

CONSENSO EN REPRODUCCIÓN HUMANA

ENFOQUE PRÁCTICO EN EL ESTUDIO DE LA PAREJA INFÉRTIL

XXXV CONGRESO ARGENTINO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FASGO 2021

Expertos convocados:

Dr Aguilera Juan J. (Salta)

Dr Caballero Tomás (CABA)

Dr Estofán Gustavo (Córdoba)

Dr Gómez Giglio Fabián (Bariloche)

Dr Jofré Felipe (CABA)

Dra Kopcow Laura (CABA)

Dra Kopelman Susana (CABA)

Dr Legascue Lisandro (Rosario)

Dr Martínez Antonio (Mendoza)

Dr Mirkin Sergio (Tucumán)

Coordinador

Dr Carlos Morente (Rosario)

Secretaria

Dra Alejandra Hallberg (Rosario)

Conclusiones:

- 1- Cuándo considera estudiar a la persona o pareja por búsqueda de embarazo , y si el pedido de espera previo es igual en todas las situaciones?

Hubo coincidencia que la edad de la mujer es un factor determinante. Así, en menores a 35 años, el consejo es esperar hasta un año para comenzar su evaluación reproductiva, de 35 a 39 años, acortar la espera 6 meses, y en 40 años o más, sin espera previa.

El hombre, también tiene un potencial fértil vinculado a su edad, y es opinión que a partir de los 40 años, los tiempos se acorten, pues su capacidad reproductiva comienza a decrecer.

Ante la presencia de antecedentes personales de riesgo, no se propone la espera, así en la mujer serían: antecedentes familiares de falla ovárica precoz, infecciones o cirugías pelvianas, trastornos prolongados del ciclo menstrual que sugieran anovulación crónica, tratamientos gonadotóxicos y enfermedades genéticas que afecten su capacidad reproductiva.

En el hombre, la criptorquidia, varicocele moderado a severo, antecedentes de orquitis, alteraciones hormonales, trastornos eyaculatorios, tratamientos gonadotóxicos y enfermedades genéticas, son puntos trascendentes a prestar atención sin demoras.

Se agrega algo fundamental cual es la decisión personal de la persona o pareja a ser estudiada, y es un derecho que debemos respetar ante su solicitud.

Por lo tanto, el pedido de espera previo a una evaluación será diferente para cada realidad, donde debemos agregar si tiene hijos previos, hábitos y estilos de vida y exposición a tóxicos.

2- Hay patologías previas que definen a una infertilidad por sí mismas?

En la mujer: los cuadros de falla ovárica prematura, alteraciones del ciclo, endometriosis, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de ovario poliquístico, obstrucción tubaria bilateral, patologías endometriales o de la pared uterina, cirugías ablativas del cuello uterino, enfermedades autoinmunes, tratamientos gonadotóxicos, exposición a tóxicos ambientales, imposibilidad coital y la ausencia de útero funcional, serán situaciones que definen una infertilidad establecida o potencial.

En el hombre: disfunciones sexuales, alteraciones hormonales severas, patologías testiculares, enfermedades de transmisión sexual, vasectomía o enfermedad obstructiva del deferente, tratamientos gonadotóxicos y tóxicos ocupacionales, son las principales causas a tener en cuenta

3- Qué situaciones sociales requieren asistencia reproductiva?

La postergación de la maternidad o paternidad es una causa frecuente (recordemos los límites de edad mencionados), las parejas igualitarias, la monoparentalidad, la transexualidad y el deseo de un hijo por gestación sustituida.

4- Secuencia diagnóstica en infertilidad. Cómo y cuándo indicar cada estudio?

Se puede realizar una evaluación reproductiva básica en uno o dos meses.

Requiere una historia clínica y reproductiva personal y familiar. Hábitos y tóxicos ambientales y laborales. Examen físico e índice de masa corporal.

Estudios:

Laboratorio general y hormonal entre el 2do y 4to día del ciclo.

