

Azoospermia secretora con gestación: a propósito de un caso

Carlos García-Ochoa, Pedro E. de la Fuente, Rufino Méndez, María Vázquez, Nieves Alonso-Buenaposada, Luz M. R. Menes, Paloma Duque y Covadonga Gutiérrez

Centro de Fertilización In Vitro de Asturias (CEFIVA). Principado de Asturias. España.

RESUMEN

Desde hace una década, la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) ha hecho que tengamos que replantearnos ciertas actitudes terapéuticas que a priori, y por los datos clínicos obtenidos, no nos harían pensar en la posibilidad de intentar el tratamiento con los gametos de pacientes diagnosticados de azoospermia no obstructiva. En este artículo se exponen las acciones tomadas en un paciente a priori azoospermico y que la técnica y la tenacidad del observador han permitido la consecución de un embarazo a término.

Palabras clave: Azoospermia. Tenacidad. Embarazo a término.

ABSTRACT

Secretory azoospermia with pregnancy: apropos of a case

For a decade, the intracytoplasmic sperm injection (ICSI) has made us rethink about certain therapeutic attitudes that, a priori and for its clinical information, would not make us think about the possibility of trying the treatment with the patients' gametes diagnosed of nonobstructive azoospermia.

In this article the actions taken in a patient a priori whit azoospermia are exposed and that the technology and the tenacity of the observer have allowed the attainment of a pregnancy term.

Key words: Azoospermia. Tenacity. Pregnancy term.

INTRODUCCIÓN

En la era de la inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI, *intracytoplasmic sperm injection*), donde es posible poder conseguir gestación en situaciones límite, el andrólogo clínico y el laboratorio de reproducción asistida deben agotar todas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas en pacientes antes descartados para realizar técnicas de reproducción asistida con sus gametos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 34 años, pintor industrial, diagnosticado de azoospermia tras lavado-centrifugado de 2 muestras.

Antecedentes familiares y personales sin interés. No refiere ingesta medicamentosa ni hábitos tóxicos. En la exploración física se observa una constitución normal con caracteres sexuales secundarios normales. Pene de 7 cm. Testículos escrotales de 8 ml y consistencia disminuida. Se palpan deferentes, sin que se aprecie varicocele. Tacto rectal normal.

Analítica: FSH, 32,1 mU/ml (valor normal [v.n.], 1-8 mU/ml); LH, 22,5 mU/ml (v.n., 2-12 mU/ml); testosterona total, 5,22 ng/ml (v.n., 2,3-9,9 ng/ml).

Cariotipo, 46 XY. Ausencia de microdeleciones del cromosoma Y, sin que en las estudiadas presente mutaciones del gen de la fibrosis quística.

Correspondencia: C. García-Ochoa.
Santa Susana 31. 33007 Oviedo, España.
Correo electrónico: ochoa@cefiva.com

Dado que, en caso de no obtener espermatozoides en la biopsia testicular, la pareja optaría por la inseminación artificial a partir de donante (IAD), se decide realizar la intervención el día de la punción ovárica.

RESULTADOS

Se practica biopsia testicular abierta con toma de tejido testicular en la misma zona tanto para estudio anatomopatológico como para el procesamiento con fines de TESE (*testicular sperm extraction*).

Una vez en el laboratorio de andrología, se realiza el dislaceramiento de la muestra y, tras lavado-centrifugado durante 10 min a 1.200 revoluciones por minuto, el pellet es situado en diversas microgotas de medio G-Fert (Vitrolife), en una placa de Petri cubiertas de aceite mineral (Sigma-Aldrich) con vistas a realizar TESE y se incuba durante 2 h a temperatura ambiente.

A lo largo de 5 h se realizan diversas observaciones sin que se consiga ver ningún espermatozoide. Tras la punción ovárica, se obtuvieron 8 ovocitos en metafase II, y en un último intento antes de decidir utilizar semen de donante, se observa un espermatozoide móvil, por lo que se decide intentar la TESE.

Tras horas de búsqueda se inyectan todos los ovocitos con los espermatozoides del paciente que con visión a 400 aumentos eran amorfos, obteniéndose 2 embriones evolutivos, de 4 células tipo I y otro de 5 células tipo III, que fueron transferidos a las 48 h postpunción ovocitaria.

Se consigue gestación clínica con una amniocentesis normal y un parto a término de un niño sano.

El resultado de anatomía patológica y tras confirmación del mismo fue de síndrome only cell Sertoli.

DISCUSIÓN

Nada es absoluto en la medicina de la reproducción. En este caso, sólo la tenacidad del observador y la suerte han permitido que la pareja consiga un embarazo con sus gametos. No obstante, la posibilidad de intentar realizar técnicas de reproducción asistida en casos límite hace que tengamos que adaptarnos a nuevas actitudes, como la de pasarse mucho tiempo observando al microscopio antes de decidirse por técnicas menos laboriosas.

El resultado de la biopsia, aun siendo de la misma zona que la tratada en el laboratorio, se justifica con la presencia de focos aislados de tejido testicular con espermatogénesis completa.

Bibliografía recomendada

- Hauser R, Botchan A, Amit A, Ben Yosef D, Gamzu R, Paz G, et al. Multiple follicular sampling in non-obstructive azoospermia is it necessary? *Hum Reprod.* 1998;13:3081-5.
- Marina S. Actitud ante el paciente azoospermico. *Temas de Actualidad Andrológica III.* Barcelona: ASES; 2003.
- Nistal M, Regadera J, González-Peramato P. Biopsia testicular e infertilidad. Madrid: Manuel Nistal; 2001.
- Palermo GD, Schleger PN, Hariprashad JJ, Erqun B, Mielnik A, Zaninovic N, et al. Fertilization and pregnancy outcome with intracytoplasmic sperm injection for azoospermic men. *Hum Reprod.* 1999;14:741-8.
- Pomerol JM, Arrondo JL. *Práctica andrológica.* Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
- Tournaye H, Liu J, Nagy Z, Camus M, Goossens A, Silver S, et al. Correlation between testicular histology and outcome after intracytoplasmic sperm injection using testicular sperm. *Hum Reprod.* 1996;11:127-32.