



CASO: SOLICITUD DE REVERSIÓN DE VASECTOMÍA EN VARÓN VIH CON PAREJA SERODISCORDANTE

CASE: REQUEST FOR VASECTOMY REVERSION IN HIV MALE WITH SERODISCORDANT COUPLE

JOSÉ JARA RASCON*, ESMERALDA ALONSO SANDOICA**

* *Servicio de Urología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

** *Centro de Salud Hermanos García Noblejas. Madrid*

La indicación quirúrgica de la vasectomía puede ocasionar diferentes conflictos éticos a quienes la practican en los equipos de Urología o ser aceptada acríticamente. La indicación de la misma obedece habitualmente al concepto de medicina satisfactiva¹, por contraposición al concepto de medicina asistencial. Puede conllevar, por tanto, un diferente tratamiento legal respecto a sus posibles complicaciones y, debido a que el fin de esta cirugía es provocar una esterilización de facto en personas sanas, se la suele considerar como uno de los posibles actos a los que se puede presentar objeción de conciencia, ya que su finalidad habitual no entra dentro de los fines propios de la medicina. No se trata con esta técnica de prevenir, paliar o curar enfermedades sino de lesionar, por voluntad propia, un organismo sano y con la intencionalidad de que ese daño sea irreversible². El presente caso clínico trata una situación en la que se solicita la reparación de esta cirugía.

Se presenta en consulta un varón de 38 años de edad al que se realizó una vasectomía a petición propia en otro centro aproximadamente hace 7 años, momento en el que no tenía pareja estable. Como parte de la historia clínica, se encuentra el hecho de que el paciente ha sido diagnosticado de infección HIV, que se encuentra actualmente en remisión siguiendo tratamiento antiretroviral de alta eficacia (TARGA) y en seguimiento por el servicio

de Enfermedades Infecciosas de su hospital de referencia. También ha sufrido Hepatitis C y ha sido toxicómano adicto a drogas por vía parenteral, situación que parece haber abandonado. Como parte de la conversación mantenida con él, refiere que actualmente vive una situación de pareja estable y que desea tener descendencia. Su mujer, que le acompaña en esta consulta, manifiesta que no le importa el riesgo de un posible contagio del HIV a través de las relaciones sexuales que puedan tener para conseguir el deseado embarazo y, por otra parte, en una consulta anterior, ya se les ha informado sobre la posibilidad de intentar la consecución del embarazo mediante una técnica de reproducción asistida adoptada para estas situaciones que evitaría el contacto directo con el líquido seminal, pero ambos rechazan esa posibilidad ya que desean conseguir la gestación de modo espontáneo.

Este caso suscita en la persona que les atiende una serie de cuestiones que escapan al carácter pragmático de la indicación habitual de una cirugía de recanalización de conductos espermáticos, habitualmente denominados conductos deferentes. Esta técnica, que recibe el nombre de vaso-vasostomía, es lo que el paciente está solicitando y requiere el empleo de microscopio sobre el campo quirúrgico, además de contar con un cirujano experto en microcirugía, para poder ser realizada con posibilidades de éxito. Teniendo en cuenta

* Correspondencia: Servicio de Urología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. E-mail: jose.jara@salud.madrid.org

todo ello, los interrogantes se podrían sintetizar en las siguientes consideraciones:

- ¿Realizar la reversión de la vasectomía en este caso significa colaborar en una posible transmisión de la infección HIV a su pareja?
- ¿Es ético, además, asumir el riesgo de que el niño concebido de esta forma adquiera la infección colaborando activamente en este proceso?
- ¿Se debe respetar la autonomía de las decisiones en este caso?
- Si se produce el contagio y alguien aconseja a la pareja que interpongan una demanda judicial, ¿puede haber consecuencias legales para el cirujano aunque la información sobre riesgos haya quedado descrita en el correspondiente documento de Consentimiento Informado?

Con estos interrogantes abiertos, el caso se presentó en una sesión clínica interdisciplinar en la que se pudo recabar algo más de información sobre la situación descrita.

