

Tratamiento histeroscópico de sinequias y tabiques uterinos en pacientes estériles e infértiles.

Schamann, Y.; Sánchez, V.; Domingo, J.; Hernández, S.; García, J.A.

Unidad de Reproducción Humana. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen:

Objetivo: Evaluar la técnica y estudiar los resultados reproductivos tras someter a estas pacientes a la resección histeroscópica de los tabiques o de las sinequias.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 34 pacientes estériles o infértiles tratadas mediante histeroscopia quirúrgica entre los años 1997-2000. Edad media de las pacientes: 31,8 años. El número medio de abortos previos en pacientes infértiles era de 2,2 y el número medio de legrados 2,1.

Resultados: Factores asociados causantes de esterilidad / infertilidad: en 16 pacientes (66,7 %). Endometriosis asociada en pacientes con tabique uterino: 28 (7 / 25).

Se estudió y descartó la presencia de malformaciones urológicas en 60 % de las pacientes con tabique uterino. Grado de sinequias uterinas (según clasificación de March) mínimas 22,2 %, moderadas 55,6 %, intensas 22.2 %.

Corrección de patología en una sola sesión quirúrgica: En el 92 % de los tabiques y 89 % de las sinequias. Estancia media postquirúrgica: 1,9 días (0 – 5). No hubo complicaciones quirúrgicas en 30 pacientes (88,3 %). En 11,7 % complicaciones leves. Deseo reproductivo inmediato en 29 pacientes (85,29 %), de ellas 14 (48 %) consiguieron gestación. Once (78,5 %) gestaciones fueron conseguidas de forma espontánea y tres embarazos (21,4 %) mediante técnicas de reproducción asistida. La tasa de embarazos en pacientes infértiles disminuyó del 77,7 % antes de la cirugía al 25 % en las pacientes tratadas por tabique uterino y del 100 % al 0 % en las pacientes tratadas por sinequias uterinas.

Conclusión: El tratamiento histeroscópico del septo uterino y las sinequias uterinas es sencillo, barato y seguro, por ello debe recomendarse siempre que se diagnostique en pacientes infértiles y estériles. Los resultados reproductivos en las pacientes infértiles tratadas mejoran notablemente, alcanzando cifras próximas a las de la población general.

Introducción

Los tabiques y las sinequias uterinas son las principales causas intrauterinas asociadas a abortos recurrentes y esterilidad.

Actualmente se propone la histeroscopia quirúrgica como método terapéutico de elección para el manejo de estas patologías.

El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar la técnica histeroscópica para el tratamiento de estas pacientes así como estudiar los resultados reproductivos tras someter a dichas pacientes a la resección histeroscópica de los tabiques o de las sinequias.

Material y Métodos

La población a estudio incluyó a 34 pacientes que estaban siendo controladas en la Unidad de Reproducción Humana de nuestro Hospital por esterilidad o infertilidad, diagnosticadas de tabique uterino o sinequias uterinas, y que habían sido sometidas a resección de dicha patología vía histeroscópica entre los años 1997-2001.

De la población a estudio, con un total de 34 pacientes, 24 (70,6 %) eran pacientes estériles, de ellas 17 (71 %) padecían esterilidad primaria y 7 (29 %) esterilidad secundaria. Diez pacientes (29,4 %) eran infértiles (9 (90 %) in-

fertilidad primaria, 1 (10 %) infertilidad secundaria).

La edad media de las pacientes incluidas en el estudio era de 31,8 años, con una mediana en 32 años.

