

PATOLOGÍA UTERINA Y SU IMPACTO EN LA FERTILIDAD

IMPACT OF UTERINE DISEASES ON FERTILITY

DR. JAIME ALBORNOZ V. (1), DR. GONZALO DUQUE A. (1)

1. UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA. DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. CLÍNICA LAS CONDES.
jalbornoz@clc.cl

RESUMEN

El útero es un órgano fundamental dentro del proceso reproductivo y participa en eventos claves, como el transporte espermático, la implantación y la nutrición fetal. Los miomas uterinos, las anomalías congénitas, los pólipos endometriales y las sinequias uterinas son las principales patologías uterinas en mujeres en edad reproductiva, y pueden ser causa de infertilidad, aborto recurrente o parto prematuro. De acuerdo a la evidencia, el tratamiento quirúrgico de miomas uterinos submucosos e intramurales (que distorsionan la cavidad uterina), pólipos endometriales y sinequias se asocia a un aumento significativo en las tasas de embarazo. El tratamiento quirúrgico del septum uterino disminuye significativamente la probabilidad de aborto a repetición y puede incrementar la probabilidad de embarazo en pacientes sin otra causa aparente de infertilidad. El tratamiento quirúrgico de miomas intramurales y subserosos (que no comprometen la cavidad endometrial) es controvertido y su indicación depende de la evaluación de cada caso en particular.

Palabras clave: Patología uterina, septum uterino, mioma uterino, pólipo endometrial, sinequia uterina.

SUMMARY

The uterus exerts an important role in the reproductive process and participates in key events, including sperm migration, embryo implantation and fetal nourishment.

Uterine myomas, congenital anomalies, endometrial polyps and uterine synechia are the main diseases affecting women in reproductive age, and display a significant impact as a source of infertility, recurrent abortion or preterm labour. According to evidence, surgical treatment of submucous and intramural myomas (associated to uterine cavity distortion), endometrial polyps and uterine adhesions significantly improves pregnancy rates. Surgical treatment of uterine septum significantly decreases recurrent miscarriage rate and can increase odds of pregnancy in patients with no apparent cause of infertility. Surgical treatment in patients with intramural and subserous myomas (without endometrial cavity distortion) is controversial and treatment should be based on an individual basis.

Keywords: Uterine disease, uterine septum, myoma, endometrial polyp, uterine synechia.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las causas de infertilidad femenina, el factor uterino tiene una prevalencia de un 10% (1). El útero desempeña un rol fundamental dentro del proceso reproductivo, participando en eventos claves como el transporte espermático, la implantación embrionaria y la nutrición fetal, motivo por el cual las anomalías uterinas congénitas y adquiridas, como miomas uterinos, pólipos endometriales y adherencias intrauterinas ejercen un impacto negativo significativo sobre la fertilidad (2).

ANOMALÍAS UTERINAS CONGÉNITAS (ANOMALÍAS MÜLLERIANAS)

Las anomalías uterinas congénitas corresponden a un grupo heterogéneo de malformaciones que se producen como consecuencia de una alteración en el desarrollo, fusión o migración de los conductos paramesonéfricos (conductos de Müller) durante el período de desarrollo embrionario y fetal. Su incidencia se estima en 1:200 a 1:600 en mujeres en edad reproductiva y su prevalencia en 2-3% de la población (3), sin embargo, en mujeres infértiles su prevalencia aumenta a un 6% (4, 5). De acuerdo a la American Fertility Society (1988), existen siete tipos de anomalía uterinas congénitas: Hipoplasia o Agenesia uterina, Útero Unicorn, Útero Didelfo, Útero Bicorn, Útero Septado, Útero Arcuato, y Expuesto a Dietilestilbestrol (DES) (6) (Tabla 1).

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS ANOMALÍAS UTERINAS CONGÉNITAS SEGÚN LA AMERICAN FERTILITY SOCIETY (1988)

1) Hipoplasia o Agenesia uterina,
2) Útero Unicorn,
3) Útero Didelfo (doble),
4) Útero Bicorn,
5) Útero Septado,
6) Útero Arcuato,
7) Expuesto a Dietilestilbestrol (DES).

En la mayoría de los casos se desconoce su etiología y se postulan como hipótesis factores genéticos, ambientales y farmacológicos. Aproximadamente un 20-30% de los casos se asocia a malformaciones del sistema urinario (agenesia renal, riñón pélvico en herradura y duplicaciones del sistema colector) (3, 7) y un 15% a anomalías esqueléticas (8).

