

31. Pang et al, 1999: Human Reproduction 14: 1266-1273.
32. Pellestor et al, 1997: Cytogenetics and Cell Genetics 78: 202-208.
33. Prigent & Viguié, 1996: IXxeme Colloque de L'Association des Cytogeneticiens de Langue Francaise, Paris.
34. Rives et al, 1999 : Human Genetics 105 : 266-272.
35. Rousseaux et al, 1995 : Human Genetics 96 : 655-660.
36. Rousseaux 71:et al, 1995 : Cytogenetics and Cell Genetics 71 : 240-246.
37. Rudak et al, 1978: Nature 274: 911-913.
38. Spriggs & Martin, 1994: Molecular Reproduction and Development 38: 247-250.
39. Van Hummelen et al, 1997: American Journal of Human Genetics 61: 651-659.

Resúmenes comunicaciones libres presentadas a premio

Hipotiroidismo subclínico y autoinmunidad tiroidea en esterilidad y aborto habitual

Dr. Marcos Abalovich; Dra. Laura Mitelberg;
Dr. Carlos Allami; Dr. Oscar Levalle

División Endocrinología. Hospital Carlos G. Durand.
Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de hipotiroidismo subclínico (HS) y autoinmunidad tiroidea (AIT) en infertilidad y aborto recurrente en relación a las causas femeninas de infertilidad, y la prevalencia de AIT en mujeres sin causa demostrable de incapacidad reproductiva (IR).

Pacientes y Métodos: Se estudiaron 595 mujeres: Grupo I: 497 infértiles y Grupo II: 98 con aborto recurrente. En el Grupo I, en 230 casos se diagnosticó causa femenina de infertilidad: endometriosis (E) (n:16), etiología tubaria (ET) (n:66), falla ovárica precoz (FOP) (n:10), sinequias (n:10), infecciones (n:18) y disfunción ovulatoria (DO) (n:110) De las 98 pacientes del Grupo II, en 28 no

existían causas demostradas de pérdida de embarazos. Se midió T4 y TSH en las 595 pacientes; en 177 se realizó prueba de TRH, y la AIT se evaluó en 286 por AFM y/ o ATPO. Se consideró hipotiroidismo cuando el nivel de TSH fue superior a 4.22 mIU/L o la respuesta al TRH mayor de 26.6 mIU/L. La comparación entre grupos se realizó por el Test del Chi cuadrado.

Diseño: retrospectivo, comparativo, observacional.

Resultados: La prevalencia de HS en 595 pacientes fue de 12.9 % y de AIT: 26.57 % en las 286 pacientes evaluadas.

FOP, DO y ET presentaron elevados porcentajes de HS (40 %, 25.4 % y 22.7 %) y de AIT (57.1 %, 16.9 % y 27.5 %) respectivamente. En E se confirmó alta prevalencia de AIT (22.2 %) pero baja de HS (6.2 %).

Todas las pacientes sin causa aparente de IR evidenciaron eutiroidismo, con AIT en 13/56 (23.2 %) y 6/28 (16.6 %).

Conclusiones: La alta prevalencia de HS y de AIT en la población estudiada con IR, dan sustento a la medición de TSH y de anticuerpos antitiroideos en el screening de las pacientes con falla reproductiva.

	↑ TSH		↑ TRH - TSH		HS (total)		AFM+ ó ATPO+	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Grupo I	29/497	5.8*	30/141	21.3	59/497	11.9*	65/244	26.6
Grupo II	13/98	13.3*	5/36	13.9	18/98	18.4*	11/42	26.1

VEGF y apoptosis en células de la granulosa (CG) de pacientes estimuladas con agonistas o antagonistas de GnRH

Biol. Marina Romanatto; Biol Rosa Baraña; Dr. Carlos Sueldo

IBYME-CONICET, IFER, CEGYR.

Objetivo: Inicialmente, los tratamientos con antagonistas de GnRh (Antg) en protocolos de estimulación para fertilización asistida mostraron una menor tasa de embarazo en comparación con agonistas GnRh (Ag). El objetivo del estudio fue comparar los niveles de VEGF y de apoptosis en folículos estimulados con Antg o Ag en pacientes de buen pronóstico.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 30 pacientes (edad \pm 40 años), 20 tratadas con Antg y 10 con Ag. Todas recibieron FSH recombinante y HMG ó r-LH. Las CG se purificaron con gradiente de Percoll y se cultivaron 1×10^5 /pocillo/ 48 horas. Apoptosis se midió por naranja de acridina y los niveles de VEGF por ELISA. El análisis estadístico se realizó mediante test "t" de Student y test de Bonferroni.

Resultados: Las edades fueron semejantes 34.3 ± 0.6 Antg y 33.8 ± 1.3 años Ag. El estradiol en día de HCG y el número y calidad ovocitaria fueron similares 8.6 ± 1.2 Antg y 8.4 ± 2.3 Ag. Tasa de fertilización de 79.1% Antg y 82.5 % Ag. La calidad embrionaria fue similar 42.6 ± 6.7 Antg y 44.5 ± 4.5 Ag. Las concentraciones de VEGF fueron 16.5 ± 2.0 pg Antg y 20.41 ± 3.2 pg Ag. Apoptosis fué 44.3 ± 4.0 % Antg y 45.3 ± 5.2 % Ag. No hubo diferencias significativas.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que cultivos de CG de pacientes tratadas con GnRh Antg y Ag presentan similar apoptosis y concentraciones de VEGF, lo cual se refleja en semejante calidad ovocitaria y embrionaria.

Efecto del factor estimulante de colonias granulocíticas (neutromax) sobre el crecimiento in vitro de embriones murinos y su sobrevida luego de ser criopreservados

Lic. María Mercedes Papayannis; Lic. María Victoria Eyheremendy; Lic. Claudia P. Sanjurjo; Dr. Jorge A. Blaquier; Lic. María Fernanda Raffo

Centro Médico FERTILAB, Buenos Aires

Objetivos: Determinar el efecto del Neutromax (N) sobre el desarrollo *in vitro* de embriones murinos desde el estadio de 2 células hasta el estadio de blastocisto mediante la evaluación del número de células y determinar la sobrevida y reexpansión de los blastocistos luego del descongelamiento.

Materiales y Métodos: Se utilizaron 872 embriones de ratón en dos células los cuales se cultivaron durante 72 horas a 37°C y bajo una atmósfera con 6% de CO_2 . El medio de cultivo utilizado fue G1 (Vitrolife) y el factor de crecimiento: Neutromax (*factor estimulante de colonias granulocíticas metionilado recombinante no glicosilado*) (SIDUS S.A.). Los embriones se dividieron en 3 grupos de estudio según el medio de incubación: G1; G1-D (medio suplementado con glucosa al 5% en el que se diluye el Neutromax) y G1-2ng/ml de Neutromax (N). Los blastocistos obtenidos se tiñeron o criopre-servaron. Luego del descongelamiento se incubaron durante 24 horas en los distintos grupos de estudio. El ANOVA y el Test de Fisher se utilizaron para los análisis estadísticos.

Resultados: ver tabla.

Conclusión: De acuerdo a nuestros resultados, la adición de Neutromax promueve la sobrevida y la multiplicación celular en los blastocistos; influenciando la actividad metabólica del macizo celular interno y del trofoectodermo. Luego de la criopreservación, los resultados de este trabajo demuestran claramente que el Neutromax puede acelerar la tasa de expansión de los blastocistos postdescongelamiento probablemente

por su acción de aumentar la captación de glucosa que estimula la actividad metabólica. Concluimos que la presencia del Neutromax en el medio de cultivo ejerce un efecto beneficioso durante el desarrollo de blastocistos *in vitro* en condiciones de cultivo subóptimas y luego del stress provocado por la criopreservación y descongelamiento de los mismos.

	G1	G1 - D	G1 N
Nº células	63,6 ± 13,58	56,4 ± 6,67	81,1 ± 12,03*
% blast. Obt.	93%	87%	87%

Tabla 1. Efecto del Neutromax sobre el número de células en los blastocistos obtenidos (*p<0,05)

Cultivo final postdesc.	CULTIVO INICIAL (antes de congelar)					
	Sobrevida	Blast. Expandidos	Sobrevida	Blast. Expandidos	Sobrevida	Blast. Expandidos
G1	51%	42%	31%	21%	31%	21%
G1 - D	32%	27%	26%	21%	26%	21%
G1 - N	59%	53%	66%	56%	66%	56%

Tabla 2. Blastocistos obtenidos del cultivo en los distintos medios congelados e incubados en los tres grupos de estudio luego del descongelamiento (*p<0,05 *; *p<0,0009; *p<0,0002)

Resúmenes comunicaciones libres

Es el ICSI el único camino de los pacientes azoospermicos u oligozoospermicos severos?

Dr. Gastón Rey Valzacchi; Dr. Omar Layas

Unidad Andrología y Microcirugía, Servicio de Urología Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La técnica de ICSI ha sido un gran avance en el tratamiento del factor masculino severo. Algunos de estos casos, tienen una causa pasible de tratamiento correctivo. El objetivo de este trabajo es evaluar si en pacientes con alteraciones severas del espermograma y con una causa identificable (obstrucción de los conductos eyaculadores – OCE) su tratamiento correctivo

(resección endoscópica) es capaz de revertir la fertilidad, evitando la necesidad de realizar un tratamiento de ICSI.