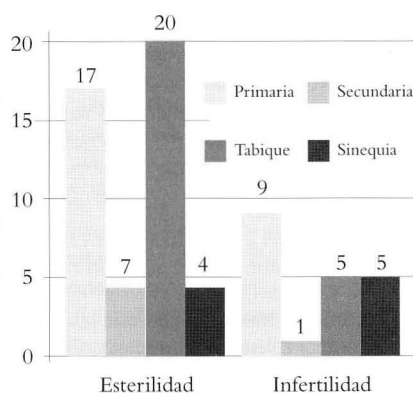
En las pacientes infértiles el número medio de abortos previos era de 2,2 con un rango de 1 a 5. El número medio de legrados realizados a estas pacientes era de 2,1 (0 – 5) y dos de ellas tenían el antecedente de legrado puerperal.

Del total de pacientes a estudio, 25 (73,5 %) fueron diagnosticadas de tabique uterino y 9 (26,5 %) de sinequias uterinas.

De las 25 pacientes diagnosticadas de tabique uterino, 20 padecían de esterilidad y 5 de infertilidad.

De las 9 pacientes diagnosticadas de sinequias uterinas, 5 de ellas padecían de infertilidad primaria y 4 de esterilidad secundaria. (Gráfica 1).

El diagnóstico se llevó a cabo en todas las pacientes mediante histeroscopia diagnóstica tras haber sido sometidas previamente a un estudio completo de infertilidad según el protocolo de actuación en la Unidad de Reproducción Humana de nuestro Centro y que in-



GRÁFICA 1
Distribución de la patología.

cluye analítica gral, perfil hormonal, espermograma, ecografía ginecológica, histerosalpingografía, laparoscopia.

Las sinequias uterinas se clasificaron en intensas, moderadas o mínimas según la clasificación de March. (Tabla 1).

Las pacientes fueron sometidas a una histeroscopia quirúrgica para resección del tabique uterino o las sinequias uterinas bajo anestesia general durante la fase folicular del ciclo. Se utilizó un histeroscopio rígido de 26 mm de Storz y como método de distensión se utilizó glicina al 1,5 % con bomba de perfusión homouendomat Storz. Para la resección se utilizó reseccoscopio de 10 mm., con lente de 30°, electrodo de gancho y corriente de monopolar pura a 100 W de potencia.

La resección histeroscópica se siguió de tratamiento hormonal en todos los casos de sinequias uterinas (estrógenos conjugados 5 mg / cada 24 hs durante 60 días añadiendo gestágenos los últimos 10 días).

De forma paralela se averiguó si estas pacientes padecían de algún otro factor asociado que pudiera condicionar la esterilidad / infertilidad, insistiendo en el diagnóstico de endometriosis. A las pacientes con tabique uterino, se les sometió a estudio urológico mediante ecografía renal para descartar la presencia de malformaciones urológicas o renales dada su alta asociación con malformaciones del tracto genital.

Respecto a la cirugía, se estudió si la resección se había conseguido en una sola sesión quirúrgica o si se había precisado de más sesiones, si habían habido o no complicaciones intraoperatorias o postoperatorias, el carácter o gravedad de estas complicaciones y la estancia media hospitalaria postcirugía.

Finalmente se estudió la fertilidad posterior de estas pacientes y, en caso de que existiera deseo reproductivo inmediato tras la cirugía, se averiguó si habían conseguido gestación, a cuanto tiempo del alta de la cirugía, si la gestación había sido espontánea o conseguida mediante técnicas de reproducción asistida, la evolución de dicha gestación, si existía incompetencia cervical, tipo de parto y anomalías de la placentación.

Resultados

En el 66,7 % de las pacientes que consultaron por esterilidad se encontraron factores asociados que podrían condicionar dicha esterilidad; el más frecuente fue el factor masculino (75 % de los casos), sólo o combinado con otros factores, seguido del factor ovárico.

Intensa	Más de 75% de la cavidad uterina afectada; aglutinación de las paredes o bandas gruesas; oclusión de los orificios tubáricos y fondo
Moderada	De 25-75% de la cavidad uterina afectada; no aglutinación de las paredes, oclusión parcial zona orificios tubáricos y fondo
Mínima	Menos del 25% de la cavidad uterina afectada; adherencias laminares; recciones de orificios tubáricos y fondo con afección mínima

TABLA 1
Clasificación de sinequias uterinas por los hallazgos histeroscópicos según March (1978).

