



CASO CLÍNICO

Quiste gigante del conducto eyaculador, una causa corregible de infertilidad masculina de origen obstructivo

* González Ruiz GF, López Vallejo Castro J, Mojarro Rodríguez C, Neave Sánchez E, Flores Murcio FJ.

RESUMEN

El quiste del conducto eyaculador constituye una causa obstructiva de infertilidad masculina susceptible de corrección mediante la intervención quirúrgica. En el presente caso se describe la historia, curso clínico y abordaje diagnóstico de un paciente de 43 años de edad con infertilidad secundaria (hipospermia) a un quiste gigante de conducto eyaculador. El manejo fue mediante destechamiento del quiste a través de una resección transuretral de *veru montanum*, mostrando una mejoría considerable en el volumen del eyaculado y los valores anormales de la espermatobioscopia previa al procedimiento quirúrgico.

Palabras clave: infertilidad secundaria, quiste del conducto eyaculador, espermatobioscopia.

ABSTRACT

Ejaculatory duct cyst is an obstructive cause of male infertility, which can be corrected through surgical intervention. The present case describes the history, clinical development and diagnostic approach of a 43-year-old patient presenting with infertility (hypospermia) secondary to giant ejaculatory duct cyst. Management was cyst deroofing by means of transurethral resection of the verumontanum. There was considerable improvement in ejaculate volume and postoperative spermatobioscopy parameters.

Key Words: secondary infertility, ejaculatory duct cyst, spermatobioscopy.

INTRODUCCIÓN

La tasa de concepción de una pareja normal varía de 20 a 25% mensual, y 90% anual.¹ Aproximadamente 20% de los casos de infertilidad son debidos exclusivamente al factor masculino.^{2,3} La infertilidad masculina de origen obstructivo tiene una prevalencia de 13%, de los cuales sólo 1 al 3% presenta una obstrucción a nivel de los conductos eyaculadores (quiste).^{3,4} La obstrucción provocada por quistes es de etiología congénita o secundaria a eventos infecciosos.^{4,5,6} El cuadro clínico está dado por la obstrucción del conducto, provocando hipoespermia (volumen de semen menor a 1.5 mL).^{5,6} El destechamiento del quiste mediante una resección transuretral del *veru montanum*, permite la desobstrucción y aumento en el volumen del eyaculado, con el consiguiente aumento en la tasa de concepción.^{7,8,9} La importancia del caso es mostrar el abordaje diagnóstico y terapéutico, que hacen de esta patología una causa de infertilidad masculina potencialmente corregible mediante cirugía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 33 años de edad originario y residente del D.F. Con antecedente de padre fallecido por cáncer renal. Niega criptorquidia, desarrollo sexual secundario a los 13 años, niega parotiditis. Espermaquia a los 14 años. Tiempo para la eyaculación de 10 minutos, adecuado volumen, sin dolor. Hematospermia en una ocasión. IVSA: 17 años, heterosexual, 23 parejas sexuales sin uso de protección. Un hijo con su anterior pareja. Libido conservada, sin disfunción eréctil.

Cuatro años inicia relación con su actual pareja intentando un embarazo sin éxito, acude con biólogo de la reproducción, el cual no logra identificar patología alguna, enviado entonces a nuestro servicio para su adecuada evaluación y tratamiento.

A la exploración física dirigida encontrando campos pulmonares y área precordial sin alteraciones, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. Al tacto rectal con próstata grado I-II, blanda, sin nódulos u otro tipo de agregado, esfínter anal y recto sin alteraciones. Pene no circuncidado, meato permeable; testículo izquierdo de 3 x 3 x 2 cm, de consistencia normal, epidídimo sin alteraciones, varicocele

grado II; testículo derecho 4 x 3 x 2, consistencia normal, con quiste en cabeza de epidídimo de aproximadamente 1 x 1 cm, cordón espermático sin alteraciones. Resto de la exploración física sin datos que comentar.

