

EL FACTOR MASCULINO EN CIEN MATRIMONIOS ESTERILES PERUANOS

DR. JORGE ASCENZO CABELLO

Secretario Nacional para el Perú de la Asociación Internacional de Fertilidad.

EN el presente trabajo hemos deseado, a pesar de nuestra corta estadística personal, dar una idea de la importancia del Factor Masculino como causante de la Esterilidad Matrimonial en nuestro medio y de los resultados en su tratamiento a base de gonadotropinas séricas.

MATERIAL

De los cien matrimonios en consulta, nos ha sido posible practicar, personalmente, durante el trinomio 1950-52, 102 espermato-diagnósticos en 62 pacientes .

METODO

Con el objeto de unificar conceptos y con la pretensión de aumentar la bibliografía mundial al respecto, aunque sea discretamente, nos hemos basado en las conclusiones a que llegan en "Evaluation of semen" "The Research Correlating Committee of the American Society for the Study of Sterility". Con este criterio consideramos normal al esperma que obtenido con más de 96 horas de abstención sexual, recogido por coito interrumpido o masturbación en un petri-estéril (jamás hemos permitido el empleo del preservativo), examinado antes de las dos horas y chequeado dos o tres veces, tenga un tiempo de liquefacción entre diez y treinta minutos, un volumen mayor de 1.5 c.c., 40 ó más millones de espermatozoides por c.c., movimientos útiles en más del 60% (siempre consideramos los tres tipos de motilidad espermática y el porcentaje de cada una de ellas que controlamos nuevamente a las 6 y 24 horas), y con 20% ó menos de espermatozoides anormales.

Muy lejos de pensar que hemos resuelto el problema de la valoración en porcentaje del esperma, en lo que se refiere a su poder o capacidad de fecundación, pero tratando de unificar nuestras apreciaciones, procedemos así :

Cuando encontramos por debajo de 1.5 c.c. al volumen, la liquefacción sobre 30 minutos, 30 a 40 millones por c.c., 50 a 60% con movimientos hábiles, 20 al 30% de formas anormales, piospermia o cristalospermia, rebajamos el Poder Fecundante en un 10% por cada una de las alteraciones antes citadas.

Si constatamos de 20 a 30 millones de elementos por c.c., o 30 a 50% de movimientos útiles, ó 30 a 40% de formas anormales, restamos un 20% a la capacidad fecundante espermática.

Si obtenemos 10 ó 20 millones por c.c. en la numeración, ó 10 a 30% con movimientos traslativos, o más del 40% de formas anormales, disminuimos el 30% al P. F. por cada eventualidad.

Si el número es menor a 10 millones por c.c., o hallamos menos del 10% con movilidad normal, rebajamos el 40%.

En la necrozoospermia restamos el 50% y en la azoospermia el 100% (cero de Poder Fecundante).

En cambio, cuando el número es superior a 100 millones por c.c. o los movimientos útiles están sobre el 80%, le agregamos el 10%.

RESULTADOS

De los 102 espermato diagnósticos, hemos conseguido la muestra por coito interrumpido en 74 (72.54%) y por masturbación en 28 (27.46%).

Encontramos liquefacción retardada en 16 casos (15.68%), oligospermia 8 (7.84%) y piospermia en 11 (10.78%).

Considerando sólo el primer espermato diagnóstico realizado al marido en consulta, para poder apreciar la importancia del Factor Masculino en nuestro medio, únicamente el 28.57% tenían una normalidad absoluta con 100% o más de Poder Fecundante.

El 38.20% de espermatozoides tuvo un P. F. que osciló entre el 51 y 99%; casi la mitad de estos (19.35%) poseían un P. F. que fluctuaba entre 81 y 99%, pensamos que estos últimos, podrían lograr la fecundación del óvulo, sin tratamiento previo, siempre y cuando la esposa presentara un alto Índice de Fertilidad.

