

Dr. EDUARDO YEPEZ V.

Profesor Agregado de Clínica
Ginecológica

Ginecología - Esterilidad

El Diagnóstico Etiológico de la Esterilidad Femenina

Nos place abordar este tema por dos razones primordiales: la primera su esencia misma, y la segunda la finalidad a que él se dirige, - descubrir la causa ó causas que están determinando la esterilidad en la mujer - para, cuando es posible, tratar de suprimirlas quitando así el obstáculo que impide que la mujer llene la suprema función a ella encomendada, la de ser madre.

Hay también razones secundarias que nos han impulsado a presentar estos primeros casos de diagnóstico etiológico de la esterilidad femenina; éste es un problema que debe ser enfocado en totalidad, tratar de hacer el diagnóstico de la esterilidad por medio de exámenes o comprobaciones aisladas es un verdadero absurdo técnico; hacer lo que tan frecuentemente se hace - administrar, mejor dicho, abusar de la terapéutica hormonal en todo caso de esterilidad - es una sinrazón que aparte de no ser beneficiosa para la paciente, cuando la indicación no es adecuada, le puede ser grandemente perjudicial.

El diagnóstico etiológico de la esterilidad es por sí complejo, pero no imposible, requiere material técnico apropiado por una parte y por otra requiere la cooperación decidida de la paciente, cooperación que nace ya sea del convencimiento que el médico ha podido llevar a su paciente ó del anhelo de concebir que le hace afrontar a la mujer toda molestia en actitud esperanzada.

Mal haremos en tener una visión parcial del problema si al mismo tiempo que existe una cervicitis puede

haber un bloqueo tubario o puede haber una disfunción tiroidea o un ciclo monofásico o un error de inseminación, todas, causas de esterilidad que si bien en algún caso puede existir una sola de ellas, con más frecuencia existen varias de ellas concomitantemente. Y qué justificación podría tener la terapéutica hormonal si la causa de esterilidad es, por ejemplo, una incompatibilidad cérvico-seminal o una impermeabilidad tubaria? No es justo, por no decir no es honrado que campee el abuso de la terapia esteroidea con desconocimiento de las posibles causas de esterilidad femenina. Los que tal hacen, olvidan que lejos de estimular o mejorar la función ovárica van a la larga a empeorar y aún a anular la función ovárica por inhibición del estímulo hipofisario.

De aquí la grande responsabilidad para el médico y el imperativo de mirar el problema en forma conjunta.

Al decir esterilidad nos referimos a los casos de *esterilidad involuntaria*, no a aquellos casos en que la fecundación se realiza pero no llega a feliz término-son casos de infertilidad-ni a aquellos en que el uso de medidas anticoncepcionales impide la fecundación-son los casos de esterilidad voluntaria.

Un caso de esterilidad es tal cuando ha transcurrido un tiempo no menor de dos años de vida conyugal y la fecundación no ha podido realizarse a pesar de que tanto el marido como la esposa han puesto todos los medios necesarios para llegar a tal fin.

Interviniendo en la fecundación tanto el hombre como la mujer el estudio de la esterilidad debe mirar ambos factores, aún más si consideramos que la esterilidad absoluta se produce por defectos del marido en un 40 a 45% de los casos.

En nuestro trabajo *sólo nos referimos al factor femenino*, es necesario hacer esta aclaración no como una salvedad por haber considerado un solo factor, sino porque nuestra finalidad no ha sido otra.

La finalidad de toda investigación diagnóstica de la esterilidad en un matrimonio infecundo debe dirigirse a lo siguiente:

1º) Que el médico y los interesados puedan llegar al conocimiento de *todas* las causas de la esterilidad.

2º) Permitir al médico asesorar francamente al matrimonio acerca de las probabilidades de obtener descendencia.

3º) Definir la naturaleza de la terapéutica necesaria, y si la misma tiene alguna probabilidad expectativa razonable de éxito.

Qué hacemos en cada caso de esterilidad femenina:

1º Una historia completa, incluyendo la identificación de la enferma, el motivo de la consulta, los antecedentes familiares y los antecedentes personales. Es de sumo interés la historia menstrual, hay que verificarla en forma detallada recogiendo prolijamente los datos de menarquía, ritmo y cantidad de la menstruación, características del producto menstrual, dolor menstrual, pérdidas intermenstruales, fecha de la última regla y también de la penúltima menstruación.

Se incluye también en esta primera parte la historia conyugal, tiene mucha importancia especialmente para los casos en que la mujer haya tenido antecedentes obstétricos, en un primer matrimonio y también si el esposo ha tenido hijos anteriormente. Recogemos datos de duración del matrimonio, preventivos usados y en qué tiempo, antecedentes matrimoniales y embarazos anteriores, curso de esos embarazos y partos, tiempo y frecuencia de las relaciones sexuales, grado de satisfacción en el coito, etc.

2º El examen físico general, que debe realizarse completo, en una forma ordenada y metódica. Investigamos el comportamiento de la paciente, sus reacciones ante el mundo exterior, su temperamento, peso, talla, distribución de la grasa; examen del tiroides, pulmones, corazón, tensión arterial, senos, -sus características- secreción láctea, abdomen y extremidades.

3º Un cuidadoso examen ginecológico. Huelga recalcar sobre su importancia. Siempre hacemos el examen ginecológico abdominovaginal y no omitimos cuando es necesario, por lo menos, el examen abdomino-vagino-rectal.

4º Un examen endocrino, especialmente el metabolismo basal; la radiografía craneana referida en particular a la silla turca la verificamos cuando de los anteceden-

tes de la enferma, del examen físico, de la historia menstrual y del examen ginecológico se tienen datos que induzcan a afirmar la existencia de una disfunción hipofisaria.

5° Examen hemático: numeración globular, fórmula leucocitaria, dosificación de hemoglobina, eritrosedimentación. Tiempo de hemorragia y de coagulación. Examen microscópico y de elementos anormales en la orina.

6° Comprobación del estado de las trompas. Este es uno de los exámenes que en la mujer tiene mayor importancia dada la frecuencia de la obstrucción tubaria como causa de esterilidad ya relativa, ya absoluta.

