

**Esterilidad II.  
Estudio clínico  
de la pareja  
esteril.**

**MANUEL URRUTIA RUIZ\***

**C**ADA VEZ es más frecuente la consulta de matrimonios estériles. Esto induce erróneamente a pensar que fuera en aumento la esterilidad, lo que probablemente no es la realidad, sino que habiendo un aumento global de población tienen que crecer en proporción todos sus problemas conexos; sin embargo, no deja de inquietar el que con la angustia del vivir moderno se han puesto en circulación corriente prácticas anti-fisiológicas que posiblemente contribuyan en parte a aumentar los casos de esterilidad. De todos modos, lo cierto es que son mucho muy frecuentes las consultas por esterilidad actualmente.

Ante este aumento, real o aparente, de los casos de esterilidad, se impone informar a médicos generales y en particular al recién egresado de la Facultad, de cómo emprender con fruto el estudio clínico de la pareja esteril. Siendo en realidad un problema de la pareja matrimonial, puesto que se casan marido y mujer para concebir, no se puede imaginar disociación para estudio de la esterilidad y que tan solo consulte la mujer y el estudio clínico se limite a ella. En práctica no deja de verse con cierta frecuencia esto, que sea la mujer la que se presente al médico consultando por la falta de hijos en su hogar. En efecto, ya lo señalábamos, en nuestro artículo anterior que existe el inveterado concepto de culpabilidad de la mujer, y en efecto, la ingenuidad femenina y la ignorancia de muchas mujeres sobre estas cuestiones, les llevan a pensar casi siempre que el motivo de su falta de descendencia radica en ellas. Pues bien, en estos casos, hay que proceder en primer término a persuadir a la mujer, para que se haga acompañar de su esposo en la siguiente consulta, a fin de tener una breve plática de convencimiento en que se le

\* Profesor de Clínica Ginecológica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de México, 1960.

procurará interesar en el problema y terminará, en la mayoría de las veces prestándose de buena gana a cooperar en el estudio integral de ambos cónyuges. Cuando la renuencia del marido es categórica, puede suponerse desde luego su falta de interés, porque no desea hijos en su hogar (que a lo mejor los tiene fuera de él), y con muchísima frecuencia a un inconfesable sentido de culpabilidad. Todavía puede señalarse un grupo más de esposos escépticos y que no desean ser molestados con consultas y análisis, pero que se presentan de buena gana, directa o indirectamente, a la realización de una prueba de Sims-Huhner, por medio de la cual se puede llegar a conocer, a *grosso modo* si hay factor masculino en ese matrimonio.

Una vez sentada la premisa de que el estudio clínico debe abarcar a ambos cónyuges, se impone una somera revisión de las bases anatómo-fisiológicas que son requisitos indispensables para la procreación, para que de su cabal conocimiento se deduzcan las investigaciones clínicas correlativas, a fin de establecer si existe normalidad, alguna falla o ausencia de una o de varias de ellas en una pareja matrimonial y se establezcan los factores causales de esterilidad en la misma.

Desde luego, en el varón, son requisitos indispensables para fecundar:

1. espermatogénesis normal e integridad endócrina testicular
2. maduración espermática en el epididimo
3. deferente permeable que asegure un tránsito libre
4. vesículas seminales coadyuvantes en la eyaculación y normalmente secretantes (coagulasa)
5. próstata no infectada y bioquímicamente activa
6. conducto uretral no infectado y permeable
7. erección normal
8. cohabitación fisiológica, con eyaculación normotópica y normotónica.

En la mujer, para ser fecundada se requiere:

1. espermatozoides vivos y activos depositados en el fondo vaginal
2. canal endocervical sin infección y funcionalmente permeable
3. cavidad uterina regular, que permita el tránsito fácil al zoospermo
4. trompas físicamente permeables, con endosalpinx anatómicamente íntegro y funcionalmente contráctiles

5. formación y liberación de óvulos a nivel del ovario
6. espacio tubo-ovárico libre, para que el óvulo alcance la trompa
7. conjunción óvulo-espermática factible
8. endometrio preparado y bioquímicamente activo, es decir apto para favorecer la nidación del huevo.

