

O CASAL INFÉRTIL

Apesar da evolução dos últimos anos no diagnóstico e na terapêutica da infertilidade, a abordagem que os especialistas fazem de um casal infértil enferma de múltiplos erros e grandes omissões. A literatura sobre o assunto é cada vez mais vasta e as ideias são cada vez mais confusas.

Durante muito tempo a mulher foi considerada como a única responsável pela não existência de filhos num casal. Nos últimos anos tornou-se evidente a existência de um factor masculino de infertilidade, o que levou os investigadores a averiguarem qual a responsabilidade do homem e da mulher na infertilidade conjugal. A literatura tem referido números médios correspondentes a 1/3 de factor masculino, 1/3 de factor feminino e 1/3 em que ambos são incriminados. Estes números, ou semelhantes, basearam-se a maior parte das vezes em impressões clínicas, obtidas por avaliação separada de cada membro do casal, por diferentes especialidades, em vez de se basearem em estudos prospectivos de casais inférteis.¹

A infertilidade é um problema do casal e não de cada um dos seus membros isoladamente. Como o grupo de Steinberg tem demonstrado, o potencial de fertilidade de um determinado casal é expresso pela interacção entre os potenciais de fertilidade do homem e da mulher pertencentes ao casal, e cada um dos membros de um casal dito infértil pode ou não ser *infértil* quando junto com uma outra pessoa.

Por vezes o homem é rotulado de infértil e enviado a um especialista porque a prévia investigação da mulher a deu como normal. Porém a reavaliação destas mulheres, pode mostrar que pelo menos uma parte da responsabilidade na infertilidade conjugal lhes cabe. Assim Sherins² reexaminando as mulheres consideradas normais de 100 homens rotulados inférteis, conseguiu despistar pequenas alterações responsáveis pela infertilidade numa elevada percentagem de mulheres. Entre as mulheres dos homens com mais de 60 milhões de espermatozóides no ejaculado total, 50 % tinham pequenas anomalias ginecológicas e, quando tratadas, 30 % engravidaram.

Também o estudo das mulheres e dos homens com menos de 60 milhões de espermatozóides no ejaculado total, evidenciou 15 % de alterações e após terapêutica apropriada 6 % engravidaram (em alguns casos o número total de espermatozóides era inferior a 27 milhões). Este estudo põe ênfase na importância do diagnóstico de alterações ginecológicas muito pequenas não reconhecidas inicialmente (algumas que se podem desenvolver durante o estudo) e lança alguma luz sobre o conceito do número mínimo de espermatozóides num ejaculado normal.

Estudos envolvendo grande número de homens americanos considerados férteis mostraram que a média do número de espermatozóides por ml de esperma é de $78,6 \pm 63,3$ milhões, e que cerca de 11 % tinham um número inferior a 20 milhões enquanto que outros 11 % apresentavam menos de 10 milhões.³ Portanto, números baixos de espermatozóides (20 milhões/ml ou mesmo 10 milhões/ml) não são incompatíveis com a fertilidade.

Comparando os valores acima referidos para os homens de fertilidade comprovada, com números obtidos noutro estudo em grupos de homens inférteis,⁴ verifica-se que é maior a percentagem de homens de casais inférteis com menos de 20 milhões/ml (14 %) ou menos de 10 milhões/ml (28,5 %). Isto levanta o problema de qual a razão porque os números baixos de espermatozóides (20 ou 10 milhões/ml) são significativamente mais frequentes em indivíduos pertencentes a casais inférteis, quando comparados com a população considerada fértil. Pensa-se que este facto seja devido a uma selecção espontânea baseada no potencial fertilizante da mulher.⁵ Isto é, em casais em que a mulher tem um potencial fertilizante elevado e em que o

homem apresenta baixo número de espermatozóides normalmente as mulheres engravidam no tempo esperado e não procuram o especialista. São usualmente os casais constituídos por homens com potencial fertilizante baixo (números baixos de espermatozóides no ejaculado), e mulheres com potencial fertilizante baixo (alterações no aparelho reprodutor) que terminam no especialista.

Do acima exposto pode inferir-se: 1) que o homem e a mulher de um casal devem ser completamente investigados e em conjunto;⁶ 2) a dificuldade actual em se prever o número de espermatozóides abaixo do qual não é possível a fertilidade.⁴ No momento actual só se pode considerar como estéreis homens com azoospermia ou necrospermia total permanentes; 3) a fertilidade do casal resulta da conjugação dos potenciais de fertilidade do homem e da mulher o que implica ser sempre a infertilidade um problema a dois.

A. Galvão-Teles

Miguel Andrade

Núcleo de Endocrinologia

Serviço de Medicina 2

Hospital de Santa Maria

1600 Lisboa. Portugal.

BIBLIOGRAFIA

1. STEINBERGER, E.; RODRIGUEZ-RIGAU, L. J.: The infertile couple. *J. Androl* 1983; 4: 111-118.
2. SHERINS, R. J.: Clinical aspects of treatment of male infertility with gonadotropins: testicular response of some men given hCG with and without Pergonal. Proceedings of the Serrano Symposia on Male Fertility and Sterility. Volume 5 (Ed) Mancini, R. E. & Martini, L. pág. 545-565. 1974. New York: Academic Press.
3. ZUCKERMAN, Z.; RODRIGUEZ-RIGAU, L. J.; SMITH, K. D.; STEINBERGER, E.: Frequency distribution of sperm counts in fertile and infertile males. *Fertil Steril* 1977; 28: 1310.
4. DAVID, G.; JOUANNET, P.; MARTIN-BOYCE, A.; SPIRO, A.; SCHWARTZ, D.: Sperm counts in fertile and infertile men 1979; 31: 453-455.
5. RODRIGUEZ-RIGAU, L. J.; SHENOI, P. N.; SMITH, K. D.; STEINBERGER, E.: The relationship between the lengths of the follicular and luteal phases of the menstrual cycle and the fertility potential of the female. *Fertil Steril* 1983; 39: 856-857.
6. SILBER, S. J.; COHEN, R.: Simultaneous treatment of the wife in infertile couples with oligospermia. *Fertil Steril* 1983; 40: 505-511.