A la totalidad de pacientes con tabique se les realizó una laparoscopia diagnóstica y con ello se llegó al diagnóstico de endometriosis en 7 de estas 25 pacientes, lo que equivale al 28 % de estas pacientes.

Mediante ecografía renal, se consiguió descartar la existencia de anomalías urológicas en el 60 % de las pacientes con tabique uterino. En el resto no se realizó dicho estudio renal.

En el 92 % de las pacientes con tabiques y en el 89 % de las pacientes con sinequias se logró la corrección de la patología en una sola sesión quirúrgica. La única paciente que precisó tres sesiones quirúrgicas para la corrección de su patología presentaba sinequias uterinas intensas secundarias a dos legrados practicados en período puerperal inmediato; actualmente esta paciente está en el primer trimestre de un embarazo espontáneo y deseado desde hace más de 2 años.

La estancia media postcirugía fue de 1,9 días con un rango entre 0 y 5 días.

Hubo 4 pacientes que sufrieron complicaciones quirúrgicas, todas ellas de carácter leve, siendo la más grave una perforación uterina que se resolvió espontáneamente y no dejó secuelas.

Clasificando las sinequias de acuerdo a los criterios de March, obtuvimos que 22,2 % de nuestras pacientes padecían sinequias leves, moderadas un 55,6 %, e intensas un 22,2 %.

De la totalidad de las pacientes, 29 pacientes tenían deseo reproductivo inmediato tras la cirugía, lo que equivale a un 85,2 %.

De ellas, 14 consiguieron gestación lo que equivale a un 48,28 %. De estas, 9 (64,2 %) fueron intervenidas por tabique uterino y 5 (35,7 %) por sinequias uterinas.

Once embarazos (78,5 %) se consiguieron de forma espontánea y 3 embarazos (21,4 %) se consiguieron mediante técnicas de reproducción asistida.

La mitad de las pacientes que consiguieron gestación lo hicieron en los 10 primeros meses tras la cirugía y la

otra mitad lo hicieron tras estos 10 meses, con un rango entre 1 y 26 meses.

Antes de desglosar los resultados reproductivos según las pacientes fueran estériles o infértiles y estuvieran diagnosticadas de septo uterino o de sinequias intrauterinas, hemos de señalar cómo definimos la tasa de embarazos y la tasa de abortos.

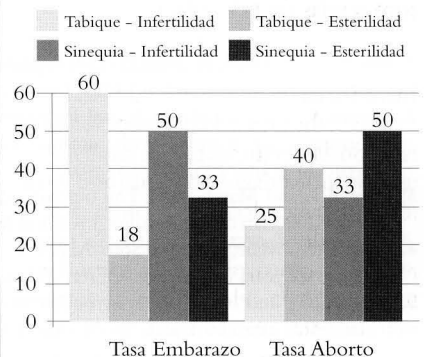
Definimos la tasa de embarazos como el porcentaje de las pacientes que consiguieron una gestación de un feto viable (normalmente a término), entre aquellas pacientes con deseo reproductivo inmediato.

Definimos la tasa de abortos como el porcentaje de abortos (precoces o tardíos) entre aquellas pacientes que consiguieron gestación. (Gráfica 2)

La tasa de embarazos en pacientes infértiles a las que se les había realizado una resección de tabique uterino fue de 60 %, con una tasa de abortos de 25 %.

La tasa de embarazos en pacientes estériles a quienes se les había resecado un tabique vía histeroscópica fue de un 18 %, con una tasa de abortos de 40 %.

