

Embarazos en 223 Pacientes Tratadas por Esterilidad Durante un Periodo de Cinco Años

Dres. Fabio Sánchez Escobar, Gabriel Devia Manjarres, Guillermo Henao Cortés
Constanza Díaz de Calle y Jorge Mario Mejía Restrepo

Grupo de Ginecología Endocrina y Reproducción Humana.

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Centro de Investigaciones Médicas

Facultad de Medicina

Universidad de Antioquia

Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

REIMPRESOS:

Fabio Sánchez Escobar

Departamento de Obstetricia y Ginecología

Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Medellín (Colombia) — Sur América

INTRODUCCION

En un mundo convulsionado por los profundos cambios en la estructura social y agravado por la superpoblación, la contaminación ambiental y el desequilibrio económico, parecería ilógico dedicar esfuerzos al logro de embarazos en una pareja que es estéril; sin embargo, esta pareja que no tiene una dolencia física sí tiene problemas sociales y familiares y merece de parte del médico, comprensión, apoyo y disposición para resolver sus angustias, ansiedades y frustraciones, que llegan a aislarla de su propio medio.

En el momento actual se abren mejores perspectivas para su solución, gracias al adelanto tanto en los métodos de diagnóstico, el tratamiento médico y

quirúrgico, como en la conformación de equipos de trabajo e investigación.

El segundo objetivo de los programas de fertilidad y esterilidad, fuera de prestar un servicio asistencial a la pareja con el fin de evaluar los diversos factores causales y establecer su pronóstico y tratamiento, es el de analizar periódicamente los resultados obtenidos, evaluar las complicaciones que se presentan y estimular la investigación clínica y básica, con el fin de generar nuevos conocimientos y actitudes y, de acuerdo con los resultados, continuar o modificar la metodología utilizada.

En el presente informe nos proponemos hacer un análisis de los resultados obtenidos en el grupo de pacientes es-

tériles embarazadas durante los cinco años de funcionamiento del programa, establecer unas pautas para la evaluación y seguimiento de estas parejas, y comparar con los resultados de otros estudios publicados.

Material y Métodos

Se estudian 223 parejas estériles que se embarazaron en la consulta del grupo de Ginecología Endocrina y Reproducción Humana, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, durante el período comprendido entre enero de 1976 a diciembre de 1980.

Todas las pacientes se estudiaron citiéndose a una misma metodología (1), el tratamiento se efectuó sólo después de conocer el diagnóstico etiológico y en ningún momento se prescribieron tratamientos de prueba. Se admitieron al programa parejas con uno o más años de vida sexual activa y que no habían logrado un embarazo a pesar de no utilizar

ningún método anticonceptivo (basados en el criterio de la Sociedad Americana para el estudio de la esterilidad) y mujeres con un máximo de 36 años, debido a que la fertilidad se reduce a medida que avanza la edad (2-3). Por encima de los 36 años se admitieron algunas pacientes que luego de una evaluación previa por uno de los autores, tenían mejor pronóstico.

Luego de evaluar el pronóstico de la esterilidad, si existen causas transitorias (esterilidad relativa), se inicia el tratamiento; cuando las causas de la esterilidad son permanentes e incompatibles con la reproducción (esterilidad absoluta) (2), se hace una entrevista a la pareja y se da de alta del programa, luego de ofrecerles una ayuda siquiátrica y aconsejar en la mayoría de los casos una adopción.

Los casos se clasificaron como esterilidad primaria, secundaria y abortadora habitual; la esterilidad es primaria si no ha habido ningún embarazo; secundaria si ha habido embarazos, hayan o no

Tabla No. 1

EDAD EN 223 PACIENTES EMBARAZADAS SEGUN LA ESTERILIDAD HUSVP - U. de A. 1976-1980

ESTERILIDAD

Edad	Primaria	Secundaria	Abortadora Habitual	Total	Porcentaje
20 o menos	17	8	3	28	12.5
21 - 25	35	21	11	67	30.0
26 - 30	31	45	6	82	36.7
31 - 35	10	15	8	33	14.8
36 o más	4	7	2	13	6.0
	97	96	30	223	100.0

llegado a término; abortadora habitual si ha tenido tres abortos sucesivos ó cuatro alternos.

Resultados

Durante los cinco años de funcionamiento del Grupo de Ginecología Endocrina y Reproducción Humana, se ha obtenido un total de 225 embarazos en 223 parejas estériles, lo que representa el 25.5% del total de 875 parejas que consultaron por esterilidad durante este período.

En relación a la edad, el mayor número de pacientes estuvo entre los 21 y 25 años para la esterilidad primaria y abortadora habitual y 26 a 30 años para la esterilidad secundaria; con una edad promedio de 25.3 ± 5 , 26.6 ± 5 y 26.9 ± 5.5 respectivamente, osciló entre 16 a 38 años; 28 pacientes (12.5%) tenían 20 años o menos y 13 (5.8%) eran mayores de 36 años. (Tabla No. 1).

En relación al **tiempo de esterilidad**, si se excluyen las pacientes con aborto habitual, queda un total de 193 parejas estériles, correspondiendo la mayor frecuencia, 44.6%, entre los dos y tres años de esterilidad y sólo un 17.1% de las pacientes consultaron durante el primer año; el promedio de esterilidad fue de 3.7 ± 3.3 años, oscilando entre 1 y 22 años que ocurrió en una paciente, (Tabla No. 2).

