

Esterilidad, segunda parte*

Participantes:

Coordinador: Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, Profesor Titular de Clínica de Ginecoobstetricia, Facultad de Medicina, UNAM. Presidente de la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia.

Dr. Elías S. Canales, Departamento de Endocrinología Ginecológica, Hospital de Ginecoobstetricia No. 4, IMSS. Profesor de Ginecoobstetricia y endocrinología, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta, Profesor adjunto de Ginecoobstetricia, UNAM. Jefe de Departamento Clínico, Hospital de Ginecoobstetricia No. 4, IMSS.

Dr. Luis Ricaud Rothiot, Profesor Titular de Ginecoobstetricia, UNAM. Jefe de Enseñanza e Investigación, Hospital de Ginecoobstetricia No. 4, IMSS.

Dr. Arturo Zárate, Profesor Titular de Endocrinología y de Ginecología Endócrina, UNAM. Departamento de Endocrinología Ginecológica, Hospital de Ginecoobstetricia No. 4, IMSS.

* La primera parte de esta mesa redonda apareció en el Vol. XXIII, Año 23, No. 4, de 1980 de la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Dr. Mac Gregor Los aspectos diagnósticos ya se han cubierto. Pasemos ahora al último punto que es el de tratamiento. Una vez establecidas las causas de esterilidad, y tomando en cuenta lo que han mencionado algunos de ustedes, cabe preguntar: ¿debe hacerse algún planteamiento preliminar de tipo general a la pareja en relación al tratamiento?

Dr. Delgado Yo pienso que debe practicarse una evaluación de la pareja

que no siga un cartabón, puesto que cada caso, como ya se mencionó también, se debe tomar en forma individual. Sin embargo, se pueden dar lineamientos generales. Cabe hacer un planteamiento cuidadoso de la terapéutica, así como del pronóstico, de acuerdo a él o los factores que se han encontrado como causa de la esterilidad. En general, se sabe que de un grupo de pacientes que se estudian, 40 ó 50 por ciento van a lograr el embarazo. Por otra parte, si después del estudio resulta que es una paciente con esterilidad definitiva, así se lo debemos comunicar con todo el tacto posible para procurar no herir más sus susceptibilidades.

Es necesario ganarse la confianza de la pareja. La explicación de los factores o del factor alterado, debe exponerse en forma sencilla para que la pareja lo comprenda

El tratamiento y pronóstico de la esterilidad deben plantearse a la pareja. En la anovulación, se consiguen embarazos en un 60 a 70% de los casos, a los 3 meses de tratamiento. Cuando el factor es tuboperitoneal, y requiere tratamiento quirúrgico, el porcentaje de éxito será de un 20% y mayor con la microcirugía. Para el factor cervical, el pronóstico es dudoso. En problemas inmunológicos cabe ser optimistas ya que suelen alcanzarse buenos resultados. En casos de tuberculosis, el diagnóstico es tardío, las lesiones irreversibles y el pronóstico negativo. La endometriosis responde en un 60% al tratamiento médico o quirúrgico.

perfectamente, y entienda a qué tratamiento va a ser sometida, qué pronóstico va a tener y, sobre todo, que de ellos, de su cooperación, va a depender mucho el éxito que se logre. Este éxito, va a variar, de acuerdo al factor que se encuentre alterado. Así, por ejemplo, en caso de anovulación, se puede adelantar, siendo que es el que ofrece mejor pronóstico en todas las estadísticas gracias a los inductores de ovulación con que contamos en la actualidad, que se consiguen embarazos hasta de un 60 ó 70 por ciento a los tres meses de tratamiento.

Somos menos optimistas en relación al factor tuboperitoneal, sobre todo si requiere tratamiento quirúrgico. En estos casos, podemos decir que, con técnicas usuales, el porcentaje de éxito en nuestro medio sólo alcanza 20 por ciento aproximadamente. Estos porcentajes se han logrado elevar en forma considerable con las técnicas de microcirugía.

En relación al factor cervical, el pronóstico es poco predecible ya que corresponde al resultado del tratamiento de problemas infecciosos específicos o neoplásicos, que permitan una terapéutica etiológica. El tratamiento se orienta a favorecer las condiciones que hagan al cervix más receptivo al zoospermo. Esto no nos ofrece respuestas bien definidas, principalmente cuando se sospecha problema inmunológico. No obstante, debemos ser optimistas, ya que aun en estos casos se llega a obtener buenos resultados.

