

## EL FACTOR CANALICULAR EN LA ESTERILIDAD MASCULINA

Dr. CESAR LA ROSA

El estudio de la esterilidad masculina puede ser, a nuestro entender, resumido a dos factores esenciales:

- 1) El factor gonadal (testículo).
- 2) El factor canalicular (vías espermáticas).

Todos los restantes factores: endocrinopatías, infecciones, trastornos neurológicos, etc., actúan repercutiendo sobre el testículo y/o sobre las vías espermáticas; nunca directamente por sí solos, resultando así accesorios de los dos factores enunciados (2), (3), (6).

Nos parece que se desestima algo el factor canalicular en el estudio de la esterilidad masculina, a diferencia de lo que sucede en el campo ginecológico, en que dicho factor tiene gran interés para los especialistas, siendo considerado de suma importancia en el despistaje de la infertilidad femenina (2), (3), (6).

Creemos que las alteraciones, definitivas o temporales, de las vías espermáticas se pueden traducir en alteraciones, definitivas o temporales, de la fertilidad masculina.

Este trabajo, justamente, tiene la intención de someter a la consideración de ustedes el estudio de cuatro casos clínicos en los cuales hemos podido observar una estrecha relación entre el estado de la vía espermática y la fertilidad masculina.

Nuestros casos son los siguientes:

*Caso 1.* — 29 años de edad. Acude al Hospital del Empleado por falta de descendencia, pese a tener 6 años de casado y con fisiología sexual aparentemente normal. Su esposa ha sido examinada por un ginecólogo, quien no encontró en ella anormalidad alguna. Le pidió al paciente un espermograma que arrojó azoospermia.

Al examen físico: Tipo atlético, con aparente buen estado general. Clínicamente normal en sus diferentes aparatos y sistemas. En los genitales externos no se percibían los conductos deferentes, siendo normales sus restantes caracteres. Al tacto rectal: Próstata de caracteres normales. Exámenes auxiliares de rayos X y de laboratorio normales, excepto el espermatograma que repite el hallazgo de azoospermia del examen particular.

Se practica exploración quirúrgica intraescrotal, constatando agenesia de los deferentes y formaciones foliculares en los epidídimos, los cuales son extirpados (5).

*Caso 2.* — 59 años de edad. Acude al Hospital del Empleado de Arequipa por síndrome de prostatismo originado en hiperplasia de próstata. Casado dos veces, nunca tuvo hijos. Su fisiología sexual, aparentemente normal, ha sido perturbada desde hace un año al intensificarse su prostatismo.

A los 20 años de edad tuvo epididimitis derecha, después de infección blenorragica.

Se le opera de prostatectomía. Para sorpresa nuestra, en el lado izquierdo no encontramos conducto deferente y sí formaciones foliculares que deformaban el epidídimo. Al lado derecho había epididimitis crónica, indurada y deferentitis arrosariada con obstrucción total de su luz.

*Caso 3.* — 40 años de edad, casado. Tiene dos hijos de 6 y 8 años de edad. Acude al Hospital del Empleado porque desde hace 6 meses tiene molestias en sus relaciones sexuales, con dolor durante la eyacuación, el cual se ha incrementado desde hace un mes, notando además hemospermia cada vez mayor.

Al examen clínico: Aparente buen estado general. Genitales externos de conformación normal. Al tacto rectar: Próstata grande, superficie irregular, móvil, muy dolorosa. Urograma: Levantamiento del piso vesical. Exámenes de laboratorio: Normales, excepto el espermograma, que señala necrospermia total y gran hemospermia.

Se le practicó vesiculografía seminal bilateral. (Ver Fig. N° 1 y Fig. N° 2.)

