

Trabajo de la Clínica del Profesor Abel Chifflet

CURA OPERATORIA DEL HIDROCELE POR LA INCISION TRANSVERSA POLAR INFERIOR

Dr. A. L. Fossati

La cura del hidrocele, se incluye en casi todos los servicios, por no decir todos, entre las operaciones de pequeña cirugía, sin darle la importancia que en realidad tiene.

Desde hace mucho tiempo, alarmado por las complicaciones de las operaciones sobre los hidroceles, como ser, infecciones, hematomas o recidivas, he adoptado la técnica que a continuación someto a consideración de los distinguidos consocios de la Sociedad de Cirugía, por consejo del profesor A. Chifflet.

Sé perfectamente que algunos creerán que el problema que abordo es sin importancia y que los hidroceles marchan siempre bien; y sé también que existen médicos que dicen que a ellos nunca se les forma un hematoma, ni se le recidivan ni se infectan los hidroceles por ellos operados.

Un pasaje por las clínicas, tanto nuestras, como extranjeras y el ser encargado de un servicio especializado no oficial, donde concurren enfermos operados por toda clase de médicos, me ha permitido sacar la conclusión de que casi un 90 % de los hidroceles operados tienen complicaciones.

La técnica que uso, nació de un cambio de ideas con el doctor Juan C. Lorenzo y tiene como características principales: la sencillez, el estar al alcance de cualquiera y la rareza de complicaciones post-operatorias.

El material necesario es el que forma parte de una caja habitual de pequeña cirugía. La posición del enfermo puede ser a gusto del cirujano, o bien decúbito dorsal o posición ginecológica. La disposición de las compresas puede apreciarse bien en el esquema N° 1.

La anestesia necesaria es mínima. Llama la atención la poca cantidad de anestésico empleado. Infiltración dérmica de unos 5 cms., según muestra el esquema. La anestesia del cordón es facultativa. Casi nunca la practico y el enfermo no sufre nada. Es necesario tener una precaución, compresas tibias cuando el testículo se exterioriza. El testículo sufre por el aire del medio ambiente. La prueba concluyente de ello es muy fácil de obtener, estando el testículo afuera y exponiéndolo al aire el enfermo sufre, la reintegración a las bolsas hace cesar de inmediato el sufrimiento y conste que no es porque el cordón deje de estar tenso, porque he hecho todas las contra pruebas. Incisión de unos 3 cms., con una profundidad que llega hasta la capa escrotal peri-vaginal. Decolamiento y exteriorización. Incisión de la vaginal, eversión y sutura de la manera habitual. Cuando el hidrocele es muy grande, para no ampliar la incisión, evacuación previa parcial. Cierre de la pared en un plano con puntos en U verticales.

No es necesario en el casi 100 % de los casos, hacer ningún punto hemostático.

El enfermo se retira de inmediato a su domicilio, con un suspensor, en perfectas condiciones para cumplir sus obligaciones.

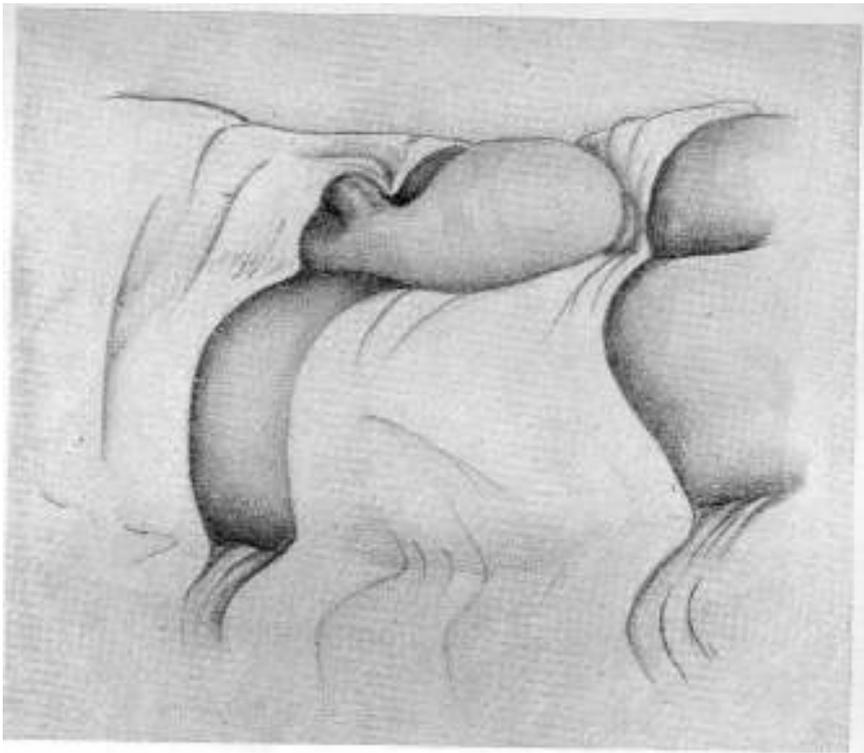


FIG. 1.

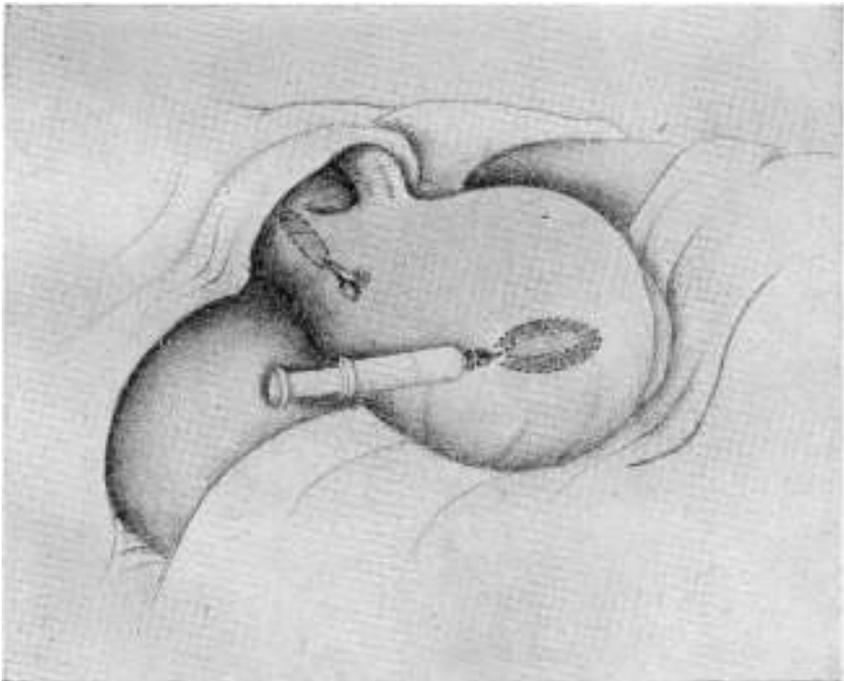


FIG. 2.



FIG. 3.

