



VALORACIÓN DE LA PAREJA ESTÉRIL

Sexualidad Humana – Dr. Ricardo Acuña



**27 DE NOVIEMBRE DE 2020
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Oscar Adalberto Zebadua Lopez**

Esterilidad es la incapacidad de concebir después de un año de tener relaciones sexuales sin protección, con frecuencia razonable. Se subdivide en:

a) **Esterilidad primaria:** sin embarazos previos.

b) **Esterilidad secundaria:** Es la infecundidad después de una concepción previa.

Causas De La Esterilidad:

Un embarazo requiere de una secuencia compleja de eventos que comprenden ovulación, captura del óvulo por la trompa de Falopio, fertilización, transporte del óvulo fertilizado hacia el útero e implantación en una cavidad uterina receptiva. En el caso de esterilidad masculina, es necesario depositar la cantidad y calidad adecuada de espermatozoides en el cuello uterino cerca de la ovulación. El hecho de tomar en consideración estos eventos ayuda a que el médico diseñe la estrategia adecuada para la valoración y tratamiento. Si las características del semen son normales, la pareja debe tener relaciones sexuales diariamente durante este periodo para aumentar la probabilidad de concebir. Es importante recordar a la pareja que debe evitar los lubricantes a base de aceites, que son nocivos para los espermatozoides.

Antecedentes Ginecológicos: En la mujer se interroga sobre la menstruación (frecuencia, duración, cambios recientes en el intervalo o la duración, bochornos y dismenorrea), uso previo de anticonceptivos, frecuencia del coito y duración de la esterilidad. Es importante interrogar sobre antecedentes de quistes ováricos recurrentes, endometriosis, leiomiomas, enfermedades de transmisión sexual o enfermedad pélvica inflamatoria. Al realizar el interrogatorio es importante investigar las características del coito, como la frecuencia y cronología. Ciertos síntomas como la dispareunia señalan la posibilidad de endometriosis y necesitan valoración laparoscópica precoz.

Exploración Física.

La presencia de hirsutismo, alopecia o acné indica la necesidad de medir las concentraciones de andrógenos. La acantosis nigricans se acompaña de resistencia a la insulina con síndrome de ovario poliquístico o sx de Cushing. También se deben buscar anomalías tiroideas.

- La exploración pélvica proporciona muchos datos. Ante la imposibilidad de introducir el espejo a través del introito, surgen dudas sobre la frecuencia del coito. La vagina debe ser húmeda y corrugada y en el cuello uterino se debe observar suficiente moco.
- La exploración mamaria debe ser normal y, cuando está indicada según la edad y antecedentes heredofamiliares; se realiza una mamografía antes de iniciar el tratamiento hormonal.

- Exploración del varón: La testosterona se presenta como caracteres sexuales secundarios normales como crecimiento de barba, vello axilar y púbico y quizá alopecia androgénica. La uretra peniana se debe situar en la punta del glande para depositar el semen en la vagina. La longitud de los testículos debe ser cuando menos de 4 cm con un volumen testicular mínimo de 20 ml.

Causas de esterilidad en la mujer.

- Disfunción ovárica: La ovulación se altera por anomalías del hipotálamo, hipófisis anterior u ovarios. Algunos trastornos hipotalámicos son causados por el estilo de vida, por ejemplo, ejercicio excesivo, trastornos de la alimentación y estrés.
- Patrón menstrual: Los antecedentes menstruales constituyen un factor pronóstico excelente de una ovulación regular. La mujer con menstruaciones cíclicas a intervalos de 25 a 35 días y con duración de tres a siete días, probablemente está ovulando.
- Otros factores que sugieren ovulación normal son el mittelschmerz, que es dolor pélvico a la mitad del ciclo que acompaña a la ovulación o ciertos síntomas de hipersensibilidad mamaria, acné, antojos y cambios del estado de ánimo. Los ciclos ovulatorios se acompañan con más frecuencia de dismenorrea, aunque la dismenorrea intensa sugiere endometriosis.

