

UNIVERSIDAD DE NAVARRA, FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

La esterilidad conyugal en la práctica diaria

J. J. Girón

RESUMEN

Visión amplia y conjuntada de lo que debe ser un estudio de esterilidad conyugal, aun cuando no se dispongan de excepcionales medios de investigación. Lo importante es alcanzar un diagnóstico que permita establecer un tratamiento etiológico o abandonar las tentativas para lograr la fertilidad. El material que se presenta procede en su totalidad de la consulta privada. Se hace una exposición completa de los resultados y la adecuada discusión de algunos detalles en el estudio de cada factor de esterilidad.

La esterilidad conyugal es un problema proporcionalmente en auge en la consulta de ginecología, con unas características muy acusadas dentro de los campos médico, social y psicológico.

El aumento de parejas estériles no significa que de verdad existan más casos de esterilidad, sino que el número aumenta por varios motivos. Uno de ellos es el haber desaparecido de la práctica ginecológica gran número de afecciones que antes nutrían esas consultas^{4, 5}; otro motivo es la tendencia natural del hombre a la superación y dominio de la naturaleza, siendo o representando la esterilidad un manifiesto fracaso de esas posibilidades creadoras y dominadoras;

otro, lógicamente lo constituye el hecho de que al aumentar las medidas terapéuticas que conducen al logro de gestaciones, parejas estériles que antes no consultaban, ahora lo hacen; y, en último lugar, creemos que puede tener importancia el hecho de que frecuentemente, las parejas estériles que no encuentran cumplida satisfacción a sus deseos, acuden a varias consultas, siendo contabilizadas en todas ellas, y, por tanto, varias veces. De forma concreta, y a título de curiosidad, comentaremos que del material que se ha manejado, el 63 % había consultado en otros sitios antes de acudir a nuestra consulta.

La pareja estéril, sobre todo la mujer,

trata de encontrar remedio a su esterilidad —referida a ella misma—, y acude al ginecólogo ^{2, 23}.

Nuestro trabajo tiende a plantear una metodología que sea, por un lado, sencilla, fácil de ser llevada a cabo por un ginecólogo, pero, a la vez, lo más completa posible, asentada sobre unas bases en las que el aspecto psicológico y humano tiene tanta importancia, o más, que el aspecto de investigación ginecológica.

La pareja debe quedar convencida de que lo que se pretende es alcanzar un diagnóstico, y de que ese diagnóstico va a ser el verdadero éxito del estudio que se sigue.

En algunos casos, el diagnóstico orientará un tratamiento que permita la consecución de un embarazo —ese va a ser, como se comprende fácilmente, el éxito más completo—; en otros muchos casos el diagnóstico va a confirmar la persistencia e irreversibilidad de la esterilidad, y, ante esa seguridad de pronóstico, la pareja podrá replanificar su vida matrimonial, prescindiendo de los hijos que no van a llegar, o seguirán el camino de legalizar una adopción. Se deben mencionar los casos en los que el estudio metódico conduce al diagnóstico de una situación patológica que había pasado desapercibida hasta entonces, lo que permite establecer un tratamiento, que si bien no soluciona la esterilidad, sí soluciona, en cambio, una enfermedad insospechada, que puede ser importante. ¿Quién puede negar que eso constituye médicamente un éxito?

MATERIAL Y MÉTODOS

El material está constituido por 293 parejas que consultaron por esterilidad o infertilidad, a lo largo de 10 años. Todas ellas proceden de la consulta privada, representando el 18,66 % de todas las consultas recibidas.

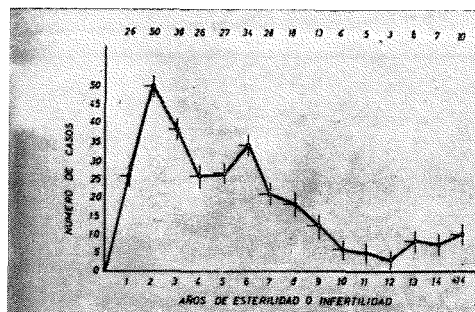


Fig. 1. Años de esterilidad al acudir por primera vez a la consulta.

Por lo que se refiere a los años de esterilidad que padecían, pueden verse representados en la figura 1. La mayor parte consultan en los primeros años, predominando las que consultan a los 2 años. La gráfica decrece para elevarse un poco al final, a expensas de las mujeres de 40 y más años, que acuden para agotar las últimas posibilidades, antes de que sea definitivamente tarde o imposible.

Refiriéndonos a la edad, las cifras más altas corresponden a las comprendidas entre los 25 y 34 años. El motivo de la consulta era, sobre todo, la esterilidad primaria, quedando sólo una cuarta parte repartida entre los casos de infertilidad o de esterilidad secundaria, con ligero predominio de aquélla (tabla I). Ha sido necesario llevar a cabo una selección de casos, toda vez que del total de parejas que consultaron, 42 sólo

TABLA I
DISTRIBUCION DE LOS CASOS
SEGUN EL MOTIVO DE CONSULTA

CUADRO CLINICO	Nº DE CASOS	%
ESTERILIDAD PRIMARIA	218	74*4
ESTERILIDAD SECUNDARIA	35	11*6
INFERTILIDAD	40	14*0
T O T A L	293	100*0

TABLE II
SELECCION DE CASOS
SEGUN EL ESTUDIO REALIZADO

	Nº DE CASOS	%
SOLO EFECTUARON PRIMERA VISITA	42	14.6
ABANDONARON ANTES DEL FINAL	101	34.4
ESTUDIO LONGITUDINAL COMPLETO	150	51.0
TOTAL	293	100.0

lo hicieron una vez, otras 101 parejas acudieron varias veces, pero abandonaron por diversos motivos (algunas por haber comenzado un embarazo); y en consecuencia, son 150 las que siguieron el estudio longitudinal completo, y las que hemos valorado para este trabajo (tabla II).

El estudio completo y ordenado de una pareja estéril convence a ésta de la seriedad y finalidad de las exploraciones, acudiendo regularmente a todas las citas, y colaborando de la forma más eficaz.

