

# MESAS DE CONSENSO TIGRE

---

## 1. Nuevos criterios en el enfoque de la pareja infértil

**Coordinador:** Dr. Edgardo Rolla

### **La importancia de la edad de la mujer para determinar la oportunidad de inicio de estudios**

a- pacientes menores de 32 años de edad: se pueden iniciar luego de los 6 a 12 meses de búsqueda infructuosa puede imprimirse un ritmo pausado, de complejidad progresiva, en la indicación de los estudios.

b- pacientes mayores de 32 años de edad y menores de 38 años de edad: se deben iniciar los estudios de inmediato (¿Luego de 3 a 6 meses búsqueda infructuosa?), imprimiendo un ritmo acelerado (en la 1° consulta se deben solicitar la totalidad de los estudios).

c- pacientes mayores de 38 años de edad: igual criterio que en "b", incorporando el concepto de posibles procedimientos de reproducción asistida a la brevedad.

### **La importancia del estudio de todos los factores**

#### **a- determinaciones hormonales en 3° día del ciclo:**

FSH-LH, PRL, E2, progesterona, testosterona, 17OH progesterona, DHEA-S, cortisol y función tiroidea.

#### **b- anatómico:**

Examen físico completo, peso talla BMI, grupo étnico, distribución pilosa, localización y extensión. Si fuese necesario utilizar el score de Ferriman-Galleguay. Examen mamario, características y presencia de galactorrea. Evaluación del trofismo de los genitales externos, un extendido fresco de células de la pared vaginal que nos confirme el grado de trofismo. Características el cérvix presencia de moco.

Histerosalpingografía , ecografía transvaginal, y TACTO GINECOLOGICO BIMANUAL (descartar inmovilidad uterina, anexos dolorosos, Douglas doloroso, etc.) frente a la posibilidad de adherencias pelvianas previas o endometriosis

#### **c- Espermograma:**

Espermograma en laboratorio especializado, que incluya morfología estricta según técnica de Kruger, eventualmente ecografía testicular y doppler de cordón.

Recordar al paciente los requisitos para la recolección del semen y los 3 a 5 días de abstinencia sexual. Se debe evaluar la concentración y la movilidad total y el porcentaje de traslativos rápidos, lentos y móviles in situ.

#### **d- Rutina general:**

Incluyendo serología infecciosa, Chlamydias, micoplasma, ureaplasma y cultivo de flujo.

#### **e- Cuando la consulta es por aborto a repetición.**

Aproximadamente del 10 al 15 % de los embarazos reconocidos clínicamente terminan en un aborto espontáneo, sin considerar los pre-clínicos (31%). Se deberá evaluar las causas uterinas (18,8%) y las causas endócrinas (29,8%). Dentro de las primeras, malformaciones congénitas, malformaciones adquiridas e incompetencia ístmico-cervical y dentro de las endócrinas: disfunciones tiroideas, insuficiencia progestacional, hiperprolactinemias, alteraciones metabólicas no compensadas, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico.

También se deberá considerar las **causas genéticas** que son el 12 al 15% de los abortos espontáneos, en estos casos el momento de la pérdida es entre las 8 a 12 semanas de gesta, es raro que se den luego de las 16 semanas.

Aborto recurrente espontáneo (ARE) son el 31% de los embarazos. Afecta a las mujeres embarazadas entre la cuarta y duodécima semana de gestación.

**Causa inmunológica:** Existen dos grandes grupos de problemas inmunológicos que pueden causar pérdida de embarazos y se definen según la presencia o ausencia de un factor autoinmune asociado. El grupo de pacientes con el factor asociado se detecta la presencia de distintos anticuerpos: el ATC antifosfolípido, ATC antinúcleo y el ATC antiespermatozoides. En el grupo sin factores asociados se detecta participación de alelos de complejo mayor de histocompatibilidad (HLA), patrón de secreción de citoquinas, células natural killer, generación de células reguladoras, disminución de factores bloqueantes.