Estudios para pronosticar la ovulación:

- Progesterona sérica: En un ciclo clásico de 28 días, se obtiene una muestra de suero el día 21 luego del primer día del sangrado menstrual, o siete días después 6 de la ovulación.
- Biopsia endometrial: La concentración de progesterona debe ser suficiente antes de la implantación para preparar al endometrio. De lo contrario, se cree que se produce un defecto de la fase lútea (LPD). La biopsia endometrial representa tanto a la función del cuerpo lúteo como la respuesta endometrial, ofreciendo más información importante desde el punto de vista clínico que la concentración sérica de progesterona. En consecuencia, la biopsia endometrial ya no se considera parte sistemática de la valoración de esterilidad.
- Ecografía: La ecografía ovárica seriada exhibe el crecimiento del folículo antral maduro y su colapso ulterior durante la ovulación. Constituye un método excelente para confirmar el diagnóstico de ovario poliquístico acompañada de oligoanovulación.
- Factores tubarios y pélvicos: Ciertos síntomas como dolor pélvico crónico o dismenorrea sugieren la presencia de obstrucción tubaria con adherencias pélvicas o ambas. Las adherencias impiden la motilidad tubaria normal, captación de óvulos y el transporte del óvulo fertilizado hacia el útero.

Anomalías uterinas.

- a) **Anomalías congénitas:** Las anomalías uterinas pueden ser hereditarias o adquiridas. Las anomalías hereditarias comprenden a los tabiques uterinos, útero bicorne, útero unicorne y útero didelfo, si bien algunas de ellas claramente provocan complicaciones durante el embarazo.
- b) **Anomalías adquiridas:** Las anomalías adquiridas comprenden pólipos endometriales, leiomiomas y síndrome de Asherman.
 - Pólipos endometriales: Son protuberancias carnosas y blandas que se forman en 3 a 5% de las mujeres estériles. Su prevalencia es mayor en mujeres con síntomas como hemorragia intermenstrual o poscoital.
 - Leiomiomas: Estos tumores benignos de músculo liso también impiden la implantación, dependiendo de su tamaño y ubicación, los leiomiomas que obstruyen la trompa de Falopio, distorsionan la cavidad uterina (submucosos) o llenan la cavidad uterina (intracavitarios) perjudicarían la implantación. El endometrio que cubre estos tumores se encuentra menos vascularizado y el miometrio circundante muestra contractilidad disfuncional, lo que contribuye a un menor índice de embarazos satisfactorios.
 - Síndrome de Asherman: La presencia de adherencias intrauterinas, también llamadas sinequias, se denomina síndrome de Asherman. Es más frecuente en mujeres con antecedente de dilatación y legrado, especialmente en el contexto de una infección y embarazo. La mujer con un dispositivo intrauterino (DIU) complicado con una infección también tiene mayor riesgo de padecer adherencias intrauterinas.

Técnicas radiográficas y quirúrgicas para valorar las estructuras pélvicas.

Histerosalpingografía (HSG): Este estudio radiográfico es de gran utilidad para valorar la forma y tamaño de la cavidad uterina, además de definir el estado de las trompas de Falopio, se lleva a cabo entre los días cinco y 10 del ciclo.

Ecografía: La ecografía pélvica transvaginal también es útil para definir la anatomía uterina, en especial durante la fase lútea, cuando el endometrio engrosado actúa como medio de contraste para el miometrio. **Laparoscopia:** La inspección directa permite realizar la valoración más precisa de la patología pélvica y la laparoscopia es la técnica ideal. La laparoscopia permite tanto el diagnóstico como el tratamiento quirúrgico inmediato de ciertas anomalías como endometriosis o adherencias pélvicas. Una excepción es la mujer con antecedentes o síntomas sugestivos de endometriosis e inflamación pélvica. Cuando la laparoscopia está indicada, también se puede realizar una histeroscopia mientras la paciente permanece bajo anestesia para valorar la cavidad uterina.

