

Hospital Rawson. Servicio de Urología,
Jefe: Prof. Dr. BERNARDINO MARAINI

Por el Doctor
ARMANDO TRABUCCO

ESPERMATOGENESIS REINICIADA AL CABO DE CUATRO AÑOS DE LA ANASTOMIASIS EPIDIDIMO-DEFERENCIAL

AL problema de la azoospermia en los enfermos que han sufrido de epidemitis doble es de seriedad social indiscutible: estos pacientes, una vez repuestos de su estado infeccioso se hallan abocados al complejo depresivo provocado por la azoospermia que altera su estado psíquico y emocional convirtiéndolos en cierto modo en seres un tanto radiados por la imposibilidad que implica la formación de la familia.

Contemplando estos graves inconvenientes de orden social y personal se ha tratado de corregir ese estado de azoospermia por obstrucción; se han ideado una serie de intervenciones quirúrgicas dirigidas todas hacia un mismo fin que es el de restablecer el curso del espermatozoide en su camino hacia el exterior.

Siendo ésta tan solo la presentación de un caso en que, en un momento, se dió por fracasada la intervención, creemos innecesario prolongar el relato con consideraciones técnicas, clínicas o biológicas; nos limitaremos exclusivamente a la descripción del hecho, tal como ha sucedido y registrado en la siguiente historia clínica:

B. — 22 años de edad, argentino.

En el año 1929 contrae una uretritis de etiología gonocócica que se instala en forma aguda, con abundante pus de color amarillo verdoso, ardor al orinar e intensos dolores a la erección; el facultativo que lo asiste recomienda lavajes con Permanganato de Potasio al 0.25 % y un antiséptico urinario por vía bucal que el enfermo no recuerda de qué producto estaba constituido. A los 10 días de la iniciación de dicha blenorragia se le declara una prostatitis que es seguida

casi inmediatamente por una epididimitis derecha a forma aguda con dolor intenso en el testículo del mismo lado, que lo obliga a guardar cama; en ese momento suspende los lavajes y coloca in situ, una bolsa de hielo que lo alivia momentáneamente.

A los 7 días de este acontecimiento hace una epididimitis del lado izquierdo con todo su cortejo sintomático. Ambas epididimitis evolucionaron lentamente encontrando alivio recién a los 20 días de iniciada la última complicación, persistiendo desde entonces unas nudosidades en el polo inferior de ambos testículos, que al enfermo le llamaban la atención, y que las comparaba a una oliva en cuanto al tamaño se refiere. Dos años después al enfermo se le permite contraer matrimonio completamente curado y con análisis bacteriológicos en debidas condiciones.

Unos años después, en su vida matrimonial, al no haber quedado la esposa fecundada, vé a un médico amigo quien le hace hacer un examen de semen, no encontrándose espermatozoides; desde ese momento comienzan sus tribulaciones, la esposa desea ardientemente un hijo y él no es capaz de confesarle su incapacidad de concebir. En esta situación nos es enviado para su examen comprobando efectivamente la falta de espermatozoides con el agravante de una prueba de Hunner negativa. Sométicamente es un individuo sano, se encuentran solamente dos pequeños nódulos en la cola de ambos epidídimos; estos nódulos tienen el tamaño de una pequeña avellana y son de consistencia dura.

En consulta con el médico que tuvo la gentileza de enviármelo y que no cito por razones obvias, le proponemos al enfermo una intervención quirúrgica con el fin de tratar de corregir esa deficiencia.

Resuelta la intervención, practicamos como medida previa un cateterismo de los conductos eyaculadores recogiendo líquido exento de espermatozoides, aprovechamos el cateterismo para hacer una vesiculografía que es absolutamente normal. Con estos datos y comprobando que la vía inferior genital está expedita decidimos intervenir al enfermo con anestesia local, novocaína al 0.50%, practicamos una incisión en escroto abordando al testículo, liberándolo de sus celulosas, separamos el conducto deferente el cual disecamos del cordón espermático. Comprobamos un núcleo duro, escleroso, en la cola del epidídimo. Con un pequeño bisturí trazamos una pequeña incisión de 1 cm. 50 en el conducto deferente por arriba de su parte convoluta, de manera que coincide con la cabeza del epidídimo; abierto el deferente, pasamos una crín larga por su interior, dejándola en dicho sitio; luego con una aguja enhebrada con catgut crómico de reabsorción a los 21 días pasamos un hilo en cada uno de los ángulos de la incisión deferencial. Nos dirigimos a la cabeza del epidídimo y por la parte externa trazamos otra incisión de 1 cm. 50 de largo en sentido longitudinal o sea según su eje mayor, incindiendo la albugínea, interesando también al canalículo epididimario en varias partes. A través de esta abertura pasamos ahora el otro extremo de la crín que tenemos colocada en el deferente, ponemos especial cuidado en que la aguja, una vez atravesado epidídimo penetre en el testículo por la parte en que el epidídimo está unido a este último y sacamos la crín por la cara anterior del testículo dejándolo en permanencia de tal manera que interese al

