

aspermia – aspermia

Authored by
memjavad

October 30, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *aspermia – aspermia*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2190>

Aspermia

Primary Disciplinary Field(s): Andrología, Urología, Endocrinología Reproductiva

1. Definición Central

La aspermia, en el contexto de la medicina reproductiva y la andrología, se define como la ausencia total de [semen](#) eyaculado durante el orgasmo o la estimulación sexual. Es fundamental diferenciar rigurosamente la aspermia de la azoospermia; mientras que la aspermia implica la falta de volumen seminal (cero mililitros), la azoospermia se refiere a la ausencia de espermatozoides en un volumen seminal presente. Por lo tanto, la aspermia es un trastorno de la eyaculación, mientras que la azoospermia es un trastorno de la calidad espermática, aunque la aspermia siempre resulta inherentemente en una infertilidad absoluta debido a la imposibilidad de depositar gametos masculinos en el tracto reproductivo femenino.

Este concepto clínico representa una manifestación de la disfunción eyaculatoria, siendo la [anejaculación](#) (la incapacidad de eyacular) la causa subyacente más frecuente, aunque no la única. La aspermia requiere una evaluación diagnóstica exhaustiva para determinar si la ausencia de fluido se debe a un fallo en la emisión (la fase glandular y ductal), un fallo en la expulsión (la fase muscular uretral), o una obstrucción anatómica completa de los conductos seminales y eyaculatorios. La identificación precisa de la etiología es crucial, ya que el manejo terapéutico y las opciones de fertilidad asistida varían drásticamente dependiendo de si la patología es obstructiva, neurológica o farmacológica.

Desde una perspectiva fisiológica, la eyaculación es un reflejo complejo del sistema nervioso simpático y parasimpático que consta de dos fases interconectadas: la fase de emisión, donde los fluidos de los testículos, epidídimos, vesículas seminales y próstata se mezclan en la uretra posterior, y la fase de expulsión, donde el esfínter vesical se cierra para evitar el reflujo urinario y los músculos bulbocavernosos y pélvicos se contraen rítmicamente para expulsar el semen a través del meato uretral. La aspermia se produce cuando una de estas fases falla completamente, o cuando los conductos que transportan el fluido están ausentes o bloqueados, resultando en la experiencia subjetiva del orgasmo sin la liberación de fluido perceptible, lo cual puede generar una significativa angustia psicológica y reproductiva en el individuo afectado.

2. Etimología y Contexto Histórico

El término **aspermia** tiene raíces griegas, derivado del prefijo privativo "a-" que significa "sin" o "ausencia de", y "sperma" (σπέρμα), que significa "semilla" o "semen". Históricamente, en la medicina antigua y premoderna, existía una considerable confusión terminológica entre la ausencia de fluido seminal (aspermia) y la infertilidad causada por la ausencia de la capacidad

fecundante del semen (azoospermia o esterilidad). No fue sino hasta el desarrollo de la microscopía en el siglo XVII, y posteriormente, el auge de la urología y la endocrinología reproductiva en los siglos XIX y XX, que se logró establecer una distinción clínica y patológica clara entre estas condiciones.

La comprensión moderna de la aspermia como una entidad clínica diferenciada se consolidó con el avance en el conocimiento de la neurofisiología de la eyaculación. La descripción detallada de la función del sistema nervioso autónomo en la coordinación de la emisión y la expulsión permitió a los clínicos clasificar las causas de la aspermia, especialmente aquellas relacionadas con lesiones de la médula espinal o neuropatías diabéticas, que afectan los reflejos eyaculatorios. Antes de esta comprensión neurológica, muchos casos de aspermia eran simplemente clasificados como formas de impotencia o esterilidad sin una etiología específica conocida, lo que limitaba drásticamente las opciones terapéuticas y el pronóstico reproductivo.

El contexto histórico también revela que la aspermia ha cobrado una mayor relevancia diagnóstica y social con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida (TRA). Dado que la aspermia no necesariamente implica la ausencia de espermatozoides viables en los testículos o el epidídimo, la posibilidad de recuperar esperma quirúrgicamente (mediante técnicas como TESE o PESA) ha transformado el pronóstico de fertilidad para muchos pacientes. Este desarrollo ha forzado a la andrología contemporánea a refinar sus métodos diagnósticos para distinguir rápidamente las causas de la aspermia que son tratables médicamente de aquellas que requieren intervención quirúrgica para la recuperación de gametos.

3. Clasificación y Tipos de Aspermia

La aspermia se clasifica habitualmente en función de la etiología subyacente que impide la liberación del semen. Aunque la manifestación clínica es la misma (ausencia de eyaculado), la diferenciación causal es esencial para el manejo. Los tipos principales se dividen en aspermia secretora/obstructiva y aspermia funcional (anejaculación), siendo esta última la más prevalente en la práctica clínica.