Material y métodos: 13 pacientes que consultaron por infertilidad con azoospermia u oligozoospermia severa asociado a bajo volumen eyaculatorio y en quienes se sospechaba una OCE ingresaron al estudio. Tres habían efectuado previamente un ciclo de ICSI en otro centro sin lograr el embarazo y a otros 3 se les había propuesto este tratamiento como única alternativa. En todos los pacientes se efectuó el algoritmo diagnóstico para este tipo de cuadros (ecografía transrectal y deferentovesiculografía - DVG) para diagnosticar la causa probable. En los pacientes con obstrucciones tratables se realizó la cirugía correctiva.

Resultados: La DVG evidenció obstrucción tratable en 9, que fue corregida

quirúrgicamente con un incremento en el volumen eyaculatorio en todos. En 8 mejoró el número de espermatozoides y 7 lograron el embarazo por vía natural.

Conclusión: Los pacientes con azoospermia u oligozoospermia deben ser evaluados para investigar si tienen una causa tratable. La OCE es una patología con altas tasas de efectividad en su tratamiento, evitando en la mayoría de los casos tener que realizar una técnica de fertilización asistida.

La ruptura del oolema durante el ICSI es un indicador de su madurez

Biol. Mariana Hernandez; Biol. Andrea Dematteis, Bioq. Christian Mussin; Dr. Gustavo Estofán

CIGOR – Córdoba, Argentina

Objetivo. Analizar si la resistencia a romperse del oolema durante el ICSI tiene relación con la madurez nuclear del ovocito.

Materiales y Métodos. Estudio prospectivo de cohorte, sobre 120 ciclos de ICSI realizados entre julio de 2002 y agosto de 2003.

La ruptura del oolema durante la inyección se clasificó en cuatro tipos: A, AB, B y C, indicando estos, de menor a mayor, la resistencia ofrecida por el oolema antes de romperse.

Se analizaron 715 ovocitos Metafase II (MII) inyectados. Cuando los hubo, se inyectaron ovocitos Metafase I (MI, 77 ovocitos) y Profase I (PI, 32 ovocitos). Se comparó la distribución de los tipos de ruptura entre MII, MI y PI mediante el test χ^2 .

Resultados. Los tipos de ruptura A, AB, B y C fueron respectivamente de: 20%, 14%, 53% y 13% en ovocitos MII; 65%, 14%, 17% y 4% en ovocitos MI; y 97%, 3%, 0% y 0% en ovocitos PI.

Estas distribuciones fueron significativamente diferentes entre MII y MI ($p < 0.001$), MII y PI ($p < 0.001$), y MI y PI ($p < 0.05$).

Conclusiones. El cambio significativo en la distribución de los tipos de ruptura entre

ovocitos Profase, Metafase I y Metafase II indica que el ooplasma gana elasticidad durante la maduración ovocitaria.

La ruptura tipo A en el 20% de los ovocitos MII revela una asincronía entre la maduración nuclear y del oolema.

Técnicas de reproducción asistida para parejas con HIV. Actualización del programa FERTHIV

Dra. Albertina Paganini; Dra. Alejandra Monticelli; Dr. Horacio Jáuregui Rueda; Dr. C. Jasán; Dr. J. Balbarinsky; Dr. Sergio Pasqualini

Halitus Instituto Médico, FAIVIH/S, CEUSA-LAEH.

Objetivo: presentar los resultados de las técnicas de reproducción asistida indicadas en parejas con HIV utilizando el lavado y procesamiento de espermatozoides en términos de embarazo y riesgo de infección.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se presentaron a la consulta 70 parejas (6 seroconcordantes, 56 serodiscordantes (mujer HIV-; varón HIV+) y 8 serodiscordantes (mujer HIV+; varón HIV-), de las cuales 41 parejas realizaron inseminación intrauterina (IIU), 10 pacientes inseminaciones intravaginales y en 7 casos técnicas de alta complejidad (ICSI). Se realizó el procesamiento del semen mediante lavado, centrifugado por gradientes y migración espermática (swim down y swim up). La carga viral fue determinada por el método NASBA, con una sensibilidad de 40 copias de RNA viral por ml. Antes de realizar los procedimientos, las parejas fueron evaluadas por un equipo multidisciplinario, firmaron un consentimiento y tomaron el compromiso de realizar screening para VIH cada 3 meses luego del tratamiento y hasta 1 año luego del nacimiento.

Resultados: 41 parejas realizaron 92 IIU. Se lograron 14 embarazos clínicos

(TE:15.2%). 3 parejas realizaron 10 inseminaciones domiciliarias, obteniéndose 1 embarazo (TE:10%), mientras que en 7 casos se realizaron 9 ICSI con 5 embarazos (TE: 55%). De estos 20 embarazos, 6 terminaron en abortos, 14 recién nacidos vivos (3 gemelares) y 3 son embarazos evolutivos. No se registró seroconversión alguna hasta el momento tanto en los hijos como en los miembros seronegativos de las parejas.

Conclusiones: Si bien actualmente no es posible eliminar totalmente el riesgo de transmisión del HIV, creemos que el seguimiento de protocolos con lavado y procesamiento de espermatozoides, en un marco de evaluación multidisciplinario; asegurando el correcto asesoramiento reproductivo permitiría indicar la técnica asistida correspondiente y así ofrecer un medio seguro y efectivo para lograr el embarazo tan deseado.

Evaluación de una nueva técnica para la criopreservación de semen en pastillas

Dra. Gisela Zang; Dr. Carlos Quintans;
Dra. Nora Bouzas; Biol. Constanza Brazini

Halitus Instituto Medico, afiliado a la Facultad de Medicina

Objetivo: Examinar el efecto de criopreservar semen en tubos, o bien en pastillas utilizando una técnica desarrollada en nuestro laboratorio, sobre la sobrevida de los espermatozoides post- descongela- ción.

Diseño: Investigación en laboratorio experimental, estudio retrospectivo de los resultados de sobrevida en muestras de pacientes criopreservadas por alguna de las técnicas en consideración.

Materiales y Métodos: Muestras de semen de 58 pacientes incluidos en nuestro programa de ovodonación, fueron criopreservadas a partir de dos técnicas

diferentes: a.- Criotubos: El semen y el extendedor fueron mezclados en una relación 1:1, se dividió en alícuotas de 1 ml que se colocaron en criotubos plásticos. Los criotubos se mantuvieron 40 minutos a 4 °C y luego se introdujeron directamente en N₂ Líquido. Para descongelar las muestras se colocaron a temperatura ambiente hasta completar la descongelación. Luego de equilibrar a temperatura ambiente en un baño de agua, la sobrevida se determinó contando los espermatozoides en una cámara de Makler.

b. – Pastillas: El semen y el extendedor fueron mezclados en una relación 1:1 y la mezcla se mantuvo 40 minutos a 4°C. Luego, con ayuda de una pipeta automática se distribuyeron alícuotas de 0,05 ml sobre una placa de acero inoxidable enfriada por suspensión durante 15 minutos sobre vapores N₂ Líquido. Las pastillas así formadas, se removieron con pinzas de disección aisladas y se guardaron en grupos de a 25 unidades en criotubos plásticos que fueron almacenados a -196°C, en N₂ líquido. Para descongelar 1 o mas pastillas fueron retiradas del termo con pinzas aisladas y colocadas en un tubo a temperatura ambiente hasta completar su fusión. La sobrevida de los espermatozoides fue evaluada igual que en a.

Resultados: El promedio de sobrevida post-descongela- ción de muestras en criotubos fue 52 % (n = 40) mientras que en pastillas fue del 50 % (n =18). El análisis de los resultados según el test T no apareado indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (P:0,5559).

Conclusiones: La criopreservación de semen en pastillas es de amplia difusión en la práctica veterinaria, y se ha utilizado también en reproducción humana. Sin embargo tiene un uso limitado en este campo debido a la necesidad de utilizar CO₂ sólido. La técnica aquí presentada evita ese inconveniente y permite una recuperación de espermatozoides móviles post-descongela- ción similar a la obtenida por el método estándar de criopreservación en tubos.

Manejo de las parejas HIV Serodiscordantes con deseos de fertilidad. La experiencia de CEGYR

Dr. Sergio Papier; Dra. Vanesa Rawe; Dr. Rubén Lipowicz; Lic. Florencia Nodar

Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR)

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el manejo las parejas donde el hombre es seropositivo y la mujer seronegativa para poder satisfacer sus deseos de descendencia y a la vez proteger a la madre y al recién nacido.

Material y métodos. Entre septiembre de 1999 y agosto de 2004 se realizaron 30 ciclos de inseminación intrauterina con una muestra de semen previamente procesada mediante centrifugación en gradientes discontinuos (50%, 90%) de Percoll, resuspensión del sobrenadante y una técnica de swim-up migración, y luego estudiada para detección viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Resultados: Se han realizado hasta el momento 30 ciclos de reproducción asistida de baja complejidad (inseminación intrauterina) en 15 parejas y 2 ciclos de alta complejidad, una transferencia de embriones criopreservados y un tratamiento de ovodonación. Se han criopreservado 67 muestras de semen luego de ser procesadas. Treinta y un muestras fueron utilizadas para inseminación intrauterina. Las tasas de embarazo por ciclo de baja complejidad y por paciente fueron de 26,67% y 57,14% respectivamente. Dos pacientes abortaron. De los ciclos de alta complejidad se consiguió un embarazo doble con el nacimiento de 2 recién nacidos sanos en una paciente y un embarazo doble monocigótico luego de la transferencia de embriones criopreservados. No se

observaron seroconversiones en las mujeres ni en los bebés estudiados hasta la actualidad.