Con el criterio anterior, uniendo éstos a los espermatozoides con 100% de P. F., podemos concluir que el 47.92% de los espermatozoides de los matrimonios que consultan por esterilidad matrimonial en Lima —según nuestra corta estadística— tienen la posibilidad de engendrar un huevo si la esposa tiene un alto Índice de Fertilidad.

En la otra mitad, (18.85%) con un P. F. del 51 al 80%, tenemos mucha duda de que sin tratamiento previo se pudiera lograr gestación.

En el resto de espermatozoides (33.33%), hallamos un P. F. que oscila entre 0 y 50%, con 5 azoospermias que constituyen el 7.9% del total de espermato diagnósticos, (0% de P. F.), en 7 encontramos al P. F. por debajo de 21%, y en 9 fluctuó entre 21 y 50%. En todos los cuales la fecundación espontánea —teóricamente— es imposible. Según Page y Houlding, sin embargo, existe un chance de 2.3% de gestaciones para los espermatozoides que tienen entre 10 y 20 millones de espermatozoides por c.c.

El estudio en conjunto de los espermato diagnósticos es pues elocuente, al referirnos la alta incidencia del Factor Masculino como causal de la esterilidad conyugal en nuestro medio.

TRATAMIENTO

En 25 casos nos ha sido posible realizar tratamiento en sujetos con diversos grados de alteración espermática, dicho tratamiento lo hemos realizado a base de gonadotropinas séricas, por vía intramuscular, a una dosis promedio de 20.000 U. I. por sujeto; la dosis máxima, por persona, ha sido de 64.800 U. I.

y la mínima de 5.000 U. I. —creemos que dosis menores no dan resultado apreciable—.

En más del 90% de los casos las hemos administrado a razón de 400 U. I. diarias descansando un día cada tres o cuatro, no hemos dosado antigonaotropinas como aconseja el Profesor Dr. Trabuco de Buenos Aires, entre otros. En 10 casos las hemos administrado sin ningún otro tratamiento, en los otros 15 hemos agregado : Vitamina C 500 mgrs. (30 amp. de promedio) una diaria, endovenosa; Vitamina E 50 mgrs. (50 compr. de promedio) una diario; Vitamina A 100.000 U. I. (45 amp. de promedio) una diaria, oralmente. En la Hist. N° 67 agregamos 6.500 U. I. de gonadotropinas coriónicas.

Observamos que con el tratamiento a base de gonadotropinas séricas, el aumento del número de espermatozoides es más constante que la mejoría de la motilidad, la cual en algunas ocasiones desmejora al principio.

La bondad del tratamiento la hemos constatado a los dos meses de iniciado éste, no antes, y en algunos casos hemos requerido 8 ó más meses para poder constatar la mejoría definitiva : Historia N° 13, 54, 57 y 73 del cuadro.

CUADRO DE 19 CASOS TRATADOS Y CONTROLADOS

N° Registro	P. F. inicial	Tratamiento	Tiempo entre controles	P. F. final	Gestación
Hist. N° 1:	2%	15.000 U. I. g.s.; más 30 comp. Vit. E 50 mgrs. más 30 amp. Vit. C 500 mgrs.	2 meses	2%	No
„ „ 7:	70%	15.000 U. I. g.s.	2 „	110%	Sí
„ „ 9:	30%	15.000 U. I. g.s.; más 60 c. Vit. E. y 30 a. Vit. C.	4 „	70%	No
„ „ 13:	30%	15.000 U. I. g.s.	2 „	50%	
		50 c. Vit. E. y 60 a. Vit. C.	2 „	60%	
		15.000 U. I. g.s. y 10 a. Vit. A.	4 „	80%	Sí
„ „ 15:	0%	15.000 U. I. g.s.	5 „	30%	
		90 compr. Vit. E. 50 mgrs.	2 „	10%	
		15.000 U. I. g.s.	2 „	5%	
		5.000 U. I. g.s.	2 „	20%	
		60 amp. Vit. A. 100.000 U. I.	6 „	5%	No
„ „ 18:	5%	15.000 U. I. g.s.	4 „	10%	
		90 compr. Vit. E. 50 mgrs.	2 „	15%	
		5.000 U. I. g.s.	4 „	20%	No
„ „ 23:	60%	15.000 U. I. g.s.	4 „	70%	No
„ „ 28:	60%	10.000 U. I. g.s.; 30 a. V. C.	14 „	80%	No
„ „ 51:	0%	16.000 U. I. g.s.	12 „	0%	No
„ „ 54:	60%	10.000 U. I. g.s.; 30 a. V. C.	11 „	110%	Sí
„ „ 57:	95%	15.000 U. I. g.s.	9 „	110%	Sí
„ „ 68:	20%	15.000 U. I. g.s.	4 „	10%	No
„ „ 73:	50%	15.000 U. I. g.s.	4 „	60%	
		15.000 U. I. g.s.	4 „	90%	No