El 60% de las pacientes se embarazaron durante los tratamientos médico y quirúrgico; del 40% restante, 6% llegaron embarazadas en el momento de la primera consulta y 34% durante el período de estudio, (Tabla No. 3).

De las 223 parejas estériles, en 51 (22.9%), **no se llegó a un diagnóstico**

Tabla No. 2

EMBARAZOS SEGUN CLASE Y DURACION DE LA ESTERILIDAD

HUSVP – U. de A.
1976 – 1980

ESTERILIDAD

Duración	Primaria	Secundaria	Total	Porcentaje
1 a < 2	20	13	33	17.1
2 a < 4	42	44	86	44.6
4 a < 6	19	20	39	20.2
6 a < 8	9	11	20	10.3
8 y más	7	8	15	7.8
Total	97	96	193	100.0

etiológico debido a que 14 estaban embarazadas en el momento del ingreso y 37 durante la fase de estudio. De las 172 pacientes restantes, el segundo lugar correspondió al **factor endocrino** (50%), con una frecuencia un poco mayor para la anovulación en relación con el cuerpo lúteo insuficiente.

El **factor tuboperitoneal** ocupa el tercer lugar como **causa única** de esterilidad con un 9%, pero aumenta su frecuencia cuando se suman las pacientes que corresponden a la causa **múltiple** y al **factor mixto**, dando un total de 38 pacientes, lo que representa un 17% del total. El 65.8% (25 pacientes) se embarazaron luego del tratamiento quirúrgico y el resto 34.2% (13 pacientes) luego de los procedimientos de diagnóstico o del tratamiento médico del factor asociado.

El **factor cervical**, como causa única, agrupa un total de 13 pacientes embarazadas, 7 de las cuales eran abortadoras habituales por incompetencia ístmico cervical, 2 tenían sinequia endocervical

Tabla No. 3

**EMBARAZADAS EN 223 PAREJAS DE ESTERILIDAD DE ACUERDO
CON LA ETAPA DE EVOLUCION
HUSVP—U. de A.
1976 — 1980**

	Esterilidad		Abortad. Habitual	Total	o/o
	Primaria	Secundaria			
Ingreso	8	5	1	14	6.3
Estudio	28	38	10	76	34.1
Tratamiento	61	53	19	133	59.6
Total	97	96	30	223	100.0

y las 4 restantes presentan hostilidad cervical.

Si a las 4 pacientes con moco hostil se le suman 2 del factor múltiple da un total de 6 pacientes (2.7% del total de embarazadas). De estas pacientes con moco hostil (4), se embarazaron luego del tratamiento con oxaciclina (3 de ellas previa electrofulguración de endocervicitis crónica, y otra como terapia única con cuello sano).

Dos pacientes recibieron tratamiento hormonal: en una se prescribió succinato de estriol 2 mg diariamente y otra bromoergocriptina, a pesar de tener prolactina normal, a la dosis de 1.25 mg a las 11:00 p.m.

En el **factor uterino** se incluyen 2 pacientes con miomatosis, 2 con endometritis y una con una alteración congénita (doble útero y doble vagina), todas a excepción de la endometritis, están incluidas en el grupo de las causas múltiples, (Tabla No. 4).

Diez y siete pacientes fueron clasificadas en el grupo de **causas múltiples** de esterilidad, de las cuales una paciente

tenía tres factores asociados; predominó en 14 pacientes la alteración del factor tuboperitoneal asociado a otra patología, (Tabla No. 5).

Tabla No. 4

**DIAGNOSTICO EN 223 PAREJAS
EMBARAZADAS
ESTERILES HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	No. Parejas	o/o
1) Sin diagnóstico	51	22.9
2) Factor endocrino		
{Anovulación	66	29.6
{Cuerpo lúteo insuficiente	47	21.1
		50.7
3) Factor Tubo Peritoneal	20	9.0
4) Factor Uterino	2	0.9
5) Factor Cervical	13	5.8
6) Factor Vaginal	1	0.4
7) Factor Mixto	6	2.7
8) Factor Múltiple	17	7.6

No se hizo diagnóstico de embarazos por **factor masculino** como causa única de esterilidad, pues las parejas con esta patología son referidas para su tratamiento médico o quirúrgico. En tanto, 6 parejas se clasificaron en el **factor mix-**

Tabla No. 5

CLASIFICACION DE 17 PACIENTES EMBARAZADAS CON MULTIPLES FACTORES DE ESTERILIDAD

**HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	No. Ptes
Anovulación	3
+ F. Tuboperitoneal	1
+ F. Tuboperitoneal+F. uterino	1
Cuerpo Lúteo	1
+ F. Uterino	1
Insuficiente	9
+ F. Cervical	1
+ F. Tuboperitoneal	1
F. Uterino+F. Cervical+F. Vaginal	1
F. Tubo peritoneal+F. Insuf. Istmico Cervical	1
Total	17

Tabla No. 7

DISTRIBUCION DE LOS EMBARAZOS EN 66 PAREJAS ESTERILES POR ANOVULACION

**HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	No. Ptes.
Estropersistente 57 (86.3%)	36
Hipoestrogenismo 9 (13.7%)	15
	6
	5
Disfuncional	1
	1
Hiperprolactinemia	5
	1
Cushing	1
	1
Hipotiroidismo	1
	1

to, en el cual se conjuga al factor masculino uno o varios factores en la mujer. Estas parejas ingresaron nuevamente al programa para el tratamiento de la esposa, una vez se solucionó el factor masculino, (Tabla No. 6).