La tasa de embarazos en paciente infértiles tras resección de sinequias uterinas, fue de un 50 %, con una tasa de abortos de 33 % (aunque la tasa de abortos en este caso no es real, y equivale en realidad a un 0 %, ya que se trató de una



GRÁFICA 2

Resultados reproductivos tras la resección histeroscópica desglosados según las pacientes padecieran de esterilidad o infertilidad y fueran portadoras de tabiques o sinequias.

paciente que sufrió un aborto tardío tras la práctica de una amniocentesis).

La tasa de embarazos en pacientes estériles tras la resección de sinequias uterinas fue de un 33 %, con una tasa de abortos de 50 %. (Gráfica 3.)

En las pacientes que consiguieron una gestación a término, el 90 % tuvieron un parto vía vaginal. No se encontraron, en ningún caso, alteraciones en la placentación.

Resumiendo, la tasa de embarazos tras la resección de un tabique uterino fue de un 27,2 %, con una tasa de abortos de 33 %. Y en aquellas pacientes con sinequias uterinas los resultados fueron aún mejores, con una tasa de embarazos tras la resección de un 43 %, y una tasa de abortos de 40 %.

En definitiva, en aquellas pacientes infértiles y diagnosticadas de tabiques o sinequias intrauterinas, la tasa de abortos disminuyó tras la resección vía histeroscópica de un 77,7 % antes de la cirugía al 25 % en las pacientes tratadas por un tabique uterino y del 100 al 0 % en las tratadas por sinequias uterinas.

Conclusiones

El papel del septo o tabique uterino como causa de esterilidad continúa hoy estando controvertido, sin embargo sí que se reconoce como causante de abortos de repetición y así ha quedado constatado en la literatura científica (Heinonen et al., 1982, Stein and March, 1990).

En nuestro estudio mostramos una reducción en la tasa de abortos en pacientes infértiles diagnosticadas de tabique uterino de un 77,7 % antes de la resección a un 25 % tras la resección de dicho septo vía histeroscópica, con una exi-

tosa tasa de embarazos a término de un 60 %. Daly et al. (1989), informaron de un 73 % de embarazos a término en un estudio que realizaron en 51 pacientes.

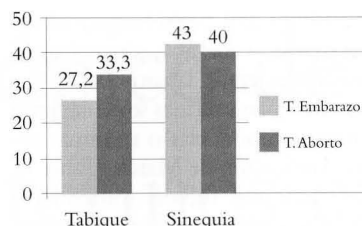
Otros estudios como el de March and Israel (1987) muestran resultados similares.

Grimbizis et al publica en 1998 otro estudio retrospectivo en 57 pacientes con infertilidad o esterilidad que fueron diagnosticadas de septo uterino y a las que se les realizó resección del septo vía histeroscópica. Consigue muy buenos resultados en pacientes infértiles, consiguiendo todas ellas embarazo espontáneo tras la resección quirúrgica. En pacientes estériles los resultados no son tan exitosos y considera que las oportunidades de embarazo postresección en estas pacientes son similares a las que existen antes de la resección.

Lee R. Hickok MD, publica en 2000 un estudio retrospectivo en 40 pacientes con tabique uterino, consiguiendo en pacientes con infertilidad, tras la resección vía histeroscópica del mismo, una tasa de abortos de 18,2% y una tasa de partos a término de 77,3 %.

Respecto a las adherencias intrauterinas, se consideran causantes tanto de esterilidad como de infertilidad (Asherman, 1957). Nuestro estudio demostró que estas pacientes se pueden beneficiar de la resección vía histeroscópica de las adherencias intrauterinas, consiguiendo como resultados un 43 % de embarazos a término, así como una disminución en la tasa de abortos que pasa de ser de un 100 % a un 0 %.

Resultados similares muestra un estudio publicado en 1988 por Siegler and Valle, con una tasa de embarazos a término de un 39 %.



GRÁFICA 3
Resultados reproductivos tras la resección histeroscópica de tabiques y sinequias.

