

Varicocele. Protocolo diagnóstico y terapéutico (*)

Dres. GOMEZ, E. J. C.; JEAMAIRE, E.; LAZZARINI, H.; MAZZA, O. N.; REY VALZACCHI, G.; ROSENFELD, C. y VAZQUEZ, J.

La existencia del varicocele y su efecto deletereo sobre el testículo, ya fue mencionado por algunos médicos hace muchos siglos.

Amelius Cornelius Celsus, quien vivió entre los años 42 a.C. y 37 d.C. dejó escrito: "Pero cuando la enfermedad se ha extendido también sobre el testículo, su cordón se elonga y éste llega a ser más pequeño que su compañero, la nutrición se ha vuelto defectuosa". Con lo cual hace clara alusión a la hipotrofia de la gonada afectada.

A fines del siglo pasado y durante la primera mitad del actual, varios autores se han ocupado del varicocele y su relación con la fertilidad masculina.

Pero la comunicación que más ha conmovido a la opinión médica, fue el caso reportado en 1952 a la Sociedad Médica de Edimburgo, por el Dr. W. Selby Tulloch (cirujano británico), quien refirió la recuperación de la espermatogénesis (a los 3 meses) y posterior embarazo (a los 9 meses) de un joven azoospermico de 27 años, luego de la corrección quirúrgica de un varicocele bilateral por vía alta.

Desde entonces la cirugía del varicocele ha constituido uno de los procedimientos terapéuticos más utilizados en la infertilidad masculina.

Sin embargo, y a pesar del interés de numerosos investigadores y de la extensa bibliografía publicadas en las últimas décadas, el enigma del varicocele idiopático y su relación con la fertilidad aún siguen siendo motivo de controversia.

A pesar de ello, la mayoría de las opiniones médicas en la actualidad aceptan el criterio de que el varicocele sería responsable de infertilidad o subfertilidad masculinas y

recomiendan su tratamiento quirúrgico, cuando éste es un factor evidente.

En la presente comunicación hemos querido resumir alguno de los aspectos más importantes referidos a esta patología, además de pautar su indicación terapéutica en las distintas circunstancias que se pueden presentar.

Muchos de los datos y conductas aquí expresados están tomados de la bibliografía nacional e internacional y de la experiencia personal de quienes nos hemos reunido para unificar criterios.

Por ser el varicocele una entidad clínica en discusión y sobre el cual existen muchas incógnitas, no dudamos que los conceptos aquí vertidos puedan ser discutibles o modificables a la luz de nuevos aportes.

DEFINICION

Es un síndrome anatomoclínico caracterizado por dilatación y elongación de las venas del cordón espermático e inversión del flujo sanguíneo venoso.

INCIDENCIA

Población general: 15% (8 - 22%)

Población infértil o subfértil: 30% (21 - 39%)

LOCALIZACION:

Varicocele izquierdo: 78 - 85%

Varicocele bilateral: 13 - 18%

Varicocele derecho: 1 - 2%

CLASIFICACION CLINICA

(1) Varicocele primario o idiopático (etiología no conocida)

(2) Varicocele secundario o sintomático (etiología obstructiva)

(*) Trabajo elaborado por el subcomité de disfunciones sexuales y esterilidad de la Sociedad Argentina de Urología.
Coordinador: Dr. José Vázquez.

CLASIFICACION DEL VARICOCELE PRIMARIO O IDIOPATICO

DENOMINACION	CARACTERISTICAS EXAMINANDO AL PACIENTE EN POSICION DE PIE			
	TAMAÑO	GRADO	VISIBLE	PALPABLE S/VALSALVA
Grande	III	Si	Si	Si
Moderado	II	No	Si	Si
Pequeño	I	No	No	Si

¿“Varicocele Subclínico” o “Insuficiencia Venosa Espermiática” o “Incompetencia Valvular Venosa”: (examen del paciente en posición de pie y realizando maniobra de Valsalva) No se detectan dilataciones de la venas del cordón espermiático. Con métodos de diagnóstico complementarios se percibe un reflujo venoso espermiático prolongado.

ACCION PATOGENA

- Hipospermatogénesis de grado variable.
- Hipotrofia testicular de grado variable.
- Disminución de la consistencia testicular.
- Sensación de pesadez escrotal.
- Dolor gonadal (poco frecuente).
- Flebitis (poco frecuente)
- Problemas estéticos (poco frecuentes)
- ¿Problemas laborales?

FISIOPATOLOGIA DE HIPOESPERMATOGENESIS (teorías)

- Incremento de la temperatura escrotal.
- Hipoxia testicular.
- Reflujo de sustancias tóxicas adrenales.
- Insuficiencia de la maduración espermiática a nivel epididimario.
- Disminución de la síntesis de andrógenos testiculares.

ORIENTACION DIAGNOSTICA

INTERROGATORIO; a) tumoración de bolsa escrotal; b) disconfort escrotal; c) antecedentes heredofamiliares de várices, hemorroides o varicocele.

EXAMEN FISICO: inspección y palpación del área genital con el paciente acostado y en posición de pie (con y sin maniobra de Valsalva).

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: a) Doppler; b) flebografía; c) scanning radioisotópico; d) flebografía.

CONDUCTA TERAPEUTICA EN EL VARICOCELE PRIMARIO

INDICACION DE CORRECCION QUIRURGICA;

- Varicocele sintomático.
- En el niño prepuberal.
- En jóvenes púberes y adolescentes (en quienes no se puede realizar el espermograma) con hipotrofia testicular homolateral significativa.
- En adolescentes y adultos con demanda de fertilidad y con 2 ó 3 espermogramas patológicos.
- Por razones estéticas en los grandes varicoceles.
- ¿Por razones laborales o preocupacionales?
- ¿En el varicocele subclínico?
- Adultos con espermogramas normales, pero con capacidad fecundante alterada.

INDICACION DE VIGILANCIA Y CONTROL PERIODICO:

- En jóvenes púberes y adolescentes sin lesión trófico testicular significativa.
- En adolescentes y adultos con demanda de fertilidad y con 2 ó 3 espermogramas normales.

SIN INDICACION DE CIRUGIA NI CONTROL PERIODICO: En adultos asintomáticos y sin demanda de fertilidad (con o sin espermogramas normales o patológicos)

TECNICAS QUIRURGICAS RECOMENDADAS: Corrección quirúrgica por vía alta (técnicas de Bernardi o Ivanissevich).

CONDUCTA EN EL VARICOCELE BILATERAL: Corrección quirúrgica bilateral.

CONDUCTA EN EL VARICOCELE RECIDIVADO: Reintervención quirúrgica con flebografía intraoperatoria.

CUANDO REALIZAR BIOPSIA TESTICULAR SIMULTANEA: En pacientes azoospermicos y oligozoospermicos severos (ambos normogonadotróficos), para descartar obstrucción canalicular o como factor pronóstico.

CONCLUSIONES

- No todo varicocele debe operarse.
- La conducta terapéutica dependerá del motivo de consulta, síntomas, edad del paciente, hallazgos clínicos y el deseo o no del paciente por conservar o recuperar su capacidad fertilizante.
- Todos los pacientes con indicación de cirugía deben ser informados sobre las posibles recidivas del varicocele y los probables fracasos terapéuticos respecto a la recuperación o preservación de la capacidad fertilizante.