Nº Registro	P. F. inicial	Tratamiento	Tiempo entre controles	P. F. final	Gestación
" "	77: 70%	600 U.I. g.s.; más 6.500 U.I. g. coriónicas	2 "	60%	
		10.000 U.I. g.s.; 15 a. V. A.	4 "	100%	No
" "	81: 60%	15.000 U.I. g.s.; 15 a. V. A.	6 "	80%	Sí
" "	86: 20%	14.800 U.I. g.s.; más 30 compr. Vit. E. más 30 amp. Vit. A.			
		100.000 U.I.	2 "	20%	
		50.000 U.I. g.s.	2 "	15%	
		45 compr. Vit. C. 500 mgrs.	2 "	0%	
		Biopsia testículo; descanso	2 "	10%	No
" "	92: 28%	14.000 U.I. g.s.	2 "	50%	No

Constatamos también que empleadas las gonadropinas séricas, combinadas o nó a los otros medicamentos, sobre espermas con un 20% de P. F. (Oligozoospermia marcada y Astenozoospermia también marcada, añadidas a Liquefacción retardada o Teratozoospermia) o menos aún, han fracasado sonadamente, por mayores dosis que se hayan empleado, máximo hemos logrado una mejoría discreta y transitoria mientras dura el tratamiento, llegando a veces al final a mayor pobreza espermática que al iniciar el tratamiento, Hist. Nº 1, 15, 18, 51, 68 y 86 del cuadro.

En cambio la mejoría se hace ostensible en el 100% de los casos cuando partimos de un espermatozoo con más del 20% de P. F.

Hemos obtenido una Capacidad de Fecundación Espermática, con el tratamiento, en 8 casos, de los 19 controlados (42.10%), Hist. Nº: 7, 13, 28, 54, 57, 73, 77 y 81.

Es interesante consignar que en todos estos casos partimos de un espermatozoo con un 50% o más de P. F.

En 5 de estos 8 casos obtuvimos gestación (62.50%), Hist. Nº: 7, 13, 54, 57 y 81 del cuadro.

CONCLUSIONES

1.—Nuestra corta estadística, 102 espermatozoos en 62 sujetos, sólo nos permite una orientación en relación a la importancia del Factor Masculino en Lima.

2.—Escogiendo el paciente, el 72.54% prefirió obtener la muestra por coito interrumpido y el 27.46% por masturbación.

3.—Encontramos liquefacción retardada en el 15.68%, franca oligospermia en el 7.84% y piospermia en el 10.78%.

4.—El 47.92% de los espermas tienen capacidad de fecundación, pero sólo el 28.57% son absolutamente normales (100% de P. F.).

5.—El 33.33% posee un P. F. que va de 0 a 50%.

6.—En el tratamiento a base de gonadotropinas séricas, combinadas o nó a fuertes dosis de Vitaminas A, C, y E, se constató :

a) El aumento del número de espermatozoides era más constante que la mejoría de la motilidad.

b) El tratamiento no actuó sobre espermias con un 20% o menos de P. F.

c) En más de la tercera parte de los casos controlados se logró obtener Capacidad de Fecundación Espermática por aumento del P. F.; en todos ellos se partió de espermias con 50% o más de P. F.

d) Se produjo la gestación en el 62.50% de los casos cuyos espermias lograron alcanzar la Capacidad de Fecundación Espermática.

