

Revista Cubana de Urología

CARTA AL EDITOR

El reflujo venoso espermático derecho y los elementos de juicio clínico

Right spermatic venous reflux and the elements of clinical judgment

Ángel Manuel Tundidor Bermúdez

Hospital General Docente "Guillermo Domínguez". Puerto Padre, Las Tunas.

CARTAS AL EDITOR

Compañero Editor:

En su reciente revisión, Caravia Pubillones et al, señalan la importancia que para la salud reproductiva tienen el diagnóstico y el tratamiento del reflujo venoso espermático (RVE) derecho y de su eventual manifestación, el varicocele homolateral.¹ Dicho tema sigue generando una gran polémica. Polémica cuya raíz y cuyo único fruto verdadero hasta ahora ha sido la incertidumbre.

Un problema de salud como este nos permite repasar los múltiples elementos de que se nutre el juicio clínico. Si bien su empleo exhaustivo puede ser innecesario, disponer de todos ellos en un momento dado no debe considerarse superfluo (sobre todo al enfrentarnos a problemas inusuales o no completamente estudiados). Estos elementos son:

- 1. Características particulares del paciente*
- 2. Fundamentos teóricos*
- 3. Resultados de estudios estadísticos*
- 4. Guías prácticas*
- 5. Algoritmos y sistemas expertos*
- 6. Consultas a expertos, juntas médicas y listas de discusión*

7. Experiencia, intuición y criterio del médico actuante

Analicémoslos por separado:

1. Características particulares del paciente

Puesto que no existen enfermedades sino enfermos.

2. Fundamentos teóricos

En el plano teórico (fisiopatología), nadie cuestiona los efectos nocivos que el RVE derecho puede ejercer sobre la espermatogénesis ², pero se desconoce con exactitud cuánto puede agregar, en los casos bilaterales, a los ya ocasionados por el reflujo del lado izquierdo; y aún más cuánto lo está haciendo en un paciente determinado.

Obrar basándonos exclusivamente en presupuestos teóricos, desdeñando los conocimientos derivados de la práctica, puede conllevar a errar por exceso o por defecto. Y, por más que lo parezca, no es esta la manera ideal de ejercer científicamente la medicina.

3. Resultados de estudios estadísticos

Amelar y Dubin (1987) estudiaron un grupo de 21 pacientes infértiles previamente operados de varicocele izquierdo palpable, pero sin mejoría significativa en cuanto a calidad del semen y tasa de embarazos, en los que se detectó varicocele derecho mediante el examen físico. A todos se les realizó ligadura venosa espermática derecha. En 18 de ellos se observó mejoría del patrón seminal y 15 lograron embarazar.³

Kondoh, et al (1993) investigaron con ultrasonido escrotal a 68 individuos infértiles con varicocele izquierdo palpable, en busca de signos de insuficiencia venosa espermática derecha ("varicocele subclínico"). La corrección quirúrgica solo se realizó en el lado izquierdo. El grupo con afección unilateral tuvo una mejoría superior de sus características seminales, en comparación con el de afección bilateral.⁴

Grasso, et al (1995) realizaron corrección bilateral en un grupo de adultos con varicocele izquierdo grado II o III y derecho grado I, tomando como control otro grupo con iguales características en que la corrección solo se llevó a cabo en el lado izquierdo. Los espermogramas posoperatorios no arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos.⁵ En el estudio similar de Scherr y Goldstein (1999), sin embargo, la operación bilateral produjo de manera significativa una mejoría mayor que la unilateral en cuanto a los parámetros seminales.⁶

Pasqualotto, et al (2005) diagnosticaron el "varicocele subclínico" derecho mediante ultrasonido (midiendo el diámetro de la vena espermática, sin determinar la existencia o no de RVE), en hombres infértiles con varicocele izquierdo grado II o III y palpación negativa en el hemiescrotal derecho. A todos se les realizó corrección quirúrgica bilateral. El grupo control estuvo integrado por sujetos también con varicocele izquierdo grado II o III, pero con ultrasonido derecho negativo, a los cuales se les practicó corrección unilateral. La evolución posoperatoria reveló un aumento significativo de la concentración de espermatozoides y un mayor índice de embarazos en el grupo de estudio en comparación con el control.⁷

