

Consenso FASGO 2013:

Evaluación de la Pareja Infértil

Presidente: Prof. Dr. Roberto Tozzini (FASGO)

Coordinador: Dr. Felipe Jofre (SOGIBA)

Expertos:

Dr. Gustavo Botti (ASOGIR)

Dra. Claudia Peyrallo (SAEGRE)

Dr. Fabián Lorenzo (SAMER)

Objetivos:

- *La promulgación de la Ley Nacional de Fertilidad ha permitido, en algún sentido, el acceso de la Población a los tratamientos por Infertilidad.*
- *La finalidad de este consenso es brindar al ginecólogo general, las herramientas básicas para poder evaluar adecuadamente a una pareja que consulta por Infertilidad.*
- *Se presentaran los estudios básicos necesarios y algunas recomendaciones en situaciones especiales.*

Definición Infertilidad:

Es la incapacidad de una mujer en edad reproductiva, para lograr un embarazo, luego de 12 meses de tener relaciones sexuales, sin cuidados anticonceptivos en menores de 35 años y luego de 6 meses en mayores de 35 años. El 85% lo logra dentro del primer año. ACOG Committee Opinion 2008.

El Índice de Fecundidad, es la probabilidad de quedar embarazada en cada ciclo de exposición, sin protección anticonceptiva, en pacientes menores de 35 años. Pacientes fértiles: 0.15 a 0.20 por mes.

Schwartz A. y col.N. Engl J Med 1982; 306: 404 -06

Factores a Evaluar:

- **Factor Masculino**
 - *Anamnesis y Examen Clínico*
 - *Espermograma*
 - *Recomendaciones**
- **Factor Femenino**
 - *Anamnesis y Examen Clínico*
 - *Ecografía Basal con conteo de Folículos Antrales y monitoreo ecográfico de la ovulación.*
 - *Perfil Hormonal día 2º-3º del ciclo, según la clínica.*
 - *Dosaje de Progesterona día 21- 22 de un ciclo de 28.*
 - *Infecciones del TGI – Cultivos para Chlamydia Micoplasma y Ureaplasma*

- *Histerosalpingografía*
- *Recomendaciones**
- *Los estudios completos de ambos miembros de la pareja no deben prolongarse más allá de 3 ciclos, debiendo existir una adecuada información de los estudios a realizar.*

Factor Masculino:

Examen Físico: *Edad, Ocupación, hábitos, Rel. Sexuales, Pene, Testículos, varicocele, conducto deferente, caracteres sexuales secundarios*

Espermograma

Perfil Hormonal

Eco-Doppler de Cordones Espermáticos

Antecedentes Personales

Cirugía en la Infancia

Traumatismos

Quimio o Radioterapia

Infertilidad Masculina 20-40% de incidencia, generalmente asintomático.

- *Obstrucción conductos deferentes*
- *Hipog. hipogonadotrófico*
- *Atrofia testicular post Orquitis, radiaciones o Cirugía*
- *Varicocele idiopática*

Valores Límite aceptados como referencia del estudio Seminal:

Vol. Eyaculado 1,5 ml

PH 7,2

Concentración Espermática: 15 x 10⁶ por ml y 39 x 10⁶ de Totales

Porcentaje de Motilidad 40%

Traslativos 32%

Morfología Normal (Kruger) 4%

Aglutinación espermática: ausente

Viscosidad: < a 2 cms post licuefacción

Factor Femenino: Interrogatorio:

- *Edad - ocupación*
- *Hábitos: drogas, alcohol*
- *Frecuencia y calidad de relac. Sexuales*
- *Enfermedades importantes*
- *Cirugías previas*
- *Menarca*
- *Ritmo menstrual*
- *Embarazos, evolución*
- *Mét. anticonceptivos*
- *Medicaciones*
- *Dolor pelviano crónico*
- *Dismenorrea*
- *Hirsutismo*
- *Dispareunia*
- *Galactorrea*

Exámen Físico:

- *Peso y masa corporal*
- *Examen mamario.*
- *Nódulos tiroideos.*
- *Examen Abdominal*
- *Caracteres sexuales secundarios*
- *Examen Ginecológico*

RECOMENDACIONES: Una historia detallada y un adecuado examen físico, pueden identificar signos sugestivos o específicos de infertilidad.