Entre 47 pacientes con **cuerpo lúteo insuficiente**, el 83% (39 pacientes) fue de causa disfuncional y en sólo 17% (8 pacientes) se logró conocer la causa etiológica, (Tabla No. 8).

Tabla No. 6

CLASIFICACION DE 6 PAREJAS EMBARAZADAS CON FACTOR MIXTO DE ESTERILIDAD

**HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	No. Ptes.
Factor	1
Masculino	1
	1
	2
	1
Total	6

Tabla No. 8

DISTRIBUCION DE LOS EMBARAZOS EN 47 PACIENTES ESTERILES CON CUERPO LUTEO INSUFICIENTE

**HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	No. Ptes.	0/o
Disfuncional	39	83.0
Hiperprolactinemia	5	10.6
Hiperplasia suprarrenal	2	4.3
Hipertiroidismo	1	2.1

De 66 pacientes con **anovulación crónica**, se clasificaron 57 en el grupo de estropersistente y 9 en el de hipoestrogenismo; 30 de las pacientes tenían una causa etiológica conocida, siendo en 13 de ellas (19.7%) la hiperprolactinemia, (Tabla No. 7).

En relación con los embarazos obtenidos durante el periodo de estudio, 53 lo fueron en la etapa del procedimiento diagnóstico; 24 de los embarazos en forma inmediata a él (22 por biopsia de endometrio), con la cual se estableció

una relación de causa-efecto; y el resto, 29 pacientes, tiempo después (21 pacientes) o posteriormente a un tratamiento médico previo (8 pacientes), (Tabla No. 9).

Tabla No. 9

**EMBARAZOS OBTENIDOS EN
PACIENTES ESTERILES
LUEGO DE PROCEDIMIENTOS
DIAGNOSTICOS
HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	Estudio		Tto.	Total
	Inmediato	Mediato		
Biopsia de Endomet.	22	15	6	43
Biopsia de cuello	1			1
Cauterización	1			1
Laparoscopia		4	1	5
Histerosalpingografía		2	1	3
Total	24	21	8	53

Las 223 parejas tuvieron un total de 225 embarazos (2 pacientes con un em-

barazo a término luego de un aborto); 3 de las gestaciones fueron gemelares (1.3%), en 2 casos el parto fue prematuro y uno a término, 2 de ellos por cesárea. El 11.1% de los embarazos terminaron en aborto y un 5.8% ectópicos, (Tabla No. 10).

En los 225 embarazos hubo 78 complicaciones (34.6%) del total, y comprende complicaciones tanto del embarazo como del parto. El mayor número correspondió a los abortos 38.0% (25 pacientes), correspondiendo dos terceras partes a abortos del primer trimestre. Trece pacientes (16.7%) terminaron en ectópico. Es importante apreciar la baja frecuencia de hiperestimulación ovárica. Cinco pacientes (dos de ellas durante el tratamiento y tres gemelares), lo que da un total de 4.4% con respecto a los 113 pacientes del factor endocrino y 2.2% del total de complicaciones, (Tabla No. 11).

De los 225 embarazos, 151 (67%), tuvieron su parto; el 69.5% de los partos fue eutócico y el 30.5% intervenido,

Tabla No. 10

**TERMINACION DE 225 EMBARAZOS EN PACIENTES
EMBARAZADAS ESTERILES
HUSVP—U. de A.
1.976-1.980**

	Esterilidad		Abortadora Habitual	Total	o/o
	Primaria	Secundaria			
A término	61	57	18	136	60.4
Prematuros	7	5*	3*	15	6.7
Abortos	7	12	6	25	11.1
Ectópicos	7	6	0	13	5.8
Sin datos	15	17	4	36	16.0
Total	97	97	31	225	100.0

* Gemelar

Tabla 11
**COMPLICACIONES
 DE LOS EMBARAZOS
 OBTENIDOS EN 223 PACIENTES
 TRATADAS POR ESTERILIDAD
 HUSVP—U. de A.
 1.976-1.980**

Diagnóstico	No. de Casos	Frecuencia
Amenaza de aborto	4	5.1
Embarazo ectópico	13	16.7
Aborto	25	32.0
Prematurez	15	19.2
Amenaza de parto prematuro	3	3.8
Gemelar	3	3.8
Placenta previa	1	1.3
Abruptio placentae	1	1.3
Enf. hipertensiva	5	6.4
Infección urinaria	5	6.4
Diabetes gestacional	1	1.3
Hiper estimulación ovárica	2	2.6
	78	100.0

siendo por cesárea el 22.6% (Tabla No. 12).