Recomendamos a la paciente procurar una buena evacuación intestinal por medio de un lavado intestinal simple la noche anterior a la prueba.

La enferma debe ir con el estómago vacío y con medicación previa antiespasmódica. Esto último es de utilidad ya que podemos tener datos falsos en cuanto a la permeabilidad de las trompas y que son debidos a espasmos transitorios de la musculatura tubaria.

El examen lo verificamos del 4° al 8° día de terminada la última menstruación. Debemos conocer previamente el estado de los genitales para cerciorarnos de la ausencia de flujo vaginal, cervicitis, salpingitis, que son contraindicaciones formales para la prueba, lo mismo si hay presencia de sangre que venga del útero.

Siempre verificamos en primer término la insuflación tubaria con CO₂ y después la histerosalpingografía. Si con la insuflación tubaria tenemos el dato de permeabilidad hacemos a continuación la radiografía con inyección de aceite yodado.

Si tenemos una prueba de Rubin negativa, repetimos la insuflación por 3 o 4 ocasiones en la misma sesión para tratar de vencer el obstáculo si éste es transitorio. Si el resultado negativo persiste volvemos a repetir las insuflaciones en una nueva sesión al cabo de pocos días. Después de esto realizamos la histerosalpingografía utilizando aceite yodado fluído.

Para controlar con certeza la permeabilidad de las trompas, efectuamos una radiografía de control a las 24

horas para constatar la presencia de aceite yodado en la cavidad peritoneal.

Trabajamos con el Gynograph de Weisman, que tiene la ventaja de ir conectado a un tensiómetro de mercurio, por el cual, podemos darnos cuenta exacta de la presión ejercida por la introducción del gas y de la resistencia que ofrecen las trompas.

Hemos utilizado también para las radiografías la inyección directa sin el circuito del tensiómetro según el sistema de Stein y Arens, cuidando sólo de atender a la sintomatología de la paciente, a la aparición de dolor, que viene a ser el indicador, por su intensidad, de la mayor o menor resistencia que ofrecen las trompas al paso del aceite yodado.

7º Citología vaginal; los extendidos vaginales los efectuamos en las diferentes fases del ciclo menstrual en forma seriada. Para efectuar los extendidos vaginales hemos tratado de seguir fielmente las recomendaciones de Inés de Allende y Oscar Orías porque en la práctica las hemos encontrado muy justificadas.

Los autores citados dicen lo siguiente: «La secreción que normalmente humedece la cavidad vaginal es extraída diariamente por aspiración con ayuda de una pipeta de vidrio de 17 ctm. de largo y 6 mm. de diámetro, ligeramente curva en su extremo y provista de una pera de goma con buena capacidad de succión.

La pipeta se introduce lo más profundamente posible en dirección a los fondos de saco, pósterolateral derecho o izquierdo, en cuya zona su extremo libre toma contacto con la pared vaginal. Desde este punto se le retirará en forma lenta y como *barriendo* suavemente con su extremo la pared del órgano en una extensión de 3 cm. aproximadamente, mientras se va aflojando la pera de goma. Dirígida luego hacia la luz vaginal y ya sin presión alguna sobre la pera de succión, se le retira rápidamente, proyectando el material obtenido sobre un portaobjeto, desde una distancia de pocos milímetros del mismo, *sin tocar el vidrio con la pipeta en ningún momento*. Es éste uno de los más importantes tiempos de la técnica para la obtención de un buen extendido. En realidad no se trata de un ex-

tendido tal cual sería, por ejemplo, el efectuado con una muestra sanguínea común, sino más bien de una «proyección» del material extraído, desde la pipeta al vidrio. Tal procedimiento tiene por objeto no alterar, dentro de lo posible, la relación que guardan entre sí los distintos elementos celulares descamados, los cuales pueden aparecer aislados unos de otros, o bien reunidos en grupos tan compactos que ni su fuerte propulsión desde la pipeta al portaobjetos es capaz de separarlos, punto que constituye, una de las características más salientes de las variaciones que presenta el extendido en el curso del ciclo sexual bifásico (ovulatorio).

Fácil es comprender que la simple proyección del material extraído, desde la pipeta al vidrio, sin ninguna otra maniobra, determina una menor alteración de las relaciones que guardan entre sí las células, que la extensión del material por fricción instrumental, tal cual se efectúa en los extendidos comunes.

Otro detalle muy importante para la obtención de un buen extendido, es evitar en absoluto la desecación del material antes de su fijación, para lo cual se realizan con toda rapidez las maniobras de proyección del espécimen sobre el portaobjetos y la colocación de éste en el líquido fijador.

Cuando el material extraído es espeso, de tipo «caseoso», es necesario procurar la diseminación del mismo, proyectando aire sobre los grumos desde la misma pipeta, sin tocar la muestra, maniobra que requiere habilidad y rapidez porque, en este caso, agregamos un factor de desecación celular que, según hemos señalado ya, debe evitarse.

Nunca insistiremos lo suficiente acerca de estos detalles: *no tocar el material depositado en el cubreobjeto, e impedir su desecación, si se desea obtener un buen preparado.*

8º Biopsia del endometrio. Siendo la finalidad de la biopsia determinar el estado de diferenciación endometrial a la terminación de un ciclo óvrico, la biopsia se practica comunmente entre las primeras 12 a 18 horas después de iniciarse la sangría. Si se pospone la biopsia hasta 22 horas o más, continuando la sangría, los

tejidos fungosos enmascaran el tipo endometrial que puede observarse cuando se inicia la sangría.

En los casos que presentamos hemos verificado biopsias del endometrio en el tiempo ya señalado y además en días distintos durante el ciclo.

9º Temperatura basal; cuando hemos creído oportuno hemos hecho los cuadros de temperatura basal, prefiriendo, por ser más fácil de realizar el método de Davis al de Tompkins.

10. El test post-coito de Huhner y el test de compatibilidad de Kurzrok no los hemos realizado, ya que hemos hallado otras causas de esterilidad ya absoluta, ya relativa, juzgándolos, por lo mismo, innecesarios para nuestros casos.

HISTORIA CLINICA N.º 1

IDENTIFICACION

Nombre: C. P.

Edad: 23 años.

Condición social: casada 2ª. vez.

