

Estudio Sobre 100 Historias Clínicas de Infertilidad

Dr. Alberto Arévalo Burgos*

Consideraciones generales

La Unidad de Fertilidad Humana de la Clínica San Pedro Claver del Instituto de Seguros Sociales, inició sus actividades en abril de 1978 como política de las Directivas del Instituto para, por un lado, orientar a la pareja afiliada con deseos de practicar planificación familiar por los diversos métodos conocidos, y, por el otro, brindar a la pareja infértil los métodos diagnósticos andrológicos y ginecológicos, tratamiento, y si no hubiere lugar a este, una orientación sobre las alternativas que pudieran quedar según la edad, la patología existente, etc.

La Unidad en su aspecto de especialidades médicas funciona de manera independiente, pero el problema de la pareja infértil es estudiado de conjunto, y al efecto, tenemos semanalmente la Reunión del Servicio, en la cual se cita una pareja que se puede ya denominar estéril por su estudio completo tanto masculino como femenino, se les explica la situación para que puedan libremente escoger las alternativas que queden; se le orienta en los aspectos sexológicos cuando por el estudio hecho lo requiera. Además, a esa reunión se llevan las historias clínicas de los dos servicios, el de ginecología y el de an-

drología, para complementarlas mutuamente con los hallazgos encontrados, diagnósticos y tratamiento.

En la parte andrológica las consultas se han dividido así: 1.) Visita inicial en la cual se toman datos generales, se ordenan exámenes de laboratorio y dos espermogramas. 2.) Cita para examen físico y revisión de los datos de laboratorio para correlación de todos los hallazgos, hacer diagnóstico de impresión o definitivo, y programar cirugía si fue re el caso, y 3.) Citas de control.

La historia clínica masculina que seguimos en la Unidad es (Ver Pág. 236).

Material y métodos

En este estudio de infertilidad consideramos más que todo el aspecto masculino, con correlación del femenino.

Se revisaron 242 historias clínicas, de las cuales se excluyeron 142 por incumplimiento de uno o ambos cónyuges a las consultas. Las 100 historias que quedaron comprenden un estudio desde abril 1º de 1978 a septiembre 1º de 1979.

Algunos aspectos considerados en la historia clínica masculina, aunque de indudable importancia en el problema, no fueron analizados por la brevedad del tiempo asignado.

* Médico urólogo de la Unidad de Fertilidad Humana. Clínica San Pedro Claver (ISS), Bogotá.

CLINICA SAN PEDRO CLAVER

HISTORIA CLINICA MASCULINA

Nombre _____

H. C. (Carné) _____

Estado general:

Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Otro _____ T. A. _____ Pulso _____ Talla _____
Peso _____ Cabeza _____ Ojos _____ Oídos _____ Boca _____ Orofaringe _____ Cuello _____
Cardiopulmonar _____ Abdómen _____ Urinario _____ Extremidades _____
Neurológico _____ Piel _____ Otro _____
Especificaciones _____

Andrológico:

Distribución del vello: Axilar _____ Pubiano: Androide _____ Ginecoide _____ Mixto _____

Ginecomastia:

Genitales externos: Masculinos _____ Femeninos _____ Ambiguo _____ Otros _____
Pene: Tamaño _____ Normal _____ Anormal _____ Causa _____
Meato uretral: _____ Normal _____ Anormal _____ Causa _____
Testículos: Derecho _____ Izquierdo _____
Describe anomalidades: _____

Epidídimos y canales deferentes: Derecho _____ Izquierdo _____
Describe anomalidades _____

Tacto rectal: Próstata normal _____ Anormal _____ Describe _____

¿Hay varicoceles, hidroceles, quistes de epidídimo? _____
Describe: _____

Pigmentación perineal y perianal:
ID _____ Infertilidad primaria _____ Secundaria _____ Otros _____

El abandono del estudio y del tratamiento fue frecuente en este trabajo, similar al 60% encontrado por el autor en artículo anterior (1).

