

Por el Doctor

JUAN IRAZU

HIDROCELE QUIRURGICO

ES el derrame de la vaginal que aparece después de algunas intervenciones quirúrgicas vecinas a las bolsas, como la resección venosa por varicocele.

Nuestra observación ha sido mencionada por cirujanos y urólogos, lo que descarta la posibilidad de un error de técnica.

Lowsley y Kirwin (7) citan el hidrocele vaginal testicular entre las complicaciones de la flebotomía del plexo pampiniforme y agregan "no es raro que el hidrocele siga a la operación, dejando al paciente peor de lo que estaba antes de la misma".

Christman y sus colaboradores mencionan también el hidrocele como complicación de la vasectomía.

Thorek (10) no especifica la técnica empleada diciendo "el hidrocele es una complicación enojosa, para evitarla algunos cirujanos abren la túnica vaginal.

Casinelli (2) comenta el método de Ivanissevich y refiere que los enfermos así operados "en ninguno se ha notado inconveniente posterior".

Bernardi (1) modificando parcialmente la técnica de Ivanissevich no ha observado nunca esta complicación.

Nuestras intervenciones por varicocele en el Servicio de Cirugía General del Prof. Adolfo F. Landívar en el Hospital C. Argerich, alcanzan a 108, sobre un total de 10.000 afecciones quirúrgicas, tratadas hasta el año 1937.

Los procedimientos quirúrgicos practicados fueron diversos. Resección de las venas funiculares, orquidopexia vaginal e inversión (Posadas), 6 casos; resección de las venas funiculares con o sin orquidopexia entre ambos cabos venosos o la fijación inferior, al pilar interno del conducto inguinal (Arcolano, Petit, Freund, Pot-

ter. Narath, *Le Dentu*), 87 casos; resección de las venas funiculares, exoflebopexia (Del Valle), 6 casos; resección de la vena espermática en su nacimiento (Ivanissevich, 12 casos).

El mayor número de nuestros operados fué intervenido por el método más accesible al cirujano y aparentemente de menor riesgo quirúrgico. La resección venosa a nivel de la región inguinal es prácticamente de fácil realización. En cambio ella tiene los mismos inconvenientes de los otros procedimientos mencionados, es decir, la atrofia testicular por la ligadura involuntaria de las arterias del cordón, el hematoma y la embolia. Recientemente nos hemos ocupado de una complicación postoperatoria que creo no ha sido mencionada entre nosotros.

Se trata de un derrame de la vaginal testicular cuyo lento desarrollo recuerda el de las vaginalitis crónicas, evidenciándose algunos meses después de la operación del varicocele y otras veces de inmediato.

Este hidrocele no causa al enfermo molestia alguna, quien sólo extraña la presencia de una tumoración de la bolsa que antes no existía y cuyo tamaño puede ser variable. Dicha tumoración líquida, transparente, presenta signos clínicos semejantes al de las vaginalitis idiopáticas.

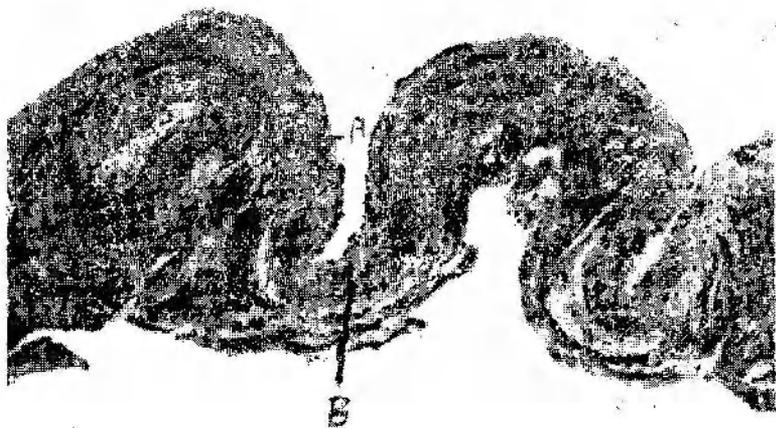
Existe pues una relación de causa a efecto entre el acto quirúrgico y este hidrocele que denominamos "Hidrocele Quirúrgico".