Hemos basado el estudio en cuatro puntos fundamentales: factor cervical, factor uterino, factor tubárico y factor ovárico.

Este mismo orden se ha mantenido en los diferentes capítulos de la exposición: métodos, resultados, tratamientos y discusión.

A) Factor cervical.

Para el estudio de este factor, nos hemos valido de la prueba poscoital o de Hühner²⁴, prestando gran atención a todos los detalles de la preparación de la prueba, como a los resultados. Es importante pensar que se trata de valorar dos factores, es decir, la capacidad de inseminación del sémen, así como la del moco cervical a ser inseminado^{8, 15, 36, 38, 39, 54, 58}).

Aparte de esta valoración de la siembra en el factor cervical, se ha pensa-

do, como motivo de infertilidad, en el caso de la incompetencia cervical. Una gran importancia tiene, a este respecto, la historia clínica, habiéndonos ayudado en los casos dudosos de la histerosalpingografía premenstrual, e incluso, haciendo un tratamiento previo con gestágenos, para situar a la mujer en unas condiciones lo más parecidas a las de la gestación.

B) Factor uterino.

El estudio del endometrio es esencial en un estudio de esterilidad. Ese endometrio debe ser premenstrual, pero lo más tardío posible dentro de la segunda mitad del ciclo, e incluso en muchas ocasiones ha tenido que ser ya intramensual, en las primeras horas del menstruo^{4, 5, 11, 16, 18, 19, 23, 25, 30, 35, 38, 43, 45, 46, 52, 57}.

El endometrio obtenido ha sido fijado en alcohol y remitido al laboratorio histopatológico para el correspondiente informe.

C) Factor tubárico.

Nuestra experiencia en el estudio de este factor ha sido amplia con los dos procedimientos habituales: la insuflación y la histerosalpingografía^{11, 53}.

En una primera época, existiendo dificultades para llevar a cabo exploraciones radiográficas, practicábamos insuflaciones, utilizando gas carbónico y registro gráfico de las incidencias, alcanzando un gasto de gas suficiente para asegurar la presentación de la omalgia o dolor de hombro (fig. 2).

En una época posterior, hemos utilizado por sistema la exploración radiográfica seriada con radioscopia, y control de la presión^{1, 2, 30}.

D) Factor ovárico.

El control del funcionalismo ovárico se ha hecho, sobre todo, por la tempera-

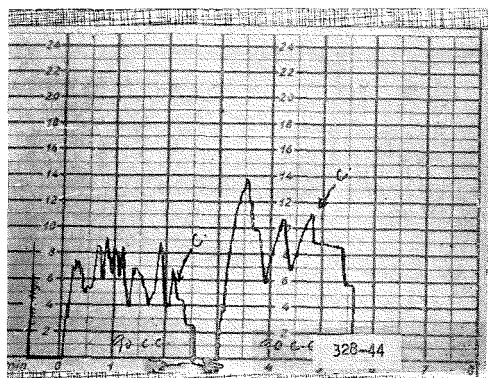


Fig. 2. Modelo de gráfica de insuflación con permeabilidad tubérica.

tura basal, la colpocitología seriada y el estudio del moco cervical, también seriado, con el complemento magnífico de la histopatología endometrial², 10, 28, 30, 35, 38, 45, 48, 52, 55 57.

La colpocitología se hacía por el método de Papanicolaou⁴⁷, con un promedio habitual de 3-4 tomas durante el ciclo. Los datos del moco cervical eran recogidos en los mismos días de la colpocitología, y controlados en el momento, tan pronto se había secado el producto en el portaobjetos², 4, 5, 6, 8, 12, 23, 30, 35, 40, 48, 56.

RESULTADOS

A) Factor cervical.

A este factor, analizado por la prueba poscoital, le hemos dado una gran importancia, precisamente porque de una forma indirecta nos da idea de la situación del factor masculino, en términos generales, y, muy especialmente, de la situación del varón dentro de la esterilidad matrimonial que nos ocupa. Como es lógico, resulta ser la prueba más concluyente para conocer la capacidad del semen para penetrar y la de la secreción cervical a dejarse penetrar.

Tanto es así, que las 26 pruebas consideradas como desfavorables (tabla III), en las que se encontró un moco cervi-

TABLA III
RESULTADOS DE LA PRUEBA
POSCOITAL

	Nº DE CASOS	%
POSCOITAL FAVORABLE	10	37.0
POSCOITAL DESFAVORABLE	16	33.0
HOSTILIDAD CERVICAL	20	17.2
DEFICIENCIA SEMINAL	0	0.2
POSCOITAL SIN ESTROGENOS Y ANTIBIOTICOS-19	15	8.6
TOTAL	150	100.0

cal de buenas características, y una siembra deficiente o totalmente negativa, fueron la base para encontrar 10 de las 11 azoospermias de nuestro material, y 16 de las 25 oligoastenospermias.

B) Factor uterino.

En los 150 casos que consideramos (tabla IV), el endometrio fue secretor en 127 ocasiones, si bien de ellas existía un endometrio irregular en 43. Ello supone que casi una tercera parte de los ciclos que se consideraban ovuladores, tenían un endometrio deficiente.

Sólo 9 endometrios eran atroficos, en casos con trastornos ováricos profundos, aunque no irreversibles, ya que en 3 de ellos se logró incluso la gestación, que llegó al término sin contratiempos en los 3 casos.

El endometrio fue proliferativo en 14 casos, todos ellos sospechados previamente por las historias clínicas y por el resto de datos obtenidos en el ciclo objeto del estudio.