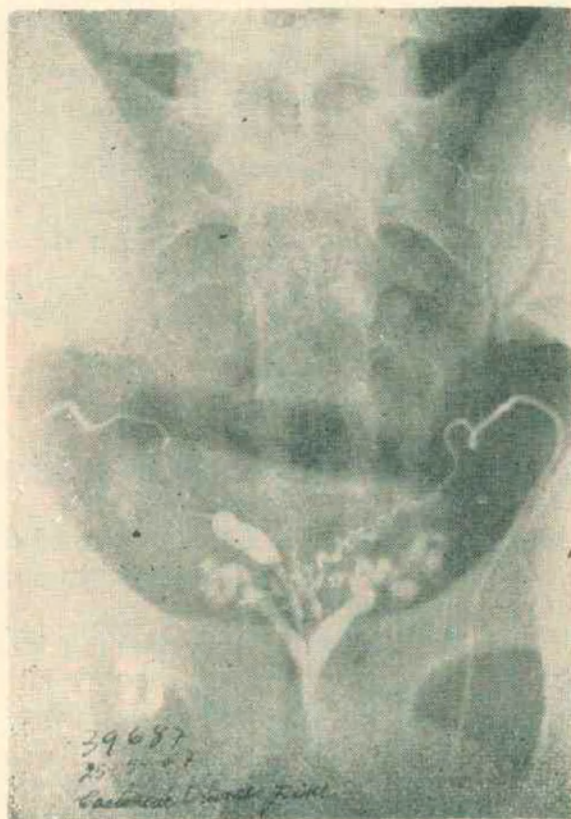


Fig. N° 1. Caso 3.

Vesiculografía seminal bilateral. Se aprecian formaciones saculares y diverticulares en ambos lados, sobre todo a la derecha.

Se le inició tratamiento médico intensivo y salió de alta hospitalaria un mes después.

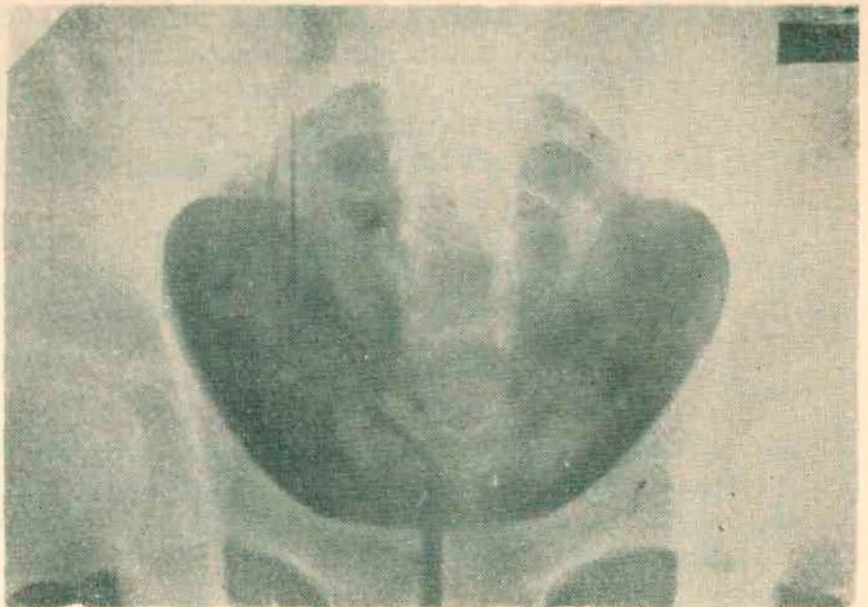
En su evolución hemos notado la rápida desaparición de su hemospermia; pero la necrospermia se redujo recién a los 5 meses de su tratamiento ambulatorio. Actualmente, un año después de su hospitalización, su espermograma puede ser catalogado de apto para la fecundación; pero, dista mucho de lo que cabe esperar en un varón de su edad.

**Caso 4.** — 20 años de edad. Acude a nuestro consultorio particular por espermatorrea y hemospermia, que viene observando desde hace una semana, todas las noches, con sueños lúbricos.

Se trata de un paciente cuya exacerbada libido lo ha llevado, desde los 17 años, a coitos repetidos, todos los días; e incluso a masturbaciones, tres o cuatro veces al día. Al examen: Pálido, adelgazado, con puntos costolumbares positivos, con genitales externos de conformación normal; pero, cuya próstata se percibe grande, irregular, aumentada de consis-

Fig. N° 2. Caso 3.

