

Por el Doctor

JUAN IRAZU

## HIDROCELE QUIRURGICO CONSECUTIVO A UNA OPERACION DE IVANISSEVICH

EN un trabajo similar nos hemos referido a la aparición del hidrocele quirúrgico consecutivo a la operación del varicocele.

Se trataba de dos casos concretos de esta complicación y después de referirnos a su etiopatogenia dijimos que siendo ella desconocida, debíamos buscar como causa más probable el traumatismo operatorio.

Los enfermos mencionados fueron sometidos a la ligadura y resección del paquete venoso anterior o espermático con incisión cutánea inguino escrotal. La vaginal testicular sufriría en estas circunstancias tironeamientos y compresión si la masa testicular se exteriorizaba.

La otra causa etiológica más probable dijimos, sería el trastorno mecánico vascular en la vaginal testicular que debido a la ligadura de las venas, produce el obstáculo de la circulación de retorno que da lugar en la vaginal al derrame líquido trasudado.

Aceptamos entonces la posibilidad de que con el procedimiento de la resección de la vena espermática en su nacimiento se podría evitar el hidrocele quirúrgico. Esta suposición la hacíamos en mérito a la falta del traumatismo local y al menor riesgo de infección, de este procedimiento operatorio, pero quedaba en pie la hipótesis del trastorno mecánico vascular mencionado.

Motiva, pues, la presente comunicación una nueva observación de hidrocele quirúrgico consecutivo esta vez a una operación de Ivanissevich y cuya historia clínica es la siguiente:

HISTORIA CLÍNICA

Ficha N° 1798. del Servicio de Cirugía del Hospital Argerich.

G. L. Argentino, de 24 años.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Operado de varicocele izquierdo en este Servicio de Cirugía por el procedimiento de Ivanissevich, en septiembre de 1941. Evolución y post-operatorio sin incidentes.

*Enfermedad actual.* — Al mes de ser operado, notó que el tamaño del

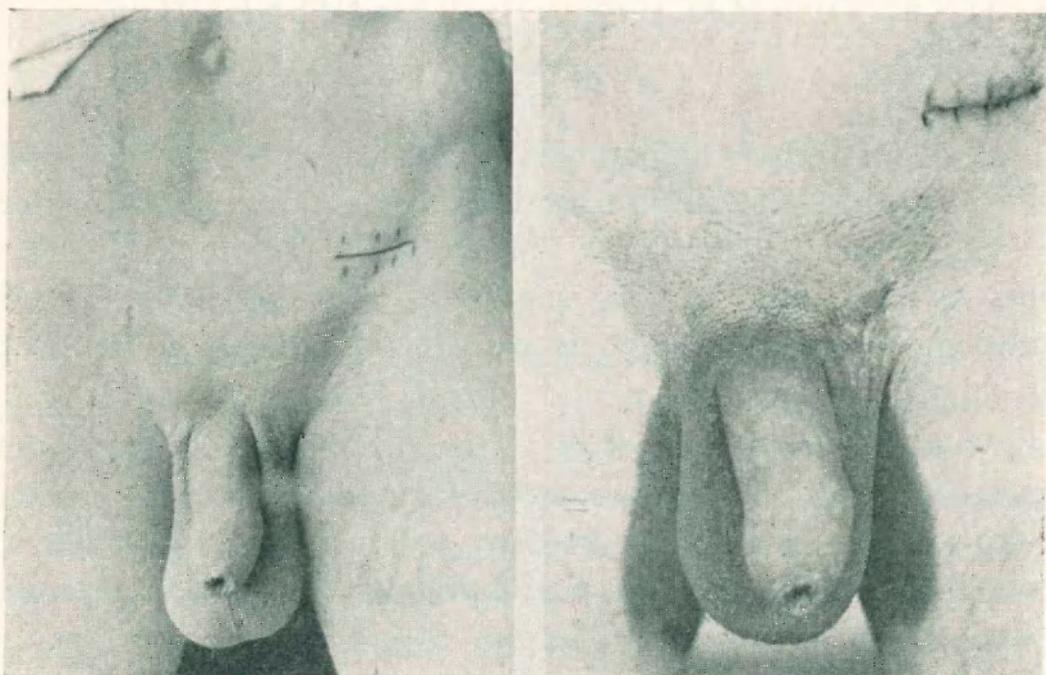


Foto 1. — Incisión para la operación de Ivanissevich. Bolsa escrotal izquierda aumentada de tamaño, por el derrame de hidrocele consecutivo.

