

VALOR DEL ESPERMOGRAMA EN LA ESTERILIDAD MASCULINA

Por el doctor Gilberto Angel

El factor masculino como causa en la esterilidad matrimonial, fue considerado durante mucho tiempo como etiología empírica, inculpándosele siempre a la mujer la ausencia de descendientes, siendo que élla sólo participa en la mitad del proceso, hasta que numerosas estadísticas recopiladas principalmente en los Estados Unidos, vinieron a demostrar que si en realidad los trastornos femeninos son más frecuentes, la infertilidad en el hombre es más común de lo que se supone; y así Heckel publica en el año de 1944 en el *Journal Clin. Endocrinol.*, su numerosa estadística sobre la infertilidad masculina, llegando a la conclusión que los éxitos obtenidos por él, dependen únicamente del estudio minucioso de ambos cónyuges, participantes por iguales partes en el proceso procreativo, pues el 35 por 100 de los trastornos reproductivos radicaban exclusivamente en el hombre. Según Hochkiss, no es posible llegar a descartar el factor masculino en la investigación de fertilidad, sin el examen minucioso y completo del esperma, que para realizarlo convenientemente y sacar de él conclusiones acertadas, es preciso observar los siguientes detalles.

Método de recolección.

Quizá el factor primordial para las posteriores manipulaciones del Laboratorio, es la forma como se obtiene el esperma. Los pacientes han sido partidarios de obtenerlo por intermedio de preservativos, coitus interruptus, etc., pero si tenemos en cuenta que el primer tercio de la eyaculación humana contiene el 75 por 100 del número total de espermatozoides y los 2/3 restantes muestran un tipo inferior

de movilidad, vemos que el sistema de coitus interruptus puede ser el responsable de falsas inculpaciones masculinas, aplicando lo mismo al preservativo que por las finas impregnaciones de sustancias espermaticidas que se agregan en su fabricación, nos dan una motilidad y movilidad diferentes, a las que realmente pueden existir. Y si agregamos a lo anterior la alcalinidad del esperma normalmente comprendida entre 7 y 8 tomada inmediatamente después de la eyaculación y la licuación completa verificada normalmente antes de los 10 minutos, vemos que el único método que permite realizar un estudio completo desde su iniciación, es obteniendo el material únicamente por masturbación y en el mismo sitio donde se va a realizar el examen, estribando la mayor dificultad, en la poca o nula colaboración del paciente, que sin razón, ve heridos sus sentimientos al interpretar que el examen del esperma, implica impotencia o deficiente desarrollo en su esfera genital.

Tiempo transcurrido entre la última eyaculación y el día del examen.

Algunos prefieren hacer la recolección del material en cualquier momento, otras dejar un intervalo de reposo entre 3 y 6 días etc. Los coitos repetidos con intervalo de 24 horas, producen bajo volumen, pobre motilidad y un 20 por 100 de elementos inmaduros, por lo que es más prudencial como dice Weisman en su artículo "Spermatozoa and Sterility" esperar el tiempo acostumbrado por los cónyuges como intervalo de sus relaciones o mejor aún dejar un intervalo de 8 días.

Cantidad por Cm3.

Se considera como recuento normal una cifra comprendida entre 60 y 200 millones por cm³, estando notablemente disminuida en los casos de hipoplasia germinativa consecuente a trastornos endocrinos, alteraciones nutritivas, vitamínicas, administración de metales, factores físicos (Rayos X) eléctricos (soleadores con rayos infrarojos) drogas tóxicas, alteraciones circulatorias generalmente debidas a varicoceles, herniorrafias, dolencias crónicas degenerativas, diabetes, nefritis, nefrosis, altas dosis de testosterona, foliculina, etc.

Licuación.

La licuación completa en forma uniforme y dejando por resultado un líquido ligeramente viscoso de color blanco grisáceo, se realiza

normalmente entre los 7 y 10 minutos, encontrándose retardada en la alteración de las glándulas anexas genitales, producidas especialmente por estados inflamatorios antiguos, como prostatitis, orquitis debidas al *Diplococo de Neisser* o a la fiebre urliana, etc.

Examen de la motilidad al licuarse.

La motilidad observada en el momento de la licuación, ha sido clasificada por Hotchkiss en los siguientes grupos:

GRADO IV: Motilidad "excelente" y agresiva, en el 80 a 95 por 100 de los elementos.

GRADO III: Motilidad "buena" con elementos entre el 60 y 80 por 100 de movimientos progresivos, desechando los que presentan movimientos de aleteo.

GRADO II: Motilidad "pobre" comprendiendo los elementos de movimiento progresivo entre el 20 y 60 por 100.

GRADO I: De poca actividad con elementos móviles del 5 al 20 por 100.

GRADO O: Sin motilidad progresiva apreciándose únicamente movimientos de aleteo.

Fórmula espermática.

El estudio morfológico del espermatozoide en las extensiones coloreadas, es uno de los datos más importantes en el estudio espermático, pues cuántas veces apreciamos recuentos aceptables, motilidad excelente, vitalidad bien conservada, etc., y el recuento diferencial deficiente, con su mayoría o gran proporción de ellos, constituida por espermatozoides teratológicos, microcéfalos, inmaduros, anomalías citoplasmáticas, etc., células germinativas poco aptas para desempeñar su papel fecundante.

Los estudios realizados en Buenos Aires por el Profesor Domingo Coiillas, le han permitido hacer la siguiente clasificación morfológica:

Normales	75.95%
Anomalías de cabeza	1 a 2%
Anomalías de cola	1%
Anomalías de cabeza y segmento	1%
Gigantes	✓

Hipoplálicos	1 a 2%
Macrocéfalos	0.4%
Microcéfalos	0.4%
Bicefálicos	0.2-0.4%
Bicáudados	0.2-0.4%
Segmento hipertrófico sin cola	0.2-0.4%
Expulsión citoplasmática	
Inmaduros	0.2-2%
Cabezas libres	
Anomalía total	

Interpretación.

Se acepta que cuando el porcentaje de elementos normales, desciende de un 75% las posibilidades fecundantes del paciente se disminuyen en proporción directa al número de elementos observados.

El paciente es infecundo, cuando el número de espermatozoides es inferior a 20.000.000 por cm³.

Algunos autores opinan que la presencia de abundantes microcéfalos, dotados de gran movilidad, es dato sospechoso de infección luética.

Gran porcentaje de elementos inmaduros, son debidos a alteraciones testiculares en la progenie germinativa o a coitos verificados muy frecuentemente.

Macrocéfalos, gigantes y espermatozoides teratológicos tienen como causa principal, alteraciones en el epitelio germinativo.

BIBLIOGRAFIA

- "Fertility in Men": Hotchkiss, Philadelphia. 1944.
 Weisman: "Spermatozoa and Sterility". New York. 1941.
 Heckel: "Journal Clin. Endocrinol". Nº 4. 1944.
 Stabile: "Esterilidad Matrimonial". Montevideo. 1947.
 Breteche: "Analyse de 100 succes dans le traitement de la sterilité conjugale". La presse Medical. 1936. Nº 39. pag. 551.
 Colillas D. "Esterilidad". Su concepto actual y tratamiento. Bs. As. 1937.
 Lane-Sharman-Wiesner. "Sterility and Impaired Fertility. Hamilton". Medical Books. 1939. London.
 Seymour-Koerner. "Artificial insemination." Jour of the Amer. Ass. Vol. 116-25. 1941.