Su etiopatogenia, se explicaría por la rémora circulatoria de pequeñas venas no comprendidas en la ligadura del varicocele, que dan lugar a lesiones de vaginalitis testicular y derrame trasudado de la misma.

Normalmente el líquido que baña la serosa vaginal tiene los caracteres de la linfa, los de este trasudado son semejantes y contienen linfocitos, células endoteliales, monocitos, polinucleares, a veces algunos hematíes, y los elementos de la coagulación: trombógeno, trombina y antitrombina elaboradas por los leucocitos. La reacción de Rivalta es negativa. Como en los hidroceles idiopáticos, la acción de la antitrombina aumentaría cuanto más tiempo lleva el derrame. El examen bacterioscópico y del cultivo del líquido es negativo.

La vaginal parietal normal al examen microscópico, está formada por una capa profunda de fibras conjuntivas, fibras elásticas, vasos y nervios. Otra capa superficial o endotelial formada por una sola hilera de células poligonales, separadas por espacios o estomas que permiten la llegada de la linfa y los leucocitos.

Esta hoja vaginal presenta en sus capas más externas y parte subserosa un sistema de fibras musculares lisas que constituyen el cremáster interno. (Microfotografía 1 y 2).



Microfotografía 1. — Vaginal normal. a) Superficie serosa vaginal.
b) Tejido fibroso subseroso.

En el hidrocele quirúrgico esta serosa está espesada, muy fibrosa, contiene abundantes vasos sanguíneos de la túnica fibróide, con haces musculares e infiltrado linfocitario. (Microfotografía 3). A mayor aumento se observa el revestimiento vaginal, que se ha transformado de endoteliforme en cúbico: existe además un cierto grado de mortificación. (Microfotografía 4).

Ante una complicación de esta naturaleza nos habíamos propuesto hallar el método operatorio ideal para evitarla y optamos por los procedimientos que resecan el paquete venoso con eversión

de la vaginal testicular o la vena espermática en su porción ilíaca de Ivanissevich. Esta última técnica y las modificaciones introducidas por Hautz y Bernardi, que seccionan el segmento venoso en su por-



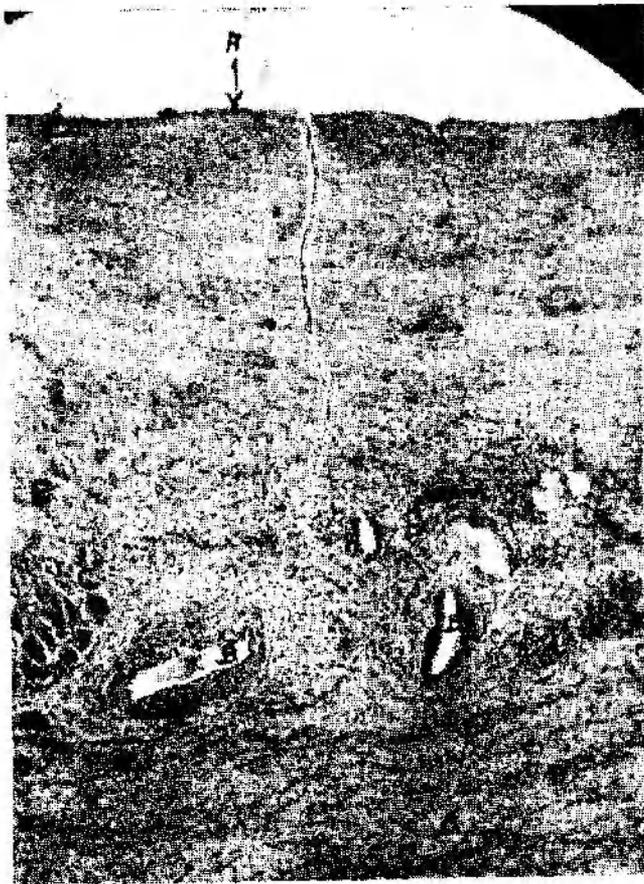
Microfotografía 2. — A mayor aumento. a) Serosa en parte su endotelio descamado. b) Tejido fibroso subseroso. c) Haces musculares.

ción inguinal, nos parecen más lógicos y creemos se impondrán definitivamente en la práctica.