Con base en los antecedentes anteriormente mencionados, se le solicita espermotobioscopia con espermocultivo, perfil hormonal, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y tiempos de coagulación (tablas 1 y 2).

Con alteraciones importantes en la espermotobioscopia resaltando el volumen espermático, el porcentaje de espermatozoides vivos y su morfología de los cuales sólo 7% fueron normales. El perfil hormonal siendo normal al igual que el resto de los estudios mencionados.

Se le solicitan estudios de extensión radiológicos mostrando ultrasonido (USG) transrectal de próstata imagen hipoecóica de aspecto quístico a nivel de vesículas seminales con dimensiones aproximadas de 2.28 x 2.03 cm (figura 1). Se realiza ultrasonido testicular bilateral dados los hallazgos mencionados durante la exploración física. Una resonancia magnética no mostró la imagen quística anteriormente mencionada (figura 2). Dado que

Tabla 1. Espermotobioscopia

• Vol. 1 mL	• Vivos 25%
• Blanco amarillento	• Muertos 65%
• Viscosidad aumentada	• Motilidad A y B 35%
• pH 8	• Morfología:
• Concentración	– Normales 7%
– 23 millones/mL	– Amorfos 32%
	– Colas 15%
	– Óvalos 12%
	– Gigantes 7%
	– Cuello roto 27%

Tabla 2. Perfil hormonal

• LH: 13 mLU/mL
• FSH: 11 mLU/mL
• Prolactina: 10 ng/mL
• Testosterona: 1000 ng/dL

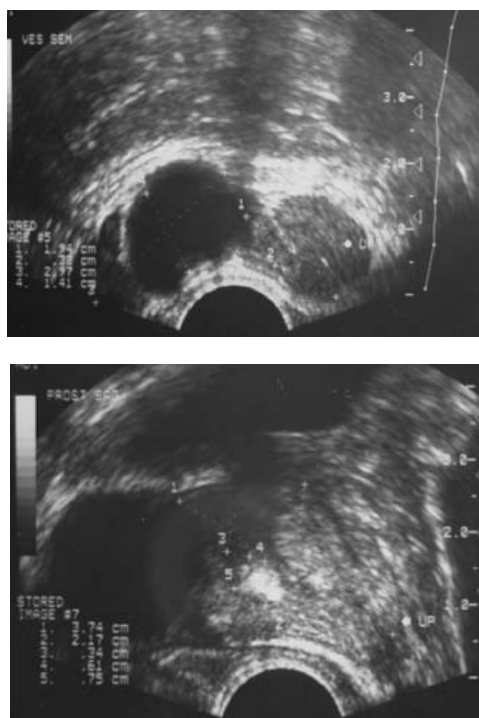


Figura 1. Ultrasonido transrectal de próstata. Se observa imagen hipocóica a nivel de vesículas seminales, lo cual corresponde a quiste del conducto eyaculador.

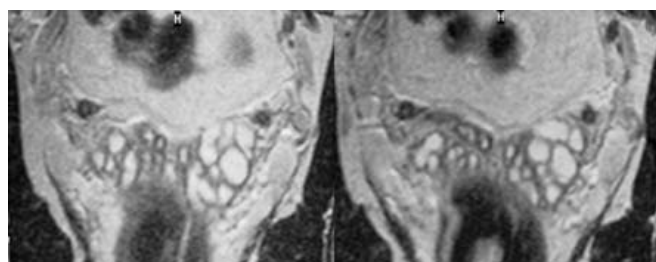


Figura 2. Resonancia magnética mostrando ambas vesículas seminales sin alteraciones aparentes.



Figura 3. Deferentografía retrógrada en la cual se aprecia claramente el quiste gigante del conducto eyaculador derecho.

los estudios previos no eran concluyentes, se decide realizar deferentografía retrógrada mediante cistoscopia (figura 3).

