

Azoospermia secundaria a quiste utricular. Aportación de un nuevo caso

M. Soto^a, G. Pedrero^b, F. Arredondo^a, B. Basquero^a, A. Zurera^a, R. Linares^a

^aServicio de Urología. Hospital Infanta Elena. Huelva. ^bUnidad de Enfermería. Hospital Infanta Elena. Huelva. España.

RESUMEN

La obstrucción de los conductos eyaculadores es infrecuente. Una de sus causas es una lesión quística localizada en la línea media de la próstata.

Presentamos un nuevo caso de azoospermia obstructiva secundaria a un quiste de utrículo. La resección endoscópica del techo utricular consiguió la desobstrucción distal de la vía seminal (aumento del volumen del eyaculado).

La obstrucción epididimaria secundaria puede ocurrir después de una obstrucción de los conductos eyaculadores de larga evolución.

Palabras clave: Quiste. Utrículo. Resección endoscópica. Azoospermia.

ABSTRACT

Azoospermia secondary to utricular cyst. To report of a new case

The ejaculatory duct obstruction is infrequent. One of cases is a the cystic lesion located at the midline of the prostate.

We present a new case of obstructive azoospermia secondary to utricle cyst. The endoscopic resection of the utricular capsule removed distal obstruction of the seminal duct (increased ejaculate volume).

The secondary epididymal obstruction can occur after long-term ejaculatory duct obstruction.

Key words: Cyst. Utricle. Endoscopic resection. Azoospermia.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de los conductos eyaculadores, aunque rara, es una causa de infertilidad masculina corregible mediante tratamiento quirúrgico. El uso de la ecografía transrectal de alta resolución ha incrementado la incidencia en el diagnóstico de esta enfermedad¹.

Los quistes de la línea media prostática están presentes en el 20% de los pacientes infértiles con obstrucción de los conductos eyaculadores y se pueden tratar con cirugía endoscópica desobstructiva².

En este trabajo, presentamos el caso clínico de una azoospermia obstructiva secundaria a un quiste de utrículo.

CASO CLÍNICO

Varón de 30 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por infertilidad de 2 años de evolución. El estudio de su pareja estaba dentro de la normalidad.

En la exploración física, los testículos y los epidídimos eran de tamaño y consistencia normales, los 2 conductos deferentes eran palpables, no se palpaba varicocele, los caracteres sexuales secundarios eran normales y el tacto rectal era normal para su edad.

Las concentraciones en sangre de folitropina, luteotropina, testosterona y prolactina se encontraban dentro del intervalo de la normalidad.

En los 2 seminogramas realizados, se apreció una azoospermia con hipospermia intensa (volumen < 0,5 ml³) y valores de fructosa indetectables.

Ante estos hallazgos se procedió a la realización de una biopsia testicular y el diagnóstico anatomopatológico fue de espermatogenia conservada.

Correspondencia: Dr. M. Soto Delgado.
Cecilio Pujazón, 26, 1.º-1.ª.
11100 San Fernando. Cádiz. España.