Ocupación: Q. D.

Motivo de la consulta: alteraciones del ritmo menstrual. Deseo de concebir.

Antecedentes familiares: S. I.

Antecedentes personales: Neumonía por 3 ocasiones en 1945. Gripe frecuentes. Estreñimiento crónico. Dolores poliarticulares periódicos, tipo reumático, recidivante.

HISTORIA MENSTRUAL

Menarca: 17 años. Regla 1 vez y amenorrea de 1 año. Después regla 8/30 abundante. Con coágulos. Julio '46: aborto de 5 meses. Septiembre '46: aborto de 1 mes. Octubre de '47: aborto de 2 meses. Octubre de '47: ligadura de las trompas (dato sin comentario). Octubre '47: amenorrea hasta Mayo del '48. Mayo '48: nueva operación. Sigue enfermándose 8/30.

Noviembre '49: se casa por 2^a. vez. Desde ahí regla cada 2 o 3 meses.

Características del producto menstrual: serosanguinolento obscuro; a veces sangre coagulada. En ocasiones el producto es de mal olor.

Dolor menstrual: cefalalgia acentuada en la fecha que debe enfermarse. Dolor abdominal.

Pérdidas intermenstruales: no.

Últimas menstruaciones: la penúltima menstruación ocurre el X-12/50, después de 2 meses de amenorrea; la última menstruación XI-26-50, es decir, a los 44 días.

Duración del matrimonio: 2 años.

Preventivos usados y en qué tiempo: no.

Antecedentes matrimoniales y embarazos anteriores: 3 embarazos anteriores.

Curso de esos embarazos y partos: 3 abortos.

Tiempo y frecuencia de las relaciones sexuales: normales.

Grado de satisfacción en el coito: en disminución.

EXAMEN GENERAL:

Comportamiento de la paciente: en los primeros días de amenorrea, excitable.

Peso: 123 libras.

Talla: 1,56 mts.

Distribución de la grasa: normal.

Tiroides: normal.

Pulmones: normal. Fotofluorografía del 27 de Noviembre de 1950.

T. A.: 120—76.

Senos: bien desarrollados.

Secreción láctea: no.

Abdomen: Dolor vesicular discreto. Dolor apendicular marcado. Dolor discreto en los puntos ováricos.

Extremidades: abundancia de vello en los muslos y piernas.

Examen ginecológico: Aumento de vello pubiano. Cuello desviado a la izquierda y dirigido hacia arriba. Utero en anteverso-flexión exagerada, la movilidad se halla reducida, el desplazamiento uterino provoca dolor. Trompas palpables y dolorosas, lo mismo que el ovario derecho.

DATOS DE LABORATORIO

HEMATOLOGICO:

Hematies por mm. cúbico.....	5'510.000
Leucocitos » » »	7,800
Hemoglobina en 100 cc. sangre	13,60 gms.
Hemoglobina porcentual	80%
Valor Globular (referido a 5'500.000)	0,79
Sedimentación de hematies	{ 1ª. hora... 5
	{ 2ª. hora... 15
	{ I. de Katz... 5,5
Tiempo de coagulación.....	4'
Tiempo de hemorragia (Duke)	2'

HEMOGRAMA

Neutrófilos: {	Cayado.....	2%
	Jóvenes.	41
	Segmentados. 57	

Hematies: Caracteres: Normales.

UREMIA Y GLICEMIA:

Urea	0,21 gms. $\frac{0}{100}$
Glucosa	1,04 gms. $\frac{0}{100}$

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA:

Reacción	Acida	Microscópico: Pocas células vesicales y uretrales
Densidad	1,012	
Sedimento	Nulo	
Color	Amarillo.....	
Olor	Normal	
Volumen	
Aspecto	Transparente...	
Albúmina 0	
Azúcar 0	
Acetona —	
Urobilina —	
Hemoglobina 0	
Bilirrubina	Vestigios	
Ácidos biliares 0	
Indol —	
Escatol	Vestigios	

METABOLISMO BASAL: + 3 %

BIOPSIA DEL ENDOMETRIO:

9 - XI/50—29° día del ciclo: endometrio escasamente proliferado.

15 - XI/50—35° día del ciclo: endometrio proliferativo igual al anterior. (Esta biopsia fue verificada en las primeras horas de la sangría).

28 - XII/50—35° día del ciclo: endometrio proliferativo.

19 - I/51—1er. » » » : » »

13 - III/51—1er. » » » : » »

(La biopsia se verificó a las 17 horas del comienzo de la sangría).

PRUEBA DE RUBIN

La primera prueba es negativa. Con la presión de 160 m.m. de mercurio no es posible vencer el obstáculo que presentan los oviductos. La paciente acusa dolor más o menos intenso en ambas zonas anexiales, pero especialmente en el lado derecho. En la misma sesión, se repiten 3 insuflaciones con igual resultado. Con intervalo de 4 días se verifica una nueva prueba y con la misma presión anterior se consigue permeabilizar las trompas.

Al mes siguiente se hace una nueva insuflación y se constata la permeabilidad tubaría restablecida.

Histerosalpingografía:—Trompas permeables.

COMENTARIO

En la paciente que nos ocupa encontramos que la principal causa de esterilidad es la existencia de un *ciclo monofásico breve*. Las biopsias del endometrio son concluyentes a este respecto sobre todo las verificadas en las primeras horas de la sangría. Se constató un endometrio escasamente proliferado lo que nos habla de un deficiente estímulo ovárico—en estos casos en el ovario hay atresia folicular precoz.

No vamos a discutir la posibilidad de ovulación en estos casos, pero lo que es indiscutible sí es el hecho de que no es posible fecundación si no hay endometrio secretorio o progestacional.

La sintomatología concomitante: oligomenorrea, períodos de amenorrea, que señalamos en la historia menstrual es propia de estos casos.

Señalamos además la obstrucción tubaría, que, por suerte, con el tratamiento de la insuflación fue eliminada.