Foto 2. — Estado de la bolsa izquierda después de la eversión de la vaginal.

escroto izquierdo estaba aumentado de volumen. El paciente no acusa dolor pero sí ciertas molestias al caminar, lo que le impide reiniciar su trabajo. Sólo acepta la necesidad de otra intervención al hacerle comprender que su ulterior desarrollo le causará mayores molestias y será motivo de otra operación.

*Estado actual.* — Excelente estado general. Buen desarrollo somático.

Cabeza y cuello: normales.

Aparato circulatorio: normal.

Abdomen: a nivel de la fosa iliaca izquierda presenta una cicatriz operatoria de 6 centímetros de largo, trasversal, cuyo punto medio está a 6 centí-

metros por dentro de la espina iliaca anterosuperior y sobre la línea bi-iliaca. (Foto N° 1).

Aparato urinario: normal.

Organos genitales: La bolsa escrotal izquierda está aumentada de tamaño con relación a la del lado opuesto. (Foto 1). Los pliegues del escroto borrados parcialmente; la coloración de esta envoltura es normal. Por la palpación no hay dolor y permite el pellizcamiento del epidídimo y de la vaginal.

En esta serosa el contenido está aumentado permitiendo deprimirlo por ser un derrame a poca tensión. El testículo y epidídimo de superficie regular, tamaño normal y sensibilidad aumentada. El cordón espermático y sus elementos engrosado parcialmente.

Examen de laboratorio: orina y sangre normal.

*Operación:* Anestesia local con novocaína al 0,50 %.

Primer tiempo: Incisión de 6 centímetros que parte del orificio externo del conducto inguinal y se dirige oblicuamente hacia el escroto interesando piel y tejido celular hasta encontrar la fibrosa del cordón.

Segundo tiempo: Se tracciona el cordón y se exterioriza la masa epidídimo-testicular a través de los labios de la herida, pudiendo observar que se halla unido al fondo del escroto por el gubernáculum testis. Este ligamento puede ser seccionado o liberado con gasa, siendo posible en algunos casos la conservación del mismo.

Tercer tiempo: Resección del paquete varicoso. Se secciona la fibrosa en una extensión de 2 a 3 centímetros comenzando al nivel del orificio externo del conducto inguinal quedando así a la vista el paquete venoso anterior o espermático formado por 5 o 6 venas dilatadas las cuales son separadas con sonda acanalada de la arteria espermática y del conducto deferente. Después de liberar dichas venas en una extensión de 5 a 6 centímetros, lo que se consigue por tracción de las mismas, procedemos a ligarlas con un grueso hilo (catgut N° 3), que se pasa por transficción entre las venas sin herirlas anudando con doble ligadura. Ligado el paquete venoso en sus dos extremos, se reseca el segmento varicoso y se anudan los dos cabos de las ligaduras efectuando así una corrección ortopédica que eleva al testículo. El cierre de la fibrosa, con catgut N° 0.

Cuarto tiempo: Eversión de la vaginal; cuando el gubernáculum ha sido seccionado, basta practicar un ojal de la serosa parietal en su parte superior por donde pasa el testículo, quedando así evertida la vaginal. Si el gubernáculum ha sido respetado, habrá que incidir la vaginal parietal en toda su extensión para suturarla después por detrás del testículo, circundando en la parte inferior al gubernáculum.

Quinto tiempo: Se reintegra el testículo a la bolsa haciéndole un punto de fijación que va desde el polo inferior de la glándula, al resto del gubernáculum cuando ha existido sección de éste. Se drena con goma de guante en el punto declive de la herida y se cierra por planos la misma con broches en la piel. El apósito común y el vendaje en spica.