Conclusión: Las técnicas de reproducción asistida de la manera reportada, parecen ser un método de elección para satisfacer los deseos de descendencia de estas parejas.

Test de Penetración de hamster utilizando ovocitos congelados con diferentes concentraciones de sacarosa

Dra. María Victoria Eyheremendy; Dra. María Fernanda Raffo; Dra. Claudia P. Sanjurjo; Dr. Jorge A. Blaquier

Centro Médico FERTILAB, Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar la sobrevivencia y la funcionalidad de ovocitos de hamster congelados y descongelados usando diferentes concentraciones de sacarosa y luego utilizadas para el test de penetración por espermatozoides humanos.

Materiales y métodos: Se utilizaron 696 ovocitos congelados y 800 frescos como control. El protocolo de congelamiento fue lento y se usaron como crioprotectores 1,5M propanediol (Sigma) y diferentes concentraciones de sacarosa (Sigma) en medio HTF HEPES(SAGE) +30%SSS(IRVINE). La descongelación se realizó en forma rápida pasando los ovocitos por concentraciones descendientes de propanediol y diferentes concentraciones de sacarosa +30 % SSS en HTF HEPES. Las muestras de espermatozoides se obtuvieron de pacientes de nuestro programa de reproducción asistida y se utilizaron para el test de penetración de ovocitos de hamster, Análisis estadístico: Test de Student.

Resultados: Tabla

Congelación	Descongelación		Congelados	Control	Nº ovos
HTF H O.1MSac	HTF H O.2MSac	91	25	46 ^A	646
HTF H O.1MSac	HTF H O.0MSac	94	58	54 ^B	300
HTF H O.2MSac	HTF H O.0MSac	90	49	58 ^C	550

Tabla

Conclusión: Encontramos que la concentración inicial de sacarosa 0,1M fue suficiente para lograr una buena deshidratación de los ovocitos observándose igual sobrevida en todos los grupos de estudio. La capacidad de los ovocitos congelados y descongelados para ser penetrados por espermatozoides humanos se mantuvo intacta en los grupos descongelados con sacarosa 0,3M en tanto fue significativamente menor en aquellos descongelados con 0,2M. La presencia de altas concentraciones de sacarosa en el momento del descongelamiento haría más lenta la entrada del agua dentro de la célula, protegiendo así la funcionalidad del ovocito.

Estudio del uso meiótico por microscopía de luz polarizada en ovocitos metafase II y su relación con patrón pronuclear y calidad embrionaria.

Dr. Ariel Ahumada; Dr. David Notrica; Dra. Liliana Blanco; Dr. Enrique Salama

Procrearte S.A., Red de Medicina Reproductiva y Molecular. Capital Federal, Buenos Aires.

El potencial de desarrollo embrionario depende entre otras variables de la calidad ovocitaria. Por lo tanto la integridad estructural del huso meiótico debería ser una medida indirecta de la calidad embrionaria. La normalidad del huso puede predecir una apropiada distribución de cromosomas tanto en el ovocito como en el futuro embrión.

Objetivo: Estudiar el huso meiótico y su relación con marcadores de potencial de desarrollo y calidad embrionaria.

Materiales y Métodos: Se analizó en forma retrospectiva un grupo de 43 pacientes que se sometieron a tratamientos de reproducción asistida. Se estudió un total de 320 ovocitos en MII. Previo al procedimiento de ICSI, los ovocitos fueron desnudados de las células del cúmulo y corona y luego observados en un microscopio con óptica de luz polarizada para localizar y caracterizar al

huso meiótico. Empleando un software ad hoc se registraron las imágenes del huso meiótico para la cuantificación de birrefringencia. A las 18-20 h post ICSI se evaluó, en el cigoto, el patrón de ordenamiento de nucleolos en pronúcleos (PN) y a tercer día se estimó la calidad embrionaria de acuerdo al número de células, porcentaje de fragmentación y regularidad del clivaje.

Resultados: De los 320 ovocitos en MII estudiados, 74 % (237/320) mostró un huso localizado bajo el primer cuerpo polar (1pb), 8 % (26/320) se disponía entre 90-180° y en un 6 % (19/320) no se reconoció huso meiótico. En el 12 % (38/320) restante se identificó husos mal orientados y localizados fuera del cortex del ovocito. Del total de husos correctamente localizados, el 79 % (187/237) muestra valores normales de birrefringencia y el 21 % (50/237) restante niveles significativamente inferiores de birrefringencia. En el primer grupo se encuentra un porcentaje significativamente mayor de cigotos con apropiada polaridad de PN y concomitantemente un número significativamente más alto de embriones de máxima calidad.

Conclusiones: La presencia de husos con birrefringencia normal está asociada al grupo de pacientes con mayor número de cigotos con PN polarizados y el más alto porcentaje de embriones de máxima calidad.

Cuáles son los parámetros seminales que se relacionan con mayor tasa de embarazo en la inseminación intrauterina

Dr. Omar Layus; Dr. N. Bouzas, Dr. C. Goetze; Dr. Agustín Pasqualini

Halitus Instituto Médico. Sección Andrología

Objetivo: Evaluar los diferentes parámetros seminales y su relación con la tasa de embarazo en la inseminación intrauterina.

Material y método: Se compararon dos poblaciones de inseminaciones intrauterinas, separadas en dos grupos, **grupo A** constituido por aquellas inseminaciones

que lograron el embarazo (n=100) y el **grupo B** por las inseminaciones con resultado negativo (n=268).

En ambos grupos se evaluó el volumen final, concentración y morfología según criterio estricto de Kruger del semen utilizado. Todas las IUI fueron indicadas por factor masculino, con respecto a los parámetros femeninos la edad promedio fue de 37 años y FSH femenina dentro de parámetros normales.

El diseño del estudio fue retrospectivo, observacional, descriptivo, para el tratamiento estadístico, se utilizó la prueba del chi-cuadrado.

Resultados: el **grupo A (embarazo)** presentó un volumen final promedio de 0.5ml, una concentración promedio de 29,9 millones/ml y morfología estricta promedio de 10%, el **grupo B (no embarazo)** presentó un volumen final promedio de 0,4 ml, una concentración promedio de 21,3 millones/ml y morfología estricta promedio de 11%.

La diferencia en el Kruger de ambas poblaciones no fue significativa (p=0,6921), en tanto que el volumen final inseminado (p=0,0458) y la concentración espermática (p=0,0014) si presentaron diferencia significativa.

Luego se evaluó la distribución de los 100 embarazos de acuerdo al Kruger constatando que el 9% de estos se produjeron con Kruger de 1-4%, 57% se distribuyeron en la población entre 5-14% y con más de 15% el 36% restante.

Conclusión: El Kruger en nuestra población no muestra diferencia significativa, pero cuando éste se halla por encima de 5 %, asociado a una concentración espermática significativa, la tasa de embarazo es mayor.

El pronóstico de las pacientes bajas respondedoras está condicionado para la calidad embrionaria

Dra. Adriana Grabia; Dra. Karina Maero;
Dra. Susana Kopelman; Dr. Claudio Chillik.

CEGYR. Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción.

Objetivo: Comparar los resultados de una técnica de reproducción asistida de alta complejidad (TRA) en pacientes bajas respondedoras vs. normorrespondedoras que realizan una transferencia de 2 embriones de buena calidad.

Pacientes y Métodos: Se estudiaron 225 pacientes que realizaron una TRA y presentaron una baja respuesta (< 5 ovocitos). Se consideraron las pacientes que transfirieron 2 embriones de buena calidad divididas por edad: grupo 1 (< 38 años, n = 57) y grupo 2 (38 años, n = 20) y se compararon con las pacientes normorrespondedoras con iguales condiciones de transferencia embrionaria pertenecientes al mismo grupo etario (grupo 3 : < 38 años, n = 347 y grupo 4: 38 años, n = 103).

Se evaluaron la tasa de implantación, embarazo y aborto.

El análisis se realizó con el test de Chi cuadrado.

Resultados: La tasa de embarazo fue similar independientemente de la reserva ovárica para cada grupo etario (38.5% grupo 1 vs. 41.2 % grupo 3 y 25 % grupo 2 vs. 30 % grupo 4 p= 0.7). No se encontraron diferencias significativas cuando se compararon las tasas de implantación (17.6 grupo 1 vs. 20.1% grupo 3 y 10.9 grupo 2 vs. 10.6% grupo 4) y de aborto (22.7 vs. 23 % y 40 vs. 32.2 %) .

Conclusiones: En presencia de una transferencia con buena calidad embrionaria las pacientes bajas respondedoras mostraron resultados similares a las pacientes con adecuada reserva ovárica.

