Interés de la histeroscopia diagnóstica en la evaluación de la infertilidad femenina

Christian Pérez-Villabona; Daniel Cohen; Philippe Roge; Geraldine Porcu; Leon Boubli*

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la importancia de la histeroscopia diagnóstica en el contexto del estudio de la infertilidad.

DISEÑO METODOLOGICO: Estudio retrospectivo, descriptivo sobre 146 pacientes que consultaron al centro, por problemas de infertilidad, a las que se les practicó una histeroscopia diagnóstica dentro de su estudio; entre Enero de 1993 y Julio de 1996, en el CENTRE DE PROCREATIONS MEDICALEMENT ASSISTEES, SERVICE DE GYNECOLOGIE C., HÔPITAL DE LA CONCEPTION, MARSEILLE-FRANCE.

RESULTADOS: La frecuencia de las principales lesiones encontradas al examen endoscópico fue: anomalías del canal endocervical: 8%, -polipos: 11%, -fibromas: 2-4%, sinequias: 36%, -malformaciones uterinas 10%, de estas últimas 54% correspondieron a tabiques uterinos. Ninguna de las lesiones del canal endocervical encontradas a la endoscopia, fue evidenciada por la histerosalpingografía. Cuando se comparó el resultado del examen endoscópico y radiográfico, la concordancia fue del 47%. Dentro del grupo de pacientes que tenían antecedentes de Procreación Médica Asistida (PMA) v. gr. FIV, ICSI; 96% tuvieron anomalías a la histeroscopia; y entre las pacientes con antecedente de varios intentos fallidos de PMA, el porcentaje de exámenes anormales aumentó proporcionalmente al número de intentos fallidos de PMA.

CONCLUSIONES: -La frecuencia de las lesiones intracavitarias diagnosticadas por endoscopia, en las pacientes infértiles, es diferente a la de la población general. -La histeroscopia es el examen de elección en anomalías del canal endocervical. -La exploración endoscópica de la cavidad uterina debe recomendarse en el estudio de la infertilidad, como complemento de la evaluación de la permeabilidad tubárica por histerosalpingografía; y debe hacerse sistemáticamente antes de iniciar todo intento de PMA "invasivo" (que implique transferencia de embriones o de espermatozoides.)

PALABRAS CLAVES: Histeroscopia, infertilidad, estudio mujeres.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the importance of diagnostic hysteroscopy in the context of infertility studies.

METHODS AND MATERIALS: Retrospective and descriptive study about 146 patients with infertility problems whom were practiced diagnostic hysteroscopy between january 1993 and july 1996 at the "Centre de Procreations Medicallement Assistees, Service de Gynecologie, Hospital De La Conception", Marseille - France.

RESULTS: The frequency of principal lesions found by endoscopy were endocervical canal anomalies 8%, polypus 11%, Fibroma 2.4%, synechiae 36%, uterus malformations 11%. None of the endocervical canal lesions found by endoscopy was evidence by hysterosalpingography. The concordance between the endoscopy and radiography exam was 47%. In the group of patients that had previous Medical Assisted Procreations (MAP) v.gr. IVP, ICSI, 96% had anomalies at hysteroscopy; and in the patients with previous failis of MAP, the percentage anormal exams increased proportionally to the faults attempted.

CONCLUSIONS: The frequency of intracavitary diagnostic lesions by endoscopy in infertility patients is different than the general population. Hysteroscopy is the election exam in canal anomalies. The uterus cavity endoscopy exploration must be recommended in the infertility study as complement of the tubarie permeability by hysterosalpingography and must be done systematically before beginning ever attempt of MAP that involve embrional transference or spermatozoons.

KEY WORDS: Hysteroscopy, infertility, study women.

Introducción

La fecundidad natural permite la obtención de un embarazo en 85% de casos después de 6 meses de relaciones sexuales regulares sin contracepción, en 80% de casos después de 1 año y en 90% después de 2 años.