Se consideraron tuberculosos 12 endometrios. En 5, las lesiones endometriales

TABLA IV
RESULTADOS DE LA HISTOPATOLOGIA
DEL ENDOMETRIO

	Nº DE CASOS	%
ENDOMETRIO PROLIFERATIVO	14	9.4
ENDOMETRIO SECRETOR	84	56.0
REGULAR Y COMPLETO	43	28.6
IRREGULAR	0	0.0
ENDOMETRIO ATROFICO	9	6.0
TOTAL	150	100.0
ENDOMETRIO TUBERCULOSO	12	8.0

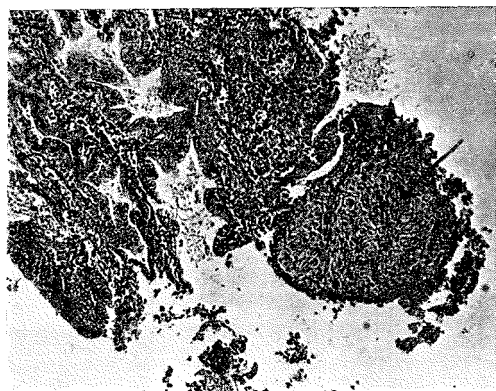


Fig. 3. Endometrio con lesiones tuberculosas.

eran totalmente específicas, y en los otros 7 se encontraron en endometrio unos acúmulos linfocitarios, que el patólogo no se atrevió a diagnosticar de específicos, aunque sí sospechosos, pero que nosotros no dudamos en considerarlos como tales, basados en ése y otros datos de exploraciones practicadas⁴⁴ (figuras 3 y 4).

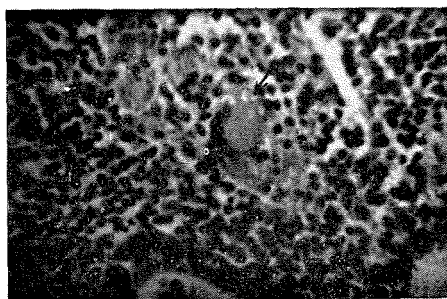
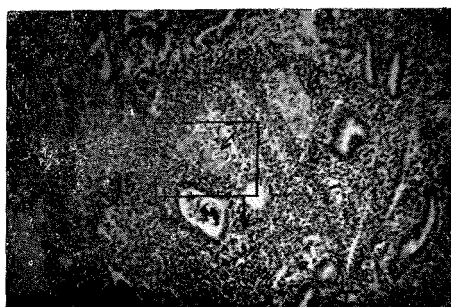


Fig. 4. Endometrio con lesiones tuberculosas.

C) Factor tubérico.

Debemos distinguir los resultados de las dos épocas, cuando utilizamos distintas exploraciones.

En la primera se hicieron 62 pruebas, con unos resultados que exigen comentarios. Sólo en 12 casos se han obtenido unas gráficas de obstrucción, pero, en cambio, en 26 casos ha faltado el dato del dolor de hombro u omalgia.

Concretamente no se ha presentado omalgia en 8 casos de permeabilidad con curva alta, en los 4 casos de estenosis, e incluso en 38 de permeabilidad con curva baja (tabla V).

Refiriéndonos a la etapa de las histerosalpingografías, vemos que las permeabilidades alcanzan el 60 %. El otro 40 % lo constituyen las imágenes de obstrucción o de pseudoquistes peritoneales¹.

La permeabilidad no indica normalidad absoluta, puesto que de hecho se encontraban otras anomalías que podían explicar algunos problemas, por ejem-

TABLA V

RESULTADOS DEL ESTUDIO DEL FACTOR TUBARICO POR INSUFLACION Y POR HISTEROSALPINGOGRAFIA

	Nº DE CASOS	%
OBSTRUCCION	12	19'4
PERMEABLE BAJA	38	61'3
PERMEABLE ALTA	8	12'9
ESTENOSIS	4	6'4
TOTAL	62	100'0
NO OMALGIA	26	41'9

	Nº DE CASOS	%
OBSTRUCCION	28	26'0
HIDROSALPINX	10	9'3
ANOMALIA TUBARICA	5	4'7
PERMEABLE	65	60'0
TOTAL	108	100'0
TODAS LAS OBSTRUCCIONES	43	40'0

plo, de infertilidad, como pueden ser los úteros bicornes, las incompetencias cervicales, etc. Estos detalles de anomalías o falsas permeabilidades, son las que las insuflaciones no pueden aclarar nunca.

D) Factor ovárico.

Temperatura basal.—El control de esta temperatura ha supuesto una ayuda efíca-císima, tanto para el estudio del ciclo como para control de tratamientos. En la tabla VI se muestran los resultados.

En su gran mayoría las temperaturas bifásicas han coincidido con ciclos en los que el endometrio ha sido secretor, y las temperaturas monofásicas con ciclos en los que el endometrio ha sido proliferativo o atrófico. La colpocitología seriada no ha podido ser un dato orientador a lo largo del ciclo, como lo ha sido la temperatura basal, ya que la lectura de las citologías se hacía al terminar el ciclo ⁴⁹.

De un interés inmediato mayor resultaba el control del moco cervical, observándolo en cada visita de las que la mujer efectuaba a la consulta. Por los resultados obtenidos, se ha podido centrar mejor alguna de las exploraciones, como la prueba poscoital o, incluso, el microgrado.

Todo dato recogido con meticulosidad y adecuadamente interpretado es útil en el estudio y conocimiento de la pareja estéril ^{3, 12, 58}.

TABLA VI
RESULTADOS DE LOS CONTROLES
DE TEMPERATURA BASAL

	NR DE CASOS	%
TEMPERATURA MONOFASICA	29	19.4
TEMPERATURA BIFASICA	93	62.0
NORMAL	28	18.6
HIPOLUTERICA	28	18.6
TOTAL	150	100.0

TRATAMIENTO

Una norma que hemos mantenido inalterada ha sido la de no prescribir tratamiento alguno hasta llegar a conclusiones definitivas. Hemos podido comprobar que en este grupo de 150 estériles, han recibido tratamiento hormonal, una vez terminado el estudio, 61 mujeres, mientras que en las otras 143 que no consideramos por no haber completado el estudio, habíamos prescrito tratamiento en 9 casos. La diferencia es altamente demostrativa. En esos 9 casos, han existido otras circunstancias que han obligado a establecer un tratamiento para un dato concreto, debidamente valorado, pero abandonando el resto de exploraciones y no considerándola como estéril.