He dejado al último los casos de tuberculosis genital. Hemos visto su importancia en el porcentaje que se presenta, ya que altera el factor tuboperitoneal. Desgraciadamente, la tuberculosis suele diagnosticarse en forma tardía, cuando hay fibrosis y obstrucción tubaria y, por lo tanto, las lesiones son irreversibles. En estos casos, el pronóstico es totalmente negativo para la fertilidad. En cambio, con la endometriosis hemos obtenido éxitos hasta de un 60 por ciento en tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Dr. Mac Gregor En base a las causas más frecuentes del problema tuboperitoneal de esterilidad, ¿quisieran que se establecieran normas, lineamientos y grupos de criterio terapéutico?

Dr. Ricaud Considerando que en el factor tuboperitoneal la tuberculosis tiene primacía, lo primero que habría que hacer después de establecido el diagnóstico, es el tratamiento médico por los recursos habituales. En segundo lugar, los padecimientos infec-

ciosos inespecíficos también tienen un tratamiento médico. El tercer grupo de padecimientos que ocasionan el factor tuboperitoneal es la endometriosis que, como ya dijo el Dr. Delgado, tienen una posibilidad de curación de alrededor del 60 por ciento. Me parece que lo más importante a señalar aquí, sería el tratamiento quirúrgico. El éxito está basado en la selección del caso. Evidentemente, ya pasó la época en que toda obstrucción tubaria era operada, de ahí los fracasos que, a lo largo de la historia de la cirugía tubaria, han venido presentándose. No debe operarse una trompa tuberculosa, ya que los fracasos constituyen la regla. No solamente la tuberculosis es contraindicación de la cirugía, sino cualquier otro padecimiento que deje un daño extenso e irreversible, como podría serlo una obstrucción de toda la trompa. Para operar trompas, no sólo se necesita tener el conocimiento de la técnica, sino también debe hacerse una selección adecuada de ésta y el cirujano debe tener una actitud favorable para esta cirugía. Creo que no todos pueden operar trompas, el

En el factor tuboperitoneal, domina la tuberculosis, el tratamiento de éste y de otros procesos infecciosos es médico, con los recursos habituales. El tratamiento de las obstrucciones tubarias, no siempre es quirúrgico sino que depende del caso. La tuberculosis y las obstrucciones totales de la trompa son contraindicación para cirugía. El cirujano debe ser hábil y contar con instrumental especializado. Los tejidos deben manejarse lo menos posible, usar poco el bisturí y preferir medios eléctricos para cortar adherencias. En obstrucciones proximales se buscarán neoplantaciones; en las de porción media se harán anastomosis término-terminales; y en las distales: Salpingostomías.

que practica este tipo de cirugía necesita ser un médico tranquilo y paciente. No se puede operar con cualquier equipo quirúrgico, conviene contar con un mínimo de instrumental especializado. Como medidas generales, en una cirugía tubaria, cualquiera que ésta sea, deben manejarse los tejidos lo menos posible, hacer el mínimo de sección con bisturí, ya sea de adherencias o de algunos otros tejidos; sino más bien recurrir al uso de medios eléctricos, para la sección de las adherencias. Preferiblemente no hay que utilizar catgut que da una mayor reacción y posibilidad de adherencias postoperatorias, prefiriendo seda delgada de 4 ó 5 ceros. Cabe insistir en que la hemostasia tiene que ser perfecta.

Ahora ¿qué cirugía se va a hacer? Esto depende del sitio donde se encuentre la obstrucción. Como dijo el Dr. Mac Gregor, no es esta la ocasión para entrar en detalles técnicos; pero, si se trata de obstrucciones proximales, se buscarán neoplantaciones; si son obstrucciones en la porción media de la trompa, se podría recurrir a anastomosis término terminales; en las obstrucciones distales a salpingostomías; y, si se trata de adherencias, hacer simplemente lisis, ovariolisis o salpingolisis. En los últimos años, y ante el fracaso de la cirugía tubaria, se ha llegado a la conclusión que siempre hay que seguir las técnicas más sencillas y, por eso, ahora se vuelve a las que se habían desechado hace muchos años, buscando mayor sencillez.