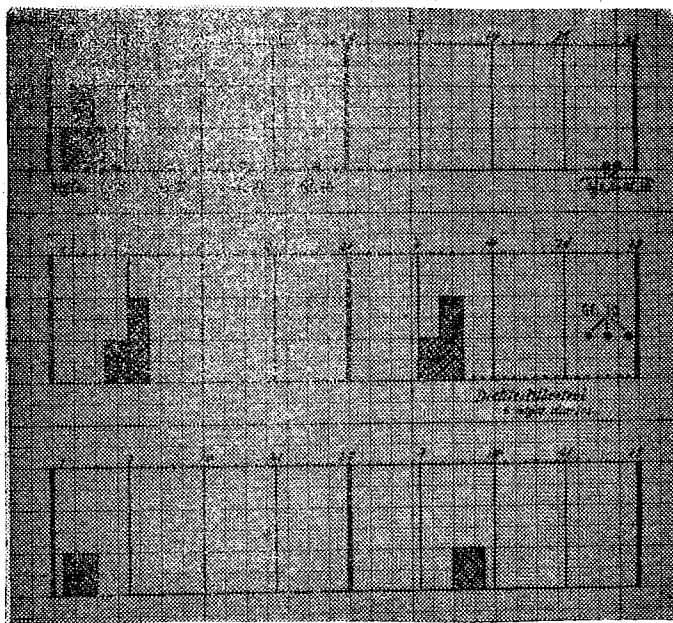
La mala posición uterina es otra causa de esterilidad, tanto la anteversoflexión exagerada, como la posición del cuello, que no estando dirigido hacia atrás es motivo de una inseminación defectuosa. Como causa reductora de la fertilidad debemos señalar la insufi-

ciencia ovárica, traducida por la menarca tardía y las alteraciones del ritmo menstrual como la oligomenorrea y amenorrea.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Aparte de las recomendaciones higiénico-dietéticas nos dirigimos en forma especial a procurar el cambio del endometrio proliferativo —cuya existencia es la principal causa de esterilidad— en endometrio secretorio.

Recurrimos a la terapéutica hormonal dirigida en primer término a regularizar el ritmo menstrual y luego a restablecer el ciclo difásico. La forma de tratamiento lo indica el cuadro adjunto. En él podemos ver también la regularización del ritmo menstrual.



NOTA.—En los cuadros de tratamiento Gf. = Grafoleón «Life» ampollas que contienen microcristales de dietilstilbestrol vehiculizados en Gradualina.

Gl. = Graluteón, ampollas que contienen microcristales de progesterona vehiculizados en Gradualina.

La cifra numérica adjunta a Gf y Gl significa la cantidad en miligramos. Así Gf 5 = Grafoleón de 5 mgrms.

HISTORIA CLINICA N^o. 2

IDENTIFICACION

Nombre: I. E.

Edad: 26 años.

Condición social: casada.

Ocupación: empleada.

Motivo de la consulta: trastornos menstruales, esterilidad.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: sin importancia.

HISTORIA MENSTRUAL

Menarca: 17 años.—6/30 - cantidad normal.—Al principio regla retrasada con pocos días; hay variaciones del ritmo.—En abril '50: suspensión de la regla por 2 meses.—En junio '50: metrorragia de 18 días.—En julio '50: metrorragia de 10 días.—En agosto '50: 4 días - escasa.

Últimas reglas: Septiembre 10 - 4 días, escasa; a la consulta acude el 23 - Octubre.—Noviembre 1^o (a los 50 días) regla 6/50. Cantidad normal.

Mólimen cataménial: escaso.

HISTORIA CONYUGAL

Duración del matrimonio: 7 años.

EXAMEN FISICO GENERAL

Paciente: tranquila, optimista.

Peso: 97 libras.

Talla: 1,43 metros.

Distribución de la grasa: normal.

Tiroídes: normal.

Pulmones: normal (Fotofluorografía).

Corazón: normal.

T. A.: 108 - 60.

Secreción láctea: no.

Abdomen: normal.

Extremidades: normales.

EXAMEN GINECOLOGICO

Genitales externos: normales.

• *Orificio vaginal:* estrecho.

Vagina: normal.

Cuello: desviado a la izquierda, pero dirigido hacia atrás.

Canal cervical: estrecho.

Orificio interno: estrecho - se vence con alguna dificultad la estrechez al verificar la histerometría. Cuerpo en látero posición izquierda y anteversión marcada. En el cuerno derecho se toca un engrosamiento.

Histerometría: 7 ctms.

EXAMEN HEMATICO

Hematíes por mm. cúbico	5'140.000
Leucocitos » » »	7.600
Hemoglobina en 100 cc. sangre	15,30 mg.
Hemoglobina porcentual	90 %
Sedimentación de hematíes	{ 1º hora 3
	{ 2º hora 10
	{ I. de Katz ... 4
Tiempo de coagulación	6'
Tiempo de hemorragia (Duke)	2'

HEMOGRAMA

Neutrófilos	{ Cayado..... 1 %
	{ Jóvenes
	{ Segmtds. 61
Linfocitos	38

Hemáties: Caracteres: normales.

Metabolismo basal: + 10 %

Citología vaginal: Se verifica en forma seriada en el primer mes que acude a la consulta y en los días subsiguientes a la primera sangría.

Los extendidos vaginales son normales y la proporción de los diversos tipos de células está en relación con el tiempo en que se realiza el extendido vaginal y nos indican que hay estímulo folículo-ovárico. No hay para qué recordar que la cantidad de estrógenos ováricos puede ser subnormal y sin embargo suficiente para provocar los cambios normales del epitelio vaginal.

BIOPSIA DEL ENDOMETRIO

- 16-XI/50—16° día del ciclo—endometrio proliferativo.
- 2-XII/50—33° día del ciclo—endometrio proliferativo.
- 19-I/51—1er. día de la sangría—endometrio proliferativo.
- 8-II/51—1er. día de la sangría—endometrio proliferativo.

PRUEBA DE RUBIN

1a. insuflación negativa.

2a. insuflación a los 3 días, normal.

Histerosalpingografía: con 5 cc. de aceite yodado. Mucho dolor en los anexos, más en el lado derecho. La sustancia de contraste entra con mucha dificultad. Se constata la permeabilidad de la trompa izquierda, la trompa derecha está obstruida.