El modelo de espermograma seguido es el siguiente:

ESPERMOGRAMA

Fecha: _____

Nombre _____

Carné No. _____

Médico remitente _____

Código _____

Debe enviarse a (consultorio o clínica) _____

Edad _____

Método de recolección _____

Hora de recolección _____

Hora de examen _____

Días de abstinencia sexual _____

Previa _____

Caracteres generales

Aspecto _____

Color _____

Consistencia _____

Olor _____

Licuefacción _____

Ph (con cifras en papel knoll) _____

Volumen total _____

Recuento por C.C. _____

Recuento total _____

Movilidad:

 Inicial _____ 4 horas _____ 8 horas _____ 24 horas _____

Normales _____

Anormales _____

Morfología _____

Formas normales % _____

Anormales % _____ Cola % _____ Amorfos %, etc. _____

Análisis del espermograma:

Frutuosa _____

Test de fructolisis _____

Otros: _____

Pioesperma _____

Observaciones: _____

Se estudiaron 93 varones afiliados al ISS, y 7 beneficiarios. De las mujeres 47 eran afiliadas y 53 beneficiarias.

Edad

Varones: Mínimo 20 a. máximo 52 a. promedio 31.98 a.

Mujeres: Mínimo 17 a. máximo 41 a. promedio 28.90 a.

Escolaridad

Varones: Primaria 79; secundaria 21.

Mujeres: Primaria 80; secundaria 20.

El tiempo de estudio comprende desde la fecha de la visita inicial hasta la fecha cuando se hizo el diagnóstico definitivo, y en caso de biopsias testiculares, hasta la fecha cuando se recibió el informe de patología. Por este detalle el tiempo podría parecer un poco largo, ya que el promedio fue de 66.3 días.

No consideramos los antecedentes familiares de mayor importancia tanto en el hombre como en la mujer.

Tiempo de infertilidad previa

Varones: Promedio 41.8 meses.

Mujeres: Promedio 41.47 meses.

De aquí en adelante se estudiarán separadamente los aspectos masculinos y femeninos.

Antecedentes personales del grupo de varones

Venéreas	24
Trauma genital	5
Orquitis por paperas	4
Orquiepididimitis venérea o inespecífica	2
Orquidectomía izquierda por seminoma y radioterapia posterior	1
Vitiligo	2
Otros	13
Negativo	49

Antecedentes ocupacionales

Trabajo bajo intenso calor	4
Idem. y emanaciones de caucho	2
Trabajo con fumigantes	4
Contacto con material radio-activo	1
Negativo	89

Conocimientos sobre sexología

Nulo	76
Bueno	6
Regular	18

Frecuencia de relaciones sexuales

Diarias	6
Mensual (promedio entre 94 pacientes)	5.40

Hora de las relaciones sexuales

Entre 8 y 11 p.m.	82
De 5 a 6 a.m.	2
Variable	16

Posición en las relaciones sexuales

El hombre sobre la mujer	84
Variable	16

Examen físico

Normal	61
Varicocele	17
Atrofia testicular bilateral	13
Atrofia testicular unilateral	2
Vitiligo	3
Otros	4

Exámenes de laboratorio

Normales	59
Prostatitis inespecífica	31
Prostatitis a gonococo	3
Prostatitis a tricomonas	3
Sífilis	3
Diabetes	1

Espermogramas

Normales	25
Azoospermia	30
Oligoastenozoospermia	21
Oligoastenoteratozoospermia	7
Astenozoospermia	8
Astenoteratozoospermia	4
Teratozoospermia	3
Pioesperma	37
Dromoteratozoospermia	2

Diagnóstico

Fértiles	25
Causa inflamatoria	19
Varicocele	11
Idiopática o indeterminada	6
Obstructiva	6
Ocupacional	6
Orquitis urleana	6
Inmunológica	5
Sexológica	3

Fuera de los anotados tenemos 2 pacientes con factor inflamatorio y varicocele, y uno con trauma testicular, radioterapia por tumor, hipertemia, medicamento (testosterona a altas dosis), contacto con químicos, criptorquidia, factor inflamatorio e inmunológico, trauma genital, anovulatorios suministrados al marido subrepticamente por largo tiempo, orquitis por paperas y varicocele, y contacto con material radioactivo.