El paciente fue sometido bajo anestesia peridural a resección transuretral de *veru montanum*, realizando a su vez destechamiento del quiste gigante del conducto eyaculador. El evento quirúrgico resultó sin complicación alguna siendo dado de alta el paciente a las 24 horas.

Con espermatozoides de control a los tres meses después del evento quirúrgico, se observó mejoría significativa en los valores de la misma (tabla 3).

DISCUSIÓN

El quiste de conductos eyaculadores forma parte de una amplia gama de patologías que involucra al sistema reproductor masculino ocasionando

Tabla 3. Espermatozoides

• Vol. 2.5 mL	• Vivos 25%
• Blanco amarillento	• Muertos 65%
• Viscosidad normal	• Motilidad A y B 44%
• pH 8	• Morfología:
• Concentración	– Normales 12%
– 48 millones/mL	– Amorfos 25%
	– Colas 17%
	– Óvalos 26%
	– Gigantes 10%
	– Cuello roto 11%

problemas de infertilidad que repercuten en la calidad de vida de la pareja. Aunque su incidencia es baja, nos obliga a descartarla mediante estudios de laboratorio y gabinete para su adecuado diagnóstico y tratamiento. Uno siempre debe sospechar

de obstrucción del conducto eyaculador cuando existe azoospermia u oligo y/o astenospermia severa, disminución en el volumen del eyaculado, pH seminal ácido y niveles de fructosa seminal bajos.

Idealmente, se debe realizar durante la ultrasonografía transrectal de próstata aspirado del contenido quístico con el fin de buscar espermatozoides con motilidad. De ser así, éstos se deben preservar previa realización de cualquier intervención terapéutica. Dentro de las principales complicaciones posquirúrgicas, encontramos en la literatura el reporte de epididimitis recurrente por reflujo urinario, eyaculación retrógrada y reflujo urinario a vesículas seminales.

En este caso no fue necesaria la realización de vasografía diagnóstica dados los resultados de la espermatozoidoscopia de inicio y el antecedente de procreación exitosa. Cabe mencionar que en este caso el perfil hormonal es totalmente normal, sin embargo, se decide su intervención quirúrgica dada las alteraciones presentadas en la espermatozoidoscopia. La resección de *veru montanum* se realizó dentro de la uretra prostática utilizando como referencia proximal el cuello vesical, como referencia distal el esfínter externo a nivel de la uretra membranosa y como referencia posterior la fascia de Denonvilliers.

El paciente con espermatozoidoscopia posquirúrgica con mejoría significativa en sus parámetros, corroborando así, que la corrección quirúrgica del

quiste de conductos eyaculadores es un tratamiento efectivo en la infertilidad de tipo obstructivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spira A. Epidemiology of human reproduction. *Hum Reprod* 1986;1:111-115.
2. Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: Incidence and trends. *Fertil Steril* 1991;56:192-3.
3. Thonneau P, Marchand S, Tallec A *et al.* Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Hum Reprod* 1991;6:811-6.
4. Nazli O, Apaydin E, Killi R *et al.* Seminal vesicle cyst, renal agenesis, and infertility in a 32-year-old man. *Br J Urol* 1994;73:467.
5. King BF, Hattery RR, Lieber MM *et al.* Congenital cystic disease of the seminal vesicle. *Radiology* 1991;178:207-11.
6. Kirkali Z, Yigitbasi O, Diren B *et al.* Cysts of the prostate, seminal vesicles, and diverticulum of the ejaculatory ducts. *Eur Urol* 1991;20:77-80.
7. Frye K, Loughlin K. Successful transurethral drainage of bilateral seminal vesicle abscesses. *J Urol* 1988;139:1323-1324.
8. Gonzalez CM, Dalton DP. Endoscopic incision of a seminal vesicle cyst. *Urology* 1998;51:831.
9. Schroeder-Printzen I, Ludwig M, Kohn F, Weidner W. Surgical therapy in infertile men with ejaculatory duct obstruction: Technique and outcome of a standardized surgical approach. *Hum Reprod* 2000;15:1364-8.