Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2016 dic;84(12):743-749.

Hallazgos histeroscópicos en pacientes con diagnóstico de infertilidad primaria, experiencia de 12 años en un hospital general

Alanís-Fuentes J,[1] Viveros-Gallardo A,[2] Sánchez-Hernández H[2]

Resumen

OBJETIVO: conocer los principales hallazgos histeroscópicos en mujeres con infertilidad primaria.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo que tomó como fuente de información la base de datos de la clínica de histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. La información se obtuvo de los expedientes clínicos de pacientes con infertilidad primaria atendidas entre enero de 2003 y diciembre de 2014. Se excluyeron los expedientes con información incompleta o incomprensible de pacientes con diagnóstico de infertilidad secundaria y los que correspondían a evaluaciones subsecuentes.

RESULTADOS: se realizaron 13,928 histeroscopias, de éstas 430 correspondieron a pacientes de primera vez a quienes se efectuó el estudio por diagnóstico presuntivo de infertilidad primaria, 8 se cancelaron por dolor o intolerancia al procedimiento y 9 se eliminaron porque sus registros estaban incompletos. Al final se analizaron 413 registros. La edad promedio de las pacientes fue de 33 años, con desviación estándar de ± 7.3 años. La cavidad endometrial se encontró normal en 77 pacientes (19%), pólipos en 70 (17%), ostium obstruido en 53 (13%), datos clínicos de endometritis en 45 (11%), miomas en 42 (10%), hiperplasia endometrial en 35 (8%), malformaciones müllerianas en 27 (6%), endometrio polipoide en 19 (4%), estenosis cervical en 15 (4%), adherencias intrauterinas en 11 (3%), adenomiosis en 9 (2%), otras alteraciones endometriales en 7 (2%) y atrofia en 3 (1%).

CONCLUSIONES: la tasa de infertilidad primaria fue de 3.5%. En 20% de las pacientes la cavidad endometrial se encontró normal en la primera valoración histeroscópica. El padecimiento más encontrado fueron los pólipos endometriales.

PALABRAS CLAVE: histeroscopia, infertilidad, miomas, pólipos, anomalías uterinas, mediana edad.

[1] Profesor titular de Cirugía endoscópica ginecológica.
[2] Médico residente del Curso de alta especialidad en Cirugía endoscópica ginecológica.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: septiembre 2016

Aceptado: septiembre 2016

Correspondencia
Dr. José Alanis Fuentes
josealanisfuentes@yahoo.com.mx,
abigail_vi@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Alanís-Fuentes J, Viveros-Gallardo A, Sánchez-Hernández H. Hallazgos histeroscópicos en pacientes con diagnóstico de infertilidad primaria, experiencia de 12 años en un hospital general. Ginecol Obstet Mex. 2016 dic;84(12):743-749.

Ginecol Obstet Mex. 2016 December;84(12):743-749.

Hysteroscopic findings in patients diagnosed with primary infertility, 12 years' experience in a General Hospital.

Alanís-Fuentes J,[1] Viveros-Gallardo A,[2] Sánchez-Hernández H[2]

Abstract

OBJECTIVE: To know which are the main findings by hysteroscopy in women with primary infertility.

MATERIAL AND METHOD: Using the database of clinical of the General Hospital Dr. Manuel Gea Gonzalez, included 430 records of hysteroscopic studies from women diagnosed with primary infertility, in the period from January 2003 December to 2014. Records incomplete or incomprehensible, medical records of patients diagnosed with secondary infertility and also corresponded to subsequent evaluations were excluded.

RESULTS: In twelve years was performance 13,928 hysteroscopies, 430 of them in women with primary Infertility, for the first time of evaluation, 8 was canceled for pain or intolerance to the hysteroscopy and 9 was eliminated because they were incomplete records, getting 413 records at last. The average age was 33 years SD ± 7.3 years, all Mexican. The main finding was normal endometrial cavity 77 patients (19%), the most frequent pathology was polyps in 70 patients (17%), followed by ostia occluded 53 patients (13%), endometritis in 45 patients (11%), fibroids 42 patients (10%), endometrial hyperplasia 35 patients (8%), Müllerian malformations 27 patients (6%), polypoid endometrium 19 patients (4%), cervical stenosis 15 patients (4%), intrauterine adherences 11 patients (3%), adenomiosis 9 patients (2%), other endometrial alterations 7 patients (2%) and atrophy 3 patients (1%).