Tabla No. 12

**TERMINACION DE 151 PARTOS EN
 PACIENTES TRATADAS
 POR ESTERILIDAD
 HUSVP—U. de A.
 1.976-1.980**

	Esterilidad		Abortad. Habitual	Total	o/o
	Primaria	Secundaria			
Norma. y espontáneo	43	46	16	105	69.5
Fórceps	9	2	1	12	7.9
Cesárea	16	14	4	34	22.6
Total	68	62	21	151	100.0

En las 32 pacientes intervenidas por cesárea, la mayor frecuencia correspondió a la desproporción cefalopélvica, 10 pacientes (31.2%), seguido de la estrechez pélvica, 8 pacientes (25%). Es

importante apreciar como 4 pacientes (12.5%) fueron intervenidos por alto valor social en pacientes primiañosas, (Tabla No. 13).

Tabla 13

**INDICACION DE LA CESAREA
 EN 32 PACIENTES EMBARAZADAS
 TRATADAS POR ESTERILIDAD
 HUSVP—U. de A.
 1.979-1.981**

Diagnóstico	No. Casos
Primigestante añosa	4
Placenta previa	1
Cesárea previa	1
Embarazo prolongado	1
Estrechez pélvica	8
Desproporción cefalopélvica	10
Sufrimiento fetal	4
Prematurez	2
Podálica	2
Sin datos	1
Total	34

Del número total de niños, el 57.4% es de sexo femenino, relación que sólo se invierte en el grupo de abortadoras habituales, en el cual es mayor el predominio del sexo masculino, (Tabla No. 14).

La frecuencia de malformaciones congénitas fue de 1.3%, representado en 2 niños, uno que presentó atresia esofágica, quien se intervino de urgencias y otro niño con una hipospadia. El peso promedio de estos niños fue de 3.030 ± 507 gramos y 48.8 ± 27 centímetros de talla.

Tabla No. 14
**SEXO DE LOS NIÑOS DE 151
 PAREJAS ESTERILES
 Y CLASE DE ESTERILIDAD**

**HUSVP—U. de A.
 1.976-1.980**

	Esterilidad		Abortad. Habitual	Total	o/o
	Primaria	Secundaria			
Masculino	27	25	13	65	42.5
Femenino	41	39	9	89	57.5
Total	68	64**	22*	154	100.0

*Gemelar

Discusión

El estudio y tratamiento de la pareja estéril ha mostrado en la última década avances muy importantes, tanto en la endocrinología como en el método de diagnóstico y de tratamientos médico y quirúrgico, llegando a disminuir la frecuencia de parejas estériles por causa desconocida y a mejorar los índices de éxito. En nuestro programa, una de cada dos pacientes tratadas (1) y una de cada cuatro inscritas lograron embarazarse.

En relación a la edad, 177 pacientes (79.4%) consultaron hasta los 30 años de edad y 46 (20.6%) con 31 o más; 13 de ellas (5.8%) tenían más de 36 años. En los programas de esterilidad es importante la edad, pues las posibilidades de éxito disminuyen, cuando la edad es avanzada (2-3) y además aumentan la morbilidad y la mortalidad.

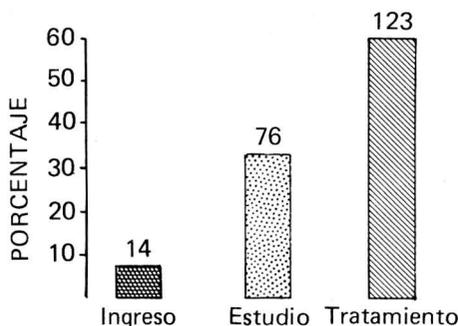
Si analizamos el tiempo de esterilidad se aprecia que la mayoría de las pacientes, 119 (61.7%), de las que se embarazaron, tenían de uno a tres años de esterilidad, este resultado está a favor de una consulta precoz en las parejas esté-

riles embarazadas que es de buen pronóstico (23), a diferencia de la consulta tardía en las pacientes que consultan por esterilidad.

Es importante resaltar los embarazos que se diagnosticaron en la primera consulta (al momento del ingreso al programa) sin que hubiera habido ningún procedimiento médico previo al embarazo, (6.3%), sólo una información y programación previa de la pareja por una auxiliar de enfermería (4), y los obtenidos durante el período de estudio (34.1%), sin que se hubiera llegado, en una mayoría de pacientes, a un diagnóstico, lo que da un total de 40% de éxitos, sin necesidad de ningún tratamiento médico, Figura No. 1. Es posible que el cambio de actitud de estas parejas sea un factor desencadenante de la gestación; el convencimiento pleno de su esterilidad y la decisión unánime de asistir a la consulta, aliviaría sus tensiones emocionales y, por lo tanto, desaparecería la ansiedad y mejoraría el funcionamiento neuroendocrino, se establecería

Figura No. 1

**EMBARAZOS OBTENIDOS EN 223
 PAREJAS ESTERILES
 DE ACUERDO A LA ETAPA DE
 EVOLUCION (1976-1980)
 —HUSVP — U. de A.**



un ritmo adecuado de las relaciones sexuales, las cuales se harían más por deseo sexual que por obsesión de lograr un embarazo, fenómeno que aumentaría la frecuencia de relaciones orgásmicas y mejoraría la calidad del semen, como también la entrevista inicial de la pareja, a su ingreso al programa, cuando recibe instrucciones y recomendaciones del personal médico y parámédico, modificando muchas veces criterios equivocados (5-6).