COMENTARIO

Hay evidencia de una insuficiencia ovárica que tiene como signo inicial la menarca tardía. Luego de un episodio metrorrágico que parece seguir a un aborto se instala una oligomenorrea, que traduce una hipofunción ovárica marcada.

Esta situación constituye un factor reductor de la fertilidad.

Tenemos además la impermeabilidad tubaria, que con la insuflación se consigue suprimir, pero subsiste la obstrucción de la trompa derecha, —otro factor reduc-

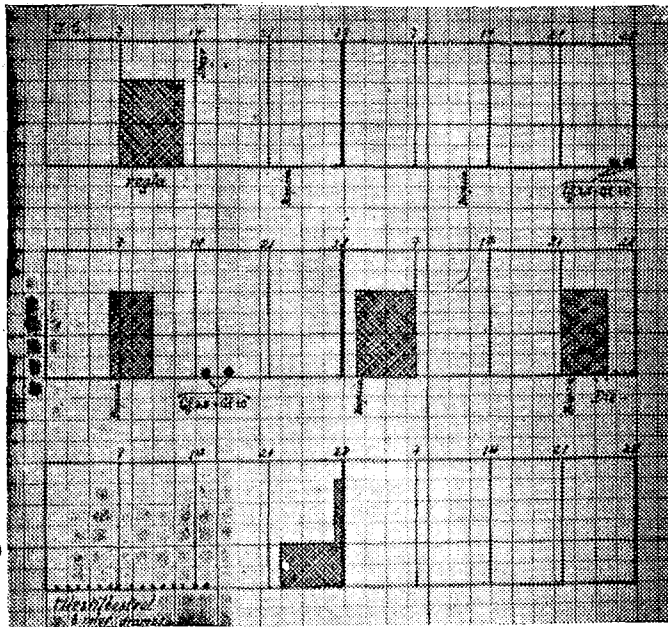
tor de la fertilidad. Por último constatamos la existencia de un ciclo monofásico breve. Las biopsias del endometrio se han verificado en distintos días del ciclo, pero exclusivamente damos valor a las efectuadas el primer día de la sangría. Las biopsias nos enseñan un endometrio escasamente proliferado.

En el caso presente, la existencia de un ciclo monofásico breve es la causa primordial de la esterilidad.

MEDIDAS TERAPEUTICAS

Hacemos hincapié en el valor de las prescripciones y consejos higiénico-dietéticos y ésta es nuestra primera medida.

Después instituímos el tratamiento hormonal de sustitución en la forma señalada en el cuadro adjunto y los resultados se los puede observar en el mismo. Su finalidad es la de regularizar la menstruación y la de convertir el endometrio proliferativo en progestacional o secretorio, esto último no lo hemos conseguido hasta este momento y por ende, la primordial causa de este-



rilidad subsiste. Lo que sí obtemos es la regularización del ritmo menstrual.

HISTORIA CLINICA. N° 3

Nombre: J. I.

Edad: 32 años.

Casada hace 7 años.

Ocupación: Q. D. Trabaja en costura. Trabajo intenso que le provoca fatiga.

Motivo de la consulta: Dismenorrea-Hipomenorrea-Esterilidad.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: Apendicectomía hace 10 años.

HISTORIA MENSTRUAL

Menarca: 14 años.—2/26-30.—Escasa.—En 1945 por 3 o 4 meses metrorragia. Le hicieron curetaje.

Después sigue enfermándose como antes 2/26-30.

Dolor menstrual: dismenorrea de tipo obstructivo.

Última regla: 18-XI/50-4 días-más abundante.

Penúltima regla: 22-X-2 días-escasa.

HISTORIA CONYUGAL

Casada hace 7 años.

No hay embarazo.

Relaciones sexuales: 2/8.

Dispareunía.

No llega al orgasmo.

EXAMEN GENERAL

Paciente: tranquila.

Peso: 111 libras.

Talla: 1.63 mtrs.

Distribución de la grasa: normal.

Tíroides: poco aumentado de volumen.

Pulmones: normales (fotofluorografía 20 - XI/50).

Corazón: normal.

T. A.: 108-70.

Senos: pequeños - no hay secreción.

Abdómen: normal.

Extremidades: normales.

EXAMEN GINECOLÓGICO

Genitales externos normales.

Cuello uterino en anteversión.

Cuerpo uterino normal - Posición anterverso flexión.

Histerometría: no es posible el paso del histerómetro.

Es necesario efectuar la dilatación del canal cervical con dilatador. El orificio interno es muy estrecho. Después de hacer posible la histerometría que da 7 ctms., en un día posterior se volvió a efectuar la ampliación del orificio interno con un Hegar N° 4.

EXAMEN HEMÁTICO

Glóbulos rojos: 3'940.000 por mm³

Glóbulos blancos: 8.800 por mm³

FORMULA NEUCOCITARIA

Jóvenes 0%

Cayados 0%

Segmentados 38

Basófilos 0

Eosinófilos 1

Linfocitos 60

Monocitos 0

Caracteres de los hematíes: Anisocitosis y poiquilocitosis.

Dosificación de Hemoglobina: 13,4 gramos.

Eritrosedimentación: 1ª hora: 1mm.

2ª » 4 mm.

Tiempo de hemorragia: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 8 » (mét. en placa).

UREMIA Y GLICEMIA

Urea en la sangre. 0,424 gm. por litro de sangre.

Glucosa en la sangre. 1,10 » » » » »

REACCIONES SEROLÓGICAS

Reacción de Mazzini. Negativa.

Reacción de Cardiolípina. Negativa.

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA

Orina examinada

Aspecto:.....	Ligeramente turbio
Color	Amarillo ambarino
Olor	Sui-générés
Consistencia	Fluida
Reacción.....	Acida
Densidad	1,029
Depósito	Ligero

ELEMENTOS ANORMALES

Hemoglobina.....	0
Albúminas.....	0
Azúcares	Ligeros vestigios
Indol	Ligeros vestigios
Escatol.....	0
Acetona.....	0
Acido diacético.....	0
Acido B. Oxibutírico.....	0
Acidos biliares.....	0
Pigmentos biliares.....	0
Urobilina.....	0

Examen microscópico. Abundantes células epiteliales planas y cilíndricas. Pocos leucocitos. Pocos cristales de ácido úrico. Raros cristales de oxalato de calcio. Bacterias.