Aunque en la exposición del trabajo no nos hemos referido al factor masculino en detalle, sí nos ha preocupado, como es natural, la participación del marido en la exploratoria, como acompañante y apoyo de la mujer, y como parte importante en la pareja estéril. El único detalle es que no lo hemos estudiado de forma individual por sistema.

Cuando se ha considerado conveniente el tratamiento del varón, por existir una azoospermia, lo hemos referido al urólogo para que completara la exploratoria.

De ninguno de los que han atendido la sugerencia hemos sabido que hayan salido de su situación.

El resto de varones que ha precisado tratamiento por presentar una oligoastenospermia, con una prueba poscoital desfavorable atribuida a deficiencia seminal, han sido tratados por nosotros.

Se han utilizado preparados a base de *Arginina*, *Gonadotropinas* e incluso *Citrato de Clomifen*.

A) Factor cervical.

En los casos en que se ha considerado la existencia de una hostilidad cervical,

o aún cuando la hostilidad no pudiera confirmarse, si la prueba poscoital había resultado pobre, se ha procurado conseguir un moco cervical de mejor calidad y más apto para la inseminación en las fechas oportunas. Para ello se han prescrito preparados de Estriol, así como Antibióticos de amplio espectro, en los días preovulatorios.

Como siempre, se ha exigido que estos tratamientos los llevaran a cabo bajo el control riguroso de la temperatura basal. En algunos casos, si no ha mejorado el moco cervical con los tratamientos mencionados, se ha llevado a cabo una terapéutica activa sobre el cuello uterino por medio de una *electroconización*.

Este tratamiento se ha seguido en 16 casos, alguno de ellos con una ligera eritroplasia como hallazgo a la exploración, y desde luego en todos sin lesiones histológicas que de forma terminante obligaran a una terapéutica tan activa.

Dentro de este capítulo debemos mencionar los casos de *incompetencia cervical*, ya que han sido 4 los cerclajes llevados a cabo.

B) Factor uterino y C) Factor ovárico.

El tratamiento de las alteraciones de estos factores la comentamos conjuntamente toda vez que resulta difícil el establecer diferencias entre ellos. En general, se debe considerar que las alteraciones del factor uterino se concretan al endometrio, y por eso nos referimos a él exclusivamente. Al ser el endometrio el mejor efector de la actividad ovárica, las alteraciones del mismo, salvo raras excepciones, serán la manifestación de alteraciones funcionales ováricas.

Como ayuda en la fase estrogénica, hemos utilizado pequeñas dosis de Etinilestradiol en los primeros días del ciclo. En casos de evidente deficiencia del cuerpo amarillo, hemos prescrito gestágenos sintéticos en la segunda mitad del ciclo, en dosis más bien altas, y desde

luego después de tener el control de que ha ocurrido la ovulación.

En otros casos —los menos— hemos prescrito gonadotropinas coriónicas en dosis medias de 1.500 U. I., en días alternos, con un total de 3-4 dosis.

En el caso del ciclo anovulador, siempre que haya sido perfectamente diagnosticado, lo hemos tratado siguiendo diversos procedimientos, como puede verse en la tabla VII. En general estamos muy satisfechos de los resultados obtenidos en estos casos ^{22, 29}.

D) Factor tubárico.

En nuestra casuística no hemos practicado cirugía reparadora de trompas en ningún caso. Cuando se ha llegado a la indicación quirúrgica, lamentablemente ha tenido que ser mutiladora, pues la situación orgánica no admitía otro camino terapéutico.

Los tratamientos médicos que hemos seguido en casos de problema tubárico han consistido en antibióticos de amplio espectro y corticosteroides.

En el caso de las tuberculosis genitales, el tratamiento completo ha consistido, en general, en más de 100 g de estreptomina, ethambutol —15mg/kg/día, en una sola dosis— e hidracidas —10 mg/kg/día, repartidos— todo ello sin interrupción, y aproximadamente durante 35 a 40 semanas.

TABLA VII
TRATAMIENTOS SEGUIDOS
EN LOS CICLOS ANOVULADORES

	Nº DE CASOS	%
KAPLAN	2	1*34
RESECCION CUMEIFORME DE OVARIOS	5	3*34
CITRATO DE CLOMIFENO	8	5*34
KAPLAN & RESECCION CUMEIFORME	1	0*67
KAPLAN & RESECCION & CLOMIFENO	2	1*34
RESECCION & CLOMIFENO	1	0*67
TOTAL	19	12*70

DISCUSIÓN

Puede llamar la atención el hecho de que no se hable casi a lo largo del resumen del factor masculino, si bien en el trabajo se ha considerado, aunque no como base de estudio. El análisis de semen no ha sido una condición indispensable para dar como completo el estudio de esterilidad de una pareja, y ha sido así basados en nuestra experiencia personal.

En una época anterior al trabajo de esta tesis, tuvimos ocasión de estudiar personalmente durante una larga temporada los sémenes de maridos de parejas estériles. Entonces pudimos llegar a la conclusión de que el estudio del semen requiere disponer de un laboratorio o persona, preparados perfectamente para informar sobre las características más importantes del semen, pues no se puede aceptar que informe cualquier laboratorio o cualquier persona. Y aún disponiendo de tales medios, los valores que nos faciliten serán de orientación sobre la fertilidad del varón "in vitro", pero no

en relación con la mujer que tiene por pareja.

El estudio metódico de los datos que suministra el test poscoital es muy suficiente para valorar la fertilidad del varón en casi todos los casos.

Haciendo referencia a la *electroconización*, disintimos totalmente de algunos autores que rechazan de forma radical este tipo de tratamientos, aduciendo que el cuello uterino pierde con esta pequeña intervención elementos importantes que luego van a ser precisos en el momento de la siembra seminal, e incluso hablan de preferir la inseminación artificial^{36, 37}.

