

Tratamiento quirúrgico de los hidroceles del adulto

R Abecassis
JC Baron

Resumen. – El hidrocele es un derrame seroso en la túnica vaginal peritesticular. Su tratamiento se basa esencialmente en dos técnicas quirúrgicas: la plicatura de la túnica vaginal (según Lord) y la resección de esta serosa en su totalidad.

Se trata de un acto quirúrgico relativamente simple, prototipo mismo de la cirugía ambulatoria, pero que no admite ninguna complicación.

© 2001, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Anatomía

Durante el primer trimestre del embarazo, el testículo y epidídimo fetal atraviesan el trayecto inguinal para llegar al escroto. El conducto peritoneovaginal se cierra entonces formando la túnica vaginal del testículo.

La hoja parietal de esta serosa tapiza la cara profunda del escroto. La hoja visceral se adhiere a la cara externa de la albúmina testicular, sin recubrir la parte posterior del testículo.

La línea de reflexión de la túnica vaginal es muy variable, sobre todo a la altura del fondo de saco superior; su desconocimiento es responsable de las recidivas del hidrocele.

Los vasos linfáticos vaginales drenan en los ganglios inguinales e ilíacos externos.

Los nervios abdominogenitales y el genitocrural inervan el cremáster, lo que permite un bloqueo anestésico local^[4] (cf infra).

Fisiopatología: posibilidades terapéuticas

El hidrocele, excepcionalmente revelador de una patología del epidídimo o del testículo, requiere una exploración y un tratamiento quirúrgico a pesar de los progresos de la ecografía^[7] y de las técnicas percutáneas. La exploración radiológica del contenido escrotal es casi siempre necesaria, debido a la imposibilidad de palpar el testículo de manera segura.

En los pacientes con mal estado general, se puede proponer un tratamiento paliativo no explorador, por punción sim-

ple o por inyección de sustancias químicas esclerosantes (fenol, yodo, derivados de las tetraciclínas, alcohol, quinina-urea)^[3, 9]. Los resultados varían mucho dependiendo de los equipos, ningún estudio a medio y largo plazo parece interesante. Las recidivas son muy frecuentes y la cirugía secundaria es más difícil.

Las intervenciones quirúrgicas pueden respetar o no la túnica vaginal testicular. La resección de la vaginal, la técnica más antigua, debe ser completa para evitar la recidiva.

De los dos procedimientos de plastia de la vaginal testicular, la técnica de Lord es la más simple^[1, 5, 6]. Al exponer y plegar la serosa, permite una hemostasia cuidadosa y evita toda recidiva, siempre y cuando se hayan explorado bien los fondos de saco. El único requisito para su realización es la existencia de una vaginal testicular poco engrosada. Se limitan así las complicaciones, como los hematomas o los abscesos escrotales.

El procedimiento, que consiste en dar la vuelta a la vaginal y seccionarla parcialmente es una solución a mediano plazo que, según los autores, no tiene mayor interés con respecto a la resección de la vaginal.

Técnicas

GENERALIDADES

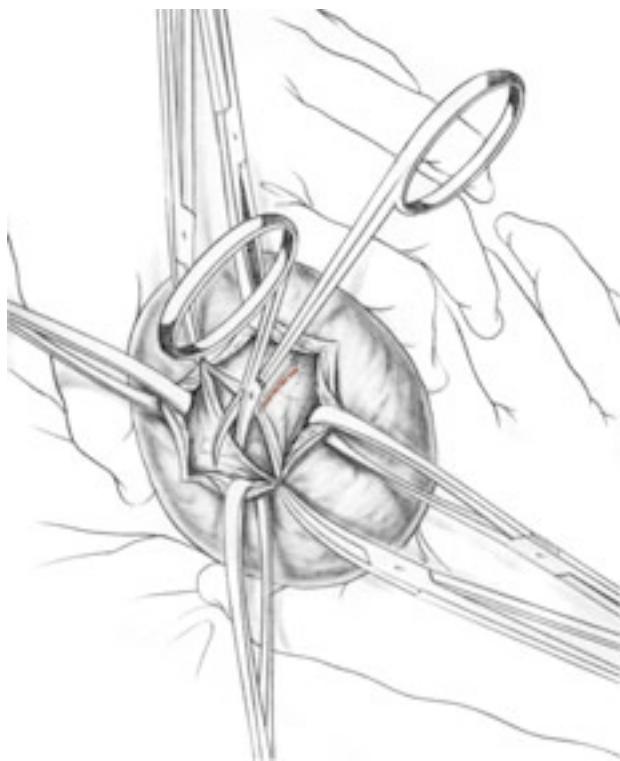
Es útil disponer de un instrumental simple básico, que comprenda cuatro pinzas de Allis, un electrobisturí y un aspirador.

