

10. Factor tubárico. Deseo reproductivo postesterilización

FACTOR TUBÁRICO

Diagnóstico

1. Estudio de la presencia en cérvix de agentes patógenos que puedan producir una enfermedad inflamatoria pélvica aguda.

Antes de realizar una instrumentación intrauterina, como la histerosalpingografía, debe realizarse un cribado para descartar la presencia de <i>Chlamydia trachomatis</i> .	B
En los casos en los que se detecte <i>Chlamydia trachomatis</i> deberá efectuarse el oportuno tratamiento antibiótico a ambos miembros de la pareja.	RSAA
Si no se ha descartado la presencia de <i>Chlamydia trachomatis</i> , se efectuará profilaxis antibiótica con doxiciclina o azitromicina antes de la instrumentación intrauterina.	RSAA

2. Histerosalpingografía

Antes de cualquier análisis de la funcionalidad o permeabilidad tubárica deberían conocerse las características del semen. Existen indicaciones ligadas al factor masculino que obvian la necesidad de conocer el estado de las trompas.	RSAA
En mujeres sin historia de endometriosis, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica o antecedentes quirúrgicos potencialmente lesivos para la función de la trompas, la histerosalpingografía es la prueba diagnóstica de elección.	RSAA
En casos determinados si se tiene experiencia suficiente, puede sustituirse la histerosalpingografía por la histerosonografía, en pacientes sanas.	RSAA

La laparoscopia debe indicarse en aquellas mujeres con patología conocida (endometriosis, antecedentes quirúrgicos, enfermedad inflamatoria pélvica, etc.), ya que el abordaje laparoscópico en estos casos puede ofrecer la oportunidad de tratar quirúrgicamente algunos procesos.

Otras exploraciones quedan limitadas a ensayos clínicos como la salpingoscopia o la ferti-tiloscopia.

Puede indicarse la laparoscopia en lugar de la histerosalpingografía cuando se sospeche una patología como la endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, etc. en las que el abordaje laparoscópico permita a su vez la corrección quirúrgica.	RSAA
--	-------------

Tratamiento del factor tubárico bilateral

El tratamiento inicial de elección del factor tubárico bilateral debe ser la fecundación <i>in vitro</i> .	A
Si se sospecha la presencia de hidrosalpinx se recomienda la extirpación, o en su caso el aislamiento del hidrosalpinx de la cavidad uterina mediante la oclusión tubárica proximal, previa a la iniciación de los tratamientos de fecundación <i>in vitro</i> .	A

DESEO REPRODUCTIVO POST-ESTERILIZACIÓN

Cualquier decisión en este ámbito está condicionada por la edad de la mujer, de forma que en edades más avanzadas, la decisión debe inclinarse por aquella técnica que ofrezca mejores resultados en menor espacio de tiempo.

Conducta post-esterilización femenina

1. En mujeres jóvenes, en las que el daño tubárico no sea extenso y en centros donde exista un equipo con experiencia suficiente debe considerarse la cirugía reconstructiva, siempre y cuando no existan otros factores de esterilidad asociada.
2. En todos los demás casos la fertilización *in vitro* debe ser la primera alternativa.

La fertilización <i>in vitro</i> es el tratamiento de elección en el factor tubárico tras ligadura de trompas.	A
En casos de daño tubárico poco extenso en mujeres jóvenes y en ausencia de otros factores de esterilidad se puede valorar la cirugía reconstructiva.	C

Conducta postesterilización masculina

1. Cirugía reconstructiva-vaso-vasostomía: debe considerarse como primera opción en caso de que exista un equipo con experiencia en este tipo de intervenciones, debido a su eficacia (50%), a la ausencia de riesgo de embarazo múltiple y a la relación coste-beneficio. Debe pesar en la toma de la decisión el hecho de que la reversión de la vasectomía obliga a usar otros métodos anticonceptivos, una vez conseguido el embarazo.

En varones con deseo reproductivo post-vasectomía debe considerarse en primer lugar la posibilidad de reconstrucción (vaso-vasostomía).

A

2. ICSI/TESE: es la siguiente opción en los casos en los que fracasa la primera o en los que el varón no desea revertir la oclusión de los deferentes, así como cuando existe un factor femenino asociado.

Cuando la vaso-vasostomía fracasa o no está indicada, el tratamiento de elección es la ICSI con espermatozoides extraídos de testículo (TESE).

A

Bibliografía

- Mol BWJ. Comparison of hysterosalpingography and laparoscopy in predicting fertility outcome. *Hum Reprod* 1999; 14: 1237-42.
- Dijkman AB, Mol BW, van der Veen F, Bossuyt PM, Hogerzel HV. Can hysterosalpingocontrast-sonography replace hysterosalpingography in the assessment of tubal subfertility? *Eur J Radiol* 2000; 35: 44-8.
- Mol BW, Dijkman B, Wertheim P, Lijmer J, van der Veen F, Bossuyt PM. The accuracy of serum chlamydial antibodies in the diagnosis of tubal pathology: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1997; 67: 1031-7.
- Bukulmez O, Yarali H, Yucel A, Sari T, Gurgan T. Intracytoplasmic sperm injection versus in vitro fertilization for patients with a tubal factor as their sole cause of infertility: a prospective, randomized trial. *Fertil Steril* 2000; 73: 38-42.
- Barmat LI, Rauch E, Spandorfer S, Kowalik A, Sills ES, Schattman G, Liu HC, Rosenwaks Z. The effect of hydrosalpinges on IVF-ET outcome. *J Assist Reprod Genet* 1999; 16: 350-4.
- Dechaud H, Daures JP, Arnal F, Humeau C, Hedon B. Does previous salpingectomy improve implantation and pregnancy rates in patients with severe tubal factor infertility who are undergoing in vitro fertilization? A pilot prospective randomized study. *Fertil Steril* 1998; 69: 1020-5.
- Johnson NP, Mak W, Sowter MC. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD002125.
- Col BWJ, Collins JA, Van Der Veen F, Bossuyt PMM. Cost-effectiveness of hysterosalpingography, laparoscopy, and chlamydia antibody testing in subfertile couples. *Fertil Steril* 2001; 75: 571-80.
- Kim SH, Shin CJ, Kim JG, Moon SY, Lee JY, Chang YS. Microsurgical reversal of tubal sterilization: a report on 1,118 cases. *Fertil Steril* 1997; 68: 865-70.
- Pavlovich CP, Schlegel PN. Fertility options after vasectomy: a cost-effectiveness analysis. *Fertil Steril* 1997; 67: 133-41.

- Yossry M, Aboulghar M, D'Angelo A, Gillett W. In vitro fertilisation versus tubal reanastmosis (sterilisation reversal) for subfertility after tubal sterilisation Cochrane Database Syst Rev 2000 (4).