Las críticas razonables que se le han hecho al método de Ivanissevich universalmente reconocido, recaen sobre las dificultades de la vía de abordaje. Este inconveniente habría sido eliminado feliz-

mente gracias a las modificaciones ya mencionadas del procedimiento original.

Vilar en 1935 da a conocer una nueva técnica para la operación del varicecele, que creemos le es personal. Consiste en la eversión



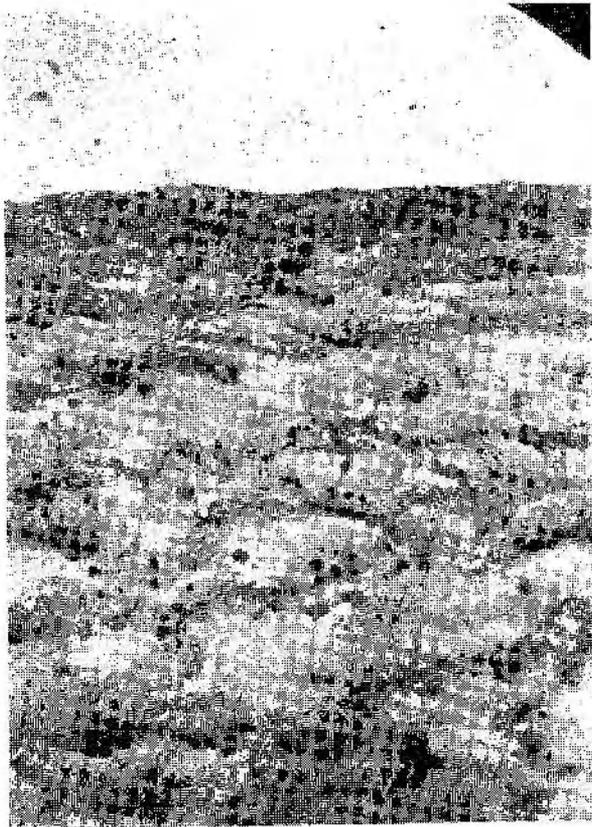
Microfotografía 3. — Vaginal del hidrocele quirúrgico. a) Vaginal espesada muy fibrosa. b) Vasos sanguíneos de la túnica fibróide. c) Haces musculares. d) Infiltrado linfocitario. e) Túnica fibróide.

total de la vaginal funiculotesticular sin resección venosa, cuyas ventajas serían semejantes a los métodos ya citados.

En síntesis, la elección de cualquiera de esos métodos evitaría definitivamente el hidrocele quirúrgico. Si tenemos en cuenta la

modalidad especial de los varicosos, verdaderos desequilibrados, neurasténicos y psicoasténicos, tiene importancia también el tratamiento del derrame.

Generalmente estos pacientes se niegan a una segunda inter-



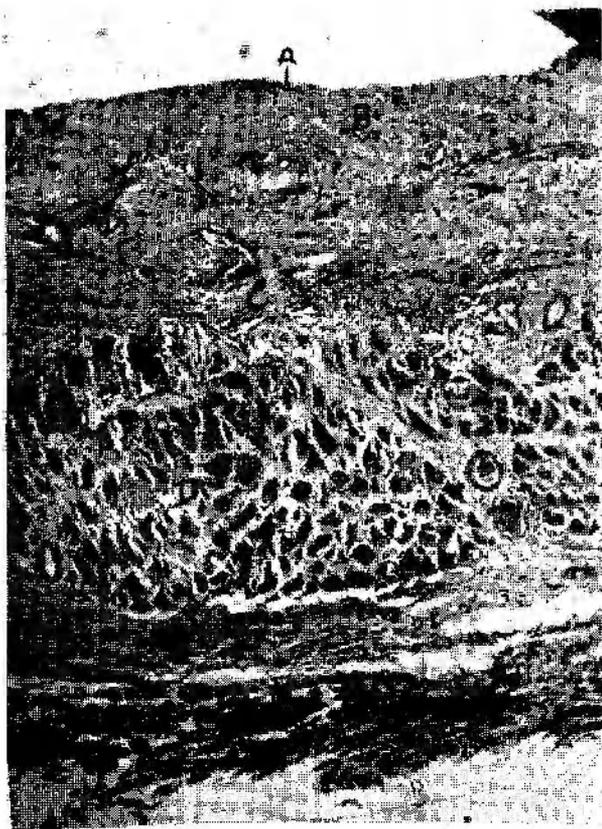
Microfotografía 4. — A mayor aumento. a) Revestimiento de la vaginal, en vez de endoteliforme es cúbico; además existe un cierto grado de mortificación.