Citología vaginal. Normal.

Biopsia del endometrio. En las biopsias del endometrio se verifica la existencia de un endometrio secretorio.

Prueba de Rubín. Positiva.

Histerosalpingografía. Existe permeabilidad tubaria comprobada por la existencia de aceite yodado en la cavidad peritoneal a las 24 horas de la prueba. Sin embargo, se constata después de ese tiempo, retención del medio de contraste en la trompa izquierda, lo cual nos habla de una salpingitis izquierda.

COMENTARIO

En este caso tenemos varios factores reductores de la fertilidad:

1º Posición anterior del cuello uterino, que es factor de una inseminación defectuosa.

2º Estenosis del orificio interno del canal cervical, esta causa fué eliminada por la dilatación instrumental del canal. Debemos señalar también que ésta era la causa de la dismenorrea de tipo obstructivo. La regla siguiente a la dilatación no se acompañó de mólimen catamenial. La sangría menstrual por primera ocasión no se anunció a la enferma y fué para ésta una verdadera sorpresa la presencia de la sangre menstrual.

3º Hipertiroidismo: entre las causas reductoras de la fertilidad debemos tener muy en cuenta la disfunción tiroidea sea en hipofunción o en hiperfunción. El hipotiroidismo juega el papel más destacado, pero el hipertiroidismo, como en este caso, debe considerarse como un evidente factor reductor de la fertilidad.

Es conocida la sinergia funcional de la tiroides y del ovario sobre el aparato genital.

4º La salpingitis izquierda es otro de los factores reductores de la fertilidad.

5º La anemia aún cuando no muy marcada debe

considerarse también como una causa general reductora de la fertilidad.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

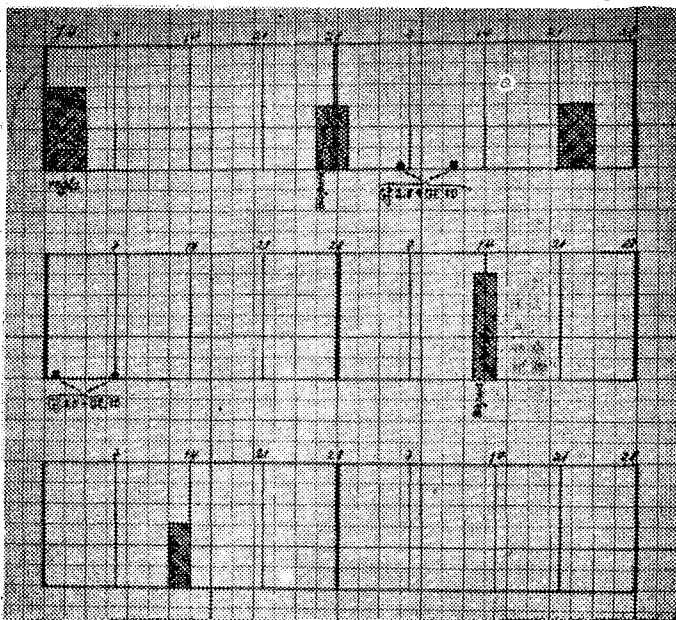
El tratamiento es esencialmente causal. Está dirigido a eliminar las varias causas de esterilidad.

Como primera medida buscamos mejorar las condiciones generales de la enferma procurando una mejor alimentación, vivienda confortable y restricción del trabajo físico, que es exagerado para la paciente.

Como complemento dietético recomendamos un preparado polivitamínico adicionado de minerales.

Instituimos la medicación antianémica y prescribimos Thiouracil para el hipertiroidismo. Después de dos meses de tratamiento la numeración globular y dosificación de hemoglobina se encuentran dentro de las cifras normales, y el metabolismo basal es normal.

Además, efectuamos tratamiento hormonal de sustitución en la forma señalada en el cuadro adjunto.



Esta paciente que tenía sus reglas más o menos cada 26 días, hace después del tratamiento una amenorrea de 22 días lo que nos hizo esperar la anhelada fecundación ya que se habían suspendido los principales factores reductores de la fertilidad, pero he aquí que se presenta una nueva sangría y acude a nuestra consulta después de 17 horas de iniciada ésta. Verificada la biopsia del endometrio nos hallamos con la existencia de un endometrio transformado en «*decidua correspondiente a una gravidez reciente*».

HISTORIA CLINICA Nros. 4—5—6

Hemos hecho además el estudio diagnóstico en varias otras pacientes y para no prolongarnos demasiado en el actual trabajo presentaremos una síntesis de cada caso, refiriéndonos sólo a los datos de verdadero interés en relación con el problema de la esterilidad.

CASO N° 4

Se refiere a una paciente de 35 años de edad, que conserva el ritmo y la cantidad normales en las menstruaciones, que tuvo 2 partos anteriores a término, pero que hace 5 años no concibe a pesar de su deseo vehemente de tener otra fecundación. En ningún tiempo hubo uso de preventivos de ninguna clase.

Se trata en este caso de una *esterilidad secundaria*.

En los diversos exámenes efectuados encontramos un metabolismo basal de +27 y en el examen ginecológico la existencia de flujo vaginal y cervicitis.

Tenemos pues 2 factores reductores de la fertilidad: el hipertiroidismo y la cervicitis.

La cervicitis en la cual hay siempre una endocervicitis crea un estado de hostilidad cervical para el espermatozoide, ya por cambios en la viscosidad de la secreción endocervical—situación que puede impedir la entrada de los espermatozoides—o porque la infección del endocervix hace variar el pH de la secreción endocervical creando la hostilidad química para el espermatozoide.

A esta paciente se le indicó el tratamiento con Thiouracil para controlar el metabolismo basal aumentado, y se le practicó una electrocoagulación del ectocérvix infectado y del canal cervical.

CASO N° 5

En relación con la hostilidad cervical que puede por sí sola ser causa de esterilidad relativa, nos permitimos hacer referencia de otro caso: señora casada hace 3 años, estéril, se constató como única causa de esterilidad una cervicitis, se efectuó el tratamiento con electrocoagulación. La cervicitis desapareció, a los 3 meses de efectuada la electrocoagulación, concibió, tuvo una gestación normal y dió a luz una niña a término, hace pocos meses.