Hablamos entonces de infertilidad de una pareja cuando después de 1 año de relaciones sexuales regulares (tres por semana), sin contracepción, no se obtiene un embarazo; además aproximadamente 10% de las parejas consultan por infertilidad (o sea aprox. 40-50000 parejas por año); es entonces el examen de la pareja infértil un problema frecuente en la práctica médica. La exploración de la pareja debe hacerse conjuntamente; ya que 30% de las causas son de origen masculino, 30% de origen feme-

* Centre de Procreations Medicallement Assistees. Service de Gynecologie C., Hôpital de la Conception. Marseille-France.

nino, y 40% de la pareja misma. Dentro de las causas de origen femenino, la evaluación del factor cervical y endocavitario es fundamental; es por esto que en los últimos años los medios de exploración de la cavidad se han desarrollado y perfeccionado; siendo la endoscopia uterina la que actualmente ha alcanzado mayores logros. Como producto de este perfeccionamiento, el lugar de la histeroscopia tanto diagnóstica como operatoria, en el contexto de la infertilidad, se hace cada día mas interesante e indispensable.

Materiales y métodos

Muestra

Entre enero de 1993 y julio 1996, 184 pacientes con transtornos de la reproducción fueron explorados por histeroscopia (histerocopia flexible, de fibra óptica de 3,5mm y 2,5mm) después de histerosalpingografía en el contexto del estudio de su infertilidad. Fueron descartadas 25 por información incompleta; y 13 historias clínicas no se encontraron. El estudio se realizó en el CENTRE DE PROCREATIONS MEDICALEMENT ASSISTEES. DE L'HÔPITAL DE LA CONCEPTION. MARSEILLE-FRANCE.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo sobre 146 historias clínicas de pacientes que consultaron por problemas de infertilidad, a quienes se practicó una histeroscopia diagnóstica dentro del estudio de la infertilidad.

Variables

–Resultado de la histerosalpingografía, –Resultado de la histeroscopia, –Intervalo de tiempo (meses) entre histerosalpingografía (HSG) e histeroscopia (HSC), –Comparación entre el resultado a HSG y HSC (concordancia) –Antecedente de Tipo de PMA realizado y de numero de intentos. –Variables descriptivas.

Con relación a la concordancia observada entre los resultados de la HSG y de la HSC, algunos autores han publicado sus observaciones desde 1956; los resultados de nuestra serie confirman aproximadamente esta misma relación en el campo de la infertilidad. (Cuadro No. 2).

Cuadro 1

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES ANOMALIAS ENCONTRADAS A LA HISTEROSCOPIA EN PACIENTES INFERTILES Y COMPARACION CON LA POBLACION GENERAL

ANOMALIA	PACIENTES INFERTILES	POBLACION GENERAL
Sinequias	36%	10-12% (1)
polipos	11%	5% (6)
fibromas	2-4%	4-29% (7)
malformaciones uterinas	10%	1,9-4,8% (2) (3)
– tabiques	54%	42,4% (5)
anom. del canal	8%	—

Cuadro 2

CONCORDANCIA ENTRE EL RESULTADO DE HSG/HSC. SEGUN ALGUNOS AUTORES.

AUTOR	AÑO	MUESTRA (No.pctes)	CONCORDANCIA
Norment	1956	50	60%
Englund	1957	21	52%
Endstroem	1970	30	53%
Porto	1974	130	70%
Parent	1978	71	75%
Hamou	1983	142	61%
Blanc	1992	220	65%
Nuestra serie	1996	146 (en infertilidad)	47%

Al examinar esta tabla se debe tener en cuenta la evolución en la tecnología de los instrumentos desde 1956, y en la cantidad de pacientes que conformaban estas muestras. Además pudimos evidenciar también, que si el intervalo de tiempo entre los dos exámenes aumenta, la concordancia disminuye aun más. (tabla 4., gráfica 4). Cuando tomamos a parte solo el grupo de pacientes con resultado anormal a la HSC., observamos que a mayor edad, mayor posibilidad de tener anomalías; alcanzando casi un 90% cuando las pacientes superan los 40 años.