Puede utilizarse cualquier tipo de anestesia, incluyendo la anestesia local^[4]. En este caso, se administra una premedicación, por ejemplo 10 mg de diazepam por vía oral y 10 mg de morfina intramuscular. Se identifica el cordón espermatíco a su emergencia del anillo superficial del trayecto ingui- nal y se sujet a los dedos medio e índice a la altura del

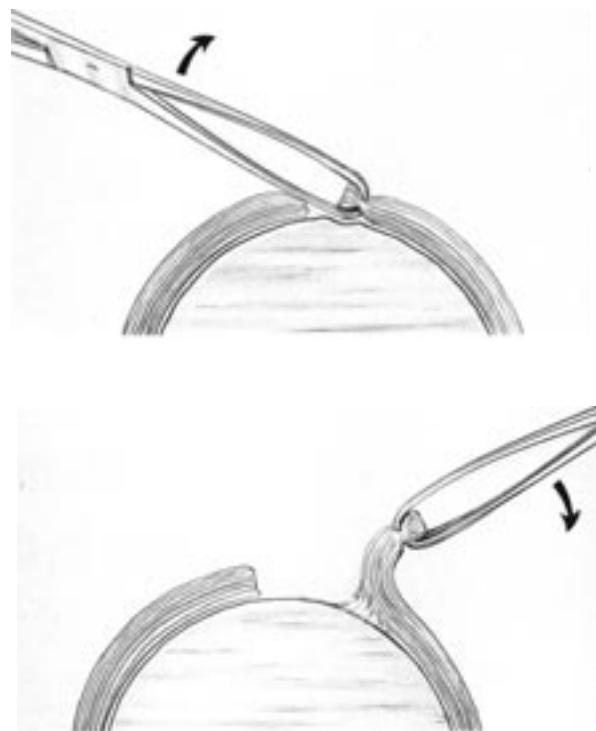
R Abecassis : Chef de clinique urologie, assistant des hôpitaux.

JC Baron : Praticien hospitalo-universitaire.

Service du Professeur Boccon-Gibod, hôpital Bichat, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris.



1 Exposición de la túnica vaginal, cuatro pinzas de Allis.



pubis. En la periferia del cordón, se inyectan 7 a 10 ml de lidocaína al 1 % (sin adrenalina). La piel y el tejido subcutáneo escrotal se anestesian con 5 a 7 ml de lidocaína.

Es necesario esperar alrededor de 10 minutos antes de comenzar la intervención.

Debe evitarse toda tracción excesiva sobre el cordón que pueda superar el nivel de la anestesia y provocar dolores abdominales.

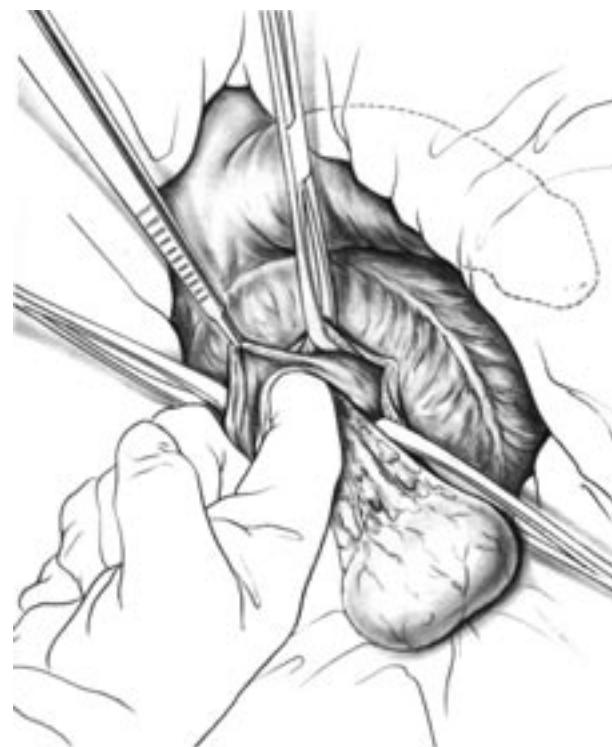
Es necesario un rasurado escrotal «poco agresivo», así como una desinfección cuidadosa no irritante de los testículos (fenilmercúrico boratado, povidona yodada).