#### **f- estudio del factor cervical:**

El estudio del factor cervical debe comenzar con un exhaustivo interrogatorio para detectar fallas obstétricas, fórceps, desgarros etc. Y se estudian mediante una histerosalpingografía, ecografía transvaginal, histerosonografía o una histeroscopia.

### **La importancia de la progresividad de los estudios**

#### **a- El factor "edad de la mujer"**

El aumento de consultas de mujeres de > de 37 años nos muestra que estas tienen menor tasas de embarazo por disminución de la reserva ovárica, pobre calidad ovocitaria con aneuploidías y aumento de abortos espontáneos, anomalías cromosómicas además de las complicaciones maternas por diabetes o hipertensión. Las tasas de RN vivos antes de los 40 años : 9.6%. Hay aumento de la tasa de abortos espontáneos y también en caso de FIV o ICSI allí las tasas de embarazo es menor de 13% va a 9.8 % y en abortos es 33% antes de los 38 y de 43% de los 40 a 45 años.

### **b- El factor "antigüedad de la infertilidad"**

Evaluar los antecedentes de la pareja, tiempo de convivencia y calidad del método anticonceptivo empleado previamente cuando no buscaban embarazo.

### **La importancia del stress**

La importancia del stress laboral, los conflictos familiares, las desaveniencias de la pareja. Existen dudas acerca de la infertilidad 100% de causa psicológica pero hay certeza de que en el 100% de los casos la infertilidad causa trastornos psicológicos. Oportunidad de la indicación de la consulta psicológica, preferentemente con un profesional acostumbrado a tratar parejas infértiles.

### **La importancia de la endometriosis como causa de infertilidad**

Cuando estamos frente a una paciente estéril con endometriosis debemos plantearnos el siguiente razonamiento: Si es una endometriosis moderada o severa que causa distorsión anatómica o un cuadro adherencial, debe ser tratada quirúrgicamente para restaurar la anatomía pelviana necesaria para que tenga lugar el proceso reproductor.

Si la endometriosis persiste se pasan a analizar los hallazgos. A) si no hay enfermedad residual o la endometriosis está en estadio I o II, la paciente puede ser mantenida en observación durante 6 a 24 meses, en función de su edad luego del cual se hará una nueva laparoscopia y se intentará una técnica de reproducción asistida (TRA). Si es un estadio III se pasa directo a la TRA o FIV luego de la segunda laparoscopia. Si hay adherencias es un IV-AFS y luego de tres meses de GN RH se pasa a la cirugía y a FIV. Se hará una tercera cirugía según criterio o se aceptará la esterilidad si no hay sintomatología dolorosa. El consenso general sobre endometriosis y esterilidad es que causa una subfertilidad cuando se comparan las tasas de pacientes con enfermedad o sin ella. Se desconoce la causa de la esterilidad sin adherencias pelvianas pero alguno de los factores que se consideran son: foliculogénesis alterada, disfunción ovulatoria general, hiperprolactinemia, fase lútea insuficiente, transporte ovular acelerado, fagocitosis espermática, fecundación alterada, embriotoxicidad que altera el desarrollo embrionario y finalmente implantación defectuosa.

### **La importancia de los procedimientos de fertilización asistida**

Hoy se indican por una gran variedad de causas de infertilidad, no solo por obstrucción tubaria: infertilidad masculina, endometriosis, PCO, infertilidad de larga data, aborto espontáneo recurrente, etc. Evaluar la conveniencia de indicar inicialmente los de baja complejidad (inseminación intrauterina), tomando en cuenta la edad de la mujer: en mujeres jóvenes pueden indicarse 2 series de 3 inseminaciones c/u antes de pensar en fertilización in vitro, en las de edad media, solo 3 en total, más allá de los 38/40 años, evaluar si realmente no es más conveniente proceder de inmediato a una fertilización in vitro. Conveniencia de realizar o no una laparoscopia previa.