CASOS CLÍNICOS

VASOVASOSTOMÍA: EXPERIENCIA PERSONAL CON UNA TÉCNICA MICROQUIRÚRGICA SIMPLIFICADA

VASOVASOSTOMY: PERSONAL EXPERIENCE WITH A SIMPLIFIED MICROSURGICAL TECHNIQUE

JUAN ANDRÉS VENEGAS VERA
Unidad de Andrología y Sexología, Hospital Van Buren, Valparaíso

RESUMEN

La vasectomía es el método de anticoncepción masculina más efectivo y estable, sin efectos adversos en la sexualidad ni función gonadal. En países industrializados es de muy alta demanda, lo que conlleva también una relativamente elevada necesidad de reversión quirúrgica asociada a la inestabilidad de pareja que existe en la sociedad actual. En nuestro país, hasta muy reciente, la frecuencia de realización de la vasectomía era bastante baja en comparación a Europa y Estados Unidos, por lo cual la vasovasostomía también es de baja demanda. Las técnicas de vasovasostomías descritas son complejas y obligan a un entrenamiento microquirúrgico siginificativo. Se describe aquí una técnica microquirúrgica simplificada y que conserva los resultados de permeabilización óptimos esperados. Quince enfermos son vasovasostomizados, de acuerdo a la técnica microquirúrgica sugerida, con recuperación espermática en semen en todos ellos. Esto nos alienta para insistir, a nivel de programas de salud pública, en fomentar la vasectomía como una forma fácil, sencilla, barata y reversible de contracepción masculina.
Palabras clave: Vasectomía, vasovasostomía, contracepción masculina.

ABSTRACT

Vasectomy is the most effective and stable male contraceptive method. In western countries the rates of vasectomy varies between 18-50 % of men. This means also high "prevalence" of vasovasostomies due to the current couples instability. In Chile, up to recently, vasectomy was a quite low rate surgical procedure, so vasovasostomy has a still lower rate. Described vasovasostomies surgical technique are complex and require a microsurgical significative training. Herein its presented a simplified micrusurgical technique with optimal permeability outcomes. This results encoureges to teach about vasectomy as a simple, easy, unexpensive and reversible male contraceptive method for couples in our national health service.
Key words: Vasectomy, vasovasostomy, contraceptive male.

INTRODUCCIÓN

La vasectomía es el método de anticoncepción masculina más efectivo y estable, sin afectar la función sexual ni endocrinológica del individuo. En Nueva Zelandia, 50% de los hombres están vasectomizados a los 50 años, en tanto en Australia, Holanda, Dinamarca, Canadá, Iran, Sri Lanka, Corea, Nepal y el Reino Unido la tasa de vasectomía supera el 21% de los varones en los 45 años[1]. En los EE.UU. se considera una de las operaciones más frecuentes: cada año se realizan más de 500.000 vasectomías[2] con una "prevalencia" estimada de vasectomías del 18% de los hombres. Esto significa una probabilidad

de solicitud de reversión de 10% estimado, probablemente relacionado a la elevada inestabilidad de pareja existente en las sociedades actuales[7].

Controversias respecto de la reversibilidad de la vasectomía siempre están vigentes. Hay dos mayores aspectos de este problema. El primero se refiere a la capacidad de obtener permeabilización adecuada de los conductos reanastomosados; el segundo, se relaciona a los efectos de la vasectomía sobre el sistema reproductor masculino, lo que pudiera evitar la recuperabilidad de la fertilidad a pesar de una exacta reanastomosis deferencial. Con las técnicas actuales disponibles para la reproducción asistida, el segundo problema condicionado por la vasectomía puede ser absolutamente sobrepasado; sin embargo, la relación costo/efectividad hace que mientras sea posible la reversión de la vasectomía con una adecuada permeabilización de los conductos, es absolutamente justificable el intento de reversión quirúrgica.

En Latinoamérica, la vasectomía no ha sido nunca de muy alta demanda entre varones en comparación a las realidades europea y norteamericana. Probablemente Brasil y México tienen los más altos niveles de uso de vasectomía con unas tasas estimadas de 3% y 1%[1]. En Chile, la situación es aún más restringida para esta operación, más si consideramos las restricciones legales hasta hace muy poco vigentes para llevar a cabo una esterilizaión masculina. Esto condiciona que la experiencia en vasovasostomía sea relativamente limitada. Se presenta a continuación la serie personal de vasovasostomía microquirúrgica con una técnica muy simplificada manteniendo su efectividad respecto de la permeabilización ductal.