Goldenberg et al. (1995), en un estudio prospectivo en 83 pacientes estériles / infértiles con tabiques o sinequias uterinas muestra una tasa de abortos que disminuyó tras la resección histeroscópica, de un 87,5 % a un 44,4% en pacientes con tabiques y de un 86,5 % a un 42,8 % en pacientes con sinequias. La tasa de embarazos (total, viables e inviables) en este estudio fue de 53% en caso de tabiques y de un 48% en caso de sinequias.

Además de estos buenos resultados, podemos comprobar cómo la resección vía histeroscópica del tabique uterino o las sinequias intrauterinas es una técnica bastante inocua, que conlleva escasa morbilidad, con una baja estancia hospitalaria, reduciendo por tanto los costes sanitarios, y que además elimina la necesidad de realizar una cesárea como vía del parto (antes necesaria con el abordaje abdominal).

Por tanto, concluimos que la técnica histeroscópica sería el tratamiento de elección para la resección de tabique o sinequias uterinas, por su seguridad, sencillez, y buenos resultados, debiéndose recomendar siempre que se diagnostique en pacientes infértiles o estériles.

BIBLIOGRAFÍA

1. March, C.M., Israel, R., March, A.D.: Hysteroscopic management of intrauterine adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130: 653-656.
2. Heinonen, P.K., Saarikoski, S. and Pystynen, P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1982, 61: 157-162.
3. Stein, A.L. and March, C.M. The outcome of pregnancy in women with Müllerian duct anomalies. *J.Reprod Med.*,1990, 35: 411-414.
4. Daly, D.C., Maie, r D. and Soto-Allors, C. Hysteroscopic metroplasty: six years experience. *Obstet. Gynecol.* 1989; 73: 201-305.
5. March, C.M. and Israel, R. Hysteroscopic management of recurrent abortion caused by septate uterus. *Am. J. Obstet. Gynecol.* ,1987; 156: 834-842.
6. Lee R. Hickock, MD. Hysteroscopic treatment of the uterine septum: A clinician's experience. *Am. J. Obstet. Gynecol.*,2000; 182: 1414-1419.
7. Grimbizis, G., Camus, M., Clasen, K., Tournaye, H., De Munck, L., Devroey, P. Hysteroscopic septum resection in patients with recurrent abortions or infertility. *Hum. Reprod.*, 1998; 13: 1188-1193.
8. Asherman, J.G. Traumatic intrauterine adhesions and their effects on fertility. *Int. J. Fertil.* 1957; 2: 49-54.
9. Siegler, A.M. and Valle, R.F. Therapeutic hysteroscopic procedures. *Fertil. Steril.* 1988; 50: 685-701.
10. Goldenberg, M., Sivan, E., Sharabi, Z., et al. Reproductive outcome following hysteroscopic management of intrauterine septum and adhesions. *Hum. Reprod.*, 1995; 10: 2663-2665.
11. Valle, R.F. and Sciarra, J.J. Intrauterine adhesions: Hysteroscopic diagnosis, classification, treatment and reproductive outcome. *Am.J.Obstet Gynecol*,1988; 158: 1459-1470.
12. Preutthipan, S., Linasmita, V. Reproductive outcome following hysteroscopic treatment of the septate uterus: a result of 28 cases at Ramathibodi Hospital. *J.Med.Assoc.Thai.*,2001; 84 (2):166-70.
13. Kupesic, S., Kurjak, A. Diagnosis and treatment outcome of the septate uterus. *Croat. Med. J.*, 1998; 39 (2):185-90.
14. Grimbizis, G.F., Camus, M., Tarlatzis BC, Bontis, J.N., Devroey, P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum. Reprod.Update*, 2001; 7 (2):161-74.
15. Zabak, K., Benifla, J.L., Uzan, S. Septate uterus and reproduction disorders: current results of hysteroscopic septoplasty. *Gynecol. Obstet. Fertil.*, 2001; 29 (11): 829-40.