No vamos a entrar a discutir el problema de la inseminación artificial, al que ya nos hemos referido ampliamente en otra ocasión^{20 y 20a}, pero sí podemos decir que por este procedimiento se han solucionado esterilidades, en casos en que el factor cervical era el único dato desfavorable. Y, en cambio, no hemos encontrado disminución de la fertilidad en mujeres que han precisado una conización por problemas histológicos del

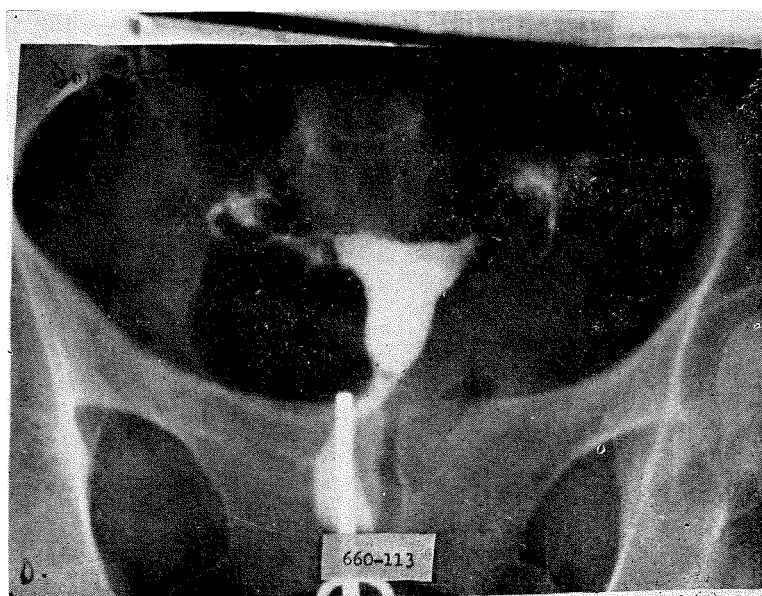


Fig. 5. H. S. G. de la misma paciente de la figura 3.

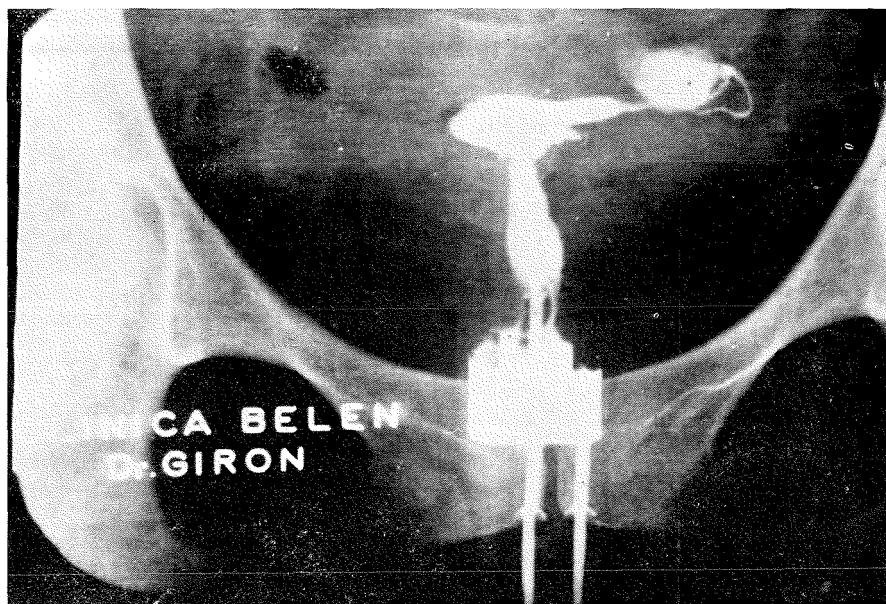


Fig. 6. H. S. G. de la misma paciente de la figura 4.

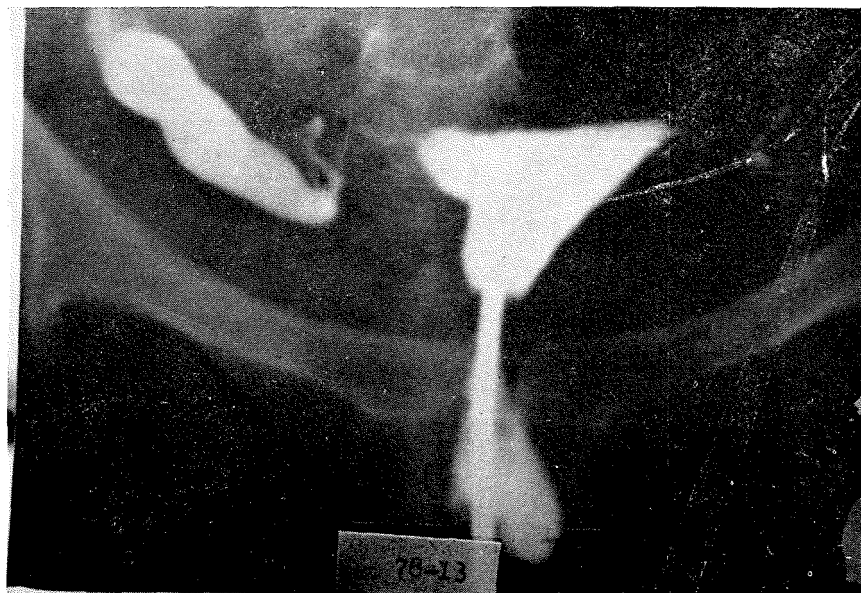


Fig 7. H. S. G. de una paciente de 45 años, con sospecha de tuberculosis genital, diagnóstico que se confirmó al estudiar la pieza de histerectomía. Tenía, además, un mioma uterino.

cuello. Por eso, afirmamos que tiene su sitio en el tratamiento del factor cervical.

En lo que se refiere al factor uterino, el hecho de encontrar un 8 % de endometriosis tuberculosos (figs. 3 y 4), nos permite asegurar que la incidencia debe ser algo mayor, si tenemos en cuenta que existen tuberculosis genitales sin lesiones específicas de endometrio. El haber encontrado motivos suficientes para tratar 23 casos, con medicación específica completa, supone algo más de un 15 %, cifra posiblemente más de acuerdo con la realidad.

