



Aunque en el uso cotidiano ambos términos se usan indistintamente conviene matizar su significado. Infertilidad es la incapacidad de las parejas de conseguir una gestación mientras que esterilidad es la imposibilidad de concebir. Actualmente el término de infertilidad se usa para las pacientes con abortos de repetición. Se estima que la esterilidad afecta al 10-15% de la población occidental.

Se supone que un 85% de la población fértil logrará la gestación en los primeros 12 meses, de ahí el consejo de que, si tras un año de relaciones sexuales, sin protección, no se consigue el embarazo, deben de acudir a un Centro en el que expertos en reproducción humana, bajo la dirección de un responsable, que unifique criterios, estudien el caso. Otras circunstancias individuales, pueden hacer que este período lo tengamos que acortar (mayores de 35 años, ciclos irregulares, cirugía pélvica, endometriosis, varones con riesgo de subfertilidad,...)

#### ESTUDIO DE LA ESTERILIDAD

La esterilidad puede ser de causa femenina, masculina o mixta cuando afecta a los dos miembros de la pareja. No siempre hay una causa de esterilidad, encontrándose dos o más factores en casi un 30% de los casos. Debe de investigarse simultáneamente a los dos miembros de la pareja y no es infrecuente descubrir otras patologías de las que la esterilidad es sólo una de sus manifestaciones clínicas.

Una cosa tan sencilla para unas parejas, no lo es tanto para otras de ahí la importancia de consultarse en el sitio adecuado para poder salir adelante y tener hijos sanos.

En el estudio de la esterilidad hay tres factores importantes:

1.- Factor ovárico: Valoramos la integridad anatómica del ovario, la existencia de ovulación y la reserva ovárica. Aproximadamente, los desórdenes ovulatorios supondrán hasta un 15-25% de las causas de esterilidad.

La ecografía, las determinaciones hormonales y las pruebas funcionales nos aportan el diagnóstico en el estudio de este factor.

2.- Factor tuboperitoneal: Confirmamos la permeabilidad tubárica. Para ello la prueba básica y de primera elección es la Histerosalpingo-

grafía (HSG) que consiste en la visualización fluoroscópica y radiográfica de la cavidad uterina, las trompas y el espacio peritubovárico, tras la inyección de un medio de contraste. En nuestro Centro realizamos esta prueba y nuestra experiencia nos permite una valoración más funcional (dificultad de entrada de contraste, presiones elevadas y otras, ya que el simple hecho de que salga contraste no es sinónimo de buen estado de las trompas). No limitarse a una interpretación estática de las placas.

Además existen otras pruebas complementarias con unas indicaciones específicas como la Histerosonosalpingografía (HSSG) y Laparoscopia con Cromoperturbación e Histeroscopia.

Esta causa supone el 30% de la esterilidad.

3.- Factor masculino: Se trata de confirmar la presencia de una proporción suficiente de espermatozoides morfológica y funcionalmente normales. La prueba básica es la realización de un seminograma. Se estudia el número, la morfología, movilidad y supervivencia de los espermatozoides. Se puede complementar el estudio con pruebas hormonales, ecográficas y genéticas, y biopsia testicular.

Aproximadamente un 33% de los problemas de esterilidad son de causa masculina y otro 20% podría coexistir con otras patologías.

Asimismo, aparte del estudio de estos tres parámetros diagnósticos en la primera visita realizamos siempre:

•Anamnesis, exploración general, exploración ginecológica con estudio ecográfico transvaginal en 2D-3D, citología, mamografía, analítica general y serologías.

#### TRATAMIENTOS EN REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA (TRAS):

Una vez completado el estudio de la pareja, existen varias conductas a seguir, según el diagnóstico:

1.- **Coito programado:** Es el primer escalón terapéutico, se concentran las relaciones sexuales en los días más fértiles. La tasa de gestación es baja, no superando el 15% y se indica en parejas jóvenes, de poco tiempo de esterilidad y las pruebas funcionales no aportan el diagnóstico en ausencia de otras causas. Se puede hacer en un ciclo natural sin medicación o mediante estimulación ovárica.

2.- **Inseminación Artificial:** Introducción de

# Esterilidad/Infertilidad

espermatozoides en el útero de la mujer en su período ovulatorio, usando semen de su pareja (IAC) o semen de donante (IAD). El número de ciclos a realizar puede variar. Nuestro consejo es que si tras 3-4 intentos no se consigue gestación, se debería considerar el paso a FIV-TE.