vención, invocando las fallas del cirujano y su mala suerte. Por esta razón hemos elegido el tratamiento de las inyecciones modificadoras, que es aceptado por los enfermos con pocas reservas.

Seguimos la técnica clásica, evacuando previamente la vagi-

nal y medimos la cantidad del derrame; se inyectan por la misma aguja de punción la solución al 30 por ciento de clorhidrolactato doble de quinina y urea, en suero glicerinado.

La cantidad a inyectar depende del tamaño del hidrocele,



Microfotografía 5. --- Serosa vaginal después de la inyección esclerosante. a) Superficie serosa. b) Tejido fibroconjuntivo subseroso. c) Zona vascular algo infiltrada por elementos inflamatorios. d) Haces musculares.

y se hace en la proporción de 3 c.c. por cada 100 c.c. de líquido extraído. Si el derrame se repite, podremos inyectar una cantidad igual, hasta su completa curación, no siendo necesario por lo gené-

ral más de dos inyecciones para curarlo. Su efecto no altera el órgano noble testicular, ni la hoja parietal (microfotografías 5 y 6), pero en la cavidad vaginal se forma substancia de aspecto de aserrín mojado que al reabsorberse permite la coalescencia de las dos hojas serosas.



Microfotografía 6. — A mayor aumento. a) Superficie serosa.
b) Tejido fibroconjuntivo subseroso.

CASUÍSTICA

Nuestras observaciones alcanzan a un total de diez pacientes, cuya edad oscila entre los 24 años y de estado civil solero. Todos ellos fueron operados con técnica similar y sólo uno fué bilateral. Su evolución semejante no hace necesario sino el relato siguiente:

Observación 1. — F. V., 24 años, soltero, argentino. Hace 6 meses padece de un gran varicocele doloroso izquierdo. Operado el 20-IX-38, de resección venosa y orquidopexia por ligadura de ambos cabos vasculares. 23-XII-38. Hidrocele izquierdo postoperatorio. Se extraen por punción 90 c.c. de líquido claro y se inyectan 3 c.c. de líquido modificador, malaxando suavemente el testículo.

Durante los dos primeros días, el paciente acusaba un leve dolor que cedió a los paños fríos y al reposo; esto le permitió no interrumpir sus tareas.

La bolsa congestionada, de mayor tamaño, insensible, pero al octavo día desapareció toda reacción.