Tratamiento médico

Trat. de prostatitis	24
Cambio de condiciones de trabajo	7
Antialérgico y/o condón	6
Vitaminas A y E, mesterolona y hormona coriónica gonadotropa	

Tratamiento quirúrgico

Varicocelectomía	7
Epidídimo-deferentostomía	3
Orquidopexia bilateral	1
Sexológico	4
Trat. de impotencia	1

Resumen de los tratamientos

No volvieron a trat. médico o quirúrgico	16
Se quedan sin hijos voluntariamente	1
Recomendación de adopción	10
Inseminación artificial heteróloga	7
En tratamiento	66

Biopsias testiculares

Normales	7
Detención espermatogénesis	10
Detención espermiogénesis	10
Ausencia de epitelio germinal	1
Atrofia testicular bilateral	1

Causales para biopsia testicular

Astenoteratozoospermia	3
Oligoteratozoospermia severa	4
Oligoastenozoospermia	2
Azoospermia	20

Embarazos, diagnóstico y tratamiento

1	0881354	Detención espermiogénesis. Vit. A y E. (varón). Fértil. (Mujer).
2	1042004	Ocupacional. Fumigantes aéreos. Corrección factor tóxico. Beneficiaria. Fértil.
3	0228400	Azoospermia. Detención germinal completa. Orquidectomía izquierda por seminoma y radioterapia posterior. Beneficiaria. Fértil. Embarazo por inseminación artificial heteróloga.
4	6061119	Fértil. Corrección hábitos sexuales. Beneficiaria. Fértil.
5	0388932	Oligoastenozoospermia. Varicocele. Factor inflamatorio. Detención espermiogénesis. Varicocelectomía.
	1163972	Obstrucción tubárica parcial bilateral. Hidrotubaciones.

- 6 0427758 Teratozoospermia. Factor inflamatorio. Detención espermiógenesis. Tratamiento de prostatitis 1075856 Factor cervical. Tratamientos de leucorrea.
- 7 0822773 Fértil. Corrección factor sexológico. Beneficiaria. Fértil.
- 8 7228880 Factor inflamatorio. Varicocele. Sin tratamiento fértil.
- 9 1094023 Factor inflamatorio. Tratamiento prostatitis. Beneficiaria. Fértil.

Probables factores etiológicos

Factor cérvico vaginal

Leucorrea	11
Cervicitis	1
Inmunológico	7

Factor útero tubárico peritoneal

Obstrucción tubárica bilateral	16
Obstrucción tubárica unilateral	3
Factor peritoneal	2
Endometritis y anexitis T.B.C.	2

Factor gonadal

Síndrome anovulatorio	11
Factor sexológico	4
Idiopática	1

Comentarios

De 100 estudios andrológicos se encontró patología en 75 pacientes, y en 13 parejas se encontró patología de ambos.

En nuestro concepto, el tratamiento debe ser personalizado y de acuerdo con las causales de infertilidad, masculina o femenina, halladas. Así, sería médico como en el caso de las prostatitis o factor inmunológico, y quirúrgico como en el varicocele o epidídimo-deferentostomía en azoospermicos con trastornos

oclusivos y biopsia testicular normal. Creemos que la terapia con drogas debe ser poco agresiva inicialmente, y en cuanto a las drogas de tipo hormonal, se deben prescribir individualizadas según la droga y su posología, para aumentar la dosis según respuesta. En el caso de tratamiento hormonal es deseable que el paciente tenga un estudio de plasma seminal y dosificaciones por radioinmunoanálisis de FSH, LH, y testosterona en plasma.

