



Cómo lo hago yo

Cómo estudio la fertilidad de una pareja

Dr. Carlos Gerardo Salazar López Ortiz

Acude la pareja a consulta porque después de un año o más de intento de embarazo, éste no se logra. Se realiza la historia clínica, que incluye: antecedentes familiares de diabetes, hirsutismo, anovulación, problemas tiroideos e infertilidad en algún miembro de la familia. Debe hacerse una historia andrológica de la pareja, donde se investigue: cambios de los caracteres sexuales secundarios, antecedentes infecciosos, quirúrgicos, problemas al coito, si ha habido otras parejas o hijos fuera del matrimonio.

Es relevante investigar hábitos alimentarios, ejercicio, tipo de trabajo y costumbres sociales.

Después de conocer los antecedentes personales patológicos es importante hacer un interrogatorio de: cirugías abdominales o pélvicas, infecciones, trastornos endocrinos, enfocados sobre todo al desarrollo puberal, la función suprarrenal y la tiroides.

En los antecedentes ginecoobstétricos debe interrogarse el inicio de los cambios sexuales secundarios o, al menos, la menarquia, el ritmo menstrual, alteraciones en las mamas, incluida la galactorrea, si ha habido embarazos, evolución de los mismos, infecciones genitales, tipo de éstas y su alivio.

A la exploración física debe considerarse: constitución física de la paciente (síndrome de feminización testicular o resistencia periférica a los andrógenos), si existe alteración del índice de masa corporal (obesidad), su facie (síndrome de Turner), manifestación de acantosis nigricans (síndrome de ovario poliquístico con la variante de acantosis, resistencia a la insulina e hirsutismo) o gibas cervicales (que sugieran algún trastorno suprarrenal de tipo Cushing), características de la piel, que incluyan la existencia de hirsutismo, y

que puedan sugerir alguna enfermedad de la glándula suprarrenal, como la hiperplasia suprarrenal congénita.

El desarrollo de las mamas debe valorarse de acuerdo con la clasificación de Tanner. También hay que revisar si hay secreción de los pezones, el tamaño de las mamas y si hay glándulas accesorias o pezones supernumerarios.

A la exploración genital deben observarse las características de los genitales externos y debe buscarse, de forma específica, fusión de los labios, clitoromegalia, tabiques vaginales, longitudinales o transversos. Debe revisarse el cuello uterino y descartar cualquier afectación en el mismo o la manifestación de doble cuello, como puede apreciarse en los casos de útero didelfo o septo completo, o de lesiones polipoides. Al momento de revisar el cuerpo uterino deben buscarse alteraciones anatómicas del mismo, la posibilidad de miomas de diferente localización y tamaño, y de trastornos anexiales, como: tumores ováricos, alteraciones de la trompa de Falopio o empastamiento del anexo como causa de adherencias anexiales, que impidan la posibilidad de embarazarse.

Una vez concluida la exploración e integrada al interrogatorio deben solicitarse estudios que permitan complementar lo analizado.

Los exámenes básicos sugeridos son: citología hemática completa, química sanguínea, grupo y Rh, examen de orina, citología y exudado cervicovaginal, los cuales se solicitan con el fin de hacer la investigación inicial del problema. Deben considerarse tres exámenes iniciales:

1. Un análisis de semen, obtenido por masturbación, con tres a cinco días de abstinencia sexual y con no más de dos horas de haberse obtenido y procesado en el laboratorio. Si se encuentra dentro de los parámetros normales se descarta infertilidad

Recibido: abril, 2006. Aceptado: abril, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

masculina. En la actualidad los parámetros mínimos de normalidad son: 2 mL de volumen, con 20 millones o más de zoospermos por mL, con 20% o más de espermatozoides normales en la muestra y más de 25% de movimientos rápidos o, bien, más de 45% de movimientos rápidos y moderados, con hasta cinco leucocitos por campo. Si alguno de los parámetros está fuera de los rangos deberá realizarse otro análisis seminal, con una diferencia, idealmente, no mayor de 15 días para poder establecer una interpretación más justa del mismo y decidir si se envía al paciente con el andrólogo.

2. Si la paciente tiene ciclos regulares se toma una muestra sanguínea para cuantificar, en sangre periférica, las concentraciones de progesterona y prolactina en el día 22 del ciclo, que es la fecha en la que se supone existe la mayor producción de progesterona. Si hay concentraciones superiores a 10 ng/mL se considera que la paciente está dentro de la normalidad. La prolactina puede cuantificarse en cualquier día del ciclo; sin embargo, para fines pragmáticos se solicita el mismo día de la progesterona, las concentraciones no deben ser superiores a 20 ng/mL. Si la paciente no tiene ciclos regulares debe solicitarse, en el día tres del ciclo, la cuantificación de: FSH, LH, estradiol y prolactina, o si la paciente está amenorreica, entonces en ese momento. Lo importante de estos estudios es que las concentraciones de gonadotropinas no sean

superiores a 15 mUI/mL, ya que pueden ocasionar falla ovárica.

3. El otro estudio es la histerosalpingografía, que establece la integridad y permeabilidad del aparato genital femenino y determina que el camino que recorre el gameto masculino para fecundar al ovocito en la trompa de Falopio está en buenas condiciones.

En 10 a 15% de los casos el simple hecho de hacer este estudio amplía la posibilidad de que se logre el embarazo, ya que el oviducto queda destapado al ejercerse una presión mayor en forma específica. El procedimiento no sólo es diagnóstico, sino también terapéutico. En caso de haber alguna anormalidad en el resultado deberá realizarse el tratamiento adecuado para corregirla; en la mayor parte de los casos se soluciona con cirugía.

De ser un problema de ovulación, el tratamiento inicial que puede sugerirse es el citrato de clomifeno a dosis de 100 mg por día, del quinto al noveno día del ciclo. Las dosis pueden variar; por ejemplo, de 50 mg al día en mujeres con menos de 50 kg a dosis de 150 mg o dosis máximas de 200 mg al día en casos de mujeres con pobre reacción, con esquemas que pueden iniciarse el tercer día del ciclo. En caso de haber respuesta favorable habrá evolución en 60% de los casos y tasa de embarazo incluso hasta en 40% de los mismos. De no tener éxito habrá que enviar a la paciente a un centro especializado.

medigraphic.com