



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1994; 40 (1): 24-27

### LA PALABRA DEL MAESTRO

#### Visión panorámica sobre el estudio de la pareja estéril

Dr. JORGE ASCENZO CABELLO

Sesenta y cinco millones de personas sufren en el mundo el problema de esterilidad conyugal. La esterilidad es de causa desconocida en el 14%, es debida sólo a la mujer en el 36%, sólo al hombre en el 22% y a ambos en el 28%. Hay evidencias que la esterilidad en el mundo está disminuyendo. Sin embargo, el semen, en los últimos 50 años, está bajando de calidad.

El progreso en el estudio de la pareja sin hijos ha sido vertiginoso en las últimas décadas. El estudio endoscópico ha marcado una nueva era al respecto, al extremo de que hoy, de dos mujeres estériles, se hace laparoscopia en una de ellas. Conforme avanzan los años, más estériles se someten a este estudio al observar que aparecen elementos no diagnosticables sino por dicho método, como la endometriosis y la ratificación o rectificación de otras causas, como la permeabilidad tubárica, la relación entre las trompas de Falopio y los ovarios, las adherencias peritoneales pélvicas, pequeños miomas, etc. Además, complementa muy bien a la histerosalpingografía.

La cirugía laparoscópica muestra claras ventajas en el tratamiento de la estéril. Lo que es difícil es conocer dónde está el límite entre lo que se logra con seguridad, rapidez y menos complicaciones y lo que podemos llamar un "atrevimiento quirúrgico", por una vía que no necesariamente va a resolver adecuadamente, en tiempo razonable o sin riesgos, un problema de ovarios, trompas o útero, que a todas luces se resolvería mejor con una laparotomía.

Para dar una real imagen del adelanto que significa la endoscopia, haremos un estudio exhaustivo de la histeroscopia, que cada vez ingresa más en el estudio de la mujer estéril y llegará a ser el método rutinario, ya que es cómoda y económica, permite tomar fotografías en colores que, como en la laparoscopia, sirven como un documento en las historias clínicas. Aparte de poder observar y diagnosticar el origen de una hemorragia uterina anormal en una estéril, puede diferenciar un endometrio proliferativo - inicial o tardío-, ovulatorio, secretor - inicial o tardío-, premenstrual y menstrual. Con la microcolpohisteroscopia se puede estudiar el factor cervical desfavorable, valorizando la mucosa endocervical, el moco y las anomalías inflamatorias del endocervix. El histeroscopia precisará alteraciones morfológicas, malformaciones y tumoraciones, anomalías traumáticas y funcionales, procesos inflamatorios y vasculares, así como anomalías funcionales y morfológicas del ostium tubouterino o mioma o pólipos previos al orificio tubárico. En el cervix uterino, atrofia o hiperplasia endocervical, endometriosis endocervical, endocervicitis, adherencias endocervicales, estenosis, etc. En el cuerpo uterino, observa si hay algún tipo de anomalía, valora la capacidad de la cavidad o cavidades uterinas, permite descartar otra patología acompañante, como pólipos, endometritis, diagnóstico de la hipotrofia, precisa el mioma submucoso y su asiento. Valora la competencia cervical. Diagnostica, precisa y localiza las adherencias o sinequias intrauterinas. Determina la conveniencia quirúrgica del caso y su vía de acceso. Ratifica o rectifica el diagnóstico de la histerosalpingografía. Puede diagnosticar y extraer restos placentarios, dispositivos intrauterinos cuyo filamento se ha roto o está enrollado dentro del útero o cuerpos extraños - laminarias, hilos de sutura, fragmentos de cánulas de citología endometrial y de DIU. Puede diferenciar hiperplasias simples, glanduloquistica, adenomatosa, atípica y cáncer endometrial. La cirugía por histeroscopia tiene como indicaciones la desobstrucción tubárica proximal, los cateterismos tubáricos, biopsias dirigidas, extracción de DIU y cuerpos extraños, resección de tabiques, liberación de adherencias, miomectomía, polipectomía y resección endometrial. Hemos hecho una amplia exposición de la histeroscopia, pues insistimos, que debe ser un método en el estudio rutinario de la mujer estéril.