El citrato de clomifén es la droga de elección en casos de anovulación por trastorno funcional hipotálamohipofisiario. Actúa en hipotálamo, regulando la secreción de gonadotropinas adenohipofisarias. Se administran 50 mg diarios, desde el 5º día del sangrado durante 5 a 7 días. La ovulación ocurre 7 a 10 días después de la última dosis. Si en 3 ciclos de tratamiento no hay respuesta se puede aumentar a

Dr. Mac Gregor Con objeto de ser objetivos y prácticos, vale preguntar ¿en qué casos de anovulación se considera apropiado utilizar el citrato de clomifén? y, ¿cuáles son los lineamientos generales para su uso?

Dr. Canales El citrato de clomifén es

uno de los fármacos más ampliamente usados en la clínica para inducir la ovulación. Su utilidad ha sido sancionada por el tiempo, y su efectividad lo sitúa en la actualidad como la droga de elec-

ción para aquellas pacientes que tienen anovulación por un trastorno funcional hipotálamohipofisiario. Se trata de un compuesto químico no esteroide, activo por vía oral, que se encuentra estructuralmente relacionado con el dietilestilbestrol, y posee un efecto antiestrogénico. En base a este efecto, se ha sugerido que su mecanismo de acción tiene lugar a nivel hipotalámico, compitiendo con los estrógenos endógenos, y regulando en esta forma la secreción de gonadotropinas adenohipofisarias.

El citrato de clomifén debe administrarse a la dosis de 50 mg diarios, a partir del quinto día de un sangrado uterino espontáneo o inducido con progesterona, y prolongarse el tratamiento durante cinco a siete días. La ovulación ocurre aproximadamente entre 7 y 10 días después de la última dosis. Si después de 3 ciclos de tratamiento no se ha conseguido la ovulación, se puede incrementar la dosis a 100 ó 150 mg. Es importante tener presente que la aparición de manifestaciones indeseables a este fármaco guarda relación con la dosis que se utilice, siendo más frecuentes con las dosis más altas. Estos efectos indeseables son: bochornos, dolor abdominal, náuseas, mastalgia, visión borrosa y escotomas. Generalmente, el síndrome de sobreestimulación ovárica se presenta cuando se utilizan dosis superiores a 150 mg, y por tiempo más prolongado. Cuando la selección de las pacientes es adecuada y se siguen los lineamientos señalados anteriormente, se puede esperar que haya ovulación en el 75 por ciento de los casos, y aproximadamente en el 45 por ciento se consigue el embarazo.

100 ó 150 mg. Sus efectos indeseables son: bochornos, dolor abdominal, náuseas, mastalgia, y visión borrosa, especialmente a tiempo prolongado. Con estos lineamientos, se puede esperar ovulación en el 75% de los casos y embarazo en 45%.

Dr. Mac Gregor Bien, nada más con propósitos ilustrativos, quiero preguntar si ¿alguno de los isómeros del citrato de clomifén que se han estado empleando y han salido al mercado, tiene alguna ventaja?, y, ¿qué criterio siguen en relación a esto?

Dr. Canales El Clomifén está compuesto por dos isómeros "Cis y Trans". Aparentemente, el isómero "Cis" es el que posee la actividad biológica del fármaco. La dosis proporcional es de 10 mg de cisclomifén por 50 mg de clomifén. Los estudios iniciales llevados a cabo con este isómero no mostraron ventajas, de ahí que su uso esté prácticamente abandonado.

Las gonadotropinas coriónicas sólo están indicadas cuando no existe hipófisis, por extirpación o por síndrome de Sheehan. La bromocriptina sólo se usa cuando hay secreción anormal de prolactina. El factor cervical es de etiología mal conocida y pronóstico incierto. En anomalías congénitas o adquiridas la corrección es quirúrgica: amputar un cuello elongado, practicar una troqueloplastia o una estomatoplastia. Es más difícil mejorar la endocervicitis infecciosa; se cultiva el moco cervical para hacer tratamiento específico. Otros autores introducen candelillas con modificadores del pH o antimicrobianos. También, se pueden practicar dilataciones, en la fase de preovulación.

Dr. Mac Gregor ¿En qué casos de anovulación estaría indicado el uso de primera instancia, como primera selección, de las gonadotropinas hipofisarias de orina de mujer postmenopáusica, y ¿en cuáles el uso de bromocriptina?