Ovocitos con área central oscura se asocian a pobres resultados reproductivos

Dr. José Ordóñez; Biol. Mariana Hernández; Dra. Karina Maero; Dr. Gustavo Estofán

CIGOR Centro Integral de Ginecología Obstetricia y Reproducción. Córdoba.

Objetivo: Determinar si la presencia de ovocitos con área central oscura (O-ACO), se relaciona con parámetros clínicos, posibilidad de recidiva y resultados en ciclos de ICSI.

Material y Métodos: trabajo prospectivo de cohorte analizando 401 ciclos de ICSI. La edad promedio de las pacientes fue 31.7 años. Independientemente del esquema de estimulación (agonistas, antagonistas más gonadotrofinas) se analizaron un total de 2533 ovocitos MII y 389 transferencias.

Resultados: El 9% de los ovocitos fueron O-ACO. Solo el 5% de los ciclos presentó una cohorte con más de 60% de O-ACO y en el 25% se encontró al menos un O-ACO. La presencia de O-ACO no se relacionó ni con la edad, tipo de estimulación, valor total o por folículo de estradiol, madurez de la cohorte ni con el número de ovocitos.

En pacientes con cohorte de 60% o más de O-ACO, las tasas de implantación, embarazo bioquímico y clínico fueron significativamente más bajas ($p=0.005$, 0.005 y 0.05 respectivamente).

La recidiva fue del 90% cuando la cantidad de O-ACO fue mayor al 60% .

Hubo 14 transferencias donde se transfirieron todos embriones provenientes de O-ACO, logrando solo 2 embarazos (14.2%), mientras que cuando se transfirió al menos un embrión proveniente de óvulos no ACO la tasa de implantación fue del 14%, embarazo bioquímico de 27% y embarazo clínico 34%.

Conclusión: No hay asociación evidente entre parámetros clínicos y O-ACO pero sí pobres resultados reproductivos y mayor tendencia a la recidiva en estas pacientes.

Edad avanzada y fertilidad ¿un fenómeno social in crescendo? nuestra experiencia hospitalaria

Dra. Irene Dall'Agnoletta; Dra. Margarita Alfile; Dra. Claudia Rodari; Dr. Juan José Etchepareborda.

Sección Esterilidad 1º cátedra Ginecología, Hospital de Clínicas "José de San Martín"

Es sabido que la fertilidad en la mujer decrece luego de los 37 años, y aún más después de los 40. Debido a los cambios acontecidos en la sociedad, la paciente consulta en forma más tardía.

A esto se agrega los embarazos logrados por mujeres famosas, que instan a nuestras pacientes en soñar con la posibilidad de concebir a pesar de estar en la 5ª década de la vida.

Objetivo: Determinar el aumento de la incidencia de consultas de pacientes de edad avanzada en el servicio de Esterilidad de la 1ª Cátedra de Ginecología, Hospital de Clínicas "José de San Martín" en el período comprendido 2002-2004.

Material y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de todas las consultas de 1ª vez registradas en el Servicio de Esterilidad, del Hospital de Clínicas, desde mayo de 2002 a septiembre de 2004, dividiendo este período en 3 etapas:

1) mayo 2002-30 abril 2003, 2) mayo 2003-30 de abril 2004, 3) mayo 2004 hasta la fecha, comparándolas entre sí.

Las pacientes fueron divididas en 2 grupos: 1) Menor de 37 años y 2) Igual o mayor de 37 años.

Resultados: Total pacientes 1ª vez: 1413.

Se realizó el Test Student encontrando diferencia significativa entre los dos grupos de pacientes

Conclusión: Se observa un aumento de las consultas de pacientes mayores de 37 años.

Se discuten las implicancias médicas y sociales y el difícil rol del profesional del ambiente hospitalario ante este fenómeno.

¿Donante anónima o conocida?

Psic. Luisa Barón; Dra. Alejandra Korek

Fundación IMPSI, instituto para la ayuda médico psicológica, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Estudiar las motivaciones para recurrir o no a donante conocida durante el período de espera en un programa de ovodonación.

Material: Se contactaron 50 parejas de un programa de ovodonación de IMPSI que estaban en período de espera. Tiempo de espera entre 2 meses y 4 años. Mujeres entre 26 y 51 años

Método: Cuestionario anónimo inicial. Entrevistas individuales con la pareja. Entrevistas grupales.

Resultado: Medio por el que se enteraron de la posibilidad de donante conocida: 77.3% por su médico. Pacientes que habían oído hablar de donante conocida 44%.

Antes del tratamiento prefieren donante conocida: 18%. Donante anónima: 82%.

Motivaciones para elegir donante conocida: temor a lo desconocido, parecido genético. Pacientes que eligen donante conocido: amiga: 68% hermana: 22.8% Otro: 13.6%. Sin respuesta: 18.2%.

Características que priorizan: salud 63.6%, edad 27%. Nivel de coincidencia en la pareja para solicitar donante conocida: ambos 75%, desacuerdo del marido 25%. Motivaciones para elegir donante anónimo: problemas futuros con la donante: 6 pac. Temor de trauma futuro para el niño: 30 pac. Se analizan otras razones.

Conclusión: En este grupo de pacientes hay otra tendencia a elegir donante anónima.

El paso del tiempo es la principal motivación para elegir donante conocido. Las pacientes que eligieron donante conocida tenían más de 10 meses de espera. Preferían más una amiga que una hermana.

La falta de donantes anónimas voluntarias tienen gran incidencia.

Aspectos legales de la dación de gametas

Dra. Claudia E. Silvani (Abogada), Dra. Patricia M. Casal (Escribana)

Objetivo: Incursionar en el análisis jurídico de la dación de gametas y sus implicancias.

Contenido: Gametas: calificación jurídica. Disposición. Donación y dación. Características de la dación.

Intimidad. Dación de semen y óvulos. Dadora no paciente. Posibles conflictos de la dación y alternativas de solución. técnicas heterólogas y Régimen de Filiación nacional. Jurisprudencia internacional. Consentimiento informado. Recomendaciones

Conclusiones: Ante la ausencia de legislación específica, la dación de gametas divide a los juristas entre quienes la aceptan y quienes indiscriminadamente no admiten la práctica. Sin embargo, la vida misma nos pone ante pacientes que diariamente aceptan esta posibilidad que la medicina ofrece.

Ellos y los profesionales se enfrentan a decisiones que involucran, entre otros, el derecho a la Identidad del niño y a la Intimidad del dador, a veces contrapuestos.

Igualmente trascendente es, frente a la legislación vigente, el tratamiento de supuestos antes impensables como la mujer que da a luz a un niño con el que no tendrá conexión genética, o el caso de la maternidad por subrogación.

Finalmente, el consentimiento informado y su instrumentación, necesariamente más rigurosa que en otros casos. El mencionado tiene la finalidad de proteger al paciente y al médico, igualmente vulnerable ante situaciones no reguladas por ley y donde sólo su buen saber lo proveen de lineamientos para su actuar diario.

Aspectos legales del consentimiento informado

Dra. Claudia E. Silvani (Abogada), Dra. Patricia M. Casal (Escribana)

Objetivo: Concientizar la trascendencia jurídica del “Consentimiento Informado” en la práctica médica general y especialmente en la Reproducción Humana Asistida.

Contenidos: Consentimiento informado: orígenes y análisis del vocablo. La formación de la voluntad y su exteriorización conforme a la normativa vigente. Forma y Prueba. El que y el cuanto informar. Excepciones legales al deber de informar. Reproducción Humana Asistida: Análisis del tema en los proyectos Nacionales. Reflexiones y recomendaciones jurídicas sobre el Consentimiento informado en una práctica médica ausente de legislación específica. Ejemplos. Destino de embriones. P.G.D. Dación de Gametas.

Conclusión: El tema abordado no es de fácil tratamiento en el hacer médico cotidiano donde teoría y práctica se distancian. Sin perjuicio de ello consideramos jurídicamente importante destacar: 1) El Consentimiento informado (manifestación del principio bioético de Autonomía) es requisito previo e ineludible en actos que involucren la disposición del propio cuerpo. 2) Debe entenderse como un proceso gradual y continuado de comunicación e información entre el profesional y el paciente, actuando este último en la toma de decisiones. 3) La necesidad de un abordaje interdisciplinario a los fines de garantizar una comprensión acabada de todos los aspectos comprometidos en la toma de decisión. 4) La importancia de concientizar (no siempre presente en la comunidad médica) entre “el acto volitivo del paciente” por el cual, previa información, toma una decisión y “la forma de exteriorización de su voluntad” (oral, escrita: instrumento privado y/o instrumento público).

Elección de la donante ideal en un programa de donación de ovocitos

Dr. Rubén Lipowic; Dra. Karina Maero, Dr. Santiago Brugo Olmedo; Dr. Gabriel Fiszbajn

Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR)

Introducción: Desde 2002 hemos incorporado mujeres jóvenes y sanas para ser donantes voluntarias de ovocitos para optimizar los resultados de nuestro programa de ovodonación. **Objetivo:** Identificar las variables en las donantes que puedan tener un impacto significativo sobre los resultados reproductivos en las receptoras.