En nuestro caso sólo se realizó eversión de la vaginal, pues, como hemos explicado, ya se había efectuado la ligadura y resección venosa. La cantidad de líquido seroso con fibrinógeno, leucocitos y albúmina, alcanzaba a 80 cc.

Post-operatorio: Sin incidencias. Alta, curado a los 8 días. (Foto 2).

#### COMENTARIOS

El procedimiento de varicectomía de Ivanissevich trataba de eliminar ciertos defectos que, como la recidiva y la sección de la arteria espermática se observaban en intervenciones muy distintas pero de igual finalidad.

Lo mismo diremos de las modificaciones introducidas por Hautz y Bernardi.

Estos autores en sus trabajos no mencionan la aparición del hidrocele observado por nosotros; citado ya por Torek, sin explicar su patogenia y por Campbell, quien al referirse a la operación del varicocele menciona el método operatorio de Vicent, descrito por Keyes. Este autor dice, que después de incindida la piel, "en las subsiguientes maniobras se debe tener cuidado al sacar el testículo, porque si éste es exteriorizado de la herida o traumatizado, puede aparecer un hidrocele".

El mencionado traumatismo no existe en la ligadura de las venas espermáticas en su nacimiento; luego otra causa debió aquí actuar como productora. Es probable que el éxtasis venoso por la interrupción de la corriente de retorno haya motivado el derrame.

Creemos de interés el estudio de la presión venosa existente antes y después de la ligadura en el segmento vascular cercano al testículo. Esto nos demostraría la alteración vascular mecánica.

La intervención que proponemos había sido realizada en principio por Parona en 1889 y Posadas en 1902 y tiene un criterio más quirúrgico, similar a otras intervenciones, donde se trata de hacer cirugía profiláctica: por ejemplo: al extirpar un apéndice durante una operación de anexo o una lesión de las bolsas y su contenido durante una operación de hernia.

Si bien este procedimiento evita el hidrocele quirúrgico, puede presentar inconvenientes en la separación de la arteria espermática a nivel del cordón donde se resecan las venas. Esto ha sido men-

cionado por los autores como un inconveniente no grave, ya que la arteria deferencial puede suplirla.

#### SINTESIS

Se relata la historia clínica de un nuevo caso de hidrocele quirúrgico, consecutivo a una operación de Ivanissevich o sea la ligadura de las venas espermáticas en su nacimiento, para la cura del varicocele.

Como causa etiológica, se acepta únicamente la existencia de este derrame trasudado por aumento de presión en la circulación venosa de retorno.

Como tratamiento para evitar dicha complicación, se propone hacer la eversión de la vaginal testicular una vez hecha la ligadura y resección del paquete venoso, como cirugía profiláctica.

#### DISCUSION

Dr. Bernardi. — *Voy a contestar a la objeción que hace el Dr. Irazu, porque me considero, si así se quiere, más o menos afectado en este asunto. En un centenar de enfermos que llevo examinados con mucha atención en estos últimos años, no he podido encontrar nunca una complicación de ese tipo. Considero, pues, el caso que nos presenta el Dr. Irazu un caso fortuito. Los cirujanos de cierta experiencia hemos encontrado un derrame muy pequeño en el varicocele, el que no nos ha llamado la atención.*

*Considero que no se debe hacer la intervención profiláctica del hidrocele para curar el varicocele. Los últimos estudios del varicocele no justifican que ahora nos embarquemos en ese tipo de operación. Debemos hacer la intervención con el mínimo de traumatismo posible. Nos tenemos que dirigir a los troncos y tratar de seccionarlos en la parte alta y si aparece esa complicación que repito, es excepcional, la trataremos en la forma que corresponde, pero no hemos de estar nunca de acuerdo con ninguno de esos procedimientos. Hay que tratar de solucionar estas situaciones en la forma más fácil posible y esto es yendo a ligar el tronco espermático en su punto de confluencia como único tronco.*

Dr. Irazu. — *Yo dejo el criterio del Dr. Bernardi como un punto de vista personal de su manera de actuar, pero es posible que alguna vez tenga necesidad de recurrir a esta intervención.*