Resultados

Tabla 1

FRECUENCIA DE ANOMALIAS EN HSG.

RESULTADO HSG.	No. DE PACIENTES	%
HSG. normal (0)	26	18%
Pólipo (1)	21	14%
Fibroma (2)	6	4%
Sinequia simple (3)	15	10%
Sineq. compleja (4)	3	2%
Malformación (5)	11	8%
Anom. del canal (6)	0	0%
Anomalía de la mucosa (7)	5	3%
Anom. de perfusión tubárica (8)	37	25%
1+3 (9)	5	3%
1+8 (10)	5	3%
1+5 (11)	2	1%
1+2 (12)	1	1%
1+7 (13)	0	0%
2+8 (14)	1	1%
2+3 (15)	0	0%
3+5 (16)	3	2%
3+8 (17)	2	1%
4+5 (18)	0	0%
4+6 (19)	0	0%
5+7 (20)	1	1%
5+8 (21)	2	1%
6+7 (22)	0	0%
1+7+5 (23)	0	0%
5+6+7 (24)	0	0%
3+6+7 (25)	0	0%
TOTAL	146	100%

Gráfico 1

DISTRIBUCION DE ANOMALIAS A LA HSG.

Tabla 2

RESULTADO AL EXAMEN HISTEROSCOPICO

RESULTADO HSC	Nº PACIENTES	%
HSC. Normal (0)	35	24%
Pólipo (1)	16	11%
Fibroma (2)	2	1%
Sinequia simple (3)	35	24%
Sinequia compleja (4)	5	3%
Malformaciones (5)	14	10%
Anom. del canal (6)	11	8%
Anom de la mucosa (7)	6	4%
Otras (8)	1	1%
1+3 (9)	5	3%
1+8 (10)	1	1%
1+5 (11)	1	1%
1+2 (12)	0	0%
1+7 (13)	1	1%
2+8 (14)	0	0%
2+3 (15)	1	1%
3+5 (16)	4	3%
3+8 (17)	0	0%
4+5 (18)	1	1%
4+6 (19)	1	1%
5+7 (20)	1	1%
5+8 (21)	0	0%
6+7 (22)	2	1%
1+7+5 (23)	1	1%
5+6+4 (24)	1	1%
(3+6+7)25	1	1%
TOTAL	146	100%

Gráfico 2

DISTRIBUCION SEGUN RESULTADO HISTEROSCOPICO

Tabla 3

COMPARACION ENTRE EL RESULTADO A LA HISTEROSALPINGOGRAFIA E HISTEROSCOPIA

COMPARACION HSG - HSC.	Nº DE PACIENTES	%
Concordancia	68	47
Discordancia	78	53
Total	146	100

Gráfico 3

DISTRIBUCION DE LA COMPARACION ENTRE HSG Y HSC

En el contexto del estudio de la infertilidad la serie muestra una concordancia del 47% entre el resultado de la HSG y HSC.

Tabla 4

DISTRIBUCION DE LA CONCORDANCIA EN FUNCION DEL TIEMPO

INTERVALO (mes)	Nº DE CONCORDANCIAS	%
< 6	38	26
de 7 a 12	11	8
de 13 a 18	8	5
de 19 a 24	3	2
>24	8	5
Total	68	47

Gráfico 4

DISTRIBUCION DE LA CONCORDANCIA (HSG-HSC) EN FUNCION DEL TIEMPO

La concordancia entre la HSG y HSC es claramente descendente a medida que el intervalo de tiempo entre los exámenes aumenta.