Dr. Zárate Como lo señaló el Dr. Canales, de los inductores de la ovulación, el que mejor se conoce y, además, el que mejores beneficios ha dado en los problemas de la anovulación ha sido el citrato de clomifén. El

resto de inductores de la ovulación tienen un campo muy restringido, puesto que la mayor parte lo resuelve este fármaco. Las gonadotropinas exógenas tendrían como indicación una sola situación, o sea el caso en que no existe hipófisis. Esto sólo se puede ver en alguien al que se le haya extirpado quirúrgicamente o porque tenga un síndrome de Sheehan. Esto, aunado al costo del medicamento y al seguimiento que im-

plica, hace que sea muy restringido su uso, tal vez donde más tendría aplicación —pero ya no sería como un recurso de primera intención— es en aquellos casos en los que han fallado otros inductores de la ovulación.

En cuanto a la bromocriptina, ha sido tan benéfica como el citrato de clomifén. La diferencia reside en que tiene un uso muy limitado. El citrato de clomifén puede utilizarse para todo tipo de anovulación, en cambio la bromocriptina sólo tiene indicación en aquellos casos en que la anovulación se acompaña de una secreción anormal de prolactina, esto se puede manifestar clínicamente por galactorrea.

Dr. Mac Gregor Dr. Zárate, usted comenta con razón que la mayor parte de los casos de hiperprolactinemia se explican a través de una manifestación clínica que es la galactorrea; sin embargo ¿tendría derecho el clínico en sospechar hiperprolactinemia en ausencia de galactorrea?

Dr. Zárate Pienso que para un caso particular, por lo menos desde el punto de vista práctico, y dentro de la investigación de la pareja estéril y sobre todo si refiere que ha sido resistente a otros inductores de la ovulación, en particular el citrato de clomifén, tenemos obligación sin esperar a que la paciente lo informe, de investigar intencionalmente las glándulas mamarias para detectar la presencia de galactorrea, si ésta existe puesto que aproximadamente 7 de cada 10 mujeres pueden llegar a presentarla.

Dr. Mac Gregor Dr. Ricaud, ¿qué concepto tiene usted del pronóstico para los factores de esterilidad cervical?

Dr. Ricaud Es un factor mal conocido en su etiología y de pronóstico incierto. Este es bueno si se trata de alteraciones anatómicas congénitas o adquiridas que pueden ser corregidas quirúrgicamente, cómo podría ser amputar un cuello elongado o tratar una sinequia reciente, o hacer una troqueloplastia o una estomatoplastia por un orificio externo evidentemente pequeño, etc. Existe un mayor problema con los otros

factores cervicales adquiridos que alteran el pH del endocervix, como puede ser una endocervicitis infecciosa.

¿Es difícil curar una endocervicitis? Básicamente, se ha dicho que se debe tomar el moco endocervical y cultivarlo para hacer un diagnóstico más preciso del germen causal. Esto a veces es posible y, encontrado algún germen, se hace un tratamiento a base del antimicrobiano específico con algunas posibilidades de éxito. Esto sería un tratamiento sistémico. También algunas gentes optan por introducir directamente al canal endocervical candelillas que contienen modificadores del pH o agentes antimicrobianos. Esto no es de aceptación universal, es simplemente producto de la experiencia de cada quien. Me parece que, aunque no hay bases sólidas para defenderlo, yo voy a decir lo que hago. Si encuentro algún germen, hago el tratamiento general como hemos dicho. En segundo lugar, practico dilataciones en la fase de preovulación, pensando que cuanto mejor drenen las secreciones endocervicales más fácilmente mejora el factor endocervical. Además existe la posibilidad de que nuestro dilatador exprima aquellas glándulas supuestamente infectadas. Se que es un recurso un poco elemental, pero me parece que podría recurrirse a esto.

Para fluidificar el moco, recorro a dosis pequeñas de estrógenos administradas desde la fase preovulatoria y la postovulatoria inmediata. Además con ello mejora la cantidad y posiblemente la calidad del moco cervical. Son recursos algo inespecíficos, pero algo hay que hacer con estas pacientes.

Si se demuestra el factor inmunológico, tenemos muy pocos recursos. Se acepta universalmente que esas parejas deberían de tener coitos usando un preservativo con la idea de que así existe menos posibilidad del paso de espermatozoides destruidos a la circulación y abatir de esa manera los anticuerpos circulantes. No creo que existan datos que hagan pensar que esto es una buena manera de resolver el problema.