CASO N° 6

Paciente M. Z. de 26 años de edad. Casada hace 8 años - estéril.

De todos los exámenes realizados sacamos como conclusión que se trata de una esterilidad absoluta por obstrucción tubaría bilateral. La obstrucción tubaría se constató por la histerosalpingografía, después de haber practicado repetidas insuflaciones de las trompas con resultados negativos.

Después de hacer la histerosalpingografía repetimos las insuflaciones sin obtener ninguna variación, las pruebas de Rubín fueron siempre negativas.

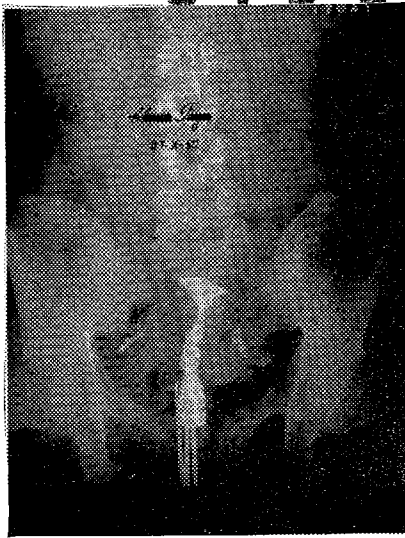
En la anamnesis de esta paciente hay un dato revelador, padeció de flujo vaginal que fue tratado y tuvo después varias recidivas de la infección.

En nuestra investigación no pudimos descubrir gonococo, por razones obvias; pero es más que probable que la infección anterior fue de etiología gonocócica y sabemos que la salpingitis gonocócica es en primer término una endosalpingitis, —después pueden infectarse las capas externas— y que, sobre todo, los ataques repetidos de la infección son los que dan como resultado la obstrucción total y bilateral de los oviductos, como comprobamos en el presente caso.

BIBLIOGRAFIA

- E. C. HAMBLÉN.—Endocrinología de la mujer. 1950.
- P. TOMPKINS.—J. A. M. A. 124: 668, 1944.
- M. E. DAVIS.—J. A. M. A. 130: 929, 1946.
- J. C. RUBIN.—Am. Jour. Obst. and Gynec. 50: 621, 1945.
- R. KURZROK.—Endocrines in Obstetric and Gynecology, Baltimore, Williams and Wilkins Co. 1937.
- CALATRONI, RUIZ, DI PAOLA.—Endocrinología sexual femenina. 1947.
- R. R. FINKLER.—Am. J. Obst. & Gynec., 1944, 48, 261.
- INÉS L. C. DE ALLENDE Y OSCAR ORÍAS.—La Citología vaginal humana en condiciones normales y patológicas. 1947.
- EMIL NOVAK.—Ginecología e Endocrinología femenina. 1944.
-

BIBLIOTECA



Caso N° 1.—
Permeabilidad Tubaria



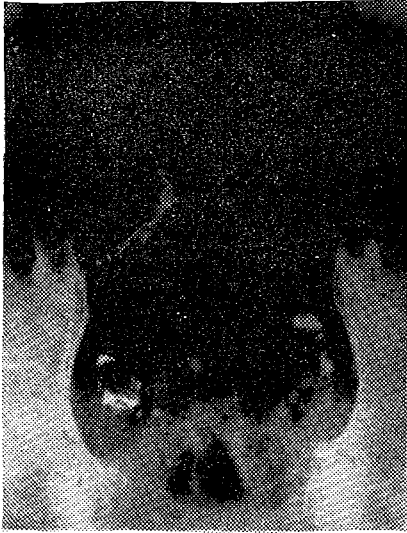
Caso N° 2.—
Obstrucción tubaria derecha.
Trompa izquierda permeable.



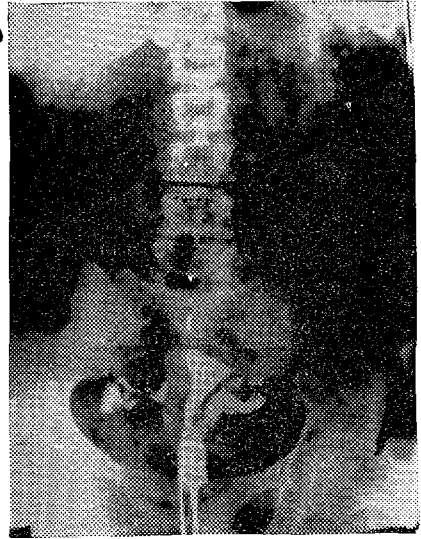
N° 2 A.—
Vista lateral de la radiografía
anterior.



Caso N° 3.—
Obstrucción tubaria del lado de-
recho y salpingitis izquierda



Nº 3 A.—
Radiografía de control de la radiografía anterior. Se hizo a las 24 horas. Se constató la presencia de aceite yodado en la cavidad peritoneal, lo que nos indica permeabilidad tubaria.



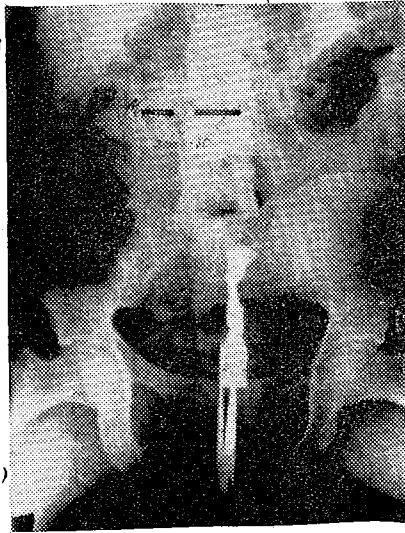
Caso Nº 4.—
Permeabilidad tubaria bilateral.