Fase Lútea Inadecuada (FLI):

- *El "Gold standard" para el diagnóstico de FLI, ha sido la biopsia de endometrio. El cuerpo lúteo sería insuficiente o inadecuado cuando el endometrio secretorio presenta un retraso en su maduración mayor a dos días.*
- *Varios estudios posteriores a los cuadros histológicos establecidos por Noyes, Hertig y Rock, han demostrado que el fechado endometrial carece de precisión y exactitud, pudiendo existir FLI, según biopsia, en ciclos fértiles.*
- *El comité de Prácticas de la ASRM 2012, sugiere no emplear la biopsia de endometrio para la evaluación de la función ovulatoria ni para la FLI, limitándola a pacientes con sospecha de patología endometrial (endometritis crónica, pólipos, hiperplasias, etc)*

Diagnóstico de Ovulación y Función Ovárica:

- ***En pacientes con ciclos menstruales regulares (eumenorreicas) y sin Antecedentes quirúrgicos y menores de 35 años***
- *Realizar un dosaje de FSH, LH, Estradiol día 3º del ciclo y progesterona plasmática en el día 21- 24 del ciclo o 6-7 días después de la ovulación según monitoreo ecográfico.*
- *Monitoreo ecográfico de la ovulación comenzando con ecografía basal y conteo de folículos antrales y posterior desarrollo folicular entre el 7º y 10º día del ciclo y hasta la formación del cuerpo lúteo.*
- ***Con ciclos irregulares o amenorreas cortas.***
- *Determinaciones de Progesterona Testosterona y DHEA-S, PRL, TSH y T4, FSH/ LH, HAM y 17 hidroxiprogesterona. Conteo folicular en ambos ovarios*
- ***Con amenorreas estables o prolongadas e hipoestrogenismo***
- *Estradiol, FSH, ecografía gonadal y cariotipo*

Factor Cervical:

- *Raramente la producción de moco o la interacción moco- semen es la causa única o principal de la infertilidad.*
- *Si el examen revela la existencia de una cervicitis crónica, deberá tratarse.*
- *El test post coito o de Sims- Huhner es el método tradicional para el diagnóstico de este factor. Existe controversia en cuanto a la técnica, el momento de realización y la interpretación de los resultados. Ello lo hace un test subjetivo, de pobre reproductibilidad y que no predice el estado o no de infertilidad.*

- *Por lo mencionado, el comité de Prácticas de la ASRM, en sus recomendaciones del 2012, no considera necesario al test post coito, dentro de la evaluación sistemática de la infertilidad.*

Videolaparoscopia en Infertilidad:

- *En pacientes que no se han embarazado luego de dos años, en la esterilidad sin causa aparente, en fallas de la FIV o en las que se sospecha patología pelviana, se indicará este procedimiento.*
- *En patología tubo peritoneal: hidrosalpinx; Una revisión Cochrane (2004) concluyó que la salpingectomía, mejora los resultado de la FIV. Otros favorecen la oclusión tubaria proximal (Kontoravdis A et al, 2006). Se realizará adhesiolisis y fimbrioplastias. Las recanalizaciones de la trompa son limitadas en la actualidad.*
- *EPI en procesos agudos o crónicos no resueltos.*
- *Endometriosis. Es la principal indicación tanto para su diagnóstico como para el tratamiento.*
- *Ovarios. Ovariolisis. Driling ovárico en el PCOS. Biopsias gonadales y extirpación de formaciones benignas.*

Videohisteroscopia en Infertilidad:

Sospecha de Patología intracavitaria diagnosticada por otros métodos.

- Endometritis crónica. Hallazgo casual en el 22% de fallas de la FIV y en abortadoras recurrentes del 1er. trimestre.

- *Observación del canal endocervical y cavidad uterina en mujeres con fallos repetidos de FIV- ET (hallazgos entre el 45 y 50%).*

Pólipos endometriales. Su extirpación mejoraría los resultados.

-Adherencias intrauterinas. Hasta un 23% en mujeres legradas con fines abortivos o post parto. Puede producir defectos en la implantación

Miomas submucosos. Conviene extirparlos por esta vía.

Malformaciones uterinas. El útero tabicado es el que produce mayor N° de fallas en la implantación.