De todas formas, nosotros estamos de acuerdo con aquellos autores^{27, 30, 32, 42} que insisten en que en todo caso de esterilidad matrimonial, cuando no se encuentren otras causas, se debe pensar en

las grandes posibilidades que hay de que sea una tuberculosis genital.

En relación con el factor tubárico, nos inclinamos a realizar para su estudio, de forma sistemática, histerosalpingografías, sobre todo, si se dispone —como ocurre en la actualidad— de contrastes con grandes garantías, ya que la insuflación puede inducir a error. El error es mayor cuando la gráfica de la insuflación es relativamente buena, y existe auscultación positiva de paso de gas.

Es interesante resaltar el carácter eminentemente diagnóstico de la exploración radiográfica, que a veces puede ser concluyente, no sólo sobre la existencia de una obstrucción, sino incluso de la etiología de la obstrucción (figs. 5, 6, 7, 8 y 9)^{1, 3, 7, 9, 13, 14, 17, 21, 26, 30, 31, 33, 34, 42, 46, 50, 51}.

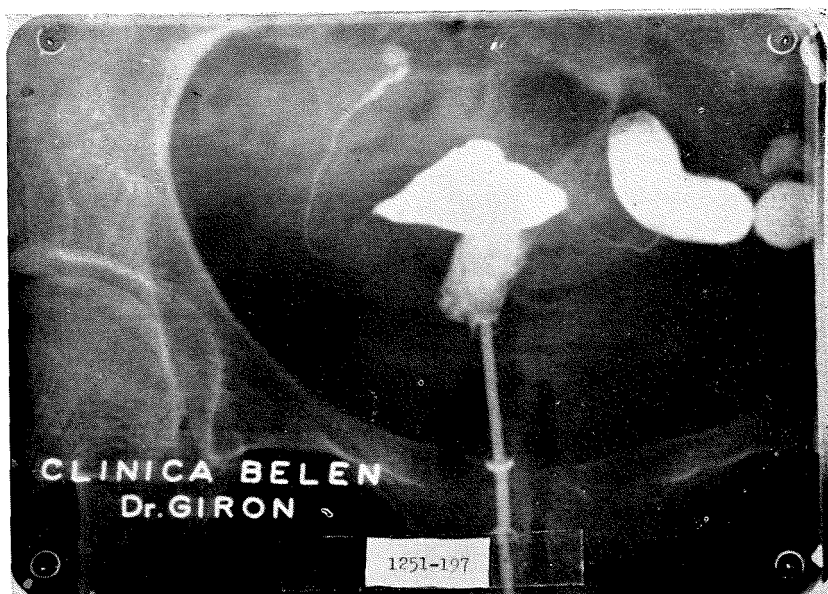


Fig. 8. H. S. G. de una paciente de 40 años, que permitió hacer el diagnóstico de tuberculosis genital, confirmado en la pieza de histerectomía.

Se hace preciso insistir, una vez más, sobre la importancia del control de la temperatura basal, de forma sistemática, tanto durante el tiempo del estudio, como para control de tratamientos, sobre todo hormonales.

Ni se puede estudiar una esterilidad sin control de temperatura basal, ni se de-

ben prescribir hormonas de acción ginecológica, si no se lleva ese control de forma rigurosa y mantenida.

La consideramos tan esencial, que nos negamos a seguir con el caso si la mujer no mantiene, de forma permanente, el mencionado control de temperatura basal.

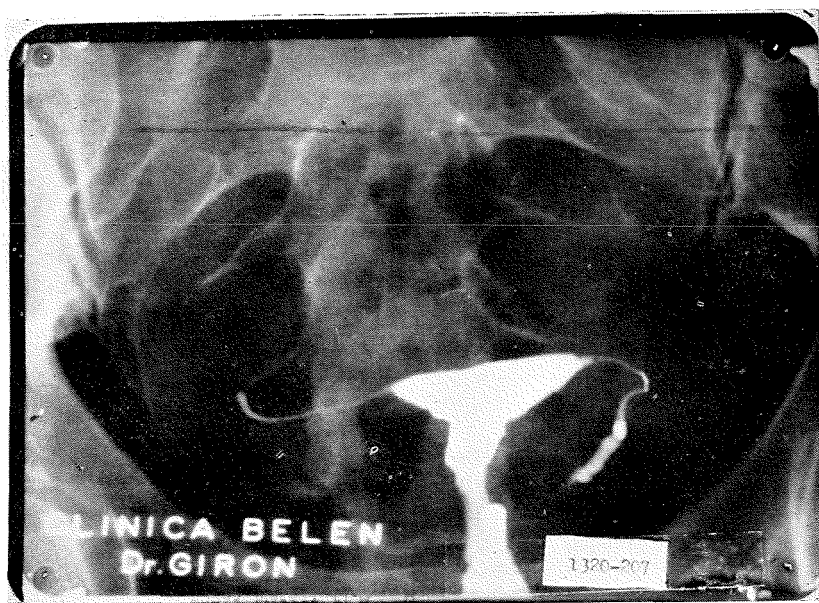


Fig. 9. H. S. G., que junto a la historia clínica, permitió establecer un diagnóstico de tuberculosis genital. La sintomatología mejoró con el tratamiento específico.

GESTACIONES

Hemos dicho que no es lo más importante el conseguir gestaciones, como manifestación del éxito del estudio de esterilidad, pero no vamos a negar que las gestaciones son lo más llamativo de los resultados.

Por ese motivo, mostramos la tabla VIII, en la que se pueden apreciar los muchos caminos que existen para la consecución de un embarazo, basándonos en las 50 gestaciones que han ocurrido en esta serie, lo cual supone un 33,3 % de los casos.