El primer tipo incluye la aspermia obstructiva total o la aspermia debida a la ausencia congénita de estructuras productoras de fluido. La obstrucción completa de los conductos eyaculadores, aunque rara, puede impedir que los fluidos seminales se mezclen y salgan. Más común es la [agenesia bilateral de los conductos deferentes](#) (CAVD), una condición a menudo asociada con mutaciones en el gen CFTR (fibrosis quística), donde los conductos que transportan el esperma y parte del fluido seminal están ausentes. En estos casos, aunque el orgasmo se produce, no hay emisión de fluido. El segundo tipo, la aspermia funcional o anejaculación, se caracteriza por la incapacidad del sistema nervioso para coordinar el reflejo eyaculatorio, lo cual puede ser primario (el paciente nunca ha eyaculado) o secundario (pérdida de la capacidad de eyacular después de

un periodo normal).

Un diagnóstico diferencial crítico que debe excluirse es la **eyaculación retrógrada**, una condición donde el semen es emitido hacia la vejiga en lugar de ser expulsado por el meato uretral debido a un fallo en el cierre del esfínter vesical. Aunque el paciente experimenta un "orgasmo seco", no es aspermia verdadera, ya que el fluido seminal sí se produce y se deposita, aunque en un lugar incorrecto. La eyaculación retrógrada se distingue fácilmente mediante un análisis de orina post-coital, que revelará la presencia de espermatozoides. La aspermia verdadera, por otro lado, implica la ausencia total de semen recuperable, tanto en la uretra como en la vejiga, lo que apunta a un fallo en la fase de emisión o una obstrucción completa.

4. Etiología y Causas Detalladas

Las causas de la aspermia son diversas y se pueden categorizar en factores neurológicos, farmacológicos, anatómicos y psicógenos, aunque las primeras tres categorías son las responsables de la gran mayoría de los casos. Las causas **neurológicas** son quizás las más complejas y comunes, involucrando daños o disfunciones en las vías nerviosas simpáticas que controlan la emisión seminal. Esto incluye lesiones de la médula espinal (especialmente aquellas por encima de T10), neuropatías periféricas severas (frecuentes en pacientes con diabetes mellitus de larga evolución, esclerosis múltiple), o cirugías pélvicas radicales (como la linfadenectomía retroperitoneal o la prostatectomía radical) que inevitablemente interrumpen los nervios simpáticos y parasimpáticos responsables del reflejo eyaculatorio.

Las causas **farmacológicas** representan una etiología reversible importante. Ciertos medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo pueden inhibir el reflejo eyaculatorio o causar eyaculación retrógrada, que a menudo se presenta clínicamente como aspermia. Los fármacos más notables incluyen los alfabloqueantes (utilizados para tratar la hipertensión o la hiperplasia prostática benigna, como la tamsulosina), algunos antidepresivos tricíclicos, y ciertos antipsicóticos. La interrupción o el ajuste de la dosis de estos medicamentos a menudo resuelve la aspermia, destacando la importancia de una anamnesis farmacológica detallada en el diagnóstico.

Finalmente, las causas **anatómicas y congénitas** son estructurales. La ya mencionada agenesia congénita bilateral de los conductos deferentes (CAVD) es una causa obstructiva, pero también existen casos de obstrucción adquirida de los conductos eyaculadores debido a infecciones crónicas (como la tuberculosis o la gonorrea) o calcificaciones. Rara vez, la aspermia puede ser consecuencia de una deficiencia hormonal severa (hipogonadismo), donde la falta de estimulación androgénica resulta en una producción glandular seminal insuficiente, aunque en estos casos es más común observar un volumen seminal extremadamente bajo (hipospermia) que una aspermia total.

5. Diagnóstico Clínico y de Laboratorio

El proceso diagnóstico de la aspermia es secuencial y comienza con una historia clínica y sexual detallada. Se debe determinar si la condición es primaria o secundaria, si el paciente experimenta orgasmo (lo que indica que la función neurológica somática es parcialmente intacta), y si hay antecedentes de lesiones medulares, cirugías pélvicas, diabetes o uso de medicamentos relevantes. El examen físico se centra en la evaluación de los genitales, prestando especial atención a la palpación de los conductos deferentes y el tamaño testicular, ya que la ausencia de los deferentes es un fuerte indicativo de CAVD.