Laboratorio endócrino y metabólico según la clínica de cada paciente.

Histerosalpingografía con prueba de Cotte

Ecografía transvaginal en fase folicular

Cultivo de flujo vaginal

Espermograma y cultivo de semen

Dentro de esta secuencia básica, la ASRM (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva) publica en 2021 que : el test postcoital, la biopsia de endometrio, los estudios inmunológicos y de síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos, fragmentación de ADN espermático, dosaje de Progesterona plasmática, cariotipo y videolaparoscopia, no son estudios incluibles en la evaluación básica. Se menciona por la importancia de quien lo publica, pero sin duda son debatibles según criterios. En casos especiales o según la infraestructura disponible en cada región, podrían ser tenidos en consideración de manera inicial.

5- Opciones terapéuticas según situaciones clínicas observadas.

Los tratamientos de Baja complejidad: monitoreos del ciclo y coito programado, inducción de ovulación, inseminación intrauterina (IIU) están indicados en: pacientes menores a 37 años, esterilidad sin causa aparente (ESCA), disfunción ovárica, endometriosis leve, alteraciones coitales, factor masculino leve a moderado, parejas serodiscordantes y homoparentalidad femenina .

Los estudios endoscópicos (videohisteroscopia y videolaparoscopia) tanto diagnóstico como terapéuticos, serán indicados según patología anexial o uterina, presente o sospechada.

Los tratamientos reproductivos de Alta Complejidad: FIV e ICSI: criopreservación de gametos y embriones, ovoacumulación y ovodonación, estarán indicados en: mujeres de 37 años o más, falla previa a baja complejidad, factor tuboperitoneal, endometriosis moderada y severa, factor ovárico severo, factor masculino severo, ESCA, preservación de la fertilidad, homoparentalidad y decisión personal. Esto último es una situación especial, pues una persona puede decidir realizar un tratamiento de Alta Complejidad por su eficiencia u otra razón, sin mediar patologías que lo justifiquen.

6- Opciones de tratamiento en ESCA y por cuánto tiempo cada uno?

Se tuvo en cuenta la edad de la mujer como el factor más determinante en el resultado reproductivo para los tratamientos. Así se consideró que en menores de 35 años se recomienda: inducción de ovulación con monitoreo ecográfico y coito programado durante 3 ciclos. Se puede agregar la IIU por 3 ciclos más. Si no se logra el embarazo, se recomienda la exploración endoscópica diagnóstica, y si aparecen hallazgos positivos que fueron tratados, esperar 3 ó 6 ciclos más para dar chance al embarazo espontáneo. Si los hallazgos fueron de mayor compromiso orgánico, o transcurrido el periodo mencionado, evaluar tratamiento de Alta Complejidad.

Entre los 35 y 37 años se recomienda Inducción de ovulación con IIU por 3 ciclos. Si no hay resultado, seguir la secuencia recomendada para menores de 35 años, post baja complejidad fallida, con menor tiempo de espera entre las etapas terapéuticas.

En las mayores a 37 años, se recomiendan los tratamientos de Alta Complejidad desde el comienzo. Evaluar los estudios genéticos preimplantacionales y del endometrio como recursos complementarios y si no hay resultados, donación de gametos.

7- Requisitos y opciones en casos de tratamientos reproductivos por causa social.

Los métodos de Fertilización Asistida aplicables en situaciones de demanda social pueden ser de baja o alta complejidad, y comprenden a: la inseminación intrauterina con semen de banco, criopreservación de gametos para su utilización futura, ciclos de Alta complejidad con gametos donados. ROPI (recepción de ovocitos en pareja igualitaria) y Gestación por sustitución. Cada uno, tendrá su indicación según la situación social que origine su demanda. En general, tienen buen pronóstico pues no devienen de una situación patológica orgánica.

8- Criopreservación de gametos, indicaciones clínicas.