El trato que dé el médico a la pareja infértil es definitivo, ya que se trata generalmente de parejas angustiadas y tensas por su problema. El médico debe inspirar confianza y esperanza, especialmente para que los recónditos problemas sexuales afloren y se modifiquen favorablemente con el tratamiento. Es frecuente que se cree cierta dependencia psicológica del paciente hacia el médico y que cuando la pareja aparentemente infértil decide consultar con el médico, se presente embarazo. Esto sería explicable, porque esta decisión iría acompañada de mejoría en los hábitos sexuales, especialmente en aumento de la frecuencia de las relaciones sexuales que conducen al embarazo.

No sabemos hasta dónde deba llegar el médico en su afán de mejorar las condiciones de fertilidad del paciente cuando se trata de parejas desavenidas, o en parejas en las cuales el hombre o la mujer quieren retener a la esquiva contraparte mediante un embarazo, sin modificación de las condiciones conyugales que en parte son causantes del problema de infertilidad.

Llama la atención la correlación de procesos inflamatorios a nivel de próstata y vesículas seminales en el hombre, y quizás de infección vaginal, con factor inmunológico auto o heteroinmune productor de infertilidad. Como lo demostrara Paulsen (2) hay un factor inmovilizante de los espermatozoides, obtenido del semen de individuos afectados por prostatitis por E. Coli. En nuestra opinión, otro tanto sucede con

los individuos con prostatitis por tricomonas, en los cuales fuera del factor sanitario que representan, tienen el agravante de que para el tratamiento hay que recurrir a los derivados Nitroimidazólicos, que alteran la función del epitelio germinal testicular, aunque esta función se recupera generalmente en unos tres meses posteriores al tratamiento, y después de su curación el espermograma de control muestra una definida mejoría en el estudio comparativo.

En la búsqueda del factor inflamatorio como causal de infertilidad nos inclinaron los siguientes hallazgos; 1) Historia anterior de foco séptico amigdaliano u otro; 2) Historia de enfermedades venéreas tratadas o no; 3) Hallazgos en el tacto rectal sugestivos de prostatitis; 4) Presencia en el espermograma de tendencia a la alcalinidad, con Ph de 8 ó más, aumento en el tiempo de licuefacción a más de 30 minutos, disminución del recuento espermático que puede llegar a los límites inferiores de 10 a 15 millones, pero no a la azoospermia y trastornos moderados de la movilidad espermática con límites inferiores en el 10% en el examen inicial, y presencia de pioesperma.

La biopsia testicular siempre se realizó abierta y bilateral, con exploración del contenido escrotal al mismo tiempo y se motivaron por: 1) En pacientes azoospermicos con recuentos entre 0 y cinco millones de espermatozoides; 2) En cifras anormales de necrozoospermia; 3) En severos trastornos de la morfología espermática, bien sea por porcentajes bajos de formas normales o muy altos de una o varias anormalidades; 4) En pacientes con patología sobregregada testicular o epididimaria que requiera tratamiento quirúrgico. Hay que tener en cuenta la presencia de una orquiepididimitis uni o bilateral traumática por la cirugía, que agravaría el problema de infertilidad del paciente, lo mismo que procesos de autoinmunidad desencadenados por la misma causa.

Conclusiones

Es alarmante el porcentaje de enfermedades venéreas obtenido en los antecedentes personales.

Los antecedentes ocupacionales relacionados con trabajo bajo intenso calor o contacto con fumigantes u otros químicos, son de un 11% que es una cifra ya significativa.

Los conocimientos en sexología nulos en un 76%, se manifiestan en frecuencia en las relaciones sexuales en exceso, o más frecuentemente en escasez con un promedio de 5.4 mensual, que ha sido causal de infertilidad en tres pacientes, pero causal coadyuvante en la mayoría. Además, las relaciones sexuales en general tienden a la monotonía, practicándose en la misma hora y en la misma posición.