La prueba de laboratorio cardinal es el **análisis de orina post-coital**. Se solicita al paciente que orine inmediatamente después de un orgasmo seco. Si se detectan espermatozoides en la orina, el diagnóstico es eyaculación retrógrada, no aspermia. Si no se detectan espermatozoides ni semen en la orina, se confirma la aspermia, lo que obliga a investigar causas funcionales u obstructivas. A esto le sigue una evaluación hormonal (FSH, LH, testosterona, prolactina) para descartar hipogonadismo severo como factor contribuyente.

Para la investigación anatómica, la **ecografía transrectal (ETR)** es el método de elección. La ETR permite visualizar la próstata, las vesículas seminales y los conductos eyaculadores. Esta técnica es invaluable para identificar signos de obstrucción (quistes o dilatación de los conductos) o agenesia de las vesículas seminales. Si la sospecha es alta para CAVD, se recomienda el cribado genético del gen CFTR, dado que la aspermia obstructiva puede ser la única manifestación de una forma atípica de fibrosis quística. La combinación de la historia clínica, el análisis de orina y la ETR generalmente permite establecer la etiología precisa de la aspermia.

6. Implicaciones Terapéuticas y Manejo

El manejo de la aspermia está intrínsecamente ligado a su causa subyacente y al objetivo reproductivo del paciente. El tratamiento se divide generalmente en abordajes médicos, quirúrgicos y de reproducción asistida.

En casos de aspermia **farmacológica**, la primera línea de acción es la modificación o interrupción del medicamento causante, siempre bajo supervisión médica. Si la causa es **neurológica** (anejaculación por lesión medular o neuropatía), el manejo es más desafiante. Se pueden intentar tratamientos farmacológicos (como la pseudoefedrina o la imipramina, aunque su uso es limitado en casos de lesión medular severa) o, más comúnmente, técnicas de estimulación. La **estimulación vibratoria peneana** (PVS) y la electroeyaculación (EEJ) son métodos efectivos para inducir la eyaculación y recuperar semen en pacientes con lesiones medulares, permitiendo así la recolección de esperma para TRA. La electroeyaculación, aunque invasiva, es particularmente efectiva en lesiones más altas.

Para la aspermia **obstructiva**, el tratamiento puede ser quirúrgico. Si se identifica una obstrucción de los conductos eyaculadores (por ejemplo, un quiste), la resección transuretral de los conductos eyaculadores (TURED) puede restaurar la permeabilidad y la eyaculación normal. Sin embargo, en casos de CAVD o cuando la cirugía reconstructiva no es viable o deseada, el manejo se centra en la recuperación quirúrgica de espermatozoides directamente del epidídimo (PESA) o del testículo (TESE). Los espermatozoides recuperados se utilizan posteriormente en procedimientos de fecundación *in vitro* (FIV) o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), ofreciendo una alta probabilidad de concepción a pesar de la incapacidad de eyacular.

7. Impacto Psicosocial y Ético

La aspermia, al ser una condición que afecta directamente una función sexual primaria y la capacidad reproductiva natural, conlleva un significativo impacto psicosocial. Los pacientes a menudo experimentan ansiedad, depresión, y una disminución de la autoestima o la masculinidad percibida. El orgasmo seco puede ser frustrante y la necesidad de recurrir a intervenciones médicas o quirúrgicas para la paternidad añade estrés a la relación de pareja. Es fundamental que el manejo de la aspermia incluya apoyo psicológico y consejería sexual, ayudando al paciente a disociar la función eyaculatoria de la experiencia del orgasmo y de la identidad sexual.

Desde una perspectiva ética, la aspermia plantea consideraciones importantes, especialmente cuando está ligada a condiciones genéticas como las mutaciones del gen CFTR. Si la aspermia es causada por CAVD, la pareja debe recibir consejería genética para evaluar el riesgo de transmitir la mutación de la fibrosis quística a la descendencia. Además, el uso de técnicas invasivas como la electroeyaculación o la recuperación quirúrgica de esperma requiere un consentimiento informado exhaustivo, equilibrando los deseos de fertilidad con los riesgos inherentes a los procedimientos.

Finalmente, la aspermia subraya la necesidad de una comunicación abierta entre urólogos, endocrinólogos, genetistas y especialistas en fertilidad. El éxito en el manejo no solo se mide por la restauración de la eyaculación o la consecución de un embarazo, sino también por la mejora en la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente. El avance continuo en las TRA asegura que, incluso en los casos más complejos de aspermia funcional u obstructiva, la paternidad biológica sigue siendo una meta alcanzable para la mayoría de los individuos afectados.

8. Lecturas Adicionales

[Wikipedia: Aspermia](#)

[Mayo Clinic: Male Infertility \(General overview of ejaculatory disorders\)](#)

[NCBI Bookshelf: Congenital Absence of the Vas Deferens \(CAVD\)](#)