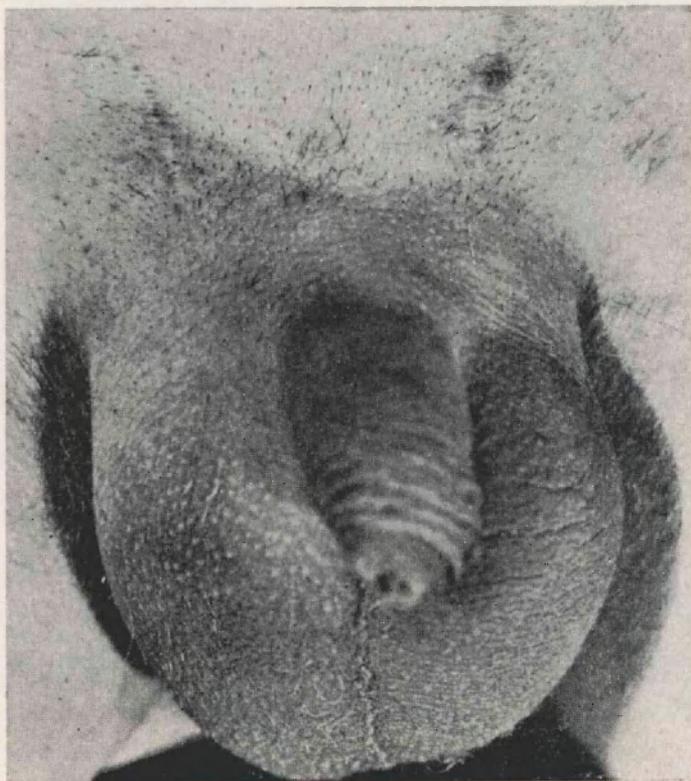


Foto 7. —Hidrocele quirúrgico bilateral después de la operación del varicocele. Cicatriz de la intervención.

Observación 2. — S. D., 24 años, soltero, argentino. Operado el 16-II-41 de varicocele bilateral con simple resección venosa. Su postoperatorio fué normal, pero a los 3 meses notó el aumento de hidrocele bilateral (Foto 7). Se pun-

ciona el lado izquierdo y se extraen 40 c.c. de líquido claro, inyectando 3 c.c. de líquido modificador. En el lado derecho se extraen 70 c.c. y se inyecta igual cantidad de líquido esclerosante.

La evolución en ambos lados es similar al caso anterior; la bolsa derecha

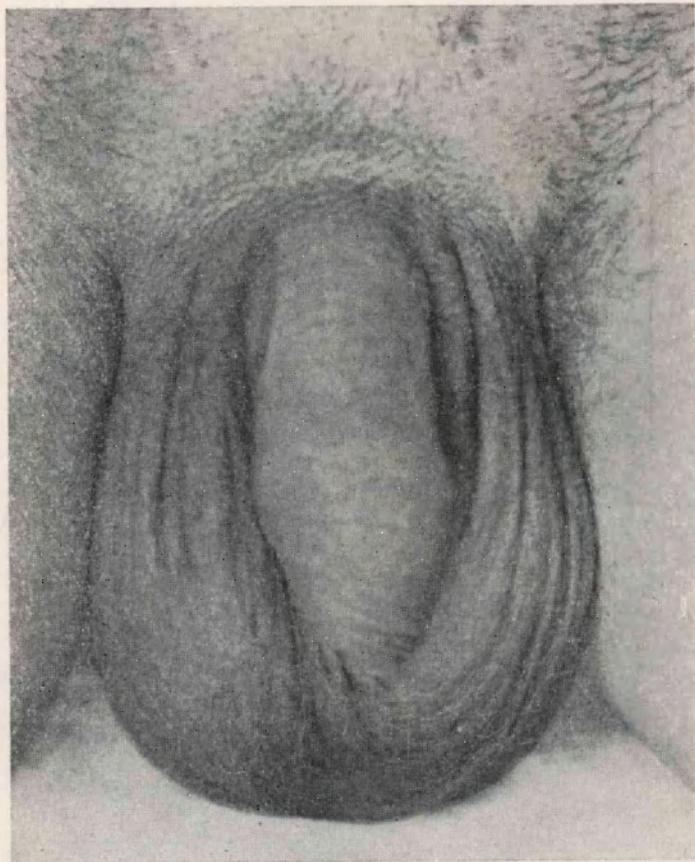


Foto 8. -- Después de la inyección esclerosante.

se cura, pero en la izquierda se produce un nuevo derrame de 40 c.c. que desaparece con una segunda inyección (Foto 8).

Observación 3. — F. P., 24 años, soltero, argentino. Varicocele izquierdo que aparece hace 3 años, no le causa molestias, pero debe operarse para ingresar

al trabajo. Operado el 15-IV-41. Se le resecan las venas del paquete anterior solamente. Visto el 29-IV-41. se comprueba un hidrocele de mediano tamaño. Se le propone la inyección modificadora, lo que no acepta momentáneamente (Foto 9).