Material y métodos: Se realizaron 44 ciclos de ovodonación en 128 receptoras, entre febrero y noviembre de 2003 en 33 mujeres voluntarias sanas cuyas edades oscilaron entre 21 y 34 años. Dividimos nuestra población en dos grupos por cada parámetro estudiado: edad de la donante (< 25 y ≥ 25 años); presencia o no de embarazos previos, nivel de estradiol el día de la hCG (< 1500pg/ml o ≥ 1500pg/ml); número de ovocitos metafase II obtenidos (< 15 o ≥ 15 ovocitos) y número de receptoras por donante (< 4 o ≥ 4 receptoras).

Resultados: Se obtuvieron tasas de implantación y de embarazo de 23.46% y 39.20% respectivamente.

Categorías niveles de estradiol, número de ovocitos metafase II y número de receptoras por donante. Las tasas de embarazo e implantación mejoraron significativamente en pacientes más jóvenes (55.56% vs 30.00%, p= 0.0073 y 35.63% vs 17.34%, p= 0.0018 respectivamente) pero no fue así con la tasa de abortos. La tasa de embarazo fue también significativamente superior en las donantes que no tuvieron embarazos previos (53.06% vs 30.26%, p= 0.015)

Conclusiones: Al elegir la donante de ovocitos ideal, la edad parece ser el mejor predictor de éxito. Es interesante el hallazgo de que las donantes nuligestas tuvieron mejores tasas de embarazo. Es probable que existan otros factores que determinan esta situación como la edad o los niveles de estradiol.

Factores pronósticos asociados a las receptoras sobre los resultados de un programa de ovodonación

Dr. Rubén Lipowic; Dra. Karina Maero; Lic. Sabrina De Vicentis; Dr. Gabriel Fisz bajn

Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR)

Objetivo: Identificar variables en las pacientes receptoras que puedan tener un impacto significativo sobre las tasas de implantación y embarazo en un programa de donación ovocitaria

Diseño: Estudio retrospectivo, comparativo

Material y métodos: Entre febrero y noviembre de 2003, se realizaron 44 ciclos de donación de ovocitos en 128 receptoras cuyas edades oscilaron entre 30 y 47 años

Las pacientes fueron divididas de acuerdo a los siguientes parámetros: 1) edad de las receptoras (<40 o ≥40 años); 2) estado menopáusico; 3) espesor endometrial en el doceavo día de exposición a estrógenos (<9mm o 9mm) y 4) presencia de patología ginecológica asociada como miomas uterinos, endometriosis, hidrosalpinx o factores genéticos

Se compararon en cada grupo las tasas de implantación y embarazo clínico.

Resultados: La tasa de embarazo global fue 39.20% y la tasa de implantación fue 23.46%. No se observaron diferencias significativas en las tasas de implantación y embarazo cuando se consideraron los grupos por edad de la receptoras (20% y 44.44% vs 19.66% y 42.68%); estado menopáusico (17.28% y 38.88% vs 20.67% y 44.95%); y espesor endometrial (22.68% y 46.80% vs 19.09% y 42.69%). El grupo de mujeres con patología ginecológica mostró una menor tasa de embarazo aunque los resultados no alcanzaron significación estadística (18.26% y 40.77% vs 23.83% y 50.00%)

Conclusiones: Ninguna de las variables seleccionadas sobre las receptoras por sí sola fue predictora de embarazo. Los datos sugieren que los resultados de un programa

de ovodonación no dependen de los parámetros estudiados aisladamente.

Índice de masa corporal y función reproductiva

Dra. Ana María López Diego; Dr. Carlos Allami; Dra. Laura Mitelberg; Dr. Oscar Levalle

División Endocrinología, Grupo de Reproducción Humana, Hospital Carlos G. Durand. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Conocer los porcentajes de índice de masa corporal (BMI) en pacientes que consultaron por esterilidad o infertilidad en comparación con mujeres que consultaron para realizar controles ginecológicos de rutina.

Material y métodos: Se seleccionaron un total de 148 pacientes entre 21 y 43 años que consultaron por esterilidad (76 mujeres) o por infertilidad (72 mujeres). El grupo considerado control quedó conformado por 79 mujeres que concurren para un control ginecológico de rutina. En todas ellas se registró en la primera consulta peso y talla y se calculó el BMI según la fórmula peso/talla². Se utilizó el Test χ^2 y se aplicó una significación estadística de $p < 0.05$.

Diseño: retrospectivo, descriptivo, randomizado, observacional.

Resultados: La incidencia de bajo peso en el grupo de pacientes infértiles fue menor al observado en el grupo control (8.5% vs 21%), $p < 0.04$. En el grupo de pacientes estériles se registró un porcentaje mayor de mujeres con peso por encima del saludable (BMI >25) que en el grupo control (34.3% vs 19%), $p < 0.05$. No se detectaron diferencias significativas entre las restantes categorías de los grupos evaluados.

Conclusiones: Los datos consignados relacionan la incidencia de peso por encima del saludable con el grupo de pacientes estériles más que con la patología vinculada a la infertilidad, no confirmándose alteraciones significativas del BMI en las pacientes

con pérdida gestacional reiterada. Las pacientes con sobrepeso-obesidad serían más tendientes a ser estériles que infértiles, probablemente vinculado con una mayor incidencia de anovulación sustentada por una insulinoresistencia-hiperinsulinemia acorde a su estado nutricional. En estériles con BMI <25 el ritmo menstrual fue normal en el 90% de los casos, mientras que en estériles con BMI >25 el porcentaje de ciclos regulares fue del 53.8%. Parecería que el BMI no se relacionaría con las patologías que dan como resultado las pérdidas gestacionales reiteradas.

Aborto habitual, implicancias diagnósticas y terapéuticas

Dr. Carlos Allami; Dra. Laura Mitelberg;
Dra. Ana María Lopez Diego; Dr. Alejandro Bagliano

División Endocrinología, Grupo Reproducción Humana, Hospital Carlos G. Durand. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Conocer causas, tratamientos instituidos y el resultado terapéutico, evaluando los embarazos logrados y su finalización.

Material y métodos: Se estudiaron en 61 pacientes las siguientes etiologías: genética, metabólico-endocrina, uterina, tóxica (drogadependencia), inmunohematológica, infectológica, el factor masculino y el estado general. Esto permitió el diagnóstico de las siguientes causas: a) genéticas (n=3); b) inmunohematológicas (n= 4); c) endocrino-metabólicas (n=7); d) uterinas (n= 4); e) tóxicas (n= 1); y f) factor masculino (n = 2). Se constituyeron 2 grupos: A) causas inmunohematológicas, que se subdividió en A1, en las que el único factor fue el antedicho: n=12 (29 %) y A2 asociadas a otra patología n =31 (71 %). El grupo B incluyó al resto de las patologías. Los tratamientos instituidos fueron etiológicos y múltiples, ya que en la gran mayoría de las pacientes se encontró más de un factor.

Diseño: retrospectivo, caso control.

Resultados: En el grupo A1 se lograron 4 embarazos en 4 mujeres, y en el A2, 18 en 15. En el grupo B 5 embarazos en 4 pacientes. De los 27 embarazos logrados en 23 mujeres, 10 (37 %) llegaron a término, 8 (30 %) fueron no viables, 7 (26 %) se encuentran en evolución satisfactoria, y 2 (7%) con evolución ignorada.

Discusión: Existe elevada incidencia del factor inmunohematológico, que en forma aislada o asociada a otra etiología comprende el 72 % de los casos evaluados. Esto justifica la pesquisa sistemática e ineludible de los mismos en todas las abortadoras recurrentes.

Conclusiones: Logrado el diagnóstico adecuado se posibilitó una alta tasa de recuperación reproductiva y de viabilidad fetal. También resulta destacable la multi-causalidad habitualmente detectada en la etiopatogenia de esta patología.

Valor del volumen ovárico y número de folículos antrales para predecir la respuesta a la HOC, en ciclos que contemplan antagonistas de GnRH

Dra. María Laura Ret Dávalos¹; Dr. Daniel Senestrari; Dr. José Ordóñez; Dr. César Augusto Sánchez Sarmiento C.A.¹

¹Unidad de Medicina Reproductiva, Sanatorio Allende. ² C.I.G.O.R. Córdoba, Argentina.

Objetivo: Determinar valor predictivo del volumen ovárico (VO) y folículos antrales (FA) en la respuesta a la hiperestimulación ovárica, al utilizar antagonistas de GnRH.

Pacientes y métodos: Prospectivo, casos controles. Se analizaron 58 ciclos (57 pacientes) para TRA (FIV o ICSI). Previo a estimulación, se midió FSH, Estradiol, volumen ovárico y número de folículos antrales. Se estudió un grupo que utilizó antagonistas de GnRH, y otro control que empleó agonistas.

Se comparó el número de folículos maduros, ovocitos, número y calidad de embriones y tasa de embarazo. Se empleó análisis de regresión logística, Test de Student y prueba de Chi cuadrado.

Resultados: VO promedio fue 7,18 cm³. No se relacionó con el número de folículos maduros ni ovocitos. El número de FA presentó mediana de 7 y mostró correlación significativa con estos parámetros. Ninguno predijo tasas de embarazo.

La tasa de embarazo químico fue de 27,6%, todos en el grupo control.