Tabla 5
DISTRIBUCION DE HISTEROSCOPIAS ANORMALES
SEGUN LA EDAD

GRUPOS DE EDAD	HSC. ANORMAL	TOTAL	%
< O = 20	0	0	0
de 21 a 29	16	29	55%
de 30 a 39	77	96	80%
>40	18	21	86%
Total	111	146	76%

Gráfico N°5.
DISTRIBUCION DE HISTEROSCOPIAS ANORMALES
SEGUN LA EDAD

Entre las pacientes que tuvieron alguna anomalía a la histeroscopia, el grupo de edad más afectado fue el de >40 años. 18 de 21 (86%).

Tabla 6
DISTRIBUCION DE HISTEROSCOPIAS ANORMALES
ENTRE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PMA.

TIPO DE PMA.	N° DE HSC. ANORMALES	TOTAL PMA.	%
Ninguna (1)	50	78	64
Estimulación de ovulación (2)	14	16	88
Inseminación (3)	12	15	80
FIV-ICSI (4)	25	26	96
4+2 (5)	3	3	100
2+3 (6)	2	3	67
3+4 (7)	5	5	100
Total	111	146	76

Gráfico 6
DISTRIBUCION DE HISTEROSCOPIAS ANORMALES
ENTRE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PMA.

Entre las pacientes con antecedente de PMA, el grupo de FIV-ICSI mostró un 96% de histeroscopias anormales, (25 de 26).

Tabla 7
RELACION DE No. DE INTENTOS FALLIDOS DE
PMA E HSC ANORMAL

N° INTENTOS	N° HSC. ANORMALES	TOTAL PACIENTES	%
Ningún intento	50	78	64%
1	5	5	100%
2	15	16	94%
3	13	14	93%
4	7	10	70%
5	3	4	75%
6	7	8	88%
7	1	1	100%
8	4	4	100%
9	3	3	100%
10	0	0	0%
11	3	3	100%
Total	111	146	76%

Gráfico 7
RELACION DE No. DE INTENTOS FALLIDOS DE
PMA E HSC ANORMAL

Podemos señalar que:

En el grupo de ptes sin antecedentes de PMA , 64% tuvieron HSC. anormal.

En el grupo de ptes con antecedente de <4 intentos, 73% presentaron HSC anormal.

En el grupo de ptes con antecedente de >4 intentos, 85% mostraron HSC anormal.

Discusión

El grupo de estudio a quienes se practicó una histeroscopia diagnóstica en el contexto de su infertilidad tenía una edad promedio de 34,4 años, que corresponde a la edad promedio de mujeres que consultan por infertilidad (33-34 años).

Con relación al tipo de infertilidad no hubo diferencia significativa, ya que 49% tenían infertilidad primaria y 51% secundaria.

En cuanto al diagnóstico de las anomalías del canal endocervical pudimos evidenciar que dentro de las le-

siones encontradas al examen histeroscópico 8% correspondían al canal endocervical, mientras que en este mismo grupo, el examen HSG no mostró ninguna alteración del endocervix. Esto puede explicarse por los cambios ejercidos sobre el canal durante examen HSG, que impiden la visualización de las alteraciones dentro del cuello (tipo de cánula, longitud introducida dentro del canal, tracción ejercida, etc.) cambios que son evitados al utilizar una fibra óptica flexible para su exploración.

Con relación a la frecuencia de anomalías encontradas al examen histeroscópico las lesiones más frecuentes fueron las sinequias: 53 casos (36%); muy superior a la observada en la población general (10-12%) ROGE et cols. (1). Nosotros encontramos 10% de malformaciones uterinas, de las cuales 54% correspondían a tabiques uterinos; mientras que en la población general la frecuencia de malformaciones uterinas varía de 1,9-4,8% según ASHTON(2), SORENSEN(3), NASRI(4), de estas últimas la frecuencia de tabiques fue 42,4% (5). La frecuencia de polipos en el grupo de mujeres que consultan por infertilidad alcanzan un 11%, mientras que en la población general BLANC, BOUBLI et cols.(6) encontraron una frecuencia de 5% y una edad promedio de 48 años. CRAVELLO et cols. (7), han mostrado que la frecuencia global de fibromas varía de 4-29%, mientras que en la población con trastornos de la fertilidad esta varía de 2-4% (Cuadro No. 1).