Foto 9. — Hidrocele quirúrgico. Cicatriz operatoria del varicocele. (Abs. 3).

SINTESIS

Entendemos por hidrocele quirúrgico el derrame mecánico vaginal resultante de la operación del varicocele. Su existencia se ve en un 6 por ciento de operados. La evolución es más bien crónica, sin más síntomas que la tumoración. Su etiopatogenia probable mecánica sería debido a la falta de ligadura de algún paquete venoso del cordón.

Los métodos quirúrgicos ideales son a nuestro criterio los de la ligadura de la vena espermática antes de su ramificación o la eversión parcial o total de la serosa parietal. Ambos procedimientos los hemos puesto en práctica con excelentes resultados, dando preferencia a la ligadura de la vena espermática por su mejor sentido práctico. En presencia del hidrocele quirúrgico, hemos recordado la modalidad de los portadores de varicocele, casi en su mayoría con desequilibrio nervioso, sobre quienes es difícil y a veces imprudente realizar una nueva intervención. Por esa causa hemos practicado en ellos las inyecciones modificadoras con excelente resultado.

Debemos recordar también esta complicación desde el punto de vista legal, que puede ser motivo de juicio.

LITERATURA CONSULTADA

1. *Bernardí R.* — Tratamiento quirúrgico del varicocele. Conceptos y algunas modificaciones en su técnica. Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica ('41) (5).
2. *Casinelli A.* — El varicocele. Tesis de doctorado. Facultad de Ciencias Médicas ('27) (4).
3. *Chutro P.* — Consideraciones generales del tratamiento de hidrocele esencial. Lesiones de clínica quirúrgica ('38) (II), 81.
4. *Herman L.* — The practice of urology ('38), 650.
5. *Himan F.* — The principles and practice of urology ('37), 795.
6. *Irazú J. y Pujol A.* — El almosclerán como tratamiento del hidrocele. Arch. Médico del Hosp. Argerich ('38), T. II.
7. *Lowsley O. S. y Kirwin T. J.* — Clinical Urology ('0), T. II.
8. *Lagos García A. y Olascoaga M.* — Tratamiento de la hidrocele vaginal hidropático de la infancia. An. del Inst. de Ped. del Hosp. de Niños ('36), 39.
9. *Surraco L. A. y Herrera R. F.* — Procedimiento operatorio del hidrocele vaginal. Rev. Méd. Latino Americana ('32), XVII, 1558.
10. *Thorek M.* — Técnica quirúrgica moderna ('41), T. III, 806.
11. *Vilar G.* — Tratamiento quirúrgico del varicocele por eversión de la vaginal y fibrosa del cordón, con fijación al pilar externo. Rev. de la Asoc. Méd. del Hospital H. T. Alvear ('35), IV, 15.

DISCUSION

Dr. Schiappapietta. — *Con respecto a las indicaciones, estoy de acuerdo en que la manera de evitar el hidrocele es actuar sobre el fonículo en su porción más alta y ser lo menos traumattizante posible, limitándose a seccionar y ligar las venas. No estoy de acuerdo en hacer la evaginación del testículo como medio profiláctico.*

Como complemento, una inmovilización lo más prolija posible del escroto en el post-operatorio próximo, contribuye a los beneficios de la operación.

De manera que estoy de acuerdo con el doctor Irazú en lo primero, pero no en lo segundo.

Dr. Bernardi. — *Nosotros, en los 68 casos que llevamos seguidos, no hemos encontrado hidroceles que nos hayan movido a intervenir. Solamente hacemos la ligadura alta que se conoce ya; sin suspensor, y levantándolos precozmente. Algunos de esos casos los hemos seguido hasta dos años y medio.*

Dr. Irazú. — *Agardezco la contribución del doctor Schiappapietra y estoy en desacuerdo, momentáneamente, con su manera de pensar.*

En cuanto a lo que dice el doctor Bernardi, en mi trabajo están documentadas las fotografías de esas complicaciones, operaciones realizadas por otros cirujanos.