MATERIAL Y MÉTODO

En los últimos diez años, quince varones previamente vasectomizados solicitaron la reversión de su condición de azoospermia e infertilidad masculina a través de la vasovasostomía. A excepción de uno, todos habían tenido hijos en relación de pareja previas, lo que supone un patrón de fertilidad probable de esperar tras la posible cirugía de desobstrucción de la vía seminal. El único paciente sin hijos había sido vasectomizado en Europa a solicitud voluntaria de él, y ahora de retorno en Chile y con pareja estable deseaba recuperar su potencialidad de paternidad. Y otro caso especial lo constituye un paciente monórquico quien había sido operado por seminoma con radioterapia complementaria catorce años antes y 10 años después, vasectomizado. Mayores datos demográficos se presentan en la Tabla 1.

Todos los pacientes dan su consentimiento informado, y a continuación son sometidos a una vasovasostomía microquirúrgica bajo anestesia general. Con el escroto rasurado y previo aseo prequirúrgico, se realiza el abordaje por incisiones bilaterales, exponiendo los extremos separados de los deferentes, resecando restos de granuloma si éste existe, y son cortados con bisturí en sección limpia perpendicular al conducto. Los extremos con características viables, son

Tabla 1. Características demográficas del grupo de pacientes

Paciente	Edad	Años desde vasectomía	Hijos previos	Antecedentes importantes
PTV	48	8	3	Médico
EPT	55	5	3	Médico
SNZ	54	7	4	Médico
ELG	47	8	2	Médico
RFD	44	6	3	Medico
JHA	50	8	4	Médico
PGR	28	4	-	Cirugía previa: España
FSD	46	7	2	
RTM	45	3	3	Monórquico (Ca Test.).
DJY	51	5	4	
VGT	45	5	3	
SUH	42	7	2	
BDF	47	6	3	
FRE	44	7	3	
FAM	39	7	2	

canulados, con un catgut 5/0 hacia distal; desde proximal, en la medida que se recupera líquido, éste se envía a laboratorio para pesquisa de espermios. Denudado de fascias en los últimos 3-5 mm cada cabo, se procede a su anastomosis microquirúrgica con nailon 8/0 en un monoplano de sólo 4 puntos (dos en cada cara de la anastomosis) procurando de sobremanera que ésta ocurra libre de tensión (Figura 1).

Se revisa la hemostasia prolijamente para evitar hematomas locales posoperatoriamente. De alta al día siguiente con indicaciones de suspensor genital por las próximas tres semanas, cuando se solicita reinicie la actividad sexual libremente.

A los 45 y 90 días se hacen los primeros seminogramas de control.

RESULTADOS

En los quince pacientes hubo recuperación espermática en semen por eyaculación. Los recuentos variaron entre 10 y 60 millones de espermios/ml en el seminograma de los 90 días. Seis de ellos han reportado embarazos espontáneos en el seguimiento subsecuente, entre los cuales se encuentra el paciente monórquico mencionado. Dos están en ciclos de reproducción asistida por no haberse concretado la concepción por vía coital, a pesar de los buenos recuentos espermáticos, y los otros siete se han perdido del control tardío. Dos pacientes han retornado para vasectomía secundaria (uno de ellos con dos hijos y el otro con uno desde la vasovasostomía). Detalles de los resultados en Tabla 2.