En primer lugar, habría que tener en cuenta el riesgo de contagio del VHC que es independiente de la transmisión del virus VIH, lo que la esposa del paciente parece no percibir. Por otra parte, la mayor o menor posibilidad de contagio no dependería estrictamente de la cirugía de recanalización de los conductos espermáticos, ya que la carga viral no depende de la presencia o no de espermatozoides en el eyaculado sino realmente del contacto con el líquido seminal a través de las relaciones sexuales sin métodos de barrera. A este respecto, una revisión Cochrane de estudios sobre la transmisión del Sida en parejas serodiscordantes³, en las que uno de ellos es transmisor de la infección y el otro aún no está infectado, concluyó que el uso consistente de métodos de barrera como el preservativo no anula totalmente la posibilidad de contagio, sino que reduce la incidencia del HIV en un 80%, teniendo en cuenta que la posibilidad de contagio se estimó ser de un riesgo relativo de 5,75 por 100 personas/año en las parejas que no usaban ninguna prevención. Esta tasa de contagio es acumulativa de año en año transcurrido para

cada pareja, ya que lógicamente la posibilidad de contagio depende del número de relaciones mantenidas.

Adicionalmente, a pesar de que se sabe que la posibilidad de contagio entre parejas serodiscordantes es más bajo si se está siguiendo el tratamiento antiretroviral pautado de modo consistente, siendo por ello la carga viral más baja, el virus puede seguir estando presente en las secrecciones genitales. Un amplio estudio sobre 2.521 parejas heterosexuales detectó cuatro contagios de hombre a mujer en personas con niveles de VIH-1 indetectables⁴. La infección de los neonatos, en cambio, suele ocurrir en el momento del parto, por exposición del recién nacido a sangre infectada de la madre. La práctica de la cesárea reduce sustancialmente este riesgo y, en madres tratadas, ocurre en menos del 1% si el tratamiento es eficaz. Aún así, el embarazo en una mujer seropositiva tiene otros problemas añadidos, derivados de la infección o de los propios fármacos antirretrovirales, ya que hay más riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro o bajo peso al nacer. El uso de inhibidores de la proteasa incrementa el riesgo de diabetes gestacional y no se puede descartar a priori el efecto teratogénico de algunas de estas medicaciones⁵.

Como alternativa al embarazo natural para estos casos se han diseñado las técnicas de reproducción asistida previo lavado seminal (*washout* espermático). Esta técnica reduce el riesgo de transmisión heterosexual del VIH, aunque el beneficio añadido de este abordaje sobre la supresión de la viremia con antiretrovirales en el varón se desconoce. El mayor problema de esta técnica es la baja tasa de éxito reproductivo, no superior al 30-50%. A esto hay que añadir su alto coste, falta de cobertura por el Sistema Nacional de Salud o largas listas de espera. Por todo ello, expertos en el manejo de estos enfermos no desaconsejan totalmente la concepción natural reduciendo las relaciones a los días fértiles del ciclo femenino para minimizar en la mayor medida posible el riesgo de contagio.

Aún con esta información adicional, los interrogantes siguieron abiertos sin dilucidar de modo claro cuál debe ser la actuación correcta en este tipo de situaciones, quedando el caso abierto para su discusión ético-legal

Referencias

1. Vargas C, Arimany J, Gomez EL, et al. Responsabilidad profesional médica en embarazo postvasectomía. *Actas Urológicas Españolas* 2016; 40 (6): 400-405
2. Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, et al. Guía Clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la vasectomía. *Actas Urológicas Españolas* 2012; 36 (5): 276-281
3. Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. The Cochrane Collaboration. In: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003255.html>
4. Baeten J. *Science Trans Med* 2011; 3: 77ra29/77ps11
5. Labarga P, Troya J, Barreiro P, González-Lahoz J, Soriano V. *Adolescentes frente al Sida*. Ed Fundación Investigación y Educación en Sida. Madrid. 2007. 24.

