
cuanto a causa de esterilidad, ya que en un alto porcenta-
je se encontró flora patógena en el estudio del exudado -
cérvico-vaginal, pero asociado a algún otra causa, a todas
las pacientes se dió tratamiento cuando tenían manifesta-
ciones clínicas o por el cultivo, como paso previo a la va
loración integral, ya que no era factible hacer prueba de
Rubin, biopsia de endometrio y laparoscopia, cuando no se
tenía antes en cultivo de secreciones genitales negativo.

Desde que Palmer introdujo la laparoscopia, hubo un cambio notable en el estudio de la pareja estéril, se considera que actualmente, éste no es completo mientras no exista una evaluación endoscópica. En cuanto al momento de realizarlo existe discrepancia, así autores como Mackey (12) inician el estudio con la prueba de Rubin, antes de la histerosalpingografía y emplea la laparoscopia solamente ante la sospecha de patología tubaria. Palmer (8) efectúa laparoscopia en forma rutinaria; y Frangenheim (12), inicia el estudio de la fertilidad con laparoscopia. La tendencia actual en nuestro hospital es obviar la prueba de Rubin, el cual presupone manipulación vaginal, endocervical y uterina, teniendo muchas limitaciones diagnósticas por lo que de acuerdo con la experiencia y resultados obtenidos con la laparoscopia, en aquellas pacientes que posterior a la valoración inicial con una historia clínica completa, no encontrando datos de infección o infestación vaginal, por los antecedentes se presupone que son menstruantes, sólo se considera necesario contar con exámenes de laboratorio básicos y espermatozoides directa normal, para proseguir el estudio con laparoscopia, cromatoscopia y biopsia de endometrio en época premenstrual en un solo tiempo quirúrgico.

Esto se efectúa buscando obtener un estudio mejor y más completo en un laps- menor, ya que en general el tiempo de estudio de nuestras pacientes lo consideramos prolongado, durando en promedio más de 1 año, siendo además el promedio de deserción, antes de completar el estudio de las pacientes muy elevado.

En síntesis, consideramos que los resultados obtenidos con el manejo instituido a nuestras pacientes, no obstante no ser óptimos, reflejan un adecuado aprovechamiento de los recursos con los que cuenta el hospital y la actitud mental positiva de los médicos que se enfrentan a los cambiantes retos que implicase ayudar a una pareja, a que realice el insatisfecho anhelo de procrear un hijo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Álvarez Bravo, A. Normas para el manejo de la pareja esteril. Anuario del Hospital Español, Méx. 2:226, 1971.
- 2.- Babaknia, A., Rock, A.J., Jones, H.W.; Pregnancy succes following abdominal myomectomy for infertility. Fertil Steril 30:644, 1978.
- 3.- Behrman, S.J., Kistner, R.W. A rational approach to the evaluation of infertility. Progress in infertility. 2a. Ed. Little Brown and Co. Boston, 1975.
- 4.- Dor, J., Homburg, R., Rabau, E. An evaluation of etio logic factors and therapy in 665 infertile couples. Fertil, Steril 28(7):18, 1977
- 5.- Elizondo, E.F., Olivas, M.G. Leon Lavenant, S.: El factor tubario en esterilidad. Ginec.Obstet. Mex. - 43:339, 1978.
- 6.- Espinoza, F.C., Fernandez, S.A., Slazar, J.H. El cervix uterino como factor de esterilidad e infertilidad. Ginec Obstet. Mex. 27:283,1970
- 7.- Hunt, J.E., Wallach, E.E.: Uterine factors in infertility. An overview Clin Obst Gynecol 17:44, 1974
- 8.- Moghissi, K.S. Current concepts in infertility Clin Obst. Gynecol. 22(1): 9, 1979
- 9.- Parekh, M. Arronet, G.H. Diagnostic procedures and - métodos specific referent to the female pelvic organs sith specific reference to infertility Obstet Gynec.- 15:1,1972.
- 10.- Rosenfeld, D.F., García, C.R., Bullock W. An infertility data registry. Fertil Steril 29(1):112, 1978
- 11.- Ruíz Velasco V., Rosas, A.J. Serenó, C: Preparación - indicaciones y hallazgos de la laparoscopia en esterilidad en dos grupos de pacientes. Ginec Obstet. Mex.- 44(226):451,1978
- 12.- Swohn, K., Rosencrantz, M. Paparoscopy vs histerosalpingography in sterility investigations. A. comparative study.
- 13.- Valle F.R.: Histeroscopy in the evaluation of female sterility. Am. J. Obst. Gynecol. 137:425,1980.
- 14.- Wallach, E.E. Evaluation and management of uterine - causes of infertility. Clin. Obst. Gynecol 22(1):43

15.- Zárate A., Canales. E., McGregor, C: Esterilidad e infertilidad. La prensa médica mexicana. Mex. 1976