Todo lo anterior nos lleva a meditar que el estudio clínico de la pareja estéril deberá de resolver paso por paso, si cada una de esas etapas anatómo fisiológicas necesarias para la procreación se encuentran en plenitud de integridad física o funcional, o bien cuál está alterada, deficiente, en franca falla o ausente, y por tanto puede ser considerado factor determinante de esterilidad.

Lo ideal sería someter a cada pareja matrimonial que consulta por esterilidad, a tantas pruebas clínicas o de gabinete como fueran necesarias, para investigar detalladamente si cada uno de los requisitos establecidos en el varón y en la mujer, como necesarios para llegar a procrear estuvieran correctos. Pero en la práctica esto implica una investigación clínica agobiante, además de muy costosa y que implicaría una gran pérdida de tiempo. De aquí que en la actualidad todas las autoridades en la materia estén de acuerdo en conceder que un número de pruebas mínimas bastan, en la mayoría de las veces para reconocer el problema de la esterilidad y que si de esas pruebas mínimas se desprenden datos como para establecer la existencia de un factor femenino de esterilidad, pruebas complementarias deberán ahondar en él, hasta su completo esclarecimiento; en caso de señalar dichas pruebas mínimas un factor masculino, deberá emprenderse un estudio clínico exhaustivo del esposo, que deberá referirse al especialista versado en el problema de esterilidad del varón, es decir con el andro-urólogo. Veces habrá en que las pruebas mínimas de esterilidad señalen absoluta normalidad, en cuyo caso hasta ahí podrá llegarse en cuanto a pruebas diagnósticas.

Para establecer lógicamente cuáles son esas pruebas mínimas del estudio clínico de la pareja estéril, tenemos que reconocer que en el hombre bastaría la *espermato-bioscopia*, para catalogar si hay o no factor masculino; en la mujer estándole a ella encomendada la fecundación y la nidación, obliga a un número mayor de pruebas, para estudiar aunque sea indirectamente, si hay ovulación en ella, si hay *permeabilidad tubaria* que permita al espermatozoide su migración ascendente en busca del óvulo, y posibilidad de implantación normal en el endometrio, y un *cuello uterino* permeable y que favorezca la penetración del espermatozoide, por condiciones óptimas de su secreción mucosa normal.

Esto lleva de la mano a formular una serie de consultas o citas para proceder a una sucesión de pruebas mínimas para emprender fructuosamente el estudio clínico de la pareja estéril, que vamos a formular en su orden cronológico, de acuerdo con el desideratum de iniciar esos estudios inmediatamente después de concluir un ciclo menstrual, es decir en la época más oportuna y apropiada para que el curso de las mismas no se vea alterado o interrumpido por el sangrado menstrual.

Esas visitas o consultas básicas de la pareja en un estudio de esterilidad, que constituyen lo que ha sido común denominar requerimientos mínimos pueden formularse en una sucesión de citas del modo siguiente:

1. Consulta inicial que comprenderá:
  - a) estudio clínico de la esposa  
historia clínica completa con orientación endócrina  
examen físico general  
exploración ginecológica completa
  - b) órdenes para estudios posteriores con calendario de citas para las mismas
  - c) breve historia clínica del marido.
  
2. Exámenes de laboratorio más necesarios:  
en la esposa:
  - a) reacciones serológicas para la lúes
  - b) biometría hemática
  - c) análisis de orina
  - d) exámenes de secreciones genitales
  - e) metabolismo basal
  
3. Prueba de Rubin o de insuflación tubaria, que deberá practicarse de preferencia en la semana siguiente a la terminación del sangrado menstrual.
  
4. Estudio del moco cervical, en particular fenómeno de pseudo-cristalización, prueba de filación, etc. Estas pruebas deberán realizarse preferentemente en la época de evolución, es decir alrededor de la mitad del ciclo, aproximadamente los días 14 o 15.
  
5. Espermatobioscopía y viabilidad espermática, que en nuestro medio acostumbramos realizar por medio de la prueba post-

coital de Sims-Huhner con la modificación de Rodríguez Villa. Esta prueba, para que tenga su máxima validez, y se preste a más fructíferas deducciones habrá de realizarse a la mitad del ciclo, coincidentemente con la época de supuesta ovulación.