Tabla 1. Recursos terapéuticos utilizados en el varón estéril

Médicos
—Medidas higiénico-dietéticas
—Vitaminas
—Hormonas tiroideas
—Glucocorticoides
—Andrógenos
—Citrato de clomifén
Gonadotropina coriónica (HCG)
—Menotropinas (HMG)
—Hormona Hipotalámica liberadora de gonadotropinas (LH-RH y sus análogos)
—Bromocriptina

Dr. Mac Gregor

mos estado tratando de concretar un poco los conceptos de una cosa tan vasta como es el factor masculino. ¿En qué casos se tienen buenas probabilidades de tratamiento? y ¿cómo se podría estructurar un esquema a este respecto?

Dr. Canales A diferencia de lo que ocurre en la mujer, el tratamiento de la esterilidad masculina sigue siendo un problema debido a que, con frecuencia se

El tratamiento de la esterilidad masculina es más difícil por desconocerse su etiología. Por esto, se ensayan diferentes terapéuticas con resultados variables. Es útil mejorar las condiciones ambientales, de salud y alimentación y mantener higiene sexual adecuada. Los procesos infecciosos de vías seminales deben tratarse con antibióticos específicos y antiinflamatorios. El uso de tiroides o glucocorticoides se limita a pacientes con trastorno endócrino. Se han usado: clomifén, gonadotropinas (coriónica y de mujer postmenopáusica, y bromocriptina). La testosterona ya no se usa para el "fenómeno de rebote", su única indicación es en déficit andro-

Tabla 2. Recursos terapéuticos utilizados en el varón estéril

Quirúrgicos
—Orquidopexia
—Anastomosis de los conductos seminales excretores
a) Epidídimo-vasostomía
b) Vasovasostomía
—Ligadura de la vena espermática (varicocele)

génico. La orquidopexia se usa en criptorquidia, y la anstomosis de vías seminales en las obstrucciones de éstas.

desconoce el mecanismo etiológico del trastorno. Esto ha dado lugar a que se ensayen diferentes métodos terapéuticos con resultados variables, y en ocasiones contradictorios.

En términos generales, resulta útil implementar en todos los casos medidas higiénico-dietéticas para mantener al individuo en las mejores condiciones ambientales, de salud y alimentación, así como evitar la exposición a agentes nocivos, combatir el sedentarismo y mantener una higiene sexual adecuada. Cuando existen procesos infecciosos de las vías seminales, el tratamiento con antibióticos específicos y antiinflamatorios resulta mandatorio.

Durante muchos años se han empleado tratamientos hormonales en pacientes con esterilidad idiopática o criptogénica; en la gran mayoría de los casos, en forma empírica. En la actualidad, el uso de extractos tiroideos o glucocorticoides debe quedar restringido a aquellos pacientes en los que se demuestre un trastorno endócrino y se compruebe un déficit tiroideo o suprarrenal.

Por otra parte, en aquellos pacientes con alteraciones funcionales del sistema hipotálamo-hipófisis-testículo, también se han utilizado algunos de los fármacos que se emplean en la mujer para estimular la ovulación con resultados en general poco satisfactorios. Entre estos compuestos merecen citarse el citrato de clomifén, las gonadotropinas obtenidas de mujer postmenopá-

sica (HMG), la gonadotropina coriónica (HCG), la hormona liberadora de gonadotropinas (LH-RH) y, más recientemente, la bromocriptina.

He dejado intencionadamente para el final de esta síntesis del tratamiento médico, el uso de la testosterona o sus derivados sintéticos, basado en el llamado "fenómeno de rebote". Este procedimiento, afortunadamente está cada vez más en desuso, ya que, en la mayoría de los pacientes, no se produce el "rebote" y algunos lejos de mejorar, empeoran hasta el extremo de adquirir una azoopermia definitiva. La única indicación indiscutible de este esteroide es en los pacientes con déficit androgénico, y deberán usarse dosis substitutivas.

En relación al tratamiento quirúrgico, es importante señalar que debe realizarse una orquidopexia antes de la pubertad en todos los pacientes en los que exista criptorquidia para evitar un daño testicular irreversible en la edad adulta. En los pacientes con lesiones oclusivas, está indicada una anastomosis de las vías seminales; si la obstrucción se encuentra a nivel del epidídimo, se realizará la epididimovasostomía; si está a nivel de los conductos deferentes, una vasovasostomía. Para el tratamiento del varicocele, la ligadura alta de la vena espermática parece ser el método que ofrece los mejores resultados; con este procedimiento los pacientes oligospermicos muestran hasta un 70 por ciento de mejoría en la calidad del semen seguido de un 20 a 30 por ciento de embarazos.