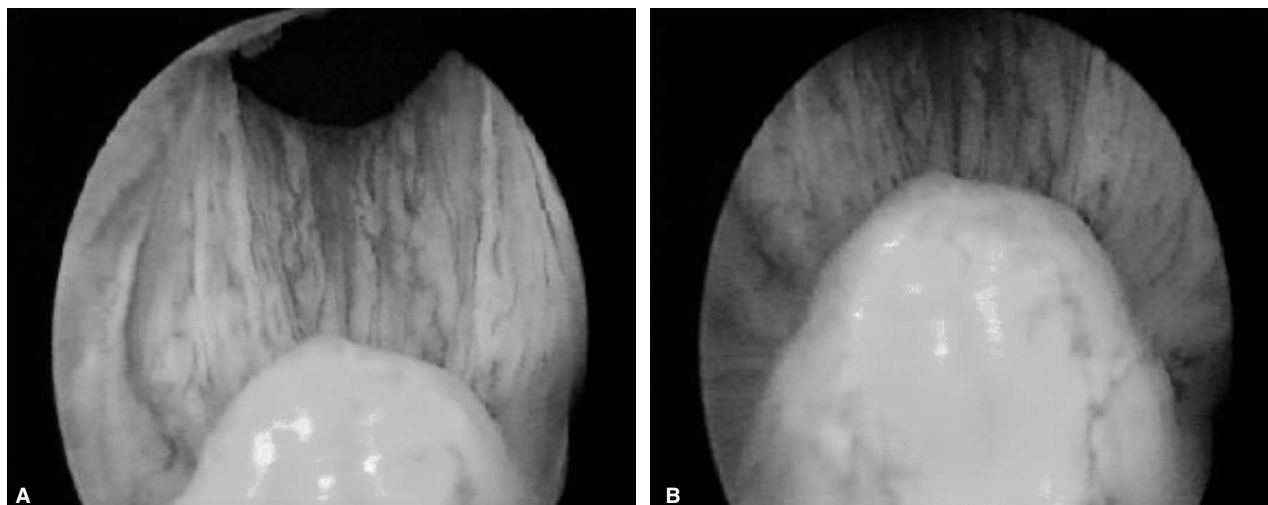


Figura 1. Imágenes endoscópicas (A y B) de quiste utricular.

Con la sospecha de una azoospermia excretora, se realizó una ecografía transrectal que mostraba una pequeña zona quística hacia la zona uretral con dilatación de ambas vesículas seminales. Posteriormente, se practicó una uretrocistoscopia y se objetivó una protrusión en la cara posterior de la uretra, a la altura del *veru montanum* (fig. 1).

Con el diagnóstico de azoospermia obstructiva secundaria a quiste de utrículo, se realizó una resección endoscópica del techo utricular y se objetivó el orificio de ambos conductos eyaculadores (fig. 2) y la salida de fluido seminal por los 2 orificios tras la presión

digital de la próstata. Durante el postoperatorio el paciente evolucionó favorablemente, sin presentar ningún tipo de complicación.

En los seminogramas de control realizados al mes, 3 y 6 meses después de la intervención quirúrgica, se detectó, en todos, un aumento del volumen del eyaculado, una oligoastenoteratozoospermia grave y un aumento de los valores de fructosa.

Al no conseguirse gestación posquirúrgica y con los parámetros seminales antes descritos, actualmente se trata al paciente en un centro de técnicas de reproducción asistida (TRA).



Figura 2. Resección endoscópica del techo quístico en que se visualiza el orificio de ambos conductos eyaculadores.

COMENTARIOS

Desde que Morgagni describió una cavidad quística de la próstata en 1972, se ha informado de más de un centenar de quistes utriculares en la bibliografía mundial³⁻⁵. Muchos de ellos causan trastornos miccionales y, en otros casos, como el que presentamos, los pacientes consultan por esterilidad debida a una obstrucción de los conductos eyaculadores⁶.

Los pacientes con una obstrucción de los conductos eyaculadores pueden presentar, además de infertilidad, una disminución en el volumen del eyaculado y una historia de prostatitis o epididimitis⁷⁻⁹. En estos pacientes, la exploración física suele ser normal e incluye testículos normales, ausencia de varicocele, conductos deferentes palpables y un tacto rectal sin hallazgos patológicos. Tampoco suelen existir alteraciones en los valores hormonales^{1,7-9}.

En los análisis de semen de pacientes con una obstrucción de los conductos eyaculadores, hallaremos

una disminución en el volumen del eyaculado, un pH ácido, oligospermia o azoospermia y unos valores de fructosa muy bajos o indetectables^{1,10}.

Históricamente, la deferentovesiculografía ha sido la técnica de elección para el diagnóstico de la obstrucción de los conductos eyaculadores. Sin embargo, al tratarse de una prueba invasiva, existe el riesgo de formación de una estenosis iatrogénica en los conductos deferentes. Por este motivo, actualmente, la ecografía transrectal es la técnica de diagnóstico preferida para este tipo de afección^{1,9,10}.

