

## Anovulación en Esterilidad\*

### RESULTADOS TERAPEUTICOS

I. Usiblado  
R. Nicholson  
G. R. Paola

R. Simeone  
J. M. Méndez R.

El ovario cumple una triple función: generativa, trófica y somática, siendo la primera la responsable del proceso de la ovulación, la que depende de la acción armónica y sucesiva de las gonadotropinas segregadas por la hipófisis y regulada por estímulos de origen nervioso y hormonal. Este complejo proceso fisiológico puede no cumplirse faltando la ovulación con la consiguiente esterilidad por ciclo monofásico. La frecuencia de este factor es muy variable para los distintos autores. En el material de la Primera Cátedra de Ginecología de Buenos Aires que dirige el Prof. Guillermo di Paola, se ha encontrado una incidencia del 13.8%. El tratamiento de la anovulación es un tanto complejo y aún en el momento actual a pesar de la aparición de nuevos recursos terapéuticos se carece de una medicación específica de como un real conocimiento sobre su verdadero modo de acción. La presente contribución tiene por objeto aportar los resultados obtenidos en el tratamiento de la esterilidad por factor ovárico (ciclo monofásico en sus distintas manifestaciones) sin entrar a profundizar el mecanismo de acción de cada uno de los medios utilizados, dejando sentado que, cuando se trata de esterilidad los éxitos deben ser referidos a la *obtención de embarazos* más que a la corrección del trastorno del ciclo.

### MATERIAL Y METODO

Las enfermas pertenecen al Consultorio de Esterilidad de la Primera Cátedra de Ginecología de Buenos Aires y a la clientela privada. El estudio del ciclo fue efectuado mediante controles habituales (temperatura basal, cristalización del moco cervical, citología, biopsia de endometrio y dosificación de pregnanodiol urinario) completado con otras determinaciones hormonales y estudio radiológico cuando el cuadro clínico así lo requería. Se le asignó especial importancia en el diagnóstico final a la reiteración del trastorno en más de dos ciclos de control. Desde junio de 1964, hasta setiembre de 1967 hemos diagnosticado 66 *ciclos monofásicos* que sumados a los 49 anteriormente (11) estudiados suman 115 *ciclos monofásicos*. Se utilizaron los siguientes tratamientos:

\* XII Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología

CUADRO I

1) <i>Hormonoterapia:</i> 58 casos  11 embarazos (19.7%)	1) Progesterona: como E.P.:	13 casos: —
	Progesterona: endovenosa:	3 casos: 1 embarazo
	2) Anovulatorios como "efecto rebote:	11 casos: 1 embarazo
	3) Gonadotrofinas coriónicas suérica y urinaria como prueba de gonadotrofinas":	24 casos: 4 embarazos
	4) Gonadotrofina coriónica urinaria (altas dosis):	1 caso: 1 embarazo
	5) Gonadotrofinas de orina de mujer menopáusica:	
a) <i>Humegón:</i>	5 casos: 1 embarazo	
b) <i>Pergonal:</i>	1 caso: —	
6) Corticoides:	4 casos: 3 embarazos	

CUADRO II

2) <i>Radioterapia:</i> (65%)	20 casos: 13 embarazos
3) Resección parcial de ambos ovarios: (41.7%)	12 casos: 5 embarazos
4) Quimioterápicos: 1) citrato de clomifene (18.7%) Antitiroideos:	16 casos: 3 embarazos
Total: 121 tratamientos en 115 pacientes. 31.3% curaciones.	5 casos: 4 embarazos 36 embarazos

## DISCUSION:

Resulta evidente que aún no se ha llegado a conseguir un tratamiento único eficaz para inducir la ovulación supeditada a la acción de estímulos de muy distinta naturaleza (intrínsecos y extrínsecos) que actuarían ya sea estimulando o inhibiendo la secreción de gonadotrofinas. Experimentos recientes han demostrado el papel del sistema nervioso central (7) ocupando el hipotálamo lugar preeminente en la regulación nerviosa gonadal. Resulta interesante destacar que los esteroides sexuales en determinadas circunstancias lejos de inhibir o frenar la secreción de gonadotrofinas, las aumentan. Se ha demostrado que tanto los estrógenos como la progesterona (4) son capaces de inducir ovulación, pareciendo evidente que su punto de acción es el hipotálamo (13). Para poder evaluar correctamente el resultado de los tratamientos es preciso tener en cuenta en primer lugar que este mecanismo neuroendocrino puede ser desencadenado por factores psicológicos consciente

o inconscientemente inducidos por el médico; y en segundo lugar el poder de recuperación espontáneo de estos trastornos (20.7%) (8). Así se explicarían similares respuestas con diferentes tratamientos. Si bien de nuestros resultados se desprende que la radioterapia y la resección cuneiforme continúan dando los mejores (9) porcentajes, ello se debe al mayor número de casos. A pesar de la corta experiencia reunida con las gonadotrofinas humanas y el citrato de Clomifene creemos en su notable eficacia abonada por los buenos resultados aportados por autores nacionales y extranjeros. (1) (2) (5) (6) (12).