Estos factores, más los cambios que sufre la pareja durante el período de estudio: erradicación de factores hostiles tales como infecciones en el tracto genital (7-8), estímulos neuroendocrinos desencadenados por la manipulación vaginal y cervical (9), efecto mecánico (10) de la biopsia de endometrio que libera posibles sinequias cervicales o intrauterinas, las hidrotubaciones durante la histerosalpingografía con medios

yodados, que a la vez fuera del efecto mecánico pueden tener efecto bactericida, (11) y a la cromatoscopia practicada durante la laparoscopia diagnóstica que facilita la expulsión de tapones mucosos, todo esto, permite que se obtengan situaciones favorables para la ovulación, transporte y anidación del óvulo fecundado.

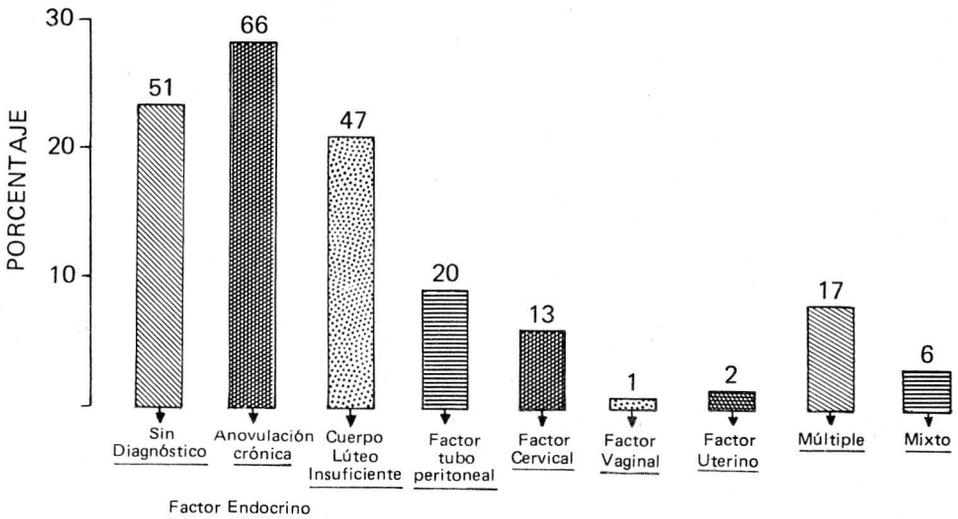
El 60% restante de las parejas (134), lograron embarazarse luego de un tratamiento de la causa etiológica del problema; a quienes en ningún caso se les prescribió tratamiento de prueba sin haber llegado a un diagnóstico.

En el 80% de las pacientes, (Figura No. 2), se llegó a un diagnóstico etiológico y le correspondió el factor endocrino la mayor respuesta, lo cual está de acuerdo con la mayor causa de esterilidad en nuestro medio.

Figura No. 2

DIAGNOSTICO DE LA ESTERILIDAD EN PAREJAS EMBARAZADAS

1976 - 1980 HUSVP - U. de A.



La mayor frecuencia de anovulación crónica correspondió a la causa **disfuncional** (54.5%), entidad que se manifiesta por una secreción continua de estrógenos (estro-persistentes) como consecuencia de una alteración funcional del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, (12) y en el 45.5% restante la mayor frecuencia en su orden correspondió a la hiperplasia suprarrenal (22.7%) (13) y a la hiperprolactinemia (19.7%) (14). Estas entidades necesitan un tratamiento específico y por lo tanto no responden fácilmente al tratamiento con clomifeno.

En el 38.5% de las pacientes anovulatorias por hiperprolactinemia, se diagnosticó un adenoma de hipófisis; en 5 de ellas el embarazo se logró luego de un tratamiento médico con bromoergocriptina (15, 16, 17), sus complicaciones son mínimas y permite ser tratadas médicamente. En ninguna paciente fue necesario recurrir a tratamiento quirúrgico estando en embarazo.

El tratamiento quirúrgico por vía transesfenoidal, sólo se efectuó en 3 pacientes y se seleccionaron sólo aquellas con respuesta negativa o paradójica a la prueba de supresión con bromoergocriptina, o que tenían intolerancia a la droga y un caso por factor económico.

Es importante resaltar el porcentaje tan alto del cuerpo lúteo insuficiente (21.1%) (20, 21), entidad que hasta hace poco era ignorada y, por lo tanto, responsable de gran parte de la esterilidad de causa desconocida (6), en parejas estériles "normales" que en nuestro medio su frecuencia es sólo del 5% de las pacientes que consultan por esterilidad (1).

El cuerpo lúteo insuficiente se diagnosticó al correlacionar el cuadro clínico la curva de temperatura basal, citología funcional con los hallazgos en la biopsia de endometrio: maduración asincrónica

(mosaico) o retardo de la maduración endometrial (desfasamiento) en dos ciclos sucesivos o más (22).