CONCLUSIONS: The infertility rate in the hysteroscopy clinic population from January 2003 to December 2014 was 3.5%. In the 19% of the patients the endometrial cavity was normal in the first evaluation by hysteroscopy. The main pathology was endometrial polyps.

KEY WORDS: Hysteroscopy; Infertility; Myoma; Polyps; Uterus abnormalities; Middle aged

[1] Profesor titular de Cirugía endoscópica ginecológica.
[2] Médico residente del Curso de alta especialidad en Cirugía endoscópica ginecológica.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Correspondence
Dr. José Alanis Fuentes
josealanisfuentes@yahoo.com.mx,
abigail_vi@hotmail.com

ANTECEDENTES

Las mujeres mayores de 35 años que hasta entonces no han conseguido el embarazo espontáneo, luego de 12 meses o más de relaciones sexuales apropiadas y no protegidas, deben evaluarse y luego tratarse, con base en la historia clínica y hallazgos de la exploración física.[1] La inferti-

lidad es primaria si ninguno de los miembros de la pareja consigue un embarazo exitoso. Y secundaria cuando la pareja que ha logrado un embarazo previo no lo consigue posteriormente. Se estima que 25% de las mujeres experimentan la infertilidad durante sus años fértiles.[2]

La prevalencia mundial de infertilidad es de 10 a 20%, según se trate de habitantes de países industrializados, donde se estima en 6.6, y 32.6% en los subdesarrollados.[3]

Las causas de la infertilidad pueden identificarse en alrededor de 80% de las parejas: un tercio se deben a factores femeninos, un tercio a factores masculinos, y un tercio a la combinación de ambos. La infertilidad "inexplicable", en la que no se identifica una causa específica, se estima en torno a 20% de las parejas infértiles. Entre las causas de infertilidad femenina, el factor uterino tiene una prevalencia de 10%. En la paciente con infertilidad, la histeroscopia puede confirmar el problema endocavitario posthisterosalpingografía o histerosonografía, o ambas.[4,5]

El hallazgo histeroscópico de alteraciones en la cavidad endouterina en pacientes infértiles tiene tasas fluctuantes que dependen de los diversos estudios, el promedio mínimo es 19% y máximo 62%.[6,7]

En virtud del incremento reportado de padecimientos uterinos en la mujer infértil, la valoración de la cavidad uterina se ha vuelto decisiva. Las anormalidades no solo contribuyen a la incapacidad para concebir un embarazo, sino también se asocian con pérdidas gestacionales recurrentes y partos pretérmino; de ahí que el factor uterino tenga repercusiones significativas en la infertilidad.[5,6] Hoy día, la histeroscopia diagnóstica constituye un procedimiento ambulatorio preciso, simple y seguro que revela anomalías endouterinas no detectadas en 20 a 50% (por ultrasonido o histerosalpingografía).[8,9]

El objetivo de este estudio es conocer los principales hallazgos histeroscópicos en mujeres con infertilidad primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo efectuado con la información existente en la base de datos de la Clínica de Histeroscopia del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México, generada a partir de los expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de infertilidad y a quienes se realizó una histeroscopia entre los meses de enero de 2003 y diciembre de 2014**.** Se excluyeron los registros de expedientes clínicos incompletos o incomprensibles, de pacientes con diagnóstico de infertilidad secundaria y los que además correspondían a evaluaciones subsecuentes. Se eliminaron los registros de pacientes en quienes se suspendió la histeroscopia en el momento de la cita, por diversas causas: intolerancia al procedimiento, no aceptación del estudio y que además se les efectuó otro procedimiento distinto a la histeroscopia diagnóstica. Se utilizó estadística descriptiva, cuadros de frecuencia, frecuencias relativas, desviación estándar; los datos se procesaron con el programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se llevaron a cabo 13,928 histeroscopias; de éstas a 430 pacientes se les efectuó por infertilidad primaria, como protocolo de estudio, 8 se cancelaron por dolor o intolerancia al procedimiento y 9 se eliminaron por registros incompletos. Al final se analizaron 413 registros. La edad promedio de las pacientes fue de 33 años, con desviación estándar de ± 7.3 años.