6. Biopsia de endometrio, practicada en vísperas de la menstruación siguiente, aproximadamente del 21<sup>o</sup> al 26<sup>o</sup> día del ciclo; en casos de anticipación del sangrado menstrual, o cuando no hay un ritmo menstrual previsible y exacto, puede realizarse durante las primeras horas de haberse iniciado el sangrado catamenial (dentro de las 6 primeras horas).
7. Después de las pruebas anteriores, se impone una consulta para hacer un balance de los datos recogidos por las pruebas anteriores, hacer su valoración y síntesis y establecer diagnóstico de probabilidad, que puede ser de tres órdenes:
  - a) La prueba post-coital de Sims-Huhner puede revelar factor masculino.
  - b) Las diversas pruebas clínicas realizadas en la mujer pueden señalar uno o varios factores femeninos.
  - c) Pueden coexistir tanto factores femeninos como masculino
  - d) Pueden señalar esas pruebas mínimas absoluta normalidad del varón así como de la mujer.

En el primer caso, es decir, cuando existe factor masculino, denunciado por la prueba post-coital (Sims-Huhner, Rodríguez Villa), deberá procederse al estudio completo del esposo, enviándole con el urólogo especializado en estudios de esterilidad, pues el ginecólogo no está capacitado, en términos generales, para hacer adecuadamente ese estudio, y tampoco se prestará de buen grado el marido, ni tendrá confianza en él, conociendo su dedicación particularizada al estudio de pacientes del sexo femenino. Ese estudio clínico del varón consistirá fundamentalmente en:

1. estudio clínico completo
  - interrogatorio
  - examen físico completo
  - exploración uro-genital

2. pruebas de laboratorio
  - reacciones serológicas para lues
  - biometría hemática
  - análisis de orina
  - exámenes bacteriológicos de secreciones genitales
3. espermatobioscopía
4. biopsia de testículo, cuando esté indicada
5. pruebas de permeabilidad de vías seminales
6. estudio endócrino del varón estéril (dosificaciones hormonales)
  - Hormona estimulante del folículo
  - 17 ceto-esteroides
  - hidroxi-17-corticoides
  - pregnantriol
  - estrógenos urinarios.

En caso de que las pruebas mínimas señalen algún factor femenino, deberá profundizarse el estudio de la mujer recurriendo a pruebas complementarias, encausándolas al factor en falla, o bien a los factores deficientes, porque hay que recordar que no se encuentra siempre un solo factor, sino es frecuente encontrar dos o más factores en ocasiones. Pero, antes de emprender esas pruebas complementarias, deberá recalarse que como una gran mayoría de ellas implica maniobras intrauterinas, siempre habrá que tomar la precaución, antes de ejecutarlas, de practicar nuevo examen ginecológico para tratar de eliminar dos posibilidades:

- a) gestación
- b) infección

Pues puede suceder que durante el tiempo transcurrido en la realización de las pruebas mínimas de esterilidad, se haya iniciado un embarazo, que si el clínico no investiga, va a interrumpir y malograr el proceder intempestivamente al realizar pruebas intrauterinas complementarias; por otra parte, esas mismas pruebas anteriores por defectuosa técnica aséptica o bien porque se haya establecido una infección intercurrente que si nos conformamos con las pruebas iniciales de investigación de infección en las secreciones vaginales, seguramente vamos a favorecer su introducción a la cavidad uterina y su probable diseminación. De donde la regla ineludible, de que en cada vez y antes de cada prueba diagnóstica intrauterina, asegurarse que no hay infección del tracto genital, ni un embarazo incipiente.

Ya indicaba, líneas atrás, que el estudio clínico complementario, en caso de que haya factor femenino, deberá individualizarse el caso particular, pero en términos generales esas pruebas diagnósticas son las siguientes:

1. estudio del cuello uterino
2. histerometría e índice uterino (Meaker)
3. citología vaginal y urinaria
4. curva de temperatura basal
5. dosificaciones hormonales:  
hormona estimulante del folículo  
estrógenos  
pregnandiól urinario  
17 cetoesteroides
6. pruebas de función tiroidea  
metabolismo basal  
captación de iodo radioactivo  
iodo protéico  
pruebas mediante la estimulación con tirotropina  
dosificación de hormona tirotrópica en orina.
7. histerosalpingografía
8. pelvineumografía
9. Douglascopía
10. estudio radiológico de la silla turca.