El cirujano diestro se ubica a la derecha del paciente y sostiene él mismo el escroto patológico con la mano izquierda o bien deja que el ayudante se ocupe de esta tarea, pidiéndole que estire la piel con ambas manos.

La vía de acceso más utilizada es la vía transversal, salvo si las lesiones son bilaterales, en cuyo caso puede ser preferible una vía vertical sobre el rafe medial, teniendo en cuenta que si existe una infección de un lado puede diseminarse al lado contrario.

Cualquiera que sea la técnica quirúrgica, es fundamental exponer bien y no dañar el pedículo espermático, el conducto deferente y el epidídimo.

Es necesario eliminar cualquier hidátide testicular, así como la matriz calculosa de algunos milímetros de diámetro contenida frecuentemente en el hidrocele.



2 Testículo exteriorizado.

En este momento, la presión de los bordes de la herida operatoria con cuatro pinzas de Allis colocadas de adentro hacia fuera evita toda retracción o sangrado secundario de las envolturas escrotales y facilita los tiempos ulteriores (fig. 1). Se puede entonces aflojar la presión manual mientras que el ayudante tracciona suavemente las cuatro pinzas de Allis.

PLICATURA VAGINAL SEGÚN LORD^[1, 5, 6]

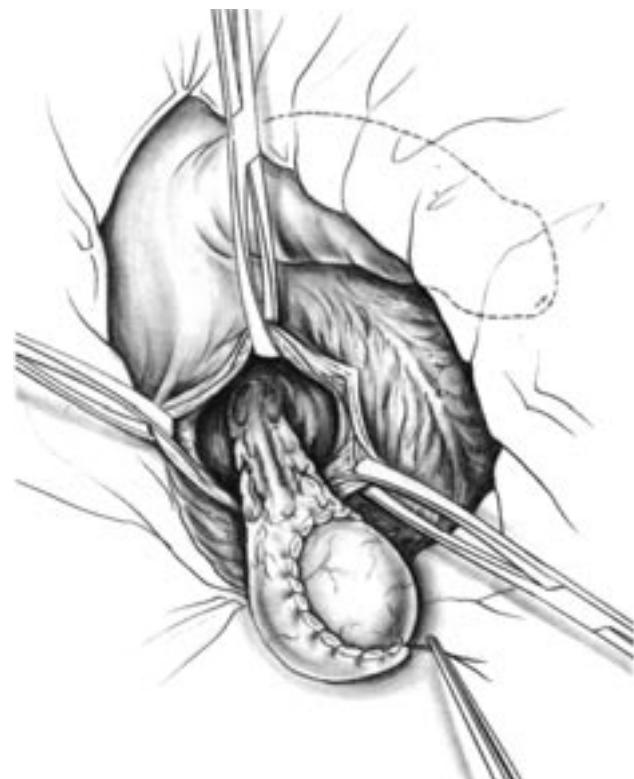
La incisión de la piel y de las envolturas escrotales suprayacentes se realiza, según la preferencia del cirujano con bisturí de hoja fría, electrobisturí o incluso tijeras, a lo largo de unos 4 cm.

La hemostasia debe ser particularmente cuidadosa. A continuación se expone la túnica vaginal de aspecto azulado, tratando de no dañar su integridad.

**3 Técnica de Lord.**

- A. Plicatura (no terminada) con cinco suturas anudadas.
B. Reintegración del testículo.

Se incide la vaginal para aspirar su contenido. El testículo se exterioriza y se presenta en el centro del cuello vaginal evertido (fig. 2).

**4 Resección de la túnica vaginal: sutura continua hemostática.**

Una vez terminada la exploración, puede comenzar la plicatura vaginal, incluyendo cuidadosamente el fondo de saco superior (fig. 3A). Los puntos se pasan a intervalos de aproximadamente 1 cm, utilizando hilo fino no reabsorbible (000); se realizan 8 a 10 ligaduras que se anudan inmediatamente (de preferencia desde los bordes hacia el testículo).

La reintegración del testículo puede realizarse entonces suavemente traccionando, con mayor o menor intensidad, los tejidos periféricos con las pinzas de Allis (fig. 3B)

La hemostasia debe ser perfecta. No es necesario drenar la cicatriz.

La intervención termina con una sutura continua subcutánea con hilo reabsorbible y luego con una sutura continua intradérmica con hilo lentamente reabsorbible.