Dr. Mac Gregor

Muy íntimamente relacionado con el factor cervical, y evidentemente con el factor masculino, está el uso de la inseminación artificial. ¿Quisiera el Dr. Riccaud decirnos, a su juicio, ¿cuáles son las indicaciones de la in-

La inseminación artificial puede ser por donador, homóloga, o artificial bisexual. Las indicaciones son, oligospermia, motilidad insuficiente, hostilidad cervical, eyaculación precoz rebelde, impotencia, vaginismo, etc.; y para la heteróloga: esterilidad absoluta del varón, aspermia, necropermia, azoospermia, y mujeres rh negativas sensibilizadas. La inseminación por do-

nador plantea problemas técnicos, de candidatos, morales, religiosos y legales.

seminación homóloga? y ¿cuál su criterio de una manera muy concreta, en relación a la inseminación artificial heteróloga?

Dr. Ricaud La inseminación artificial con donador se refiere a la práctica de introducir mecánicamente dentro de la vagina de una mujer, espermatozoides vivos, obtenidos por masturbación de otro hombre que no es el esposo.

En cambio, la llamada inseminación artificial homóloga es un procedimiento semejante, pero que utiliza el esperma del esposo obtenido por masturbación. Una tercera posibilidad es cuando el esperma del esposo se mezcla con el de uno o varios donadores, obteniéndose así un niño en el que existe la posibilidad de que sea hijo biológico del esposo de su madre, a este procedimiento se le llama inseminación artificial bisexual.

Las indicaciones de la inseminación homóloga tendrían dos variantes o dos posibilidades; una cuando existe un factor responsable de esterilidad, pero es posible la eyaculación intravaginal. Las indicaciones en este caso serían oligospermia, motilidad insuficiente, hostilidad cervical, eyaculación precoz rebelde, hipotermia y hiperespermia. Pero habría también otro grupo de clasificaciones para inseminación homóloga que sería cuando existe imposibilidad para la eyaculación intravaginal y sería la impotencia coundi, el vaginismo, hipospadias, eyaculación retrógrada, adiposidad excesiva o lesiones neurológicas congénitas o adquiridas. Para la inseminación heteróloga tendríamos algunas como éstas: esterilidad absoluta del varón, aspermia, necrospermia, azospermia, algunos problemas genéticos del varón, como pueden ser el mongolismo, algunas herencias cromosómicas, y mujeres Rh negativas sensibilizadas. Estas serían las indicaciones más importantes.

Dr. Zárate En nuestro medio, hay poca experiencia y es un tema que empieza a ser cada vez más popular, puesto que se ven casos de parejas que tienen el problema

de esterilidad que se han de resolver; y en aquellos casos en que no se han resuelto, tengan que aceptar el procedimiento de la inseminación. Además de lo que señalaba el Dr. Ricaud en cuanto a las condiciones para indicar una inseminación del propio esposo, se encuentran —tal vez éste vaya a ser el grupo más numeroso de candidatos para este procedimiento— en aquellas situaciones en las que hay una oligospermia o astenospermia. Yo creo que quizá este sea el grupo que va a constituir el mayor número de candidatos, puesto que sería el más acertado y en que se ha hecho una investigación amplia de cómo se podría mejorar la fecundación. De ahí que se haya ideado una serie de capuchones en que se recoge la primera parte del eyaculado. Luego éstos se lavan con solución fisiológica, se centrifugan, se les agrega albúmina; los resultados en otros medios han sido muy satisfactorios. La inseminación por donador tiene una serie de problemas, no sólo desde el punto de vista técnico, sino de candidatos, morales y, religiosos, y legales que casi ameritaría una mesa redonda muy amplia para lograr incorporar todos los problemas a este respecto. Creo que es uno de los recursos que tiene el *esteridologo* en los casos en que no sabe qué hacer y tiene que hacer algo.

Dr. Mac Gregor Entonces, cabe preguntar ya acercándonos al final de esta mesa, cuando una vez integrado el estudio a través de todas las pruebas, no se puede encontrar ningún factor de esterilidad, en una pareja ¿qué criterio se sigue?