Recomendaciones: Obesidad

- *Una mujer obesa tiene 3 veces más posibilidades de sufrir infertilidad que aquella con un índice de masa corporal (IMC) normal y los tratamientos naturales o con F.A. tienen resultados disminuidos comparados con la población general.*
- *La obesidad afecta la ovulación, la maduración ovocitaria, el desarrollo endometrial, la receptividad uterina, la implantación y aumenta la tasa de aborto.*
- *En el Hombre el hiperestrogenismo asociado produce alteraciones hormonales, sexuales y espermáticas y un efecto deletéreo en la función eréctil (Nivel de Evidencia 2b)*
- *Hay evidencia que en mujeres infértiles anovuladoras con BMI mayor a 29 kg/m², la pérdida de peso programada, que incluyen actividad física, recomendaciones dietarías*

para reducir peso, recuperan los ciclos ovulatorios y mejoran las tasas de embarazo. (Nivel de evidencia 1b)

- *Si bien la pérdida de peso con dieta y actividad física, es el tratamiento de primera línea se han observado mejoras de la función reproductiva luego de la pérdida de peso posterior a una cirugía bariátrica.*

Recomendaciones: Falla Ovárica

- *La falla ovárica prematura, se define como la ocurrencia de amenorrea hipergonadotrófica y deficiencia estrogénica en mujeres por debajo de los 40 años y tiene una prevalencia de 0,9 a 1,2%. Su diagnóstico es clínico (amenorrea secundaria hipoestrogénica), ecográfico (disminución o ausencia de folículos antrales) y de laboratorio (FSH, E2, HAM)*
- *En la mayoría de los casos la etiología es desconocida pero en otros puede ser causado por quimioterapia, radioterapia, cirugía, desordenes genéticos particularmente los que involucran al cromosoma X, enfermedades autoinmunes, infecciones, tabaco y otras toxinas.*
- *Las mujeres con falla ovárica prematura, presentan un riesgo aumentado de muerte temprana, enfermedades neurológicas, disfunción psicosexual, trastornos del humor, osteoporosis y enfermedad coronaria. Por ello el ginecólogo debe realizar el tratamiento adecuado para el logro del embarazo, pero también actuar sobre la prevención en la salud femenina y su calidad de vida, con el agregado de TH.*

Recomendaciones: Genética

- *Una alta frecuencia de alteraciones genéticas (18.8%) justifican la realización de evaluación genética a nuestra población con infertilidad idiopática.*
- *En dos de las mayores series estudiadas, los cariotipos de varones con semen normal presentaron un 1,69% de anomalías y los que presentaban Oligo, Asteno y/o Teratospermia de leve a severa trepaban al 11,82% y se observó una incidencia de 3.8% en anomalías y mutaciones en el gen de la fibrosis quística.*
- *Algunos pacientes con OAT moderadas a severas se asocian a microdeleciones de la porción distal del cromosoma Y en la zona AZF, algunos varones con estas deleciones o en el Gen PAR1 pueden transmitirse a la descendencia y presentar, corta estatura, retardo mental y deformidades de los brazos y muñecas.*
- *El Test para fibrosis quística debe solicitarse en todos los pacientes con ausencia uni o bilateral de conductos deferentes o en casos de azoospermia con escaso volumen por sospecha de obstrucción.*
- *El cariotipo y la evaluación de deleciones del cromosoma Y deben realizarse en varones con azoospermia no obstructiva y con severa oligozoospermia, más aún cuando se sospecha un hipogonadismo hipergonadotrófico.*

Cuando todos los factores estudiados, son normales, incluida a la videolaparoscopia, se habla de esterilidad sin causa aparente o ESCA y suele constituir el 10 al 15% de las parejas estudiadas.

Naturalmente, cuanto más superficial o incompleto el estudio, mayor será el porcentaje de ESCA

Bibliografía:

- *ACOG Opinion Committee 2008.*
- *Swartz A et al. N. Eng. J Med. 1982: 306:404-406*
- *Optimal Evaluation of Infertile Female & Optimal Evaluation of Infertile male. 2004 Compendium of ASRM. Practice Committee and Ethics & Committee Report Sept 2004.*
- *Practice Committee. Evaluation of Infertile Male. Fert Steril 2012. WHO 2010.*