Con los estudios antes enumerados, se tendrá un concepto casi cabal de la esposa, a fin de establecer si hay factor femenino, y si es vaginal, cervical, uterino, tubario, del espacio tubo-ovárico o bien ovárico-endócrino. Cada uno de ellos deberá valorarse con cuidado, establecer su pronóstico y formular el plan terapéutico para tratarlo. Por tanto deberá estudiarse por separado cada uno de estos factores analizándolos detenidamente, uno por uno, lo que podría ser tema para otros tantos artículos.

No menos interesante resultaría ahondar el estudio de cada una de las pruebas mínimas de la pareja estéril y de las pruebas complementarias, pues cada una de ellas merecen análisis detenido y han sido objeto, algunas de ellas, de artículos y aún de libros dedicados a cada una.

Así por ejemplo, la historia clínica para casos de esterilidad, ha sido ampliada y especializada a tal grado, que las agrupaciones científicas se han empeñado en formular los requisitos particulares que deben llenar.

En nuestro medio, la Asociación Mexicana para Estudio de la Esterilidad, ha aprobado la siguiente:

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre ..... Fecha .....

Número de Historia ..... Edad..... Sexo.....

Origen..... Ocupación actual.....

Estado Civil..... Dirección..... Teléfono.....

Clasificación Social:                      Referencias:                      Cuota:

#### DIAGNÓSTICO:

#### ANTECEDENTES

#### HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Edad de los padres: P:                      M:

Alcoholismo y otras toxicomanías de los padres:

Bocio:                      Diabetes:                      Obesidad:

Malformaciones genitales congénitas en ascendientes y colaterales (hipospadias,)

HISTORIA SEXUAL Primera experiencia sexual, sobre todo en la mujer (fecha y condiciones):

Experiencia prematrimonial:

Matrimonios anteriores y fertilidad en ellos:

Fecha del matrimonio actual:

Orgasmo:                      Erección (en el hombre):                      Frecuencia del coito:

Coitos extramatrimoniales (en el hombre):

Medios anticoncepcionales (diafragmas, preservativos, jaleas, duchas,);

Coito interrumpido:

#### ESTUDIO DE LA MUJER

HISTORIA GENITO-OBSTÉTRICA: Menarca                      Tipo menstrual:

Gráfica menstrual:

Historia menstrual:

Partos:

Fecha	Duración	Complicaciones	Intervenciones	Lactancia	Estado Post-parto
-------	----------	----------------	----------------	-----------	-------------------

Abortos:

Fecha	Causas	Complicaciones, sobre todo infecciosas	Examen post-aborto
-------	--------	--	--------------------

Padecimiento ginecológicos previos:

Tratamiento empleado (por quién y cuando):

epispadias, criptorquidia, anomalías en epidídimos, conductos deferentes y vesículas seminales, atresia del himen, aplasia vaginal, extrofia de vejiga, malformaciones uterinas, hermafroditismo, etc.):

Tumores genitales (fibromas y otros), en la mujer:

Esterilidad en ascendientes y colaterales:

Número de hijos en ellos:

Factor Rh:

Sífilis

Tuberculosis:

Función ovárica en ascendientes y colaterales

PERSONALES PATOLÓGICOS: Escarlatina

Erisipela:

Parotiditis:

Reumatismo:

Tifoidea:

Paludismo:

Infecciones focales:

Fiebres largas de etiología desconocida:

Padecimientos hepáticos:

Apendicitis:

Lúes (fecha, diagnóstico, método de tratamiento, L. C. R. Estado actual:

Tuberculosis:

Diabetes:

Blennorragia (Fecha, duración, severidad, complicaciones):

Cardiopatías:

Nefropatías:

Traumatismos en genitales:

PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Dieta con especial investigación de aporte proteínico y vitaminas hidrosolubles:

