

EL FACTOR MASCULINO EN LA ESTERILIDAD CONYUGAL

(REVISION BIBLIOGRAFICA)

*Claudio R. Orlich Castelán.**

INTRODUCCION

La esterilidad es un capítulo importante de la Urología hoy día y el entusiasmo en su investigación ha dado origen a una subespecialidad llamada Andrología. Frecuentemente se toma una actitud pesimista ante el varón estéril pero actualmente, ya sea con cirugía, medicamentos o consejos generales, se llega al embarazo en un buen porcentaje de los casos. El 15% de los matrimonios en los Estados Unidos son infértiles. El hombre constituye un factor importante en el 30% y un papel contribuyente en otro 20% de los casos, de manera que este es un problema usual en la consulta urológica. No existen en nuestro medio reportes de etiología de esterilidad masculina.

ETIOLOGIA

El hallazgo de un varicocele en un 40% de estos pacientes sigue siendo el hecho más importante es este campo por su excelente pronóstico. Amelar y Dublin reportan un 55% de embarazos después de cirugía. Recientemente se ha descrito el uso de radioisótopos en el estudio de varicoceles subclínicos en casos difíciles de diagnosticar al examen físico y con patrones de esfuerzo en el análisis del semen y esto, junto con el uso de la venografía y embolización constituyen los avances más recientes en el diagnóstico de varicocele. Las otras indicaciones de cirugía en el tratamiento de estos pacientes más frecuentes son la orquidopexia en criptorquidea, la epididimovasostomía, estas dos últimas con un porcen-

taje de éxito (embarazo) menor: 20% y 35%. Estos son hechos bien conocidos y no es nuestra intención el discutir en esta ocasión el tratamiento quirúrgico de la esterilidad. Tampoco me corresponde hablar acerca del estudio cromosómico o endocrinopatías como etiología sino que más bien es nuestro deseo el discutir un problema que se ve con gran frecuencia en la práctica y lo es el de aquellos casos de oligospermia idiopática en los que no se encuentra una causa aparente de la infertilidad y queremos hacer énfasis en su tratamiento médico no específico o empírico endocrinológico y además mencionaremos algunas medidas para corregir alteraciones del espermograma en estos pacientes. En la gran mayoría de los casos de esterilidad no es posible identificar patología endocrinológica evidente. Es posible que en algunos de ellos halla deficiencias cuantitativas subclínicas que no pueden detectarse pero que pueden ser responsables de oligospermia o maduración espermática anormal y con esa base se puede intentar tratar la oligospermia idiopática con la esperanza de corregir esas deficiencias subclínicas.

TRATAMIENTO

1) Tratamiento con hormona tiroidea. Aunque se ha usado no existe indicación para su uso en pacientes con función tiroidea normal. 2) Fenómeno de rebote con testosterona. Este tratamiento se basa en inhibir la secreción de hormona gonadotrófica pituitaria con altas dosis de andrógenos lo que produce una depresión de la espermatogénesis y azoospermia. La interrupción del andrógeno produce una liberación de gonadotropinas almacenadas que promueven la nueva producción de espermatozoides. La experiencia

* Congreso de Ginecología, Mayo de 1983. Colegio de Médicos. San José, Costa Rica.

con este tipo de terapia ha sido decepcionante, usada en casos de oligospermia severa refractaria a otra forma de tratamiento y con biopsia testicular sin fibrosis. Se ha usado la depotestosterona 200 mg por semana por 12 semanas. Los espermatozoides regresan de nuevo en 4 a 6 meses y se eleva el recuento en el 20% de los casos pero dura poco tiempo. 3) Tratamiento con andrógenos a dosis bajas: se ha usado en estos casos cuando tienen una pobre motilidad con un recuento y morfología normales (astenospermia) y se dice que ello puede ser debido a una falla del epidídimo y epitelio tubular para la maduración completa. Se ha usado la fluoximesterona (Halotestin) 10 mg b.i.d. por 6 semanas, con un 52% de mejoría que se mantiene por más de 3 meses en un 20%. Esta dosis baja no inhibe la gonadotropina pituitaria. En algunos casos se ha visto más bien depresión de la espermatogenesis. 4) Tratamiento con gonadotropina coriónica humana (H.G.C.): se ha usado como Follutein de Squibb a dosis de 2.500 U.I.M. cada 5 días por 75 a 90 días. Se ha reportado mejoría en la motilidad. La falla de la célula de Leyding causa pobre motilidad. Se ha usado por ejemplo en hipofisectomizados por retinopatía diabética. Amelar y Dubin lo han usado en oligospermia idiopática y después de varicocelectomía en aquellos pacientes con recuento preoperatorio de espermatozoides menor de 10.000 por c.c. con mala morfología y motilidad; lo han usado en dosis de 4.000 U.I.M. 2 veces por semana con mejoría del semen 3 meses después de completar el curso. Además aumenta la libido y ha sido usado en el tratamiento de impotencia sexual. Rara vez se produce como efecto colateral dolor de pezones y ginecomastia. Hay un trabajo reciente en la literatura americana de Mehan y Cheval en el que reportan su uso en 128 casos de infertilidad. Obtuvieron excelentes resultados en pacientes a los que se les hizo varicocelectomía y los cuales no respondieron a la cirugía. Obtuvieron buenos resultados en hombres con oligospermia idiopática y el tratamiento pareció inadecuado en aquellos pacientes que tenían: elevación de FSH, varicocele no tratado o biopsia testicular que mostrara hialinización o atrofia que excluyen el éxito del

tratamiento. Usaron 50.000 U.I.M. en 10 dosis por 6 semanas. Lo que hace es estimular las células intersticiales de Leyding a producir andrógenos testiculares. Ellos reportaron un 30% de embarazos en el grupo de oligospermia idiopática. 5) Tratamiento con gonadotropina menopáusica humana: (Pergonal). Tiene actividad similar a la FSH, es muy cara y tiene un bajo porcentaje de éxito en oligospermia idiopática. 6) Tratamiento con clomifen. Cuando se da citrato de clomifen (clomid) a hombres con oligospermia con niveles normales o bajos de gonadotropinas se estimula la liberación de gonadotropina endógena; actúa excluyendo al estradiol de receptores hipotalámicos específicos, aumentando la secreción de gonadotropina endógena por bloquear la retroalimentación negativa de esteroides testiculares en la pituitaria.