Conclusión: VO y FA no predijeron tasa de embarazo en la HOC, independientemente de la edad y la reserva ovárica. Se encontraron resultados desfavorables en el grupo de antagonistas de GnRH, pero podría deberse a falta de randomización.

Utilización de LH recombinante para hiperestimulación ovárica en ciclos de Fertilización in Vitro (FIV) de pacientes con LH basal baja.

Dr. Enrique Salama; Dr. Gastón Rey Valzacchi; Dra. Laura Kanzepolsky, Dr. Carlos Carrere

Procreate, Red de Medicina Reproductiva y Molecular, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar la utilidad del agregado de rLH, en pacientes con LH baja al inicio de la hiperestimulación ovárica en ciclos de FIV.

Material y métodos: Entre marzo y septiembre de 2003, 97 pacientes efectuaron en el ciclo previo a la FIV, tratamiento con acetato de noretisterona 10 mg/día. Luego de la suspensión del mismo, se midió LH previo al inicio de la terapia con gonadotropinas. Las pacientes recibieron 225UI diarias de rFSH y con un tamaño folicular de 15 mm se agregó el antagonista de GnRH. Fueron aleatorizadas en dos grupos: A- continuaron con el mismo protocolo (grupo sin LH) y B- desde el inicio del anta-

gonista se reemplazaron 75 UI de rFSH por 75 UI de rLH (grupo con LH). Veintisiete pacientes de las 97 estudiadas presentaron LH basal menor a 1.0 mUI/ml, 14 en el grupo A y 13 en el grupo B. En este grupo de 27 pacientes (LH baja) se evaluaron las tasas de embarazo, de implantación y de nacidos vivos por ciclo.

Resultados: La tasa de embarazo, tasa de implantación y de nacidos vivos por ciclos en pacientes con LH basal baja fue significativamente mayor en términos clínicos cuando se agregó LH (grupo B) (28,5% vs 53,8%) (7% vs 25%) y (21,4% vs 38,4%).

Conclusiones: Una proporción considerable de pacientes (27,8%) que reciben acetato de noretisterona en el ciclo previo a una fertilización in vitro tienen niveles bajos de LH antes de iniciar la terapia gonadotrófica. Este grupo de pacientes podría beneficiarse con el agregado de LH. Esta hipótesis debiera ser demostrada con un ensayo clínico con ese objetivo principal.

Luteinización prematura en ciclos de ART con antagonistas de GnRH: ¿Pueden los niveles de progesterona ser utilizados como valor predictivo de éxito?

Dra. Laura Kanzepolsky; Dr. Gastón Rey Valzacchi; Dr. Enrique Salama, Dra. Liliana Blanco

Procreate Red de Medicina Reproductiva y Molecular, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue determinar la incidencia y evaluar el efecto de la luteinización prematura en ciclos de fertilización asistida en los cuales se utilizaron antagonistas de GnRH.

Material y métodos: Entre marzo y septiembre de 2003, 87 pacientes normogonadotróficas de entre 25 y 39 años de edad con indicación de procedimientos de fertilización asistida de alta complejidad, fueron incluidas en protocolos de inducción de la ovulación con antagonistas de GnRH

asociados a gonadotropinas recombinantes. Se determinaron los niveles de progesterona y LH el día de aplicación de HCG. Se las dividió en dos grupos de acuerdo a los niveles de progesterona considerando como punto de corte para la determinación de luteinización prematura niveles mayores a 1.5 ng/ml el día de la HCG. Se definió como grupo 1 (P4 > 1.5) y grupo 2 (P4 ≤ 1.5). Los parámetros evaluados fueron tasa de embarazo evolutivo y tasa de implantación.

Resultados La incidencia de luteinización prematura fue de 52.87% (46/87).

Conclusiones: La luteinización prematura en pacientes estimuladas con antagonistas de GnRH y gonadotropinas recombinantes se presenta en una alta incidencia. Este fenómeno no pareciera influir en las tasas de embarazo e implantación comparando ambos grupos.

	N	Tasa de embarazo (%)	Tasa de implantación (%)	P=0.05
Grupo 1	46	34.78%	16.8%	N.S.
Grupo 2	41	31.70%	15.31%	N.S.

Resultados obtenidos mediante el uso de antagonista GnRH en dosis única versus dosis múltiple en tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad

Dr. Sergio Papier; Dr. Rubén Lipowicz; Dr. Jorge Loncarich; Dr. Juan M. Baronio

Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción. (CEGYR)

Introducción: A principios de 2004 realizamos un estudio retrospectivo para evaluar si la administración de la preparación de 3mg de Cetorelix daba iguales resultados que la administración diaria de 0,25mg. Visto que los resultados no arrojaron diferencias significativas decidimos continuar con un estudio prospectivo y randomizado.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos con el uso de antagonistas de la GnRH,

en administración de dosis múltiple (0,25 mg) versus dosis única de 3 mg en protocolos de estimulación de la ovulación para reproducción asistida de alta complejidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo, comparativo y randomizado en dos grupos de 20 pacientes cada uno, que realizaron 40 ciclos de estimulación ovárica para FIV o ICSI entre septiembre de 2003 y julio de 2004, el grupo 1 (n=20) dosis múltiple, flexible de 0,25 mg, y el grupo 2 (n=20) dosis única, flexible de 3 mg.

Resultados: Las características clínicas de las pacientes y los requerimientos de gonadotropinas fueron similares en ambos grupos. No se observaron diferencias significativas en los resultados en cuanto a número de ovocitos, número y calidad de los embriones obtenidos. Tampoco se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las tasas de implantación y embarazo.

Conclusión: El protocolo de dosis única ofrece similares resultados y seguridad que el protocolo dosis múltiple, teniendo como ventaja la comodidad de requerir una sola administración.

Patrón de ruptura del oolema durante ICSI y presencia de agonistas o antagonistas GnRH durante la estimulación ovárica

Dr. Fernando Beltramone; Biol Maiana Hernández; Biol. Andrea Dematteis; Dr. Gustavo Estofán

Centro Integral de Ginecología, Obstetricia y Reproducción (CIGOR). Córdoba, Argentina.

Objetivos: Se han descripto cuatro patrones de ruptura del oolema en ICSI: *tipo A, AB, B y C*, dependiendo de la elasticidad del mismo. El objetivo del presente trabajo es determinar si existen diferencias en el patrón de ruptura del oolema, en ovocitos de ciclos estimulados con agonistas vs. antagonistas de GnRH.

Pacientes y Métodos: Mediante un estudio prospectivo de cohorte, se analizaron

los patrones de ruptura del oolema de 1810 ovocitos MII inyectados de 271 ciclos de ICSI realizados en CIGOR desde mayo de 2001 hasta junio de 2004, en pacientes hasta 40 años en quienes se usó agonistas GnRH en protocolo largo, (grupo A) o antagonistas (grupo B), además de gonadotrofinas. El análisis estadístico incluyó T-test y χ^2 , considerando significativo $p < 0.05$.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en: Edad, FSH y E2 basal, n de ovocitos y MII inyectados, y embriones transferidos. Se halló diferencia significativa en la tasa de embarazo clínico (34% vs. 20.3% en grupos A y B, $p < 0.05$). En cuanto a los patrones de ruptura, se observó una diferencia significativa en la suma de patrones A y AB (26,31% vs 35,21% en grupos A y B, $p < 0.05$).

Conclusiones: Las pacientes con antagonistas mostraron mayor rigidez en la membrana de sus ovocitos que las pacientes con agonistas. Ya que los ovocitos con mayor rigidez en su membrana muestran mayor tasa de degeneración, esto podría contribuir en la menor tasa de embarazo. No se registra en la literatura otro estudio de estas características.

Suplementación de la fase lutea con estrógeno y progesterona en ciclos de fertilización asistida de alta complejidad utilizando antagonistas de GnRH

Dra. Georgina Meneghini; Dr. Gustavo Botti; Dr. Héctor Miechi; Dr. Carlos Morente

PROAR (Programa de Asistencia Reproductiva de Rosario).

Objetivo: Determinar si la administración de estrógenos junto a la progesterona durante la fase lútea en ciclos de fertilización asistida de alta complejidad en los cuales se utilizaron antagonistas de GnRH mejora la tasa de embarazo y disminuye la tasa de aborto.

Pacientes y método: Se estudiaron en forma retrospectiva 208 pacientes sometidas a hiperestimulación ovárica controlada con antagonistas de GnRH y posterior FIV o ICSI.

Se dividieron a las pacientes en 2 grupos:

Grupo A: se administraron 2 mg/día de estradiol micronizado junto a 600 mg/día de progesterona micronizada el día posterior a la aspiración folicular.

Grupo B: se administraron sólo 600 mg/día de progesterona micronizada el día posterior a la aspiración folicular.

Se analizaron los datos mediante el test de probabilidad de Fisher.

Resultados: En el Grupo A se estudiaron 57 pacientes cuya tasa de embarazo por transferencia fue del 24.6% y la tasa de abortos fue del 21.4%.

En el Grupo B se incluyeron 151 pacientes registrándose una tasa de embarazos por transferencia del 37,7% y una tasa de abortos del 12.3%.

No hubo diferencias significativas en la tasa de embarazo entre los grupos ($p = 0.068$); la tasa de abortos fue significativamente mayor en el Grupo B ($p < 0.001$).