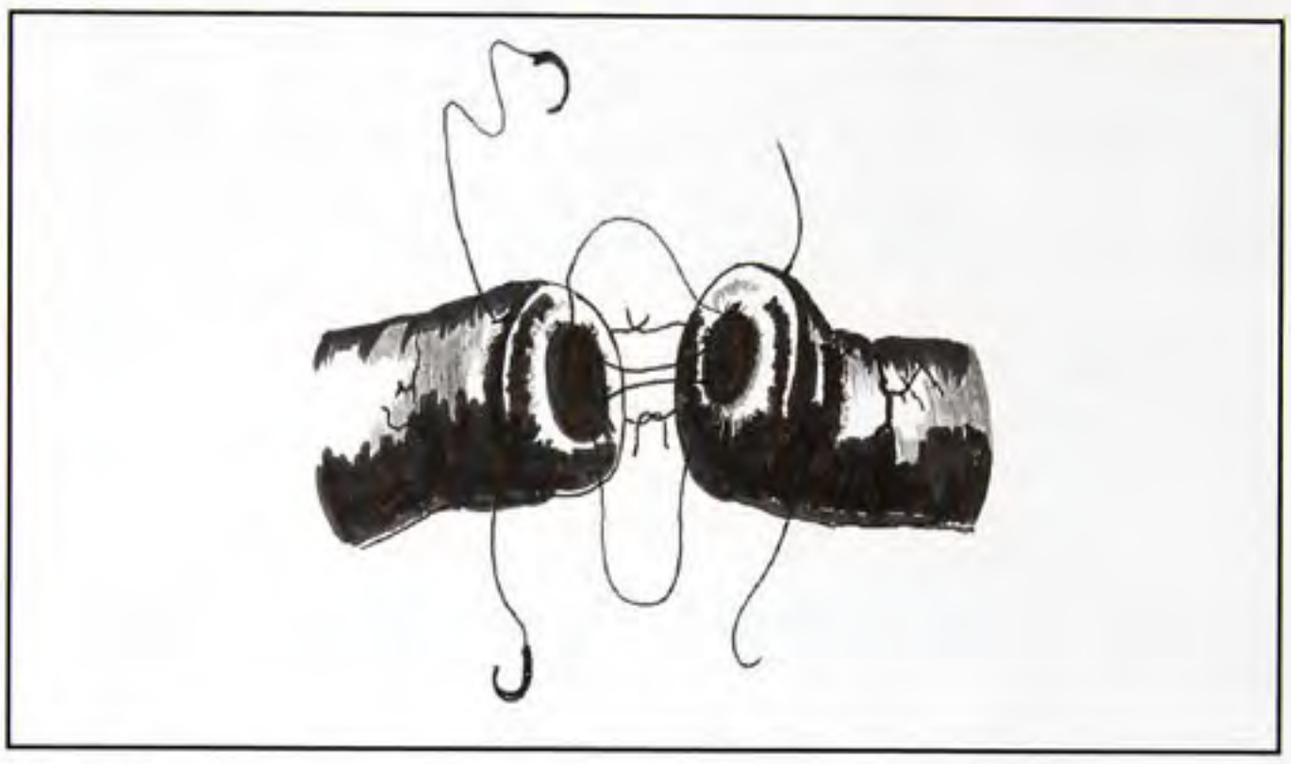

Figura 1.

Tabla 2. Resultados de espermiograma y fertilización consecutiva

Paciente	Edad	Recuento espermático	Hijos post V-V	Nota al margen
PTV	48	18 mill/ml	En T.R.A.	
EPT	55	22 mill/ml		
SNZ	54	56 mill/ml	1	
ELG	47	22 mill/ml		
RFD	44	23 mill/ml	1	
JHA	50	33 mill/ml	1	Re-Vasectomía
PGR	28	60 mill/ml	2	Re-Vasectomía
FSD	46	10 mill/ml	En T.R.A.	
RTM	45	25 mill/ml	1	Se separa
DJY	51	12 mill/ml		
VGT	45	15 mill/ml		
SUH	42			
BDF	47	28 mill/ml		
FRE	44	16 mill/ml		
FAM	39	45 mill/ml	1	

DISCUSIÓN

Desde la descripción de la técnica microquirúrgica en dos planos por parte de Silber[3] el éxito esperado de la vasovasostomía para recuperar un recuento fertilizante de espermios en semen se hizo mayor y más reproducible que en reportes previos[4-6].

Con una demanda importante de vasectomías en hombres jóvenes, se hace esperable que la vasovasostomía se constituya en una operación relativamente regular que permita mantener un alto grado de experiencia y entrenamiento en la técnica microquirúrgica. A la luz de los resultados demostrados con la técnica simplificada propuesta en este trabajo, se hace más simple el llevarla a cabo manteniendo los estándares de calidad del resultado ofrecido a estos pacientes ansiosos de recuperar su potencial fértil.

La alta prevalencia de solicitud de vasectomías de países occidentales industrializados no se da por este tiempo en nuestro país aún, a pesar de cierta mayor facilidad legal para ofrecer la vasectomía como técnica de contracepción. El poder demostrar, para su mayor aceptación a nivel de programas de salud pública en control de natalidad, que la vasectomía es una técnica simple, económica y rápida, y que puede agregar además el "plus" de ser reversible, permitirá mayor atracción para que sea el varón quien se someta a la contracepción correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. SOKAL DC. Demographics and epidemiology of vasectomy procedures. Annual Meeting of the Society ofr the Study of Male Reproduction at the AUA, 2008. Orlando, EEUU.
2. COSTABILE RA, GOLDSTEIN M, SCHLEGEL P, BELKER AL, ET AL. La técnica de la vasovasostomía y la vasoepididimostomía: acortar la curva de aprendizaje. AUA Update series. Actualización en urología, edición española 2000. Lecciones 32-40. pp61-67.
3. SILBER SJ. Perfect anatomical reconstruction of the vas deferens with a new microscopical surgical technique. *Fertil Steril* 1977; 28: 72.
4. SILBER SJ. Vasectomy and its microsurgical reversal. *Urol Clin N Am* 1978; 5: 573-84
5. DERRICK FC, YARBROUGH W, D´AGOSTINO J. Vasovasostomy: results of questionnaire of members of the American Urological Association. *J Urol* 1973; 110: 556.
6. SCHMIDT SS. Vasovasostomy. *Urol Clin N Am* 1978; 5: 585-92.
7. FARRÉ L. XIII Curso de Andrología Fundación Puigvert. Barcelona, España. 2007.