Radiografía simple de control, 48 horas después de la vesiculografía seminal y al día siguiente de una polución nocturna. Persisten las imágenes de ambas vesículas seminales, pese al tiempo transcurrido y a la polución. Evidente estasis seminal.



tencia y dolorosa. Se completa estudio, comprobando pielonefritis a *B. Coli* y hemospermia con necrospermia total.

La eritrosedimentación, muy acelerada, y el estado general del paciente nos hicieron sospechar en grave afección de sus vesículas seminales y le practicamos vesiculografía, obteniendo una imagen muy irregular y aumentada de volumen de la vesícula seminal del lado derecho y comprobando la total impermeabilidad del conducto deferente del lado izquierdo. Se descartó proceso neoplásico y también afección tuberculosa y se intensificó el tratamiento antibiótico iniciado por su pielonefritis. Se obtuvo mejoría y salió de alta de la clínica, casi diez días después, muy aliviado, con esporádicas poluciones nocturnas (cada 4 ó 5 días) y hemospermias muy leves. La necrospermia continuó hasta 4 meses después del alta hospitalaria. El último control, efectuado a los ocho meses de su alta, indicó buen estado general, recuperación del peso y normalidad de su eritrosedimentación, con espermograma normal.

### Comentarios

El primer caso era, congénitamente, incompatible con la fertilidad masculina (5).

En el segundo caso asistimos a una combinación de agenesia unilateral de conducto deferente con la impermeabilidad adquirida del otro lado, por infección venérea, lo cual trajo como resultado la esterilidad del paciente.

En el tercero y cuarto caso asistimos a compromisos inflamatorios de las vesículas seminales, que determinaron hemospermia como síntoma capital y la temporal incapacidad de procrear (necrospermia); inca-

pacidad que disminuyó o desapareció al ceder el cuadro próstato-vesicular.

Desgraciadamente no hemos podido efectuar el estudio radiográfico de control de estos pacientes, por no aceptar ellos otra vesiculografía.

Consideramos, pues, que las enfermedades de las vías espermáticas y/o sus alteraciones congénitas pueden tener gran importancia en el despistaje de la esterilidad masculina.

Creemos que el examen de estas vías debe ser completado siempre con la exploración quirúrgica intra-escrotal y la vesiculografía seminal. Esto es fácil de ejecutar y, sin duda, hace más útil el abordaje que se practique con miras a una biopsia testicular (1), (4), (5).

Hemos efectuado la biopsia testicular en los pacientes 1 y 3. En el primer caso se halló edema intersticial y conservación de túbulos seminíferos. En el tercer caso se halló normal la estructura histológica testicular.

No nos atrevemos a querer dar explicaciones completas de estos fenómenos observados; pero ellos nos parecen dignos de ser tenidos en cuenta en todo caso de esterilidad masculina.

### Resumen

Se presentan cuatro casos de alteraciones de las vías seminales, que han causado esterilidad definitiva o temporal.

Se insiste en lo necesario y útil que es el examen completo de la vía espermática, sobre todo la vesiculografía.

### Summary

Four cases of alterations of seminal ducts, which have caused complete or temporary sterility, are presented here.

We insist that the complete examination of the spermatic ducts, over all the vesiculography, is necessary and very useful.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Astraladi, A.*: "Técnica Quirúrgica Urinaria y Genital". Lib. y Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1948.
2. *Campbell, M.*: "Urología". Edit. Inter-Americana S. A. Buenos Aires, 1958.
3. *Herbut, P.*: "Patología Urológica". Tomo II. Salvat Editores S. A. Buenos Aires, 1959.
4. *Higginson, A.*: "La Exploración Urológica". Imprenta Domingo Miranda. Lima, 1955.
5. *La Rosa, C.; Delgado, V.*: "Agenesia Bilateral de Deferentes". Reseña Med. del Hospital del Empleado de Arequipa. Vol. 1, N° 1, Arequipa, Octubre 1965.
6. *Tyler, E.*: "Esterilidad". Edit. Med. Panamericana. Buenos Aires, 1963.