La cavidad se encontró normal en 77 pacientes (19%); los padecimientos más frecuentes

fueron: pólipos en 70 pacientes (17%), ostium obstruido en 53 pacientes (13%), datos clínicos de endometritis en 45 (11%), miomas en 42 (10%), hiperplasia endometrial en 35 (8%), malformaciones müllerianas en 27 (6%), endometrio de tipo polipoide en 19 (4%), estenosis cervical en 15 (4%), adherencias intrauterinas en 11 (3%), adenomiosis en 9 (2%), otras alteraciones endometriales en 7 (2%) y atrofia en 3 (1%). Figura 1

DISCUSIÓN

La Clínica de Histeroscopia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, de la Ciudad de México, es un centro de referencia para pacientes con padecimientos ginecológicos de diversa etiología, en 12 años de estudio la tasa de infertilidad fue de 3.5%.

Del total de pacientes con infertilidad primaria, 413 (19%) tenían cavidad endometrial normal, 80% en fase proliferativa y 20% en fase secretora.

El 80% de las pacientes tuvieron un hallazgo anormal o patológico en la histeroscopia diagnóstica; lo doble de lo publicado por Carneiro en Brasil 2014.

La principal afección uterina encontrada, al igual que Zhang y colaboradores, fueron los pólipos endometriales, en 17% de las pacientes. De las 70 pacientes con pólipos, 80% eran endometriales y 20% endocervicales. Figura 2

En nuestra población encontramos 13% de casos de ostium ocluido, en donde 72% de estos correspondieron a oclusión bilateral y 28% a oclusión unilateral.

Los datos clínicos de endometritis se refieren a un tapete hemorrágico a nivel endometrial, glándulas endometriales abiertas y, en ocasiones,

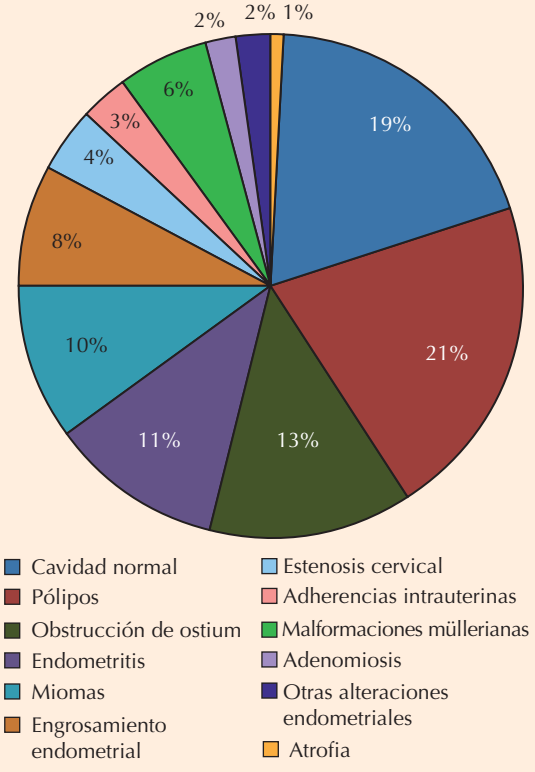
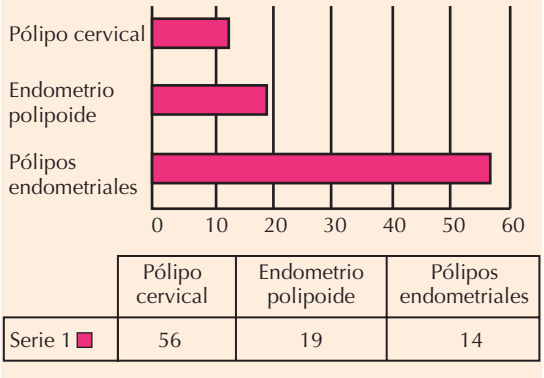


Figura 1. Padecimientos más frecuentes de la cavidad uterina.



	Pólipo cervical	Endometrio polipoide	Pólipos endometriales
Serie 1	56	19	14

Figura 2. Tipos de pólipos encontrados.

acompañadas de dolor importante. Durante el procedimiento quirúrgico se encontró en 11% (n=45).

Los miomas submucosos se detectaron en 10% de las pacientes; los más predominantes fueron los tipo II, que significaron 33%. Figura 3

Desde el punto de vista histeroscópico se prefiere el término "engrosamiento endometrial" porque hiperplasia endometrial es un vocablo histopatológico; tratándose de situaciones similares la tasa de alteraciones fue de 8% (n=35).