El factor tuboperitoneal ocupó un tercer lugar en frecuencia con un 17%, al sumar las pacientes del factor múltiple y mixto. Aunque su tratamiento es quirúrgico, en los casos cuando la lesión es leve o unilateral, se debe dar un tiempo prudencial entre el procedimiento diagnóstico y la cirugía, y tratar, en el intervalo, los factores asociados, si los hay, con el fin de dar oportunidad de embarazarse sin necesidad de cirugía; es así como 13 pacientes (34.2%), se embarazaron. El porcentaje de embarazos a término en el factor tuboperitoneal fue 52.6% (20 pacientes), 11 de ellos luego de cirugía, 6 abortos (15.8%) y 10 ectópicos (26.3%), 6 de ellos post cirugía.

El 48% de las 25 pacientes intervenidas (12 pacientes), llegaron a término, porcentaje que está de acuerdo con otros resultados (23).

En el factor cervical, el 53.8% fue por incompetencia istmico cervical, la cual ocupó el segundo lugar, luego del cuerpo lúteo insuficiente en el grupo de abortadoras habituales. Su pronóstico mejoró con el diagnóstico precoz, basados además de la historia clínica en la cervicometría, valorada con la utilización de la bujía número 7 de Hegar, procedimiento practicado durante la fase secretora, y por cervicografía mediante el uso de un balón inflable y maleable que, aplicado a la parte distal de una sonda de netalón, permite medir el diámetro del orificio interno al inyectarle a aquella un medio de contraste. Se habla de incompetencia cervical en una paciente con aborto habitual y que tiene en el orificio interior 7 mm de diámetro medido con la bujía y 5 mm en la cervicometría. Una vez que se hace el diagnóstico y la paciente se embaraza se

practicó en la mayoría un cerclaje tipo Espinosa (24), después de la 12 semana de gestación; a las demás el cerclaje fue Shirodkar o Mc. Donald.

La liberación de las sinequias endocervicales, que pasan desapercibidas durante los procedimientos diagnósticos, puede ser resultado de un embarazo durante la etapa de estudio. Cuando la hostilidad cervical se asocia a una causa endocrina, responde al tratamiento médico (25); en nuestra casuística, el 76.9% de las pacientes con hiperprolactinemia tenía también hostilidad cervical (26). Independientemente de la causa endocrina se aprecian otros factores causales tales como la cervicitis crónica, posiblemente secundaria a infecciones por anaerobios que responden al tratamiento con oxaciclina (27). Aunque hemos obtenido muy buena respuesta del moco en el tratamiento de la hostilidad cervical, en pacientes normoprolactinémicas, con el empleo de bromocriptina a dosis de 1.25 mg por día; sin embargo, los resultados no han sido muy alagadores en lo relativo a embarazos.

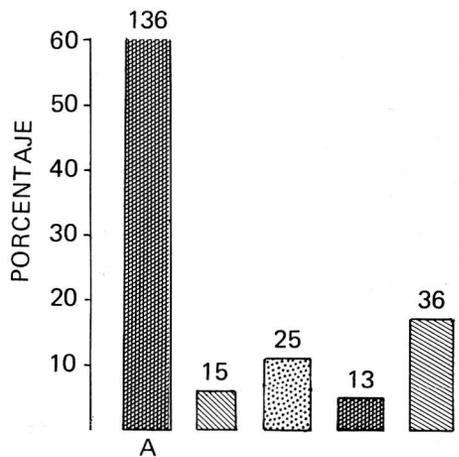
En relación al factor uterino, la patología que compromete la cavidad endometrial frecuentemente es causa de esterilidad: miomas (28), pólipos, sinequias (29), alteraciones congénitas (30), procesos sépticos agudos (31), o crónicos (32), que en ocasiones producen atrofia endometrial (como la tuberculosis). En ocasiones tal patología es de muy mal pronóstico, máxime si no se tienen los métodos de diagnóstico y tratamiento adecuados.

Es necesario el estudio integral y programado de las parejas estériles con el fin de obtener la máxima información y, por lo tanto, mejor éxito durante el tratamiento. De los resultados obtenidos, si conjugamos las parejas con factor mixto de esterilidad con las de causas

múltiples, apreciamos que 23 parejas (10.3%) tienen más de un factor de esterilidad, causa del mal pronóstico de este grupo de pacientes, si se compara con el elevado número de mujeres con múltiples factores de esterilidad estudiadas.

De los 225 embarazos obtenidos durante cinco años del programa de esterilidad, 11,1% terminó en aborto y 6.7% en prematuros, frecuencias que no difieren de lo obtenido en la población general, y muy por debajo de lo obtenido por Jubiz y Cols en 3.292 embarazos de alto riesgo durante diez meses, en nuestro Hospital, 23.7% de abortos y 16% de prematuros (33). El índice de ectópicos alcanzó a ser cuatro veces más que en la población en general con un 5.8%, y ligeramente mayor que los informados luego de cirugía tubárica (2.7% - 3.2% (34).

Figura No. 3
**TERMINACION DE 225
 EMBARAZOS EN
 PAREJAS ESTERILES 1976-1980
 HUSVP - U. de A.**



Término Prematuros, Abortos, Ectópicos, Sin datos.