TABLA VIII

RESUMEN DE LAS GESTACIONES OCURRIDAS Y LOS TRATAMIENTOS SEGUIDOS EN ESOS CASOS, DESPUES DE HABER TERMINADO EL ESTUDIO LONGITUDINAL COMPLETO

			NR DE CASOS	%
GESTACIONES	EMBARAZO ECTOPICO	1 SIN TRATAMIENTO (46) 1 TRATAMIENTO HORMONAL (77)	2	1'33
	ABORTO	1 CON CLOMIFENO (204) 5 CON TRATAMIENTO HORMONAL (47, 131, 136, 216, 221)	6	4'00
		1 TRATAMIENTO ANTIBIOTICO (330)		
		1 CLOMIFEN MARIDO (231)		
		2 KAPLAN (87 y 98)		
		2 CERCLAJE (57 y 141)		
		2 DURANTE TRATAMIENTO ESPECIFICO (50 y 189)		
	EMBARAZO A TERMINO	3 SIN TRATAMIENTO (14, 44, 155)	42	27'97
		3 CLOMIFENO (89, 101, 289)		
		4 IONIZACION (90, 112, 175, 246)		
		6 RESECCION CUÑA OVARIOS (9, 26, 30, 61, 85, 166)		
		18 TRATAMIENTO HORMONAL (11, 15, 23, 27, 34, 35, 42, 54, 70, 92, 94, 138, 142, 151, 156, 162, 169, 178)		
T O T A L			50	33'30

CONCLUSIONES

Las dividimos en dos apartados, conclusiones sobre el método y conclusiones sobre los resultados.

1. Conclusiones sobre el método:

- a) El ginecólogo es el que orienta a la pareja estéril.
- b) La finalidad del estudio de esterilidad es alcanzar un diagnóstico que permita establecer un tratamiento, o convencer a la pareja de la irreversibilidad de su esterilidad.

idad es alcanzar un diagnóstico que permita establecer un tratamiento, o convencer a la pareja de la irreversibilidad de su esterilidad.

- c) El éxito estará en lograr la tranquilidad y felicidad de la pareja estéril, aunque sea sin hijos.

- d) Para alcanzar un diagnóstico se hace preciso organizar el estudio con orden, sistematización, dedicación y meticulosidad.

dad. Este estudio debe ser ágil y no debe superar los dos meses.

e) No se deben establecer tratamientos rutinarios e injustificados, que puedan crear un falso ambiente de esperanza.

f) El estudio longitudinal completo de esterilidad matrimonial, en la práctica diaria, debe comprender el estudio de los factores cervical, uterino, tubárico y ovárico.

g) Se puede prescindir del factor masculino estudiado independientemente, ya que de forma indirecta se conocen datos del semen dentro de la pareja que nos ocupa, en la prueba poscoital de Hühner.

h) La prueba poscoital orienta ampliamente sobre las posibilidades reales de la pareja, detalle que muchas veces se escapa estudiando el semen de forma unilateral.

i) Es importante hacer al final un informe escrito para la pareja, estableciendo el plan a seguir, o dando por terminadas las tentativas para conseguir la fertilidad. Si los tratamientos y controles se prolongan de forma indefinida y sin motivo, se vuelve a caer en el defecto habitual, y la pareja consultará de nuevo en otro sitio.

j) Se hace preciso, por tanto, el cuidar el aspecto psicológico que la esterilidad lleva consigo.

k) Se considera extraordinariamente importante y necesario el mantener un control riguroso y prolongado de la temperatura basal. Sirve de orientación para centrar las exploraciones durante el estudio, ayuda a organizar y controlar los tratamientos, e incluso facilita el diagnóstico precoz del embarazo.

2. Conclusiones sobre resultados.

a) El 75 % de las parejas estériles consulta en los primeros cinco años de esterilidad.

b) Asimismo, un 75 % consulta antes de los 34 años de edad.

c) De igual forma, un 75 % consulta por presentar una esterilidad primaria.

d) La tercera parte de las pacientes presentaba antecedentes personales que orientaban hacia un diagnóstico.

e) El 14 % sólo ha efectuado la primera visita, y en el 50 % no se consigue el estudio longitudinal completo, por diversas razones.

f) La esterilidad de causa masculina, en nuestra serie, resulta alta por haber estudiado los sémenes de casos seleccionados. Aun con cifras rectificadas, resultan un 56 %.

g) No es de extrañar la alta cifra de poscoitales desfavorables, si consideramos que son dos factores los que intervienen. Mejorando la calidad del moco, han mejorado los poscoitales, aun de sémenes pobres.

h) Una tercera parte de los ciclos ovuladores lo eran con endometrios irregular y pobremente transformados en sentido secretor. A su vez, el 10 % eran endometrios proliferativos, y el 8 % de ellos se consideraron tuberculosos.

i) El factor tubárico es el responsable de la esterilidad en el 40 % de los casos, con un pronóstico muy sombrío en relación con la fertilidad. Si la prueba de permeabilidad es la insuflación, hay que valorar la aparición del dolor de hombro u omalgia, como dato de interés diagnóstico. Se aconseja, de todas formas, el estudio del factor tubárico por la histerosalpingografía.

j) Las alteraciones del factor ovárico más frecuentes han sido los ciclos hipolúteínicos y los ciclos anovuladores. Estos últimos son realmente los de mejor respuesta a la terapéutica.

k) Sin contabilizar los casos en que ha ocurrido la gestación a lo largo del estudio, se han conseguido 50 embarazos, lo que supone un 33,3 %. De ellos, alcanzaron el término 42, o sea un 84 % de las gestaciones habidas.

SUMMARY

The infertile couple

A complete view of the ways to deal with an infertile couple, not having to hand special auxilliary methods.

The most important idea is to reach the diagnosis which allows us either to stablish

the proper ethiological treatment, or to advice the couple not to continue, because fertility cannot be achieved. All the couples attended the author's private rooms; the results being shown as well as the discussion of every factor affecting the infertile couple.