### CONCLUSIONES

En la terapia del ciclo monofásico aconsejamos: (10).

- 1) Demostración mediante el estudio del ciclo de la existencia de anovulación repetida.
- 2) Exclusión de la patogenia tiroidea y suprarrenal.
- 3) Determinación del tamaño de los ovarios; y
- 4) Determinación de las gonadotrofinas urinarias.

De acuerdo con estos postulados:

- 1) Demostrada la existencia de ovarios poliquísticos, se indicará el tratamiento quirúrgico, absteniéndose en lo posible de iniciar gonadotrofinas o clomifene por el peligro de la formación de quistes ováricos ("reacción inusitada").
- 2) Con ovarios de tamaño normal y eliminación normal de gonadotrofinas: citrato de Clomifene; y
- 3) Ovarios de tamaño normal y eliminación disminuida de gonadotrofinas: Gonadotrofinas Humanas.

Reservando la radioterapia ante el fracaso reiterado en varios ciclos de la terapéutica con gonadotrofinas o clomifene en aquellas pacientes que reúnan las condiciones de edad con ovarios de tamaño, forma y función estrogénica-normales.

### RESUMEN

Se presentan desde junio de 1964 hasta setiembre de 1967, 115 ciclos anovulatorios de la Consulta de Esterilidad de la primera Cátedra de Ginecología de Buenos Aires y de la clientela privada. El estudio del ciclo se efectuó con temperatura basal, cristalización del moco cervical, colpocitología, biopsia de endometrio y dosificación de Pregnanodiol urinario; completando con otras determinaciones hormonales y estudios radiológicos cuando el cuadro clínico lo requirió.

Se hicieron en total, 121 tratamientos en 115 pacientes empleándose:

1) Hormonoterapia en 58 casos .....	(19.7%)
2) Radioterapia en .....	(65 %)
3) Resección en cuña de ambos ovarios .....	(41.7%)
4) Químioterápicos en .....	(18.7%)

Obteniéndose un total de 36 embarazos.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.—ARRIGHI, L., ARRIGHI, A., TERZANO, G., VIVOLI, C. y RETA-MOSA, E. *Obstet. y Ginec. Latin-Amer.* 24:319, 1966.
- 2.—DICZFALUZY, E., JOHANNISSON, E., TILLINGER, K., BETTEN-DORF, G. *Acta Endocr. Suppl.* 90:35, 1964.
- 3.—DI PAOLA, G.: *Rev. Arg. Endocr. Sup.* 2: 1, 1959.
- 4.—FOIXL A.; BRUNO, R. *Rev. Soc. Obst. y Ginec. de Bs. As.* 643: 190, 1967.
- 5.—GEMZELL, C., *Simposio Inter. sulla Ster. Fem. e. masc. Trat. con Gon Umane, Roma, mayo 1965.*
- 6.—GREENBLAT, R. *Fert. and Ster.* 12: 402, 1961.
- 7.—HARRIS, G.; *Triángulo.* 6, 242, 1965.
- 8.—MENDIZABAL, A.; y USUBIAGA, I. *Inter. Journ. of Fert.* 8: 513, 1958.
- 9.—MENDIZABAL Y LELIO, M. *Sinop. Obst. y Ginec.* 4: 383, 1958.
- 10.—NICHOLSON, R. 4 as. *Jorn. de la Soc. Arg. de Ester, Bahía Blanca,* 1964.
- 11.—PEÑA, H. J.; USUBIAGA I. y CONSOLI, F. 3as. *Jorn. de la Soc. Arg. de Ester. Córdoba,* 1963.
- 12.—ROSEMBERG, E.; CONNAN, J.; DEMANY, M. y GARCIA, C. J. *Cl. Endoc.* 23: 181, 1963.
- 13.—TALEISNIK, S. *Simp. sobre gona ot. Cader. Abril,* 1966.