Histeroscopia: El método principal para definir la presencia de anomalías intrauterinas es la valoración endoscópica de la cavidad uterina. **Factores del cuello uterino:** Las glándulas cervicales secretan moco que normalmente es espeso e impermeable a los espermatozoides e infecciones ascendentes.

La concentración elevada de estrógenos a la mitad del ciclo cambia las características de este moco, que se torna poco espeso y elástico. Las anomalías en la producción de moco son más frecuentes en mujeres que han sido sometidas a criocirugía, conización cervicouterina o una escisión con asa electroquirúrgica (LEEP) como tratamiento de una citología vaginal anormal. Las infecciones cervicales repercuten de manera negativa sobre la calidad del moco.

Prueba poscoital: También conocida como prueba de SimsHuhner, esta prueba se realiza para valorar la presencia de moco cervicouterino normal.

Causas de esterilidad Masculina.

Anomalías en la producción de espermatozoides, anomalías en la función de los espermatozoides y obstrucción de los conductos.

Análisis del semen: Los informes sobre el análisis del semen indica el volumen, pH y presencia o ausencia de fructosa. Casi 80% del volumen de semen proviene de las vesículas seminales. El líquido seminal es alcalino y se cree que protege a los espermatozoides de la acidez de las secreciones prostáticas y la vagina. Además, el líquido seminal proporciona fructosa como fuente energética para los espermatozoides; un pH ácido o la ausencia de fructosa concuerdan con la obstrucción del conducto deferente.

Volumen del semen: Con frecuencia el volumen reducido del semen es secundario a la recolección de una muestra incompleta o a un intervalo de abstinencia corto. Algunas veces significa que existe obstrucción parcial de los vasos deferentes o eyaculación retrógrada. Se debe sospechar de eyaculación retrógrada en todo varón con diabetes mellitus, lesión medular o antecedente de cirugía prostática u otro tipo de cirugía retroperitoneal en la que se pudieran haber lesionado los nervios.

Morfología espermática: La morfología anormal de los espermatozoides se denomina teratozoospermia. Para sus criterios se debe analizar de manera meticulosa la forma y tamaño de la cabeza, tamaño del acrosoma en relación con la cabeza y las características de la cola como longitud, espiral y presencia de dos colas. La leucocitospermia verdadera se define como la presencia de más de un millón de leucocitos por mililitro e indica la presencia de epididimitis o prostatitis crónica. Se puede tratar con el urólogo, pero es más recomendable el endocrinólogo de la reproducción, puesto que la mujer también debe ser valorada.

Anticuerpos antiespermatozoides: La IgG o la IgA adherida a la cabeza del espermatozoide o su porción media son importantes para la capacidad de fertilización reducida. El análisis que se utiliza con mayor frecuencia contiene inmunoesferas que se mezclan con la preparación de espermatozoides.

Análisis de la función espermática: Describen en forma breve sólo con fines informativos, pero no se consideran como parte importante de la valoración de la esterilidad. Análisis de fluorescencia de la manosa: Para que el espermatozoide pueda reconocer la zona pelúcida de un ovocito, ésta debe de contener una serie de proteínas y azúcares.

Análisis de la hemizona: Es una técnica utilizada para analizar el potencial de una muestra de espermatozoides para unirse a la zona pelúcida. Se calcula dividiendo el número de espermatozoides del paciente estudiado entre el número de espermatozoides testigos unidos y multiplicando el resultado por 100. Análisis de la penetración espermática: El análisis de la penetración espermática se realiza mezclando espermatozoides capacitados con ovocitos de hámster.

Fuente Bibliográfica.

Schorge, J., Schaffer, J. Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K. & Cunningham, G.. (2008). "Valoración de la pareja estéril". En Williams GINECOLOGÍA (Pp. 426-444). Dallas, Texas: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.