

Tratamiento hormonal en el abordaje de la esterilidad asociada al útero hipoplásico. A propósito de un caso.

Hernando Simón A., Pérez Fernández, I., Euba Larrinaga I., Navarro Guillén A., Fernández de Romarategui Gómez A.
Hospital Universitario Araba – Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

1. INTRODUCCIÓN

Las dismorfias uterinas son anomalías congénitas que pueden influir significativamente en la salud reproductiva de las mujeres. Estas malformaciones, que se producen durante el desarrollo embrionario, incluyen variaciones estructurales como el útero septo, bicorne, arcuato, unicorn, didelfo y agenésico. No existe un sistema de clasificación universal lo que dificulta establecer la prevalencia y comparar con mayor precisión los resultados de tratamiento.

La relación entre las dismorfias uterinas y la fertilidad ha sido objeto de investigación durante décadas. El factor uterino, forma parte de la infertilidad multifactorial en un 50% de casos; pero, considerado como factor responsable único, su incidencia se estima entre 5% y 12%.

2. CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años que acude por amenorrea secundaria y esterilidad primaria de 1 año de evolución.

Como antecedentes de interés presenta mamoplastia de aumento bilateral. Menarquia a los 17 años y desde entonces ha sido usuaria de anticonceptivos hormonales combinados.

La exploración general es normal. En la ecografía-transvaginal se visualiza un útero en anteversión de morfología normal con endometrio lineal de 2mm. Ambos anejos normales con un recuento de folículos antrales >12/>12.

En la ecografía 3D y en la histeroscopia se visualiza una cavidad hipoplásica con morfología normal. La analítica hormonal es normal con una HAM 7,7ng/ml. El seminograma de su pareja también es normal. Se realiza una histerosonosalpingografía visualizándose permeabilidad tubárica bilateral.

Se informa a la paciente de los hallazgos y se inicia tratamiento hormonal (Tabla 1) y se realizan controles ecográficos periódicos con la siguiente evolución (Tabla 2).

SEMANAS	1º	2º	3º	4º	5º	6º
PRIMOLUT NOR (oral)	10mg	15mg	15mg	20mg	20mg	20mg
UTROGESTAN (vaginal)	200mg/12h					
EVOPAD 50 (piel)	1	1	1	2	2	2
ECOGRAFÍA		X		X		X

Tabla 1. Pauta de tratamiento hormonal.

	DISTANCIA EN FONDO ENTRE AMBOS ORIFICIOS TUBÁRICOS	DISTANCIA EN 1/3 MEDIO
ECOGRAFÍA BASAL	13,7mm	6,8mm
1º CONTROL	19,3mm	9,9mm
2º CONTROL	27,9mm	11,4mm
3º CONTROL	29,5mm	17,2mm

Tabla 2. Control de crecimiento uterino.

3. DISCUSIÓN

La terapia hormonal para el útero hipoplásico tiene como objetivo fundamental la restauración de la arquitectura uterina normal y la preservación de la fertilidad.

Se ha sugerido que los regímenes hormonales promueven el desarrollo endometrial y mejoran la receptividad para facilitar la implantación embrionaria. Sin embargo, no siempre será suficiente puesto que la vascularización y la función miometrial y endometrial pueden ser anormales.

La duración y la dosificación del tratamiento deben ajustarse de acuerdo a la respuesta endometrial, lo que requiere realizar controles ecográficos periódicos.

4. CONCLUSIONES

- El tratamiento hormonal del útero hipoplásico se considera una opción valiosa en la búsqueda de soluciones para los problemas de fertilidad asociados a esta anomalía.
- La combinación de la terapia hormonal y las técnicas de reproducción asistida podrían ser beneficiosas para aquellas mujeres infértiles que no responden adecuadamente al tratamiento.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Grimbizis GF, Daskalakis G, Tarlatzis BC, et al. The impact of congenital uterine anomalies on reproductive outcomes. Hum Reprod Update. 2001;7(2):154-60.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 175: Uterine abnormalities. Obstet Gynecol. 2020;135 (5).
3. Zhang J, Li Q, Zhang C, et al. The effect of uterine anomalies on reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2018;44 (1):6-14.