Por lo que se refiere a las malformaciones congénitas o müllerianas, 27 pacientes (6% del total con infertilidad primaria) tenían una alteración de este tipo. Las principales fueron: septo uterino en 17 pacientes (63%), bicorne en 4 pacientes (15%), didelfo en 2 pacientes (7%), porcentajes muy similares a los informados por Nayak y colaboradores, quienes encontraron septos uterinos en 3.95%; es decir, en 19 pacientes por medio de histerolaparoscopia diagnóstica. Figura 4

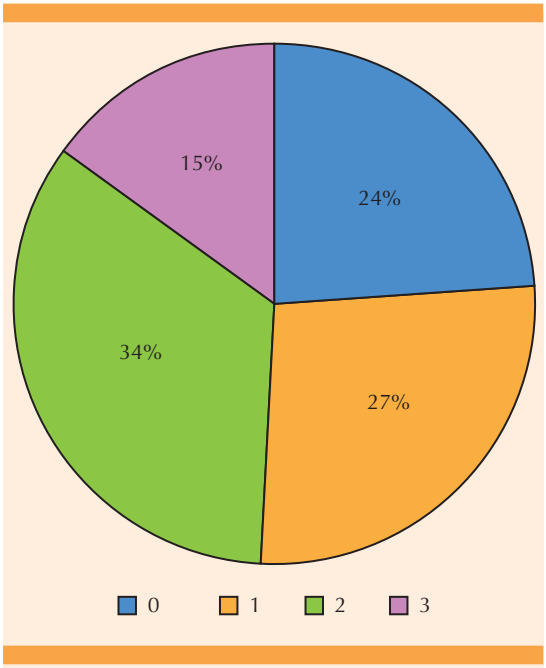


Figura 3. Tipos de miomas submucosos.

Un tipo de alteración endometrial es el endometrio polipoide, que se ha observado relacionado con alteraciones endocrinas, como: resistencia a la insulina, obesidad, síndrome de ovario poliquístico; refiere crecimiento endometrial anormal, similar a pequeños pólipos en un área importante de la cavidad uterina; la frecuencia de este hallazgo fue de 4%.

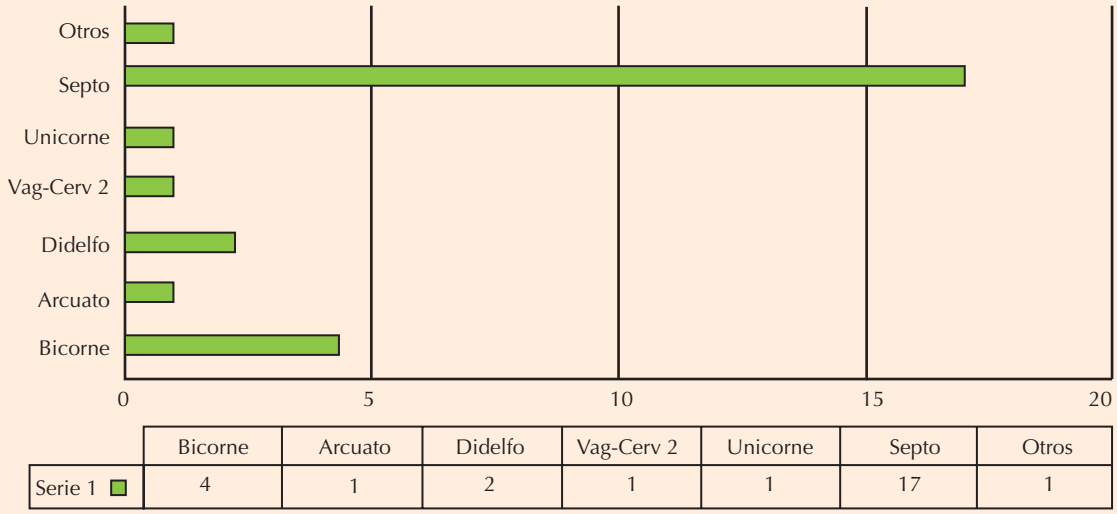
En el cérvix, como parte importante de la valoración de la cavidad uterina, se detectaron: estenosis 4%, de 15 pacientes con esta alteración, 7 tuvieron estenosis total del cérvix, 7 estenosis del orificio cervical interno y 1 estenosis del orificio cervical externo.

Las adherencias o sinequias uterinas, que se observaron en 3% de las pacientes del grupo de estudio, 73% correspondieron a adherencias laxas, padecimiento quizá relacionado con la frecuencia de endometritis.