Elbendary y Elbadry (2009), (según se señala en el artículo que comentamos), en un estudio comparativo entre cirugía unilateral y bilateral en individuos con varicocele izquierdo palpable, palpación escrotal derecha negativa y RVE derecho, encontraron mejores resultados en cuanto a concentración, movilidad y morfología de los espermatozoides, e índice de embarazos, en los pacientes operados bilateralmente.⁸ Por el contrario, Zheng et al. (2009), en una investigación comparable con la anterior, no se demostraron diferencias significativas en los referidos parámetros, entre los pacientes tratados mediante intervención unilateral o bilateral.⁹

4. Guías prácticas

Las más recientes guías prácticas sobre el tema publicadas por la American Urological Association (2001),¹⁰ la European Association of Urology (2013 y 2015),^{11,12} el Instituto Mexicano del Seguro Social (2013),¹³ la American Society for Reproductive Medicine (2014),¹⁴ la Society for Male Reproduction and Urology (2014)¹⁴ y la European Society of Paediatric Urology (2015)¹² señalan que:

- No existe evidencia de que la corrección del RVE (sea izquierdo o derecho), en ausencia de varicocele homolateral palpable, repercuta beneficiosamente sobre la fertilidad.
- No existe evidencia de que la corrección del RVE (sea izquierdo o derecho) en la edad pediátrica ofrezca mejores resultados andrológicos que una operación realizada más tarde.

De lo anterior derivan las siguientes recomendaciones por consenso:

- La búsqueda y la corrección del RVE no deben realizarse en adultos o adolescentes sin varicocele homolateral palpable.
- Debe realizarse su corrección en adolescentes con hipotrofia testicular homolateral asociada.

Como es sabido, las guías prácticas se basan en la evidencia estadística, y muchas veces desestiman lo que no ha sido probado por esa vía.^{15,16} Con el propósito de facilitar la actuación médica, intentan establecer generalidades para la población, que habrán de aplicarse o no al caso individual, ya que no pretenden violar la autonomía clínica ni suplantar el juicio médico.¹⁷⁻¹⁹ Quien se adhiera estrictamente a ellas estará siguiendo la corriente del momento, pero puede correr el riesgo de distanciarse de la verdad.

5. Algoritmos y sistemas expertos

Eventualmente disponibles,²⁰ derivan de las guías prácticas, con las que comparten bondades y limitaciones.

6. Consultas a expertos, juntas médicas y listas de discusión

Permiten conocer los puntos de vista de otros colegas, basados en sus estudios y experiencias.

7. Experiencia, intuición y criterio del médico actuante

Son en última instancia (o a veces en primera) los que inclinarán la balanza a la hora de las decisiones.

El enfrentamiento al problema del RVE derecho ofrece, pues, al urólogo la posibilidad de conjugar la ciencia y el arte de la medicina, en bien del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caravia Pubillones I, Louro Pérez EL, Vela Caravia I. Importancia del varicocele derecho. Rev Cub Urol. 2017 [citado 31 May 2017];(1). [MEQ1] Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/262/308>
2. Gat Y, Gornish M, Navon U, Chakraborty J, Bachar GN, Ben-Shlomo I. Right varicocele and hypoxia, crucial factors in male infertility: fluid mechanics analysis of the impaired testicular drainage system. Reprod Biomed Online. 2006 [citado 31 May 2017];13(4):510-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648310606384>
3. Amelar RD, Dubin L. Right varicoelectomy in selected infertile patients who have failed to improve after previous left varicoelectomy. Fertil Steril. 1987;47(5):833-7. PMID: 3569559.