Indudablemente la causa inflamatoria como diagnóstico principal o coadyuvante en los problemas de infertilidad masculina entre nosotros tiene el primer puesto, y la sigue el varicocele, lo contrario de lo que sucede en los demás países.

La meta científica del médico dedicado al estudio y tratamiento de la infertilidad, no es solamente conseguir un embarazo en la pareja infértil, sino curar o al menos mejorar las condiciones que motivaron la infertilidad, de tal manera que la pareja pueda tener cuantos hijos quiera según su criterio personal y sin tener que recurrir a tratamiento de nuevo.

A la pareja ya comprobadamente estéril se le debe orientar y ayudar al final del estudio, sobre las alternativas que le queden, como permanecer sin hijos especialmente en parejas con unión estable y largo tiempo de matrimonio; adopción especialmente en mujeres estériles afeadas, con las implicaciones familiares y sociales que conlleva; inseminación artificial heteróloga, en el caso de hombre estéril y mujer fértil, y

como definitiva alternativa explicándoles el pro y el contra de cada una.

En cuanto a la inseminación artificial heteróloga se deben tener en cuenta los siguientes considerandos:

1. Posibilidad de rechazo psicológico por uno de los cónyuges del hijo obtenido mediante este método o mediante adopción.
2. Ausencia de Legislación al respecto en Colombia, y, por ende, dificultad en la solución de los problemas que se pudieran presentar.
3. Aspectos religiosos y morales.
4. Los aspectos relacionados con ética profesional, fines especulativos del dador y de la entidad que practique la inseminación, y los aspectos legales, considerando que se trataría de un heteroinjerto de tejido vivo similar a una transfusión sanguínea o un injerto renal. Que yo sepa, tan sólo cursa actualmente un Proyecto de Ley en el Congreso (3) para legislar sobre injertos. Pero es de pensar que por aspectos religiosos, dogmáticos, inmodificables, ¿vamos a cerrarle la puerta a la última oportunidad que tiene la pareja estéril y que debe ser la última en su orden? No lo creo; el hijo nacido por inseminación artificial ante la Ley sería un hijo natural si no mediara el secreto profesional, pero tendrá el hipotético 50% de las facciones de la madre y sus características corporales; la mujer se realiza como tal a través de la maternidad y del parto, el hijo podría ser registrado como hijo legítimo y podría ser bautizado, y las condiciones familiares y sociales para él serán menos adversas que en la adopción.

Es aconsejable corroborar los resultados del espermograma con test post coito en la mujer, especialmente en presencia de espermogramas normales y condiciones ginecológicas buenas para embarazo, que lo inducen a uno a pensar en factor inmunológico, que es más frecuente de lo que se cree como lo vimos en el presente estudio, lo mismo que la autoaglutinación espermática observada en el espermograma sugestiva de trastorno inmunológico autoinmune. Cabe la posibilidad de que la presencia de leucorrea en la mujer, pueda determinar la formación de un factor inmovilizante del espermatozoide, y podría desencadenar una reacción de tipo inmunológico de rechazo del espermatozoide con aglutinación de estos, o alteración de su movilidad que de todas maneras es quizás el parámetro más importante de analizar en el espermograma.

Agradecemos la colaboración prestada por los doctores Fernando Sánchez Torres, director del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Clínica San Pedro Claver, Enrique Duplat Yáñez y Nelson Hugo Buriticá Ruiz, ginecólogos del Departamento, y al doctor Rafael Pinaud quien hizo el estudio de patología de la mayoría de las biopsias tomadas.

Bibliografía

- 1 AREVALO-BURGOS, A. Infertilidad masculina. Estudio de 50 casos. Tribuna médica. Julio 1979. Pág. 21.
- 2 PAULSEN, J. and POLAKISKY, L. (Washington Univ.). Isolation of a Spermatozoal Immobilization Factor from Scherichia Coli filtrates. Fert. Steril. 28: 182, 185. February 1977.
- 3 BLANCO-GUTIERREZ, L. A. Comunicación personal.