Padecimientos de menor frecuencia fueron: adenomiosis (2%), otras alteraciones endometriales (anovulatorio, esfacelado, hipervascularizado, irregular, granulomatoso) 2%, y atrofia en 1%. Figura 5

CONCLUSIONES

La tasa de infertilidad primaria de la muestra estudiada fue de 3.5%. En 20% de las pacientes la cavidad endometrial se encontró normal en la primera valoración por histeroscopia. Los pólipos endometriales fueron la afección más encontrada. En las pacientes en protocolo de estudio por infertilidad es importante buscar los elementos mecánicos que puedan dificultar la implantación o la gestación, como: malformaciones uterinas, sinequias o masas intrauterinas. La histeroscopia diagnóstica ayuda a caracterizar la anatomía



	Bicorne	Arcuato	Didelfo	Vag-Cerv 2	Unicorne	Septo	Otros
Serie 1	4	1	2	1	1	17	1

Figura 4. Malformaciones müllerianas.

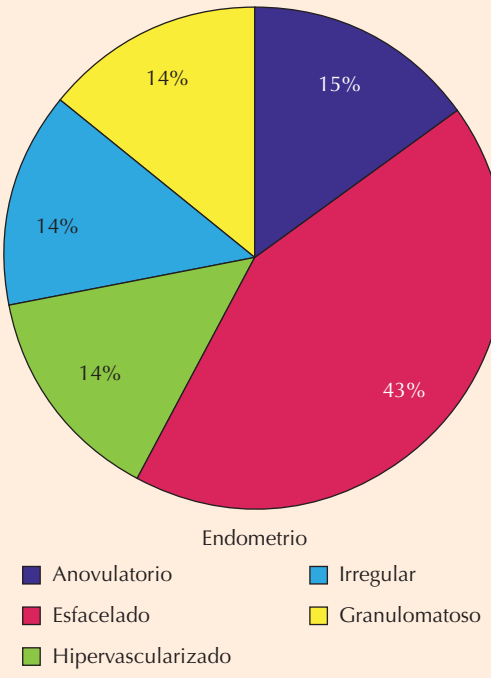


Figura 5. Otras alteraciones endometriales.

uterina, tercio proximal de las salpinges, endometrio y cérvix que son la base para decidir la estrategia quirúrgica de fácil acceso.

REFERENCIAS

1. Pfeifer S, et al. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2013 Jan; 99(1):63.
2. Frey KA, et al. Initial evaluation and management of infertility by the primary care physician. Mayo Clin Proc. 2004 Nov; 79(11):1439-43;
3. Fatemi HM, et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. Hum Reprod. 2010 Aug;25(8):1959-65
4. Alanís FJ, et al. Hysteroscopy used in infertility. Diagnosis and therapy. Ginecol Obstet Mex. 2008 Nov; 76(11):679-84.
5. Albornoz VJ, et al. Impact of uterine diseases on fertility. Rev Med Clin Condes 2010; 21; (3):409–15.
6. Hatasaka H. Clinical management of the uterine factor in infertility. Clin Obstet Gynecol. 2011 Dec; 54(4):696-709.
7. Alanís Fuentes J. In-office hysteroscopic polypectomy: eight years analysis. Ginecol Obstet Mex. 2007 Jun; 75(6):341-6.
8. Sanders B. Uterine factors and infertility. J Reprod Med. 2006 Mar; 51(3):169-76.

9. Smit JG, et al. The international agreement study on the diagnosis of the septate uterus at office hysteroscopy in infertile patients. Fertil Steril. 2013 Jun;99(7):2108-13.e2.
10. Fedele L, et al. Septums and synechiae: approaches to surgical correction Clin Obstet Gynecol. 2006 Dec; 49(4):767-88.
11. Carneiro MM. What is the role of hysteroscopic surgery in the management of female infertility? A review of the literature. Surg Res. Pract. 2014; 2014: 105412.
12. Zhang E, et al. combined hysterolaparoscopy for the diagnosis of female infertility: a retrospective study of 132 patients in china. Mater Sociomed. 2014 Jun; 26(3):156-7.
13. Nayak PK, et al. Role of diagnostic hystero-laparoscopy in the evaluation of infertility: A retrospective study of 300 patients. J Hum Reprod Sci. 2013 Jan; 6(1):32-4.
14. Ahmadi F, et al. Uterine cavity assessment in infertile women: Sensitivity and specificity of three-dimensional Hysterosonography versus Hysteroscopy. Iran J Reprod Med. 2013 Dec; 11(12):977-82.
15. Makled AK, et al. Role of hysteroscopy and endometrial biopsy in women with unexplained infertility. Arch Gynecol Obstet. 2014 Jan; 289(1):187-92.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **www.revisionporpares.com** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.