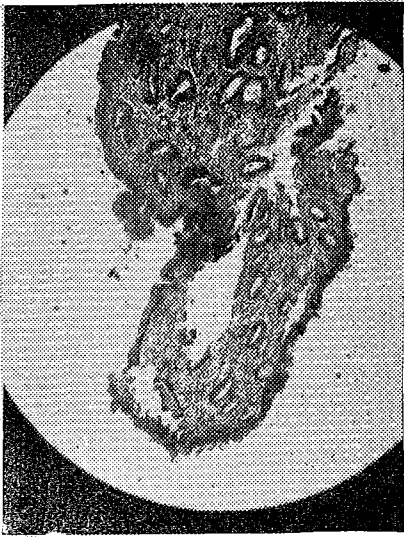
Nº 5.—
Esterilidad relativa.— Obstrucción tubaria bilateral, que fue eliminada por insuflaciones repetidas de CO²



Nº 5 A.—
Vista lateral de la radiografía anterior



**Caso N° 6.—
Esterilidad absoluta.— Obstruc-
ción tubaria bilateral.**



Caso N° 1.—
Biopsia endometrial.
35° día del ciclo.
Endometrio proliferativo.



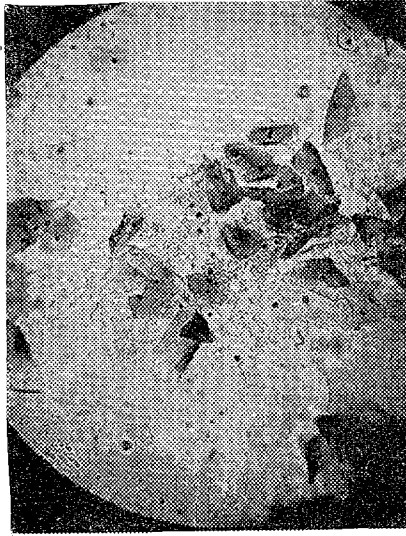
Caso N° 2.—I. E. Shorr. 8° día del
ciclo.
Extendido normal



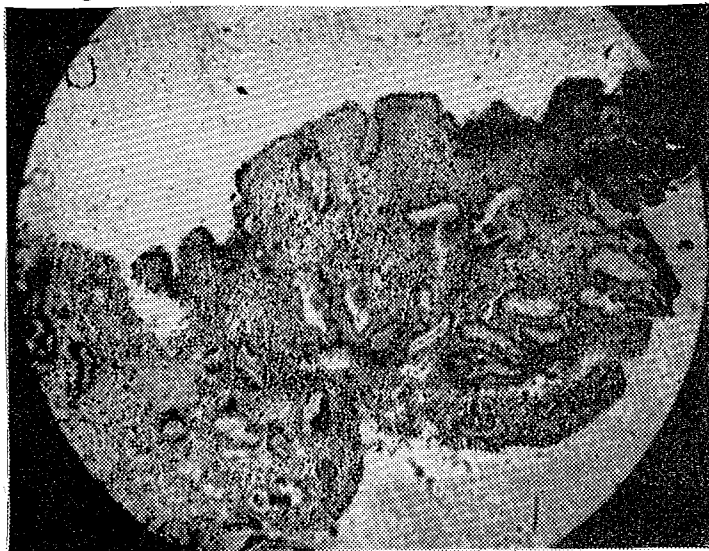
N° 3.—I. E. Endometrio. 16° día del
ciclo
Proliferación escasa no hay signo de
iniciación de la fase secretoria.



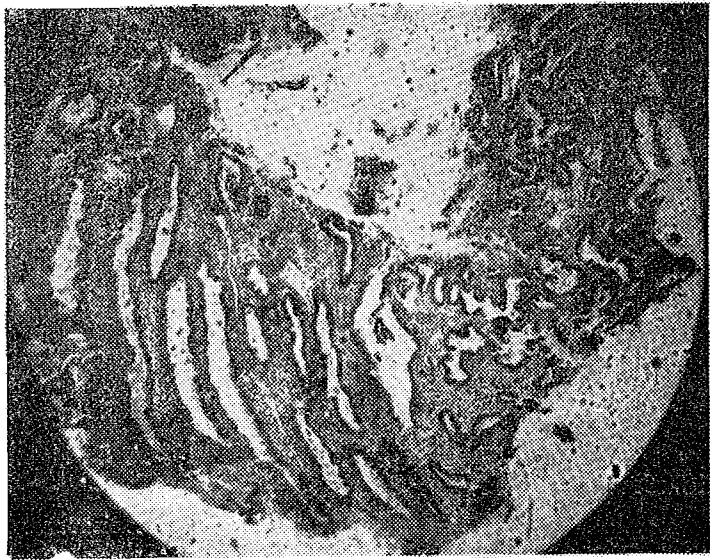
N° 4.—I. E. Endometrio. 16° día del
ciclo



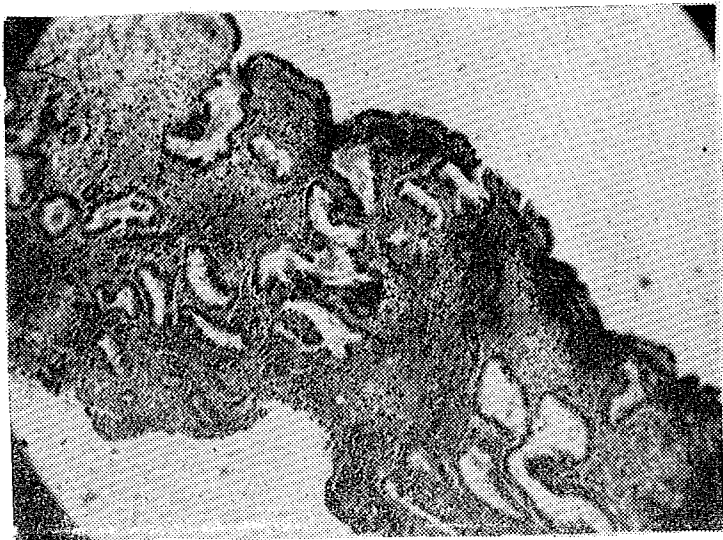
**Nº 5.—J. I. Shorr. 20º día del ciclo
Extendido normal**



**Nº 6.—Biopsia endometrial.—25º día del ciclo.—Endo-
metrio progestacional**



**Nº 7.—J. I. Endometrio.—25º día del ciclo.
Fase progestacional**



**Nº 8.—J. I. Endometrio.—25º día del ciclo.
Fase progestacional**