Pueden ser por demanda social o por indicación médica.

Dentro de las causas sociales femeninas están: postergación de la maternidad electiva, transgénero previo a reemplazo hormonal y donación de gametos.

Las causas sociales masculinas son: postergación de la paternidad, transgénero previo al reemplazo hormonal y donación de gametos.

Las causas médicas: previo a tratamientos oncológicos, enfermedades autoinmunes, acumulación de ovocitos, baja respuesta ovárica, endometriosis severa y previo a cirugías pelvianas.

9- Cuando indicaría una evaluación reproductiva sin deseo inmediato de un hijo?

En la mujer: por decisión personal, antecedentes familiares de falla ovárica precoz, patologías existentes (trastornos del ciclo menstrual, cirugías pelvianas, enfermedades autoinmunes, endometriosis, malformaciones uterinas, infecciones pelvianas previas) y deseos de preservación de su fertilidad.

En mayores a 30 años, sugerirlo como parte del chequeo ginecológico.

En el hombre, por su solicitud, por factores ocupacionales de riesgo y exposición a tóxicos. Por sugerencia médica a mayores de 40 años.

10- Evaluación genética reproductiva. ¿Cuándo y cuáles estudios?

Este es un aspecto nuevo y en continuo avance. Por consiguiente, habrá cambios a corto plazo de los estudios, sus alcances y conductas posteriores. Se mencionan los más establecidos y su aplicación hoy.

Cariotipo: en abortadoras recurrentes, falla ovárica prematura, factor masculino severo y ESCA. Algunos proponen dentro del estudio inicial por Infertilidad.

FMR1 (síndrome de X frágil), en mujeres con baja respuesta ovárica o FOP
FQ 50 (Fibrosis quística), en casos de anomalías congénitas de vasos deferentes, ante
ciclos de ovodonación para la detección de portadores y posterior estudio extendido
de la donante.

Microdelecciones, en azoospermia no obstructiva y en oligoastenospermia severa.

Panel de enfermedades recesivas, opcional en donantes de gametos, con
antecedentes personales o familiares, o ante la solicitud personal.

PGT A (Test genético preimplantacional para aneuploidias) , en edad reproductiva
avanzada, fallas repetidas de implantación, abortos recurrentes, antecedentes de
anomalías cromosómicas en gestaciones previas, y como opcionales en factor
masculino severo, transferencia de embrión único y gestación por sustitución.

PGT M (Test genético preimplantacional para enfermedades monogénicas) en
antecedentes de enfermedades genéticas conocidas.

Triple test endometrial (ERA, EMMA, ALICE) en fallas repetidas de implantación y
abortos recurrentes.

11- Qué lugar asigna a Psicología, Nutrición y Medicinas alternativas en Reproducción Humana?

La psicología complementa a los tratamientos de reproducción humana como
habilitante en algunas áreas, apoyo y contención en otras. Fundamental en casos de
donación de gametas y de gestación por sustitución.

Los aspectos nutricionales sirven como apoyo a la función reproductiva. Tienen
participación fundamental en casos de alteraciones del índice de masa corporal,
síndrome metabólico y síndrome de ovario poliquístico. Suplementos con minerales y
vitaminas se aplican a disfunciones gametogénicas.

Dentro del área de las medicinas alternativas, la acupuntura tiene mayor desarrollo en
reproducción humana, como opción complementaria a los tratamientos médicos.

Hemos querido cubrir con este grupo de preguntas y sus conclusiones, algunos
aspectos básicos en el Enfoque Diagnóstico y Terapéutico de la Infertilidad. Sin duda
cada uno, merece un extenso desarrollo individual, que excede los objetivos del
consenso actual y sí podrían constituir motivo de futuras evaluaciones.

Agradecemos la disposición y cooperación del grupo de expertos convocados, quienes
compartieron con gran generosidad su saber y entender. A FASGO, por motivar esta
propuesta enriquecedora y formativa.