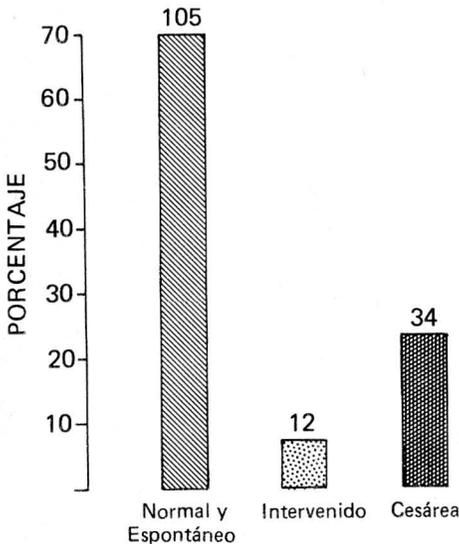
De los trece ectópicos, el 76.9% (diez pacientes), correspondió al factor tuboperitoneal, entidad que es causa de la frecuencia tan elevada por la patología propia de la trompa (35). Figura No. 3.

En el 16.6% de las parejas, no se conoció la evolución final del embarazo, a pesar de insistirse en la necesidad de una permanente comunicación con el programa. La causa radica posiblemente en el cambio permanente de domicilio de las parejas por la baja situación económica.

De los 151 partos, un 30% fueron intervenidos, o sea que una de cada tres pacientes tuvo un parto distócico y una de cada cuatro tuvo su parto por cesárea;

Figura.No. 4

TERMINACION DE LOS 151 PARTOS DE PAREJAS ESTERILES (1976-1980)
HUSVP - U. de A.

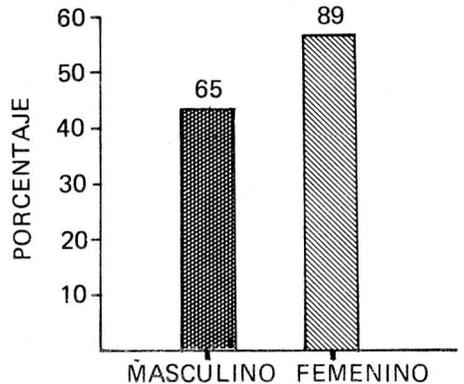


de acuerdo con este resultado consideramos que las pacientes embarazadas luego de tratamiento de esterilidad deben ser incluidas en el grupo de alto riesgo, así no tengan ninguna patología asociada comparada con 19.6% en el informe de nuestro Hospital en 2.505 partos (33); aunque todas las pacientes tienen una indicación médica de la cesárea, es posible que lo valioso del feto, induzca al médico a programar una cirugía cuando se presenta el más mínimo problema o sospecha de él. Figura No. 4.

Es significativo el predominio del sexo femenino en este estudio, como también en el de pacientes hiperprolactinémicas embarazadas (26), resultado que puede no ser un hecho aislado, pues en la pareja-estéril, se conjugan una serie de factores que son hostiles al espermatozoide, lo cual puede ser un factor de selección, permite la migración del espermatozoide X a expensas del Y. Sin embargo, este resultado no se reproduce en otras publicaciones (35). Figura No. 5.

Figura No. 5

SEXO DE 154 NIÑOS DE 151 PAREJAS ESTERILES.
1976 - 1980
HUSVP - U. de A.



De las 113 pacientes embarazadas con el diagnóstico de factor endocrino, 96 fueron por causa disfuncional y tratadas con clomifeno y sólo hubo 3 embarazos gemelares (3.1%), frecuencia que está muy por debajo de otras publicaciones; es así como Kirtner informa 6.3%, Greenbbat 6 a 8%, Hack 8.4% y Merrel lab 7.8%. Esta frecuencia tan baja en el presente informe, es posible explicarla bien porque se prescribió únicamente la dosis respuesta y en raras oportunidades se prescribieron dosis mayores (36).

Bibliografía

1. SANCHEZ F., GARCIA JE., DE LOS RIOS J., MEJIA JM., MEJIA W. (1981) Estudio de la Pareja Estéril. Rev. Col. Obset. Ginecol. 32: 84.
2. GARCIA A., SALDAÑA RH., RINCON R. y Cols. (1977). Análisis General de 500 Parejas con Esterilidad o Infertilidad, Ginecol. Obset. Mexic. 41: 409.
3. JONES GES, POURMAND K. (1962). An Evaluation of Etiologic Factors and Therapy in 555 Private Patientes with Primary Infertility. Fert. Steril. 13:398.
4. DRAKE TS, TREDWAY DR. 1978 Spontaneous Pregnancy During the Infertility Evaluation. Fert. Steril 30:36.
5. BERGER DM. (1977) The Role of the Psychiatrist in a Reproductive Biology Clinic Fert. Steril 28:141.
6. LENTON EA, WESTON GA, COOKE ID (1977) Long Term Follow-up of the Apparently Normal Couple. With a Complaint of Infertility. Fert. Steril 28: 913.
7. FRIBERG J. (1980) My Coplasmas and Ureaplasmas in infertility and Abortion Fert. Steril 33:351.
8. STRAY-PEDERSEN B., ENG J., MANN-SAKER T (1978): Uterine T, Mycoplasma Colonization in Reproductive Failure. Am. J. Obstet. Gynecol. 130:307.
9. WILSON RB., LEE RA., JENSEN PA (1966). Inadvertent Infertility Investigations in Pregnant Women. Fert. Steril 17:126.
10. ROSENFELD DL., GARCIA CR. (1975) Endometrial Biopsy in the Cycle of Conception. Fert. Steril 26:1088.
11. ALVAREZ BRAVO A. (1973) Diagnóstico y Tratamiento del Factor Tubérico en Esterilidad. Ginec. Obstet. México 33:199.
12. YEN SSC (1980) The Polycystic Ovary Syndrome. Clin. Endocrinol 12:177.
13. ABRAHAM GE., MAROULIS GB., BUSTER JE et al (1976). Effect of Dexamethasone on Serum Cortisol and Androgens Levels in Hirsute Patients. Obstet. Gynecol. 47:395.
14. CANALES ES., FORSBACH G., SORIA J. ZARATE A. (1976). Infertility due to Hyperprolactinemia and its treatment with ergocryptine. Fert. Steril 27:1335.
15. BERGH T., NILLIUS SJ., WIDE L (1978) Clinical Course and outcome of Pregnancies in Amenorrhic Women With Hyperprolactinemia and Pituitary Tumours. Brit. Med. J. 1:875.
16. ZARATE A., CANALES ES., ALGER M., FORSBACH G (1979). The Effect of Pregnancy and Lactation on Pituitary Prolactin - Secreting - Tumours. Acta Endocrinol. 92:407.
17. HANCOCK KW., SCOTT JS., LAMB JT et al (1980). Conservative Management of Pituitary Prolactinomas: Evidence for Bromocriptine Induced Regression Brit. J. A. 87:523.