SUMMARY

In the first 100 private cases, between 1950-1952, we performed 102 spermatodiagnosis in 62 patients.

Results: 72.5% of the specimen were obtained by coitus interruptus and 27.4% by masturbation. We found:

Low liquefaction in 15.6%.

Complete oligospermia in 7.8%.

Pyospermia in 10.7%.

On the other hand only 28% had 100% or more of fecundant power.

The 38.2% between 51 to 99% of fecundant power.

The remaining 33.3%, which is a considerable percentage, had a fecundant power between 0% to 50% with 5 cases of azoospermia (7.9%).

Treatment: We treated 25 cases with intramuscular serum gonadotropin with an average of 20,000 I. U. each one and rate of 400 U. I. daily with one day rest every 3 or 4 days.

In 15 patients we added strong doses of vitamins A and C or E.

As far as the spermatozoa is concerned the increase in number was remarkable but not the motility.

The treatment was not successful on sperms with 20% or less of fecundant power.

In the third of the cases in which the fecundant power was initially 50% or more, the treatment gave great deal of capacity of spermatic fecundation.

In more than 60% of the cases the pregnancy appeared in this last group.

REFERENCIAS

- ASCENZO CABELLO JORGE.—“Algunos Adelantos en el Problema del Matrimonio Estéril”—Rev. de la San. de Gob. y Polic. XIV:81, 1954.
- CHARNY Ch. W.—“Use of Equine Gonatrophin in Male Infertility” L'emploi de la gonadotrophine sérique dans la stérilité de l'homme) Amer. J. Med. Sci. 207, 519. 1944.
- CHARNY Ch. W.—“Endocrine treatment of Male Sterility” Clinics. 5, 920-934. December 1946.
- CREZE J.—“Estudio del rol de la gonadotrofina luteoestimulante sobre la migración de los espermatozoides”—Rev. Fr. Gyn. Obst., 1952, 47: 355.

- DEL CASTILLO E. B., TRABUCCO A. and DE LA BALZE F. A.—*J. Clin. Endocrinol.* 7:493-502, 1947.
- GLASS S. J., RUSSELL M.—“Estimulación de la espermatogénesis por régimen nutritivo hepático con testosterona o sin ella”—*Fert. and Steril.*, 1952, 3:167.
- GRAY L. A.—“Clinical Evaluation of Equine Gonatrophin”—*Amer. J. Obstetr.* 43, 3:387, 1942.
- GRAY L. A.—“Endocrine Treatment of Male Sterility”—*J.A.M.A.* 134, 4:394, 1947.
- HORNE H. W. r., and MADDOCK CHARLOTTE L.—“Vitamin A Therapy in Oligospermia”—*Fertil. and Steril.* 3: 245-250, 1952.
- HOTCHKISS ROBERT S.—“Appraisal of Therapy for Intertile Men”—*Fertil. and Steril.* 2: 152-161, 1951.
- JEFFCOATE T. N. A.—“Male Intertility”—*Brit. Med. J.* 11, 4466:185, 1946.
- JEFFCOATE T. N. A.—“Infertility” *Brit. Med. J.* 11, 4724:167-171, 1951.
- PALMER R.—“La stérilité involontaire”—Masson, Paris, 1950.
- PALMER R.—“Preliminary Note upon the Employment of Large and Small Doses of Gonadotrophins in Sterility”—*Bull. Assoc. de gynéc. et obst. de langue française* 2: 229, 1951.
- TRABUCCO A., LURASCHI J. C. y OTAMENDI B.—“Presencia de Antigonadotrofinas en oligozoospermicos”—*Obst. Gin. Lat.-Amer.*, 1954, 10:514.
- TSCHUMI RENE.—“The Therapy of Male Intertility”—*Swiss Association for Obstetrics and Gynaecology. Annual Meeting of June 21st/22 nd.*, 1952.
- WEISMAN A. I.—“Spermatozoa and Sterility”—Paul B. Hoeber, Inc. New York. 1941.