BIBLIOGRAFÍA

1. BALAGUERO LLADO, L. *Med. Clín.*, 51: 348, 1968.
2. BEHRMAN, S. J. y R. W. KISTNER. *Progress in infertility*. Little Brown, Boston, 1968.
3. BOTELLA, J. y col. *Rev. Obstet. Ginec.* Caracas, 11: 267, 1951.
4. BOTELLA, J. y col. *Esterilidad y fertilidad humana*. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1967.
5. BOTELLA, J. y J. A. CLAVERO. *Tratado de Ginecología*. Tomo III. Editorial Científico Médica. Barcelona 1970.
6. BUXTON, C. L. y A. S. H. WONG. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 64: 628, 1952.
7. CARRERAS ROCA, M. *Acta Ginecológica*, 11: 17, 1960.
8. CLAVERO NÚÑEZ, A. *Rev. Esp. Ostet. Ginec.*, 13: 266, 1954.
9. DELLEPIANE, G. *Arch. Chir. Ortoped.*, 22: 139, 1957.
10. DÖRING, G. K. *Ärzt. Forsch.*, 6: 13, 1952.
11. DOUAY, E. *Gynec. Obstet.*, 12: 80, 1925.
12. DOYLE, J. B. *J. A. M. A.*, 167: 1464, 1958.
13. EKENGREN, K. *Acta Radiol.*, 123: 7, 1955.
14. EKENGREN, K. y A. B. V. RYDEN. *Acta Radiol.* (Stockholm), 34: 193, 1950.
15. FIKENTSCHER, R. y K. SEMM. *Z. Geburtsh. Gynak.*, 25: 168, 1968.
16. FOSS, B. A., H. W. HORNE JR. y A. T. HERTIG. *Fertil. Steril.*, 9: 193, 1958.
17. FUSTER, R. *Proceedings of the Third World Congress on Fertility and Sterility*. Amsterdam, 1959.
18. GILLAM, J. S. *Fertil. Steril.*, 6: 18, 1955.
19. GIRÓN, J. J. *Rev. Esp. Obstet. Ginec.*, 18: 34, 1959.
20. GIRÓN, J. J. *Rev. Esp. Obstet. Ginec.*, 21: 416, 1962.
- 20a. GIRÓN, J. J. *Rev. Med. Obstet. Ginec.*, 126: 475, 1962.
21. GREENBERG, J. B. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 32: 52, 1921.
22. GREENBLATT, R. B., A. ZÁRATE y V. B. MAHESCH. *Excerpta Medica International Congress Series.*, 104: 59, 1964.
23. HAMLEN, E. C. *Enfoque racional de la pareja estéril*. Citado por Tyler en *Sterility*. MacGraw-Hill. New York, 1963.
24. HÜHNER, M. *Sterility in the male and female and its treatment*. Rebman. New York, 1913.
25. ISRAEL, S. L. y O. SCHNELLER. *Fertil. Steril.*, 1: 53, 1950.
26. JEDBERG, H. *Acta Obstet. Gynec. Scand.*, 31: 1, 1950.
27. JEFFCOATE, T. N. A. *Principles of Gynaecology*. 3.^a edición. Butterworth. London, 1967.
28. KALANT, N. y col. *Fertil. Steril.*, 7: 58, 1956.
29. KAPLAN, I. I. A. *J. Roentgenol.*, 59: 370, 1948.
30. KÄSER y col. *Las funciones sexuales específicas de la mujer y sus trastornos*. Salvat Editores. Barcelona, 1971.
31. KING, J. E. *Am. J. Obst. Gynec.*, 35: 520, 1938.
32. KOVACS, F. *Monatschr. Geburtsch. Gynäk.*, 116: 24, 1943.
33. L'HERMINE, C. *Feuillets Electroradiol.*, 8: 1, 1968.
34. LILJEDAHL, S. O. y A. B. V. RYDEN. *Acta Obstet. Gynec. Scand.*, 30: 359, 1950.
35. MCGREGOR, C. *Estud. Esteril.*, 13: 34, 1962.
36. MARCUS, C. C. y S. L. MARCUS. *Clin. Obst. Gynec.*, 8: 15, 1965.

37. MARCUS, C. C. y S. L. MARCUS, *The Cervical Factor. En Progress in Infertility.* Behram y Kistner, Boston, 1968.
38. MAZER, C. y S. L. ISRAEL, *Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility.* Hoeber, New York, 1961.
39. MILLER, E. G. y R. KURZROCK. *Am. J. Obst. Gynec.*, 24: 19, 1932.
40. MOGHISSI, K. S. y O. W. NEUHAUS. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 83: 149, 1962.
41. MOGHISSI, K. S. y O. W. NEUHAUS. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 96: 91, 1966.
42. MURRAY, H. *Obstet. Gynec. Lat. Amer.*, 8: 191, 1950.
43. MURTHY, Y. S., G. H. ARRONET y M. C. PAREKH. *Obstet. Gynec.*, 36: 758, 1970.
44. NOGALES, F. y E. VILAR. *Acta Gynec.*, 8: 191, 1957.
45. NOYES, R. W., A. HERTIG y J. ROCK. *Fertil. Steril.*, 1: 3, 1950.
46. PALMER, R. *La stérilité involontaire.* Masson. París, 1950.
47. PAPANICOLAOU, G. N. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 51: 316, 1946.
48. POMMERENKE, W. T. y E. VIERGIVER. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 54: 676, 1947.
49. RILEY, G. M., E. DONTAS y B. GILL. *Fertil. Steril.*, 6: 86, 1955.
50. ROZIN, S. *Uterosalphingography in Gynecology.* Springfield, Illinois, 1965.
51. RUSZKOWSKI, J. *Pol. Przegl. Radio.* 19: 159, 1955.
52. SIEGLER, S. L. y A. M. SIEGLER. *Fertil. Steril.*, 2: 287, 1951.
53. STABILE, A. *Fertil. Steril.*, 5: 139, 1954.
54. STEINBERG, W. *Fertil. Steril.* 9: 436, 1958.
55. TYLER, E. T. *Sterility: Office management of the infertile couple.* MacGraw-Hill. New York, 1963.
56. VIERGIVER, E. y W. T. POMMERENKE. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 48: 321, 1944.
57. WHITE, M. M. y V. B. GREEN-ANMYTAGE. *The management of impaired fertility.* Oxford University Press, Oxford, 1962.
58. ZONDEK, B. *Int. J. Fertil.* 1: 225, 1956.