COMENTARIO

Existe gran entusiasmo en Estados Unidos y también en nuestro medio por esta forma de terapia. Paulson reportó su uso en 35 pacientes con mejoría en 31 y con 8 embarazos y dijo que era beneficioso en mejorar la cantidad y la motilidad. Ellos usaron una dosis de 25 mg diarios por ciclos de 25 días con 5 días de descanso por 12 meses o hasta que ocurriera embarazo. Notaron un aumento del recuento en casi todos los casos 45 a 90 días después de iniciado el tratamiento y en la mayoría mejoró también la motilidad. Amelar dice que el tratamiento debe de interrumpirse en 6 meses si: 1) no hay mejoría en la calidad del semen, 2) si hay aumento marcado en FSH o testosterona, 3) empeoramiento en calidad del semen después de mejoría temprana o 4) síntomas de visión borrosa. Nosotros en el Hospital San Juan de Dios lo usamos frecuentemente en estos casos de oligospermia idiopática y hemos tenido varios casos de embarazos, inclusive uno con dos embarazos después de cursos de clomifen 7) tratamiento con arginina: se ha usado en astenospermia pero no se ha obtenido mejoría en la calidad del semen. Con cierta frecuencia se presentan problemas de volumen en estos pacientes. Un bajo volumen (menos del

cc.) causa infertilidad por no haber contacto del fluido seminal con el os y el moco cervical y en estos casos la inseminación homóloga con este semen puede llevar a embarazo. Con mayor frecuencia la esterilidad se asocia a un volumen alto (más de 4.5 cc) Eso se reporta en un 100/o de los casos. Cuando esto sucede se diluye la concentración, baja la motilidad y disminuye la calidad de los espermatozoides. Se ha demostrado que en el 900/o de los hombres la concentración más alta de espermatozoides móviles normales es una solución excelente al problema. También se han obtenido embarazos con coito interrumpido después de depositar la primera porción del eyaculado en la vagina. La necrospemia se presenta en 1.30/o de los casos. Estos son pacientes normales y a menudo con recuentos excelentes con buena morfología pero sin motilidad. No hay terapia disponible y la infertilidad es irreversible. La aglutinación del semen es un problema poco frecuente. Existe una aglutinina presente en el semen la cual es activa en su estado reducido y esto se trata con vitamina C que es un agente reductor. La viscosidad alta, cuando se asocia a un recuento bajo produce una motilidad disminuida y si el examen postcoito es pobre se puede tratar usando el eyaculado fraccionado para inseminación, usando Alevaire que es una solución mucolítica con la que se mezcla el semen o dando estrógenos conjugados al hombre. El problema raro de no liquefacción del semen se trata con saliva humana. Cuando se detectan anticuerpos en la mujer se recomienda usar condón por un tiempo para bajar sus niveles. Por último, como consejo general, la frecuencia sexual puede estar relacionada con la infertilidad. La abstinencia prolongada causa falta de deposición del semen durante el período fértil, pero además deprime la motilidad y aumenta las formas anormales. Sexo demasiado frecuente lleva a deposición de semen de calidad pobre. Lo que se recomienda es una frecuencia de día de por medio en el período fértil. Obviamente en el campo de la esterilidad conyugal el trabajo mutuo entre el ginecólogo y el urólogo se traduce en beneficio hacia la pareja que busca el embarazo y su reproducción.

RESUMEN

El hombre estéril constituye un problema frecuente en la práctica urológica y los avances en su estudio y tratamiento han llevado al nacimiento de la Andrología. Las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la esterilidad están bien establecidas y la ligadura de venas espermáticas internas en el varicocele sigue siendo el hecho más importante. Los reportes recientes en la literatura americana han dirigido su entusiasmo a nuevos métodos diagnósticos de varicocele y al tratamiento médico de la oligospermia idiopática. En nuestro medio también hemos tenido gran éxito con el uso de clomifen en estos casos. Todos estos hechos se discuten y se delinean normas generales para corregir anomalías del semen en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amelar, R., Dubin, L. y Walsh, P.: therapy of male infertility. En: Male Infertility. B. Saunders Company, pag. 177-237, 1977
- 2.- Dubin, L y Amelar, R.: Etiologic factors in 1294 consecutive cases of male infertility. Fertility and Sterility. 22: 469-474, 1971.
- 3.- Brown, J.: Varicocelectomy in subfertile men. General Practitioner. 37: 94-101, 1968
- 4.- Paulson, D. y Wacksman, J.: clomiphene citrate in the management of male infertility. Journal of Urology. 115: 73-76, 1976.
- 5.- Mehan, D. y Chehval, M.: Human Chorionic Gonadotropin in the treatment of the infertile man. Journal of Urology, 128: 60-63, 1982.
- 6.- Wheathey, J; Fajman, W.A. y Witten F.: Clinical experience with the radioisotope varicocele scan as a screening method for the detection of subclinical varicoceles. Journal of Urology, 128: 57-59, 1982.