RESECCIÓN DE LA TÚNICA VAGINAL TESTICULAR

Los tiempos operatorios relativos a la incisión de la vaginal son idénticos a la técnica precedente. Los labios de la vaginal testicular se toman con pinzas y se disecan con los dedos de las envolturas suprayacentes.

La sección comienza a 5 mm del testículo y del epidídimo. El fondo de saco superior también debe resecarse, evitando el pedículo espermático.

El tiempo hemostático es el más minucioso. La resección debe terminar con una sutura continua de hemostasia con hilo fino reabsorbible sobre el borde de sección vaginal (fig. 4).

Dependiendo de la calidad de la hemostasia obtenida, puede ser necesario un drenaje, por lo general utilizando una lámina de caucho. Un vendaje compresivo siempre es útil.

Postoperatorio

El postoperatorio de la técnica de Lord permite que el paciente sea dado de alta el mismo día, en presencia del cirujano y del anestesiólogo.

Antes del alta, se realiza un nuevo vendaje compresivo suspensorio, en presencia del cirujano.

Se programa una visita de control a los diez días de la intervención. El vendaje debe ser cambiado por una enfermera dos veces por semana. El paciente puede retirar el vendaje compresivo a las 24 horas.

Al tercer mes postoperatorio, el testículo recupera su movilidad interna escrotal y el reborde debido a la plicatura vaginal desaparece.

Formas clínicas

HIDROCELE Y QUISTE DEL CORDÓN EN EL NIÑO

Su fisiopatología deriva del conocimiento de las anomalías del cierre del conducto peritoneovaginal. De la ausencia completa de obliteración (hernia inguinoescrotal), pasando por la obliteración parcial del extremo proximal (hidrocele congénito comunicante o no), hasta la obliteración bipolar con persistencia de la parte media del conducto peritoneo-

vaginal (quiste del cordón), existen diversos estadios anatomo-patológicos que dificultan su distinción clínica; por otra parte, las asociaciones lesionales son frecuentes. Por lo tanto, es imprescindible un acceso inguinal que permita realizar una exploración perfecta de la región [8]. Por otra parte, puede ser necesario evacuar previamente el hidrocele si su volumen dificulta la exteriorización por la herida operatoria.

HIDROCELE TABICADO

Puede deberse a las punciones repetidas o a una recidiva después de la reparación del hidrocele. Requiere un cuidado particular con los elementos nobles de la región, ya que existe un remodelado considerable. El tratamiento de elección es la resección con drenaje.

PAQUIVAGINALITIS

Es necesaria la resección de la túnica vaginal, con análisis bacteriológico e histológico. No es posible ninguna plicatura sobre estos tejidos fibrosos indurados.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Abecassis R et Baron JC. Traitement chirurgical des hydrocéles de l'adulte. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Urologie-Gynécologie, 41-400, 1991, 4 p.

Bibliografía

- [1] ABOULKER P., BOCCON-GIBOD L., OLIER C. – Cure de l'hydrocèle vaginal. In : Techniques chirurgicales courantes en urologie. – Flammarion, éd., Paris, 1978, 203-207.
- [2] BARON J.C., CLAUDE R., CANTINEAU J.P., DESMONTS J.M., BOCCON-GIBOD L. – La chirurgie urologique ambulatoire. – Ann. Urol. (Paris), 1990, 24, 500-503.
- [3] DING X. – Sclerotherapy with tetracycline for hydrocele of the tunica vaginalis testis. – Br. J. Urol., 1989, 64, 322.
- [4] FUCHS E.F. – Cord block anesthesia for scrotal surgery. – J. Urol., 1982, 128, 718-719.
- [5] LORD P.H. – A bloodless operation for the radical cure of idiopathic hydrocele. – Br. J. Surg., 1964, 51, 914-916.
- [6] LORD P.H. – Surgical treatment of hydrocele. In : Operative surgery, 4th edition. Edited by W. Scott McDougal. – Butterworths, ed., London, 1986, 676-680.
- [7] MARTIN B., TUBIANA J.M. – Aspects normaux et pathologiques de la séreuse vaginale en échographie. – Ann. Radiol. (Paris), 1988, 31, 410-417.
- [8] PELLERIN D., BERTIN P., BOUREAU M. et coll. – Cure d'hydrocèle. In : Techniques de chirurgie pédiatrique. – Masson, éd., Paris, 1978, 536-538.
- [9] SAVION M., WOLLOCH Y., SAVIR A. – Phenol sclerotherapy for hydrocele : a study in 55 patients. – J. Urol., 1989, 142, 1500-1501.