4. Kondoh N, Meguro N, Matsumiya K, Namiki M, Kiyohara H, Okuyama A. Significance of subclinical varicocele detected by a scrotal sonography in male infertility: A preliminary report. *J Urol.* 1993;150(4):1158-60 PMID: 8371378.
5. Grasso M, Lania C, Castelli M, Galli L, Rigatti P. Bilateral varicocele: impact of right spermatic vein ligation on fertility. *J Urol.* 1995 Jun;153(6):1847-8.
6. Scherr D, Goldstein M. Comparison of bilateral versus unilateral varicocelectomy in men with palpable bilateral varicoceles. *J Urol.* 1999;162(1):85-8.
7. Pasqualotto FF, Lucon AM, de Goes PM, Sobreiro BP, Hallak J, Pasqualotto EB, et al. Is it worthwhile to operate on subclinical right varicocele in patients with grade II-III varicocele in the left testicle? *J Assist Reprod Genet.* 2005;22:227-31.
8. Elbendary MA, Elbadry AM. Right subclinical varicocele: how to manage in infertile patients with clinical left varicocele? *Fertil Steril.* 2009 [citado 31 May 2017];92(6):2050-3. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028209012175>
9. Zheng YQ, Gao X, Li ZJ, Yu YL, Zhang ZG. Efficacy of bilateral and left varicocelectomy in infertile men with left clinical and right subclinical varicoceles: a comparative study. *Urology.* 2009;73(6):1236-40.
10. Sharlip ID, Jarow J, Belker AM, Darnewood M, Howards SS. Report on Varicocele and Infertility: an AUA Best Practice Policy; 2001 [citado 31 May 2017]. Disponible en: <https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Varicocele-Archive.pdf>
11. Jungwirth A, Diemer T, Dohle GR, Giwercman A, Kopa Z. EAU Guidelines of Male Infertility. 2013 [citado 31 May 2017]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/guideline/male-infertility/>
12. Tekgül S, Dogan HS, Erdem E, Hoebeker P, Kocvara R, EAU Guidelines on Paediatric Urology 2015: European Association of Urology and European Society of Paediatric Urology. 2015 [citado 31 May 2017]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/guideline/paediatric-urology/>
13. Diagnóstico y tratamiento de varicocele en los adolescentes y adultos en el primer y segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2013 [citado 31 May 2017]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/quiasclinicas/Pages/quias.aspx>
14. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Society for Male Reproduction and Urology. Report on varicocele and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2014;102:1556-60. [PubMed]
15. Trost LW, Nehra A. Guideline-based management of male infertility: why do we need it? *Indian J Urol.* 2011;27:49-57. [PMC free article] [PubMed]

16. Esteves SC, Chan P. A systematic review of recent clinical practice guidelines and best practice statements for the evaluation of the infertile male. *Int Urol Nephrol*. 2015;47:1441-56. [PubMed]
17. Graham R, Manchar M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E. Washington (DC): Institute of Medicine. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. National Academies Press; 2011 [citado 31 May 2017]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Reports/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Standards.aspx>
18. Falcón Hernández A, Navarro Machado VR. El método clínico y la medicina basada en la evidencia. Algunas consideraciones. *Medisur*. 2010;8(5 Suppl):131-3.
19. Moreno Rodríguez MA. *El método clínico. Lecturas y lecciones*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
20. Algorithm for varicocele management. [MEQ2] [citado 31 May 2017]. Disponible en: [http://sprout038.sprout.yale.edu/imagefinder/Figure,\\$DirectLink.direct?state:Figure=Br00ABXcRAAAA](http://sprout038.sprout.yale.edu/imagefinder/Figure,$DirectLink.direct?state:Figure=Br00ABXcRAAAA)
[AQAAcMrvY3VtZW50SWRzcqARamF2YS5sYW5nLkludGVnZXIS4qCk94GHOAIAAUkABXZhbHVleHIAEGph dmEubGFuZy5OdW1iZXKGrJUdC5TgiwIAAHhwAAoi5A%3D%3D](http://sprout038.sprout.yale.edu/imagefinder/Figure,$DirectLink.direct?state:Figure=Br00ABXcRAAAA)

Recibido: 21 de junio de 2017.

Aprobado: 23 de noviembre de 2017