Periodos largos con dietas deficientes:

Alcoholismo:

Tabaquismo:

Otras toxicomanías:

Agresiones físicas: Labores a temperaturas altas, en el hombre (fogoneros, vidrieros, etc):

Exposición prolongada a rayos Roentgen:

Agresiones químicas: Manejo de tóxicos (substancias químicas, pinturas, etc):

Agresiones medicamentosas (testosterona, atebрина, sulfas, estilbestrol, colehicina):

Agresiones psíquicas (fatiga, tensión nerviosa, traumas psíquicos, psicoconurosis,):

## Operaciones previas:

Cirujano	Operación	Evolución
----------	-----------	-----------

Exámenes previos encaminados al estudio de la esterilidad:

Padecimiento actual: Tiempo de esterilidad: Síntomas proporcionados espontáneamente por la enferma:

Sintomatología premenstrual:

Escurrecimiento genital anormal:

Dolor en H.A.I. y D.S.L.:

Estado endócrino: Voz, piel, pelo (caracteres), uñas (caracteres), vello sexual, tolerancia al calor, torpeza mental, astenia, temblor, nerviosidad, palpitaciones, diarrea, hipertensión arterial, cefalalgias, diabetes, agudeza visual.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

EXPLORACIÓN FÍSICA: Aspecto general:

Caracteres de la voz:

Piel (seca, húmeda, delgada, gruesa, temperatura, fanelas):

Vello sexual: (caracteres, abundancia):

Distribución de la grasa (generalizada, localizada, a cinturas escapular y pélvica, mitad superior del abdomen):

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA: Vulva (labios, uretra, Glándulas de Skene, Glándulas de Bartholin):

Vagina: Temperatura, humedad, estado de la superficie.

Periné: (eficiencia):

Cérvix: orificio, superficie, tamaño, dirección, forma.

Utero: Forma, tamaño, posición, situación, movilidad, superficie, sensibilidad:

Anexos: Trompas

Ovarios:

Histerometría:

Índice de Meaker:

Glándula mamaria: Grasa, glándula, nódulo, secreción:

Exploración de cráneo, cara, cuello, tórax.

Abdomen y extremidades.

ESTUDIO DEL VARÓN:

Interrogatorio

Peso:
Talla:
Braza:
½ est. sup.
½ est. inf.
Pulso:
T. A.:
Resp.:
Temp.:

PADECIMIENTO ACTUAL: Tiempo de esterilidad espontáneamente por el enfermo:

Síntomas proporcionados

Aparato urinario (estado actual):

Estado endócrino: Voz, piel, pelo (caracteres), uñas (caracteres), vello sexual, tolerancia al calor, torpeza mental, astenia, temblor, nerviosidad, palpitaciones, diarrea, hipertensión arterial, agudeza visual, cefaleas diabetes.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

EXPLORACIÓN FÍSICA: Aspecto general:

Caracteres de la voz:

Piel (seca, húmeda, delgada, gruesa, temperatura, faneras):

Vello sexual (caracteres, abundancia):

Distribución de la grasa (generalizada, localizada a cinturas escapular y pélvica, mitad sup. del abdomen):

ESFERA GENITAL Pene: tamaño fimosis, cavernositis, epididias, hipospadias:

Uretra: Humedad, estenosis, induraciones, fístulas, secreción.

Próstata: Tamaño, forma, consistencia, simetría, surco medio, lóbulos laterales, nódulos, movilidad, sensibilidad:

Vesículas seminales: forma, consistencia, nódulos, sensibilidad:

Testículos: Criptorquidismo, forma, tamaño, situación, consistencia, sensibilidad

Epidídimos: Tamaño, contorno, consistencia.

Escroto: Hidrocele, varicocele, hernia:

Región inguinal: hernia, conductos deferentes.

Exploración de cráneo, cara, cuello tórax (ginecomastia), abdomen, miembros.

Peso:
Talla:
Braza:
½ est. sup.
½ est. inf.
Pulso:
T. A.:
Resp.:
Temp.:

Con lo anterior creemos haber bosquejado como se emprende fructíferamente el estudio clínico de la pareja estéril.