Estas anomalías son diagnosticadas frecuentemente durante la adolescencia, luego de la aparición de síntomas como dismenorrea y dolor pélvico. Además, se ha reportado en estas pacientes una mayor incidencia de flujo menstrual retrógrado y riesgo de desarrollar endometriosis pélvica. Debido a que estas alteraciones son difíciles de reconocer, en algunos casos sólo son diagnosticados cuando se presenta infertilidad o aborto a repetición (5).

La anomalía mülleriana más frecuente es el septum uterino (2, 4, 7) que consiste en la presencia de un tabique fibromuscular que divide la cavidad uterina en dos. Se produce como consecuencia de una falla en el proceso de reabsorción del segmento medial de los dos conductos para-mesonéfricos fusionados, proceso que normalmente se produce

en dirección caudal-craneal a partir de la semana 8 de gestación y que se extiende hasta la semana 20. Se ha postulado que este evento ocurriría a través del mecanismo de apoptosis, regulado por la proteína Bcl-2. La alteración en la expresión de esta última podría ser el factor causal de la falta de regresión del septum (9, 10).

Las imágenes son fundamentales en el diagnóstico diferencial del septum uterino. El ultrasonido ginecológico transvaginal (USTV) se ha transformado en el pilar del diagnóstico, con una sensibilidad de 100% y especificidad de 80-95%. La histerosalpingografía permite una buena visualización de las cavidades uterinas y la evaluación de la permeabilidad tubaria, sin embargo, no permite el diagnóstico diferencial con útero bicorn y es mal tolerado por las pacientes. El desarrollo del ultrasonido tridimensional (3D) y la histerosonografía (ultrasonido con inyección de solución salina o micropartículas de galactosa como contraste) han aumentado la capacidad diagnóstica de septum uterino y en la última década, la introducción de la resonancia nuclear magnética (RNM) ha resultado promisorio, con una alta confiabilidad en la detección de septum uterino y útero bicorn (2, 10). Por otra parte, este examen permite un estudio detallado de las anomalías más complejas y de las estructuras vecinas, principalmente de la vía urinaria. Su alta precisión diagnóstica y su carácter no invasivo la hacen atractiva en la planificación del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, en la actualidad el "gold standard" en el diagnóstico de las anomalías congénitas uterinas continúa siendo la histeroscopia y la laparoscopia (2, 10), que permiten completar el estudio de infertilidad y detectar patología concomitante, como endometriosis.

El tratamiento del septum uterino es quirúrgico y en la actualidad se realiza mediante histeroscopia. La metroplastía consiste en la sección del septum uterino por vía transcervical, utilizando tijeras endoscópicas, energía eléctrica (monopolar o bipolar) o mediante láser de contacto en un punto equidistante entre las paredes anterior y posterior, hasta alcanzar el fondo uterino a una distancia de 1 cm de cada uno de los ostium tubarios. Este procedimiento puede ser realizado en forma ambulatoria, con un bajo requerimiento de analgésicos y permitiendo una reincorporación laboral precoz. El hallazgo de un septum uterino no es sinónimo de tratamiento quirúrgico, sin embargo, debe ser considerado en pacientes con mal resultado reproductivo. Su rol como causa de infertilidad es controversial, ya que en estas pacientes, no estaría comprometida la capacidad de concebir, sino más bien la capacidad de mantener el embarazo en curso. Es responsable de aproximadamente un 25% de los abortos espontáneos, y su prevalencia sería significativamente más alta en mujeres con aborto a repetición (4). De acuerdo a Raga y col, en pacientes con septum uterino, aproximadamente el 60-80% de los embarazos puede evolucionar a un aborto de primer o segundo trimestre (4). Esta mayor pérdida de embarazos podría explicarse a través de alteraciones en la irrigación uterina a nivel del septum, que comprometería la capacidad de implantación y por otra parte a la asociación con incompetencia cervical (3, 11). Por otra parte, es una causa importante de parto prematuro, distocias de presentación fetal y restricción de crecimiento fetal (4, 10). En el caso particular del aborto recurrente (≥ 3 abortos consecutivos), se ha reportado una disminución significativa de la tasa de aborto luego del tratamiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830732>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830732>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)