De otra parte cuando seleccionamos el grupo de pacientes con el antecedente de fertilización asistida, que implique acceso a la cavidad (FIV, ICSI, INSEMINACIONES); encontramos que 42 de 46 pacientes (93%), tuvieron resultado histeroscópico anormal; mostrando el alto porcentaje de anomalías que se evidencian en el curso de algún intento iterativo de fertilización asistida. (Tabla 6,7- Gráficos 6,7). Lo que permite interrogarnos si en realidad hay necesidad de esperar un determinado número de fracasos para indicar una histeroscopia

diagnóstica; teniendo en cuenta todo lo que representa la puesta en marcha de una fertilización asistida; o si por el contrario practicándola de entrada, evitamos al máximo la posibilidad de fracasos por anomalías endocervicales y endocavitarias.

Conclusiones

-La frecuencia de lesiones encontradas a la exploración histeroscópica en las pacientes infértiles es diferente a la de las pacientes de la población general; posiblemente como consecuencia de la selección de la serie según un problema específico (infertilidad) y una edad específica (edad fértil). -La histeroscopia es evidentemente el examen mas preciso y adecuado para el diagnostico de las anomalías del canal endocervical. -Teniendo en cuenta que: *La concordancia entre la HSG y la HSC. es solamente del 47% y además disminuye en función del tiempo. *El número de histeroscopias anormales después de procedimientos frustrados de fertilización asistida "invasiva" (FIV, ICSI, INSEMINACIONES) alcanza un 93%. *La posibilidad de tener una histeroscopia anormal en el grupo de pacientes que no ha tenido ningún intento de PMA, en el grupo con menos de 4 intentos, y en el grupo con mas de 4 intentos es de 64%, 73% y 85% respectivamente. (A mayor cantidad de fracasos, mayor posibilidad de hallazgos anormales). *Los procedimientos de PMA "invasivos" son costosos, de larga duración, y difíciles de soportar por las pacientes; *Si a esto agregamos que la HISTEROSCOPIA es un examen simple, de corta duración, ambulatorio, que no requiere anestesia, y muy económico, etc. Es lógico y pertinente recomendar la exploración endoscópica de la cavidad uterina en el estudio de la infertilidad, como complemento de la evaluación de la permeabilidad tubárica por histerosalpingografía; y de manera sistemática antes de iniciar cualquier intento de fertilización asistida que implique acceso a la cavidad (transferencia de embriones o de espermatozoides).

BIBLIOGRAFIA

1. Roge P., D'Ercole C., Cravello L., Boubli L., Blanc B. Le traitement hysteroscopique des synéchies uterines. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1996; 25: 33-40.
2. Ashton D., Amin H., Richart RM., Neuwirth RH. The incidence of asymptomatic uterine anomalies in woman undergoing transcervical tubal sterilization. Obstet. Gynecol. 1988; 72: 28-30.
3. Sorensen S. Estimated prevalence of müllerian anomalies. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1988; 67: 441-445.
4. Nasri M., Setchell M., Chard T. Transvaginal ultrasound for diagnosis of uterine malformations. Brit. J. Obstet. Gynecol. 1990; 97: 1043-1045.
5. Lavergne N. Malformations uterines. Thèse pour le doctorat en médecine. Marseille 1994.
6. Lavergne N., Aristizabal J., Zarka V., Erny R., Hedon B. Uterine anomalies and in vitro fertilization: what are the results? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1996; 68: 29-34.
7. Blanc B., Boubli L. Endoscopie uterine, 2ème edition 1996.
8. Cravello L., D'Ercole C., Azoulay P., Boubli L., Blanc B. Le traitement hysteroscopique des fibromes uterines. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1995; 24: 374-380.