18. KEYE WR., CHANG RJ., MONROE SE., WILSON GB., JAFFE RB., (1979). Prolactin - Secreting Pituitary Adenomas in Women II Menstrual Fuction Reserves and Prolactin Production Following Microsurgical Removal Am. J. Obstet Gynecol 134:360.
19. MUHR C., BERGTROM K., HUGOSSON R., LUNDBERG PO., (1980). Pituitary Adenomas: Computed Tomography and Clinical Evaluation in a Follow up After Surgical Treatment. Eur Neurol. 19: 171
20. JONES GES. Theutead Phase Defect in Modern Trens Edit Wallach EE., Kempers RD. Williams Wilkin Co Baltimore 1979 pág. 151.
21. SHEPARD MK., SENTURIA YK., (1977) Comparison of Serum Progesterone and Endometrial Biopsy for Confirmation of Ovulation and Evaluation of luteal Function. Fertil Steril 28:541.
22. SOULES MR., WIEBE RH., AKSELS, HAMMOND CH. B., (1977). The Diagnosis and Therapy of Luteal Phase Deficiency. Fertil Steril 28:1033.
23. SORENSEN SS., (1980). Infertility Factors. Acta Obstet Gynecol Scand 59:513.
24. MATUTE RAFRAY MM., RUIZ VELASCO V., BRENA AQUINO E. (1978). Modificación al Cerclaje Cervical de Espinosa. Ginec. Obstet. Méx. 43:179.
25. REZAI P., DMOWSKIWP., AULETTA F., SCOMMEGNA A. (1979). Effect of Oral Estriol on Cervical Secretions and an Ovulatory Response in Infertile Women Fert Steril 31:627.
26. SANCHEZ F., MEJIA JM. HENAO G., (1981). Embarazos en 48 Pacientes Hiperprolactinémicas. Rev. Col. Obstet. Gynecol. (En prensa).
27. TAYLOR - ROBINSON D., Mc. CORMACK WM (1980). The Genital Mycoplasmas. N. England J. Med. 302:1003.
28. MALONE LJ., INGERSOLL FM: Myomectomy in Infertility in Progress in Infertility. Behrman SJ., Kistner RW. (edit) Little Brown Co pag 85, 1975.
29. TOAFF R., BALLAS S., Traumatic Hypomenorrhea - Amenorrhea (Asherman's Syndrome)in Modern Trends edit Wallach EE., Kempers RD., Williams & Wilkins Baltimore 1979 pag. 66.
30. JONES HW., ROCK JA., Sürgical Treatment of Female Infertility in WHO. Symposium on Advances Infertility Regulation, Moscow 1976.
31. MOYER DL. Endometrial Diseases in Infertility in Progress in Infertility (Comp) (Behrman SJ. Kistner RW) Edit Little Brown Co Briton 1975. página 91.
32. WALLACH EE., (1979). Valoración Tratamiento de las Causas Uterinas de Infecundidad. Clin. Obstet. Ginec. 1:43.
33. JUBIZ A., CARDON LE., MANOTAS R., CASAS N., Diagnóstico de la Situación Perinatal en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín (septiembre 80 a mayo 81).
34. RUIZ VELASCO V., ROSAS ARCEO J., MATUTE MM., HERNANDEZ A. (1979). Evolución de los Embarazos en Pacientes Estériles Tratadas. Ginec. Obstet. Méx. 34:91, 1979.
35. SCHENKER JG., YARKONI S., GRANAT M. (1981) Múltiple Pregnancies Following Induction of Ovulation. Fertil Steril 35:105.
36. GOMEL V., Mc. COMB P. Microsurgery in Gynecology in Microsurgery edit Silber SJ. Williams and Wilkins Co 1979 pág. 143.
37. SANDOZ PHARMACENTICALS. Out Come of Pregnancy in Mothers Taking ParJodel, Status October 31, 1980.