Los hallazgos ecográficos en pacientes con sospecha de obstrucción de los conductos eyaculadores incluyen imagen quística en la línea media, zonas hiperecicas sugestivas de calcificaciones y dilatación de las vesículas seminales o de los conductos eyaculadores, aunque este último dato no está siempre presente⁷⁻⁹. Según lo publicado en la literatura médica, unas vesículas seminales mayores de 15 mm en su diámetro transversal son anormales y sugieren una obstrucción de los conductos eyaculadores; sin embargo, esto no se ha aceptado universalmente^{8,11}.

Ante el diagnóstico de una obstrucción de los conductos eyaculadores por un quiste de utrículo, el tratamiento de elección es la resección endoscópica del techo quístico. Esta técnica es de ejecución simple, pero requiere una realización cuidadosa para no lesionar el esfínter externo y la hemostasia debe ser selectiva para no sellar los orificios eyaculadores^{1,6}. El éxito de esta intervención quirúrgica se comprueba cuando se objetiva la salida de fluido seminal por ambos conductos eyaculadores al finalizar el procedimiento¹. En nuestro caso, observamos que, tras realizar la resección endoscópica utricular, salía líquido seminal por los orificios de ambos conductos eyaculadores tras presionar la próstata con los dedos.

Una de las complicaciones más frecuentes, descrita en la literatura médica de esta técnica quirúrgica, es la aparición postoperatoria de una epididimitis⁶. En nuestro caso, no se produjo este tipo de complicación.

A pesar de que la cirugía endoscópica tiene un buen resultado inmediato, existen muchas posibilidades de que se reobstruyan los conductos eyaculadores en un plazo relativamente corto. Si esto ocurre, puede ser necesaria una repetición del tratamiento endoscópico⁷.

Ante una obstrucción de larga evolución de los conductos eyaculadores y cuando después de la cirugía endoscópica no aparecen espermatozoides en el eyaculado, pero ha aumentado el volumen seminal, debe considerarse que existe una obstrucción epididimaria secundaria, lo que conlleva un pronóstico desfavorable para la fertilidad^{1,12}. En estos casos, es más aconsejable la TRA que la realización de una epididimovasostomía. En el caso que presentamos, y tras un seguimiento de 6 meses, ha existido un aumento del volumen del eyaculado, pero persiste una oligoastoteratozoospermia muy grave que nos ha llevado a tratar al paciente mediante TRA.

Bibliografía

1. Goluboff ET, Stifelman MD, Fisch H. Ejaculatory duct obstruction in infertile male. *Urology* 1995;45:925-31.
2. Zhu JP, Meyhoff HH. Prostatic cyst. *Scand J Urol Nephrol* 1995;29:345-9.
3. Agra C, Montero R, Romero M, et al. Prostatic utricle cyst (mullerian duct cyst). *An Esp Pediatric* 1981;14:2000.
4. Neustein DH, Schutte H. Mullerian duct cyst with report of a case. *Br J Urol* 1968;40:7277.
5. Weis E, Kiefer J, Rowlett J, Rosenthal J. Persistent mullerian duct syndrome in male identical twins. *Pediatrics* 1978;61:797.
6. Vicente J, Ruiz-Castañé E. Cirugía endoscópica del utriculocele. *Arch Esp Urol* 1990;43:279-83.
7. Fisch H. Transurethral resection of the ejaculatory ducts. *Curr Surg Techn Urol* 1992;5:2-7.
8. Meacham RB, Hellertein DK, Lipshultz LI. Evaluation and treatment of ejaculatory duct obstruction in the infertile male. *Fertil Steril* 1993;59:393-7.
9. Weintraub MP, De Mouy E, Hellstrom WJ. Newer modalities in the diagnosis and treatment of ejaculatory duct obstruction. *J Urol* 1993;150:1150-4.
10. Pryor JP, Hendry WF. Ejaculatory duct obstruction in subfertile males: analysis of 87 patients. *Fertil Steril* 1991;56:725-30.
11. Jarro JP. Transrectal ultrasonography of infertile men. *Fertil Steril* 1993;60:1035-9.
12. Silber SJ. Ejaculatory duct obstruction. *J Urol* 1980;124:294-7.