Dr. Delgado Este grupo que, por cierto, ocupa un lugar importante, puesto que alcanza hasta

En un 12% de parejas, la esterilidad es idiopática, esta proporción disminuirá al conocer mejor el proceso de la reproducción humana. De este grupo, se deducen las parejas "normales", que logran el embarazo en el curso del estudio. Se aconseja a la pareja tener relaciones sexuales en época fértil y en la posición normal, procurando que la mujer permanezca 30 minutos acostada para facilitar la penetración espermática. En casos con 5 ó 10 años de evolución o en parejas de mayor edad, puede pensarse en la adopción.

Otras parejas podrán requerir apoyo psiquiátrico, para alteración de los mecanismos de la fecundación, la interrelación de la pareja, y la disfunción sexual.

12 por ciento en diversas estadísticas, ofrece un aspecto bastante peculiar en relación a su manejo. Este grupo sería llamado de parejas con esterilidad ideopática, dejando el término de normales para aquéllas que se embarazaron durante el estudio de la esterilidad.

Es un hecho que, conforme se entienda mejor el proceso de la reproducción tanto en la mujer como en el hombre y con la mejoría de las técnicas diagnósticas, se estará mejor habilitado para conocer la etiología de la esterilidad en un mayor número de pacientes que hoy se consideran como ideopáticos. En estos casos, la conducta deberá individualizarse y enfocarse a la explicación clara de los resultados de los estudios efectuados, y expresar que todos han sido absolutamente normales.

Es conveniente aconsejar relaciones sexuales en época fértil y en posición llamada normal, procurando que la mujer descansa al menos 30 minutos acostada para favorecer la penetración espermática y evitar la pérdida del líquido seminal. En otros casos, sobre todo con más tiempo de evolución, más de 5 ó 10 años, o en que los cónyuges son de más edad, digamos más de 30 años, podría pensarse en la adopción.

En otro grupo, y de acuerdo al criterio del médico, podrían necesitar del estudio o apoyo psiquiátrico ya que se ha demostrado que este factor interviene, posiblemente alterando mecanismos que entran en juego para la fecundación, principalmente en la personalidad del individuo, en la interrelación de la pareja, en los mecanismos endócrinos y en la disfunción sexual.

A la pareja corresponde decidir la adopción y al médico asesorar, y ayudará, sobre las implicaciones de esta decisión. La esterilidad no es frecuente, pero de gran trascendencia. El médico general es quien la identifica

Dr. Mac Gregor Llegamos así a la última pregunta, el último punto de este symposium. Vamos a pedir a todos los profesores participantes

si tienen que decir algo divergente o complementario de lo que el Dr. Zárate mencione, lo comenten en una forma breve. Dr. Zárate ¿en qué casos sugiere la adopción?

Dr. Zárate En principio, en ningún caso sugiero personalmente la adopción. Este es un tema que se ha revisado; si la pareja o el médico es quien tiene que hablar de adopción y las implicaciones que esto acarrea. Por lo que se conoce de todos los estudios psicológicos llevados a largo plazo en este tipo de problemas, y se ha llegado a considerar que lo indicado es que el médico sea quien asesore, aconseje, ayude, investigue o instruya a la pareja; o sea dé una información completa en cuanto a adopción. Pero la adopción, como tal, nunca debe ser iniciada por el médico, sino que debe ser idea que parta de la pareja, y ya una vez que ésta le comunique su interés por llevarla a cabo, entonces el médico ofrezca el asesoramiento.

Dr. Mac Gregor Estaríamos totalmente de acuerdo después de esta revisión en que la esterilidad es un problema de minorías; pero, a pesar de ello, de gran trascendencia social por lo que implica para cada una de las parejas que se ve afectada por el mismo. Consideramos que el conocimiento de este problema es de gran trascendencia a nivel del médico general que es quien debe identificarlo e iniciar el estudio clínico de la pareja, y tener los conocimientos y el criterio para canalizar adecuadamente el caso al especialista. Desde luego cabe afirmar que se requieren conocimientos multidisciplinarios, por lo que cada vez participan un mayor número de especialistas. Uno de los requisitos fundamentales en el manejo de la esterilidad que debe de quedar plasmado como conclusión, es no lesionar durante el estudio, así como al aplicar medidas terapéuticas para las que tal vez no se está capacitado. □

e inicia el estudio clínico de la pareja, para después canalizarla al especialista. Para el manejo de la esterilidad se requieren conocimientos multidisciplinarios, no lesionar durante el estudio, ni aplicar medidas terapéuticas con las que no se esté familiarizado.