Otro gran avance, como la endoscopia, es la fertilización asistida, que hasta ha logrado hacer concebir a mujeres de avanzada edad o a mujeres sin ovarios, sin trompas o con trompas defectuosas, a hombres con baja calidad



espermática, etc. Sin embargo, nosotros, en la actualidad, no tenemos la habilidad para determinar si el espermatozoide se capacita adecuadamente para fecundar al óvulo en su trayecto por el tracto genital femenino o al llegar a la porción ampular de la trompa. Tampoco podemos determinar in vivo si el espermatozoide es capaz de llegar a la zona pelúcida y penetrarla o negociar con la membrana plasmática del oocito. Nuestras pruebas actuales no pueden determinar la habilidad de la musculatura tubárica para transportar al óvulo, huevo o espermatozoide; tampoco, si las secreciones del epitelio tubárico son normales y capaces de lograr la salud y nutrición adecuada del óvulo, huevo y espermatozoide; ni la capacidad funcional del endometrio para la debida interacción del huevo y endometrio en la implantación. Actualmente, la fertilización in vitro es la prueba más adecuada para evaluar la interacción entre el óvulo y el espermatozoide humanos.

Por otro lado, se ha logrado importantes avances en Endocrinología y esterilidad, en la forma del uso y aplicación de las gonadotropinas, con o sin agonistas de GnRh, en la utilización de la FSH pura, se ha adquirido mucha experiencia con el uso del citrato de clomifeno, la bromocriptina, los corticoides y especialmente, en la selección y/o combinación de estas drogas según cada caso clínico endocrinológico.

Se hace estudios y ensayos sobre la cinética de la reacción acrosómica espermática y su unión a la zona pelúcida humana. Se observa que la reacción acrosómica, que no es sino la fusión de la membrana plasmática del espermatozoide con la membrana acrosómica externa y que permite la liberación de las enzimas necesarias para el paso del espermatozoide por las cubiertas ovocitarias confiriéndole una capacidad fusogénica, ocurre sólo en los espermatozoides que están capacitados.

Se tiende a hacer, en todo el mundo, énfasis en la técnica de manipulación de gametos, se perfecciona los métodos de aspiración de ovocitos, se insiste en el estudio de la esterilidad masculina dejada de lado durante décadas, así como la evaluación y tratamiento de pacientes con pobre respuesta a los inductores de ovulación.

Se ensaya y compara nuevos protocolos para IVF u ET, se selecciona cada vez mejor a los pacientes para IVF o inseminación intrauterina.

Se logra la micromanipulación de óvulos y embriones, así como la inyección de espermatozoide intracitoplasmático como tratamiento de severas alteraciones del factor masculino y se logra el cultivo de embriones humanos. Se estudia cada vez mejor los agonistas y antagonistas GnRh, buscando una nueva droga. Se hace aspiraciones foliculares transvaginales con ayuda ecográfica, aspiración epididimaria, el GIFT y ET transcervical y el ET transmiometrial. Criopreservaciones en el estado pronuclear y estadios posteriores del huevo humano, criopreservación de embriones, distintos métodos de laboratorio para preparar y mejorar la calidad del espermatozoide, se estudia el efecto de los anticuerpos antiespermatozoides en la interacción espermatozoide- óvulo.

Se avanza en los estudios sobre la inmunología de la implantación del huevo, se profundiza los estudios sobre detección de anticuerpos antiespermatozoides, en el hombre y la mujer; los esfuerzos se encaminan actualmente hacia la obtención de anticuerpos aglutinantes e inmovilizantes que permitan identificar antígenos con un rol funcional en la fecundación, para lo cual pueden servir de referencia los anticuerpos obtenidos de hombres estériles por causa inmunológica. La relación entre el sistema inmune y el endocrino ha sido establecida y se ha convertido en un área prometedora de investigación y de eventual aplicación clínica.