3.- **Fecundación In Vitro (FIV-ICSI-TE):** Fecundación del ovocito por microinyección o FIV convencional y posterior cultivo in vitro para después introducir los embriones obtenidos en la cavidad uterina. Hay unas indicaciones muy concretas que aconsejan su realización tras una valoración personalizada del caso.

Los principales factores pronósticos son la edad materna, la reserva ovárica, la capacidad reproductiva previa y la calidad embrionaria.

Empleamos ciclos estimulados según distintos protocolos acordados con cada caso en particular ya que la valoración personalizada es una de las claves del éxito del tratamiento. Posteriormente la recuperación ovocitaria se realiza mediante punción ovárica ecoguiada bajo sedación y realizamos la transferencia de los embriones a la cavidad uterina entre 2 y 5 días después, en función de la respuesta, calidad embrionaria, antecedentes de ciclos previos.

4.- **Ciclo de donación de Ovocitos (OVODÓN) y ciclo de donación de ovocitos (EMBRIODÓN):** Los óvulos de una donante son utilizados para generar embriones y dar lugar a una gestación en la mujer receptora. Los ovocitos son fecundados con el semen de la pareja en el Ovodon y con semen de banco de donante compatible en el Embriodón.

5.- **Vitrificación de ovocitos:** Es una técnica de criopreservación para respetar la fertilidad en casos de mujeres que deban retrasar la maternidad (cáncer, etc...) o en tratamientos de reproducción asistida donde se presentan problemas inesperados con el semen, bajas responderas, riesgo de sufrir hiperestimulación ovárica, endometrio inadecuado o cualquier otra causa que desaconseja la transferencia in fresco.

6.- **Criopreservación de tejido ovárico:** La congelación de corteza ovárica y posterior trasplante ortotópico con el objetivo de preservar la fertilidad puede permitir la consecución de embarazos en determinadas circunstancias.

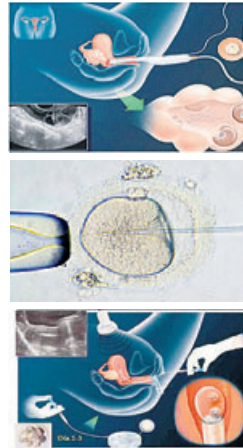
7.- **Estudio Genético Preimplantacional (DGP):** Es una técnica de laboratorio: se analizan genéticamente los embriones obtenidos en un ciclo de Fecundación In Vitro para detectar anomalías genéticas y cromosómicas antes de ser transferidos al útero.

Existen diferentes tipos de **diagnóstico genético preimplantacional:**

•**DGP de Aneuploidias, DGP de Translocaciones, DGP de Enfermedades Monogénicas y Enfermedades raras.**

Mi mensaje a las parejas estériles es que al ser esta una patología multicausal, es necesario que el Centro donde se consulte, sea capaz de realizar todas y cada una de las pruebas necesarias para un diagnóstico correcto, entendiendo que hay un porcentaje de esterilidad sineuasa o de causa desconocida que oscila entre el 1-2%, disminuyendo cada vez más al afinar más en el diagnóstico y tratamiento y disponer de tecnología más avanzada.

Nuestro trabajo clínico de diagnóstico y tratamiento se ven complementados con el magnífico Laboratorio de Biembriología de la Maternidad Belén, pionero de la FIV en Galicia, donde tuvo lugar la fertilización y el nacimiento del primer gallego por FIV.



## CONSULTORIO MÉDICO



Responde  
El Dr.  
Ramón  
Vilar

#### Pregunta:

Tengo 29 años y llevo ya como año y medio intentando quedarme embarazada. En las revisiones me dicen que está todo bien pero no sé por que no quedo.

#### Respuesta:

Una revisión ginecológica normal no abarca todos los aspectos necesarios para un estudio completo. Dada su edad y el hecho de llevar más de un año intentándolo, le aconsejo que inicien ambos los estudios de esterilidad para buscar la causa que impide el conseguir la gestación. El arte de estimular o hiperestimular, personalizando o individualizando su caso, es lo que les va a permitir, con un tipo u otro de ciclo, tener un hijo sano en su casa.

*El Dr. R. Vilar es experto en Reproducción Humana. Diplomado por los Hospitales de Suiza y Alemania. Director del Área de Reproducción en la Clínica Segrelles. Miembro de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad).*

HAGA SU CONSULTA:  
consulta.informacion.medica@gmail.com

PRÓXIMA SEMANA:  
Cáncer de testículo.