mismo tiempo al deferente epididimario, al cuerpo de Highmoro y a los conductos seminíferos. Hecho ésto, suturamos con pequeños puntos separados los labios de la incisión deferencial con los del epidídimo, de manera que las dos aberturas estén perfectamente adosadas, poniendo de esta manera en relación directa el conductillo epididimario con la luz del deferente. Se reintegra todo en su sitio, se pasa la crin por una parte del escroto intacta y se sutura sin dejar drenaje.

A los 12 días se saca la crin del deferente tirando por la punto libre en el escroto, cosa que se hace con suma facilidad.

Desde el día de la operación se somete al enfermo a 1 c.c. de hormona gonadotrópica por día durante 30 días.

Post-operatorio. — Absolutamente normal.

Se practica un análisis al mes con resultados negativos.

Se practica otro examen de esperma a los 6 meses acusando ausencia de espermatozoides. Se practica otro examen a los 8 meses con resultado también negativo y así sucesivamente se practican una serie de análisis, cuando en Marzo de este año, en que ya se había dado por fracasada la intervención se practica otro análisis por un conocido laboratorio que dice lo siguiente:

"En el líquido seminal enviado se observan escasos espermatozoides con poca vitalidad; en su mayor cantidad cabezas de espermatozoides en donde no se puede distinguir su cola. El medio seminal es de fuerte reacción alcalina".

Como vemos en este caso particular, la espermatogénesis apareció muy tardíamente, ya en un momento en que habíamos dado por fracasado el procedimiento y en que nos disponíamos a aconsejarle al esposo, la fecundación artificial de su mujer con una mezcla de semen de otras personas.

El caso es raro, pero no inexplicable. Trataremos de interpretarlo. Cuando se ligan experimentalmente las colas de ambos epidídimos o lo que es lo mismo cuando se obstruyen por un proceso inflamatorio, se interrumpe bruscamente la vía de eliminación de los espermatozoides, pero no sólo se produce este hecho, por demás evidente, sino que junto a ese se presentan otras alteraciones mucho más graves, como ser la demolición brusca, casi instantánea, del edificio germinal; pudimos comprobar repetidas veces, en experimentos hechos en el Instituto de Anatomía de la Facultad de Medicina, la desaparición a las 24 horas de todos los espermatozoides y de las espermátides; a los 3 días ya no existen las células de diferenciación, habiendo desaparecido casi todos los espermatocitos; todos estos elementos son reabsorbidos, probablemente por el sincisio Sertoliano y enviados sus productos transformados,

a la circulación general, tal vez, por algunos componentes del tejido intersticial del testículo. A los 10 días lo único que queda en los conductos seminíferos es un intrincado de substancia fibriloide con células de Sertoli y algunas que otras espermatogonias, que se acomodan a la vida latente, reduciendo su número, disminuyendo su protoplasma y acomodando la cromatina nuclear en masas compactas y de gran tamaño; suspendiendo no sólo la división genética, sino también su propia división hacia espermatogonias basales, como sucede habitualmente: se establece así un tipo parecido al de testículo de niño. Ahora bien, si removemos el granuloma de cicatrización o si establecemos nuevamente una vía expedita a la eliminación de los productos formados más abajo, con toda probabilidad el órgano va a entrar en su fisiología normal; esa es la base de la anastomosis. Pero debemos recordar que para que el espermatozoide se haga presente es necesario primero la espermatogonia basal comience a dividirse tapizando casi por entero a los conductillos seminíferos, antes de que esa misma espermatogonia polvorienta, es decir, con su cromatina muy dividida, índice de su división hacia la diferenciación germinal. Este procedimiento lleva mucho tiempo tanto más cuanto menor sea la cantidad de células madres que se encuentran presentes en el momento de la intervención. La dificultad y el fracaso de esta especie de intervenciones, radica en el hecho de que la anastomosis, como toda intervención, produce reacción inflamatoria con tejido conjuntivo de cicatrización por ende tendencia obstructiva.

Si esta nueva obstrucción no se produce tendremos asegurada la vuelta a la fecundidad, cosa que en nuestro enfermo se ha producido en el extraordinario tiempo de 4 años. El por qué no se ha obstruido la neostomía, creemos que es debido a la excitación de los epitelios genitales con la hormona gonadotrópica, que con su estímulo ha producido una hipersecreción de las células epididimarias: esta secreción al encontrarse con la vía libre estableció la canalización que aprovecharon más tarde los espermatozoides cuando lograron diferenciarse.