Conclusiones: Teniendo en cuenta estos resultados el agregado de estrógenos en la fase lútea no aparenta ser una estrategia adecuada para mejorar la tasa de embarazo y disminuir la de aborto en ciclos con antagonistas de GnRH.

Utilización de un protocolo flexible de antagonistas de GnRH en reproducción asistida de alta complejidad

Dr. Gustavo Botti; Dra. Anabella Lima; Dra. Nora Monjes; Dr. Carlos Morente

PROAR (Programa de Asistencia Reproductiva de Rosario)

Objetivos: Determinar la eficacia de un protocolo flexible de antagonistas de GnRH en ciclos de FIV/ICSI para prevenir el pico endógeno de LH

Materiales y método: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo durante el período comprendido entre Noviembre del 2003 y Octubre del 2004. Se analizaron 198 pacientes a las cuales se le efectuaron procedimientos de FIV y/o ICSI previa HOC.

La edad promedio de las mismas fue de 34,25 años (rango 24–44 años). 24 pacientes (12,12%) fueron estimuladas con FSH sola, 128 (64,14%) con FSH/HMG, 30 (20,70%) únicamente con HMG y 16 pacientes (8,08%) recibieron CC/HMG.

Se administró el antagonista de GnRH con un protocolo flexible a todas las pacientes.

Resultados: Se cancelaron 2 pacientes (1%) por presentar pico de LH prematuro. El día de inicio del antagonista fue variable (6^º al 12^º día) pero el 84 % de las pacientes comenzó entre los días 8^º y 10^º. El antagonista se administró con un tamaño folicular \geq de 16 mm en el 82% de los casos y los valores de LH promedio el día de inicio fue de 4,08mUI/ml.

La tasa de embarazo fue del 32,14% y la de implantación de 20,10%.

Conclusiones: El uso de un protocolo flexible de antagonistas de GnRH durante los ciclos de FIV/ICSI fue eficaz para prevenir el pico de LH prematuro (99% de las pacientes), obteniéndose una tasa de embarazo e implantación comparable a la de las pacientes sin antagonistas.

Prevención de los embarazos múltiples de alto grado al reducir los embriones transferidos en pacientes de buen pronóstico

Dra. Adriana Grabia; Dr. Claudio Chillik;
Dr. Santiago Brugo Olmedo; Dr. Carlos Sueldo

CEGYR. Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción.

Objetivo: Analizar si el cambio de normativa sobre número de embriones a transferir en pacientes de buen pronóstico, genera un cambio en la incidencia de embarazos múltiples sin impactar negativamente la tasa global de embarazo.

Pacientes y métodos: Se compararon retrospectivamente 187 pacientes < 38 años previo al cambio de normativa (Grupo I),

con 173 pacientes < de 38 años posterior a este cambio (Grupo II). El grupo I transfirió 2 embriones en < 30 años, 3 entre 31 y 35 y 4 en 36 y 37 años. El grupo II recibió 2 embriones de buena calidad.

Resultados: Las edades promedio fueron similares (32 ± 3 vs. 32.3 ± 3.3). El número de embriones transferidos en el Grupo I fue 3 ± 1 (2 ± 1.3 de buena calidad) vs. 2.0 en el grupo II. Las tasas de embarazo clínico fueron 42.5 (Grupo I) vs. 38 % (Grupo II) $p=0.5$. Las tasas de implantación fueron de 22.5 y 24.3% respectivamente (NS). La tasa de embarazos únicos y dobles fueron similares (58.5% y 68.6%) y (32.2% y 29.7%) respectivamente. La tasa de triples fue mayor en el Grupo-I (8.8 %) vs. Grupo II (1.4 %, 1 embarazo luego de la transferencia de 2 embriones) $p =0.07$. No hubo cuádruples un ninguno de los grupos.

Conclusiones: La reducción en los embriones transferidos en pacientes de buen pronóstico tuvo un impacto positivo sobre los embarazos múltiples de alto grado sin afectar la tasa de embarazo global.

Veracidad y preservación de la fertilidad futura

Dr. Roberto Arribere

FECUNDITAS Instituto de Medicina Reproductiva

Objetivos: Determinar el alcance de la información que se brinda al paciente sobre la preservación de la fertilidad futura, que podría estar en juego como consecuencia de tratamientos médicos injuriantes, o cuando el paciente presenta una alteración genética detectada al nacimiento o en la infancia, y que conlleva a una esterilidad en vida adulta tal como sucede con el síndrome de Klinefelter, excepto que se criopreserven espermatozoides intratesticulares previo a la atrofia testicular característica que sobreviene luego de la pubertad.

Métodos: En efecto, los principios bioéticos son la herramienta idónea para ello, dado que provienen de la interdisciplina propia de esa rama del conocimiento, lo que permite analizar la relación médico-paciente desde diversos ángulos abarcanti-

vos de ambas partes de aquella relación.

Resultados: Podemos decir que desde su autonomía el paciente puede o no querer recibir del médico la información referida a las causas y circunstancias de su futura infertilidad. Simultáneamente el principio de beneficencia obliga al médico a informar respecto de la futura esterilidad, habida cuenta de la existencia de técnicas que permiten soslayarla mediante el congelamiento de gametas o de tejido gonadal

Conclusiones: Sin duda entonces, sería adecuado modificar el criterio tradicional del silencio acerca del futuro trastorno reproductivo, debiendo el médico apreciar la predisposición del paciente para recibir tal información permitiéndoles adoptar decisiones informadas y plenamente autónomas acerca de su probable fertilidad.

Manejo simple ambulatorio para prevención y tratamiento del síndrome de hiperestimulación ovárica

Dra. Natalia Vic; Dra. Teresita Georgiatt; Dra. Albertina Paganini; Dr. Agustín Pasqualini

Halitus Instituto Médico

Objetivo: Presentar nuestra experiencia y resultados con el manejo simple y ambulatorio del SHO, mediante la punción precoz del líquido ascítico en ciclos con transferencia embrionaria

Material y método: Estudio descriptivo: Se analizaron retrospectivamente las pacientes que realizaron FIV en el periodo comprendido entre enero 2001 y agosto del 2004. Se analizaron 2812 ciclos, de los cuales hubo 22 casos donde se diagnosticó precozmente SHO (0.78%) mediante la clínica y los hallazgos ecográficos: aumento de tamaño ovárico y ascitis. A este grupo de pacientes se les realizó seguimiento clínico y ecográfico estricto cada 48 hs y paracentesis precoz si la ecografía mostraba bolsillo de líquido ascítico > 5 cm de diámetro. La paracentesis se realizó de manera ambulatoria por vía transvaginal con o sin anestesia local con aguja de aspiración ubicada en el bolsillo

mas amplio y accesible. Todas las pacientes fueron dadas de alta inmediatamente luego del procedimiento. En ningún caso se suspendió la transferencia embrionaria.

Resultados: Se estudiaron 22 pacientes con diagnóstico precoz de SHO. La edad promedio fue de 30.5 años (27-37). Una paciente se excluyó del análisis por ser donante. La mayoría de las pacientes cursaban su primer ciclo de tratamiento. De las 21 parejas analizadas 13 pacientes presentaron factor masculino severo y 11 pacientes tenían diagnóstico de poliquistosis ovárica. El número promedio de ovocitos MII obtenidos fue de 20.9 (56-0). En solo una paciente no hubo captación oocitaria. El promedio de embriones obtenidos fue de 9.5 (19-0). Se transfirieron entre 2 a 3 embriones, 14 pacientes criopreservaron embriones y 4 pacientes criopreservaron oocitos. Las 21 pacientes desarrollaron la forma precoz (< 9 días post aspiración). Todas las pacientes mejoraron la clínica con una sola punción y solo 5 pacientes requirieron 2 o 3 punciones. La paracentesis inicial se desarrollo en promedio a los 4.73 días (1-9) luego de la captación oocitaria. El promedio de líquido aspirado fue de 1740ml (250-9000ml). Ningún caso requirió hospitalización. Hubo 12 casos de embarazo TE 57.14% (12/21), 3 de los cuales fue por transferencia de criopreservados. Se detectaron 7 casos de embrión único, 5 casos de embarazo doble. De las 12 pacientes embarazadas se confirmaron 6 casos de recién nacido vivo, 2 casos de aborto espontáneo y 1 caso de aborto posterior a la biopsia de vellosidades coriales.

Conclusión: La punción precoz del líquido ascítico es una estrategia terapéutica simple, y ambulatoria que permite prevenir y disminuir la progresión del SHO en TRA evitando también la cancelación de ciclos con altas tasas de embarazo.

Resultados perinatales en fertilización asistida

Dr. Rodrigo Zlatkes; Dr. Leonardo Mezzabotta; Dra. Victoria Smaltino; Dr. Marcelo Martínez

Halitus Instituto Médico

Objetivo: Conocer los resultados perinatales en embarazadas bajo Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA) de diferente complejidad y su comparación con embarazos espontáneos.

Materiales y Métodos: incluimos 1137 embarazos únicos de > 500 gs. o >22 sem. atendidos en nuestra institución en el período comprendido entre 01/01 y el 04/04. Dentro del grupo de las pacientes con embarazos bajo TRA, consideramos 2 categorías: baja complejidad (Grupo I) (Inseminación intrauterina, Estimulación y Relaciones) y alta complejidad (Grupo II) (ICSI, FIV, OD). En ambos grupos determinamos las siguientes variables: Peso promedio al nacer, Edad Gestacional promedio, Mortalidad Perinatal y depresión grave al nacer (Apgar <7 a los 5'). Los resultados de ambos grupos fueron comparados con el total de embarazos únicos espontáneos ocurridos en el mismo período. El estudio ha sido diseñado en forma retrospectiva observacional, descriptiva. Para el tratamiento estadístico se utilizó la prueba del chi-cuadrado ($P < 0,05$) y el programa de estadística Instat 3.

Resultados: el peso promedio al nacer en gramos fue de 3149 (GI), 3152 (GII), 3238 (GIII). La edad gestacional promedio en semanas correspondió a: 38,5 sem.(GI), 38,3 sem. (GII) y 38,7 sem. (GIII). El análisis conjunto de la mortalidad perinatal y la depresión grave al nacer fue de 8,5 por mil (GI) y 8,9 por mil (GIII). La comparación de las variables analizadas no arrojó diferencias significativas entre los diferentes grupos. La ausencia de mortinatos y/o deprimidos graves en el grupo II, no permitió realizar análisis comparativos con los demás grupos.

Conclusiones: El antecedente de reproducción asistida no constituyó en nuestro estudio un factor que modificase los resultados perinatales al compararlo con aquellas pacientes con embarazo espontáneo. Dichos resultados no variaron aún al considerar el grado de complejidad del tratamiento instituido.

Estos resultados contribuyen a excluir el antecedente de Reproducción Asistida como factor de riesgo perinatal.

Malformaciones uterinas. Abordaje diagnóstico y propuesta terapéutica en un centro privado de fertilidad

Dr. Fabián Lorezo; Dr. Rodrigo Zlatkes; Dr. Marcelo Martínez; Dr. Agustín Pasqualini

Halitus Instituto Médico

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de las malformaciones uterinas y resultados reproductivos en los últimos dos años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo; con revisión de las historias clínicas de 8 pacientes con dx de malformación uterina entre el 1/10/02–1/10/04.

Se consideraron las siguientes variables: edad de la paciente, paridad, dx pre y post operatorio, cirugía realizada, complicaciones postoperatorias y resultados reproductivos a la fecha.

Resultados: el promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 33 años (27-44), el principal motivo de consulta fue esterilidad secundaria (37%) (3 pacientes). En 6 pacientes (85%) hubo una discordancia entre el diagnóstico del tipo de malformación pre y postoperatorio (útero bicorne-útero tabicado), encontrándose 5 pacientes con útero tabicado (70%), 1 pte con útero arcuato y 1 pte con malformación uterina compleja: útero didelfo, vagina tabicada, bicollis. El tratamiento más utilizado correspondió a metroplastia histeroscópica + laparoscopia (70%), no encontrándose complicaciones postoperatorias. En cuanto a los resultados reproductivos, se produjo una cesárea a término, un parto prematuro, con buena evolución y actualmente se encuentra una gestación en curso de 28 semanas.

Conclusiones: A pesar de su baja incidencia en la población general, la asociación de las malformaciones uterinas con trastornos de la fertilidad, hace necesario su mayor conocimiento y adecuado tratamiento en centros de reproducción.

La discordancia en el diagnóstico del tipo de malformación uterina pre y postoperatorio que se observa en estos cuadros, determina la utilización de recursos tecnológicos poco habituales como la RMN o últimamente Ecografía 3D-4D para el manejo correcto de la patología existente.

El enfoque multidisciplinario de estos cuadros llevará a una correcta resolución, conduciendo a una mejora de la capacidad reproductiva de la paciente, fin último del tratamiento.

Caso clínico: síndrome de Beckwith-Wiedemann asociado a técnica de reproducción asistida

Dra Josefina Lafaurie, Dr. Rubén Lipowicz, Dra. María Eugenia Miranda, Dr. Juan M. Baronio

Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR)

Introducción: Beckwith-Wiedemann es un síndrome genético donde se observa una alteración a nivel de la región 15 del brazo corto del cromosoma 11. Consiste en una disregulación del crecimiento, que se manifiesta con crecimiento excesivo de órganos, defectos de pared abdominal, malformaciones congénitas, predisposición a tumores (10% de ellos malignos) e hipoglucemia neonatal. Hay evidencias de que puede estar relacionado con imprinting genético. La incidencia es aproximadamente de 1:15.000 nacimientos, con igual incidencia en ambos sexos.

Durante los últimos años se lo viene asociando con las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), debido a que los principales eventos epigenéticos se llevan a cabo durante el desarrollo de la célula germinal y en estadio preimplantatorio.

Caso Clínico: Mujer de 38 años, portadora de gen mutante de Síndrome de Lesch-Nyhan, G2P1A1; con hijo fallecido a los 12 años de edad, por dicho síndrome. Se decide realizar una técnica de ovodonación por antecedente femenino de enfermedad ligada al X.

Se realiza ICSI con semen de su marido de 43 años; con óvulos de donante. Se

transfieren 2 embriones de muy buena calidad dando como resultado embarazo gemelar, con un hijo sano y otro afectado con el Síndrome de Beckwith-Wiedemann por expresión fenotípica (macrosomía, macroglosia, hipoglucemia y hernia umbilical).

Conclusiones: Los últimos estudios demuestran que habría suficientes evidencias para sugerir que las TRA podrían aumentar la frecuencia de enfermedades epigenéticas como el Síndrome de Beckwith-Wiedemann o de Angelman.

Sugerimos una mayor vigilancia de los niños nacidos por TRA durante su primer año de vida y la importancia de informar a los pacientes sobre los potenciales riesgos.

Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) en lugar de fertilización in vitro (FIV) en pacientes que recuperaron bajo número de ovocitos

Dr. Sergio Papier; Lic. Sabrina De Vicentis; Dr. Rubén Lipowicz; Dr. Santiago Brugo Olmedo.

Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGyR)

Objetivo: Determinar si el uso de ICSI en pacientes con pobre respuesta que realizan una técnica de FIV convencional, mejora la tasa de fertilización, el número de embriones obtenidos y transferidos, la calidad embrionaria y las tasas de implantación, embarazo y aborto.

Diseño: Ensayo prospectivo randomizado

Material y métodos: Se analizaron 78 ciclos de alta complejidad que recuperaron ≤ 5 oocitos totales entre septiembre de 1999 y noviembre de 2001. Se randomizaron estos ciclos una vez aspirados los oocitos en un grupo que realizó FIV (Grupo I; 42 ciclos) o ICSI (Grupo II; 36 ciclos).

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad de la mujer, perfil hormonal, duración y tipo de

infertilidad y número de ampollas utilizadas. Los parámetros seminales (en muestras previas y la del día del procedimiento), el estradiol del día de la hCG, el número de folículos desarrollados y el número de oocitos obtenidos tampoco difirieron significativamente. En cuanto a las tasas de fertilización (84,8% vs 75,3%), el número de embriones obtenidos y transferidos, la tasa de implantación (9,1% vs 15,1%), tasa de embarazo clínico (16,6% vs 22,2% por ciclos aspirado y 17,9% vs 25,0% por ciclo transferido) y la tasa de aborto clínico (42,8% vs 12,5%) tampoco fueron significativamente diferentes en los grupos de FIV vs de ICSI respectivamente.

Conclusión: No se pudieron hallar diferencias significativas en los resultados por el hecho de fertilizar.

Los estereotipos de género como riesgo para la salud femenina

Lic. Isabel Del Valle

Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática (AAGOP).

Objetivo: considerar si la categoría de género, como factor cultural, define posicionamiento social y constituye factor de riesgo para la salud de la mujer .

Método: cotejo de los estereotipos de lo masculino como definidores de ordenamiento social asimétrico y de patrones desiguales de comportamiento sexual y reproductivo para cada genero.

Resultados: El género define los modelos tradicionales de varón y mujer implantando así un ordenamiento social jerárquico de supremacía masculina, promotor de violencia sobre la mujer Esa violencia intergénero posiciona al varón como agresor y a la mujer, como víctima, comprometiendo su desarrollo psicofísico, social y laboral.

La categoría de género masculino supone un modelo sexual de virilidad activa y una función de hombría centrada en la búsqueda del poder control y dominio a materializar en comportamientos agresivos hacia el sujeto subordinado (mujer).

A su vez, las representaciones culturales de lo femenino conforman un modelo de mujer tolerante a esos imperativos masculinos respaldando así comportamientos perjudiciales que exponen a la niña/adolescente a situaciones de riesgo para su salud psicofísica (casos de violencia y abuso sexual, exposición a ETS, embarazo indeseado).

La violencia es una forma de comunicación interpersonal avalada socialmente y sostenida desde estas categorías culturales.

Conclusiones: Sistema sexo - genero promueve una interacción violenta y una vulnerabilidad diferencial. Necesidad de cuestionar tales modelos e independizar a los sujetos de esos estereotipos de género como forma de promover un espacio de intercambio sexual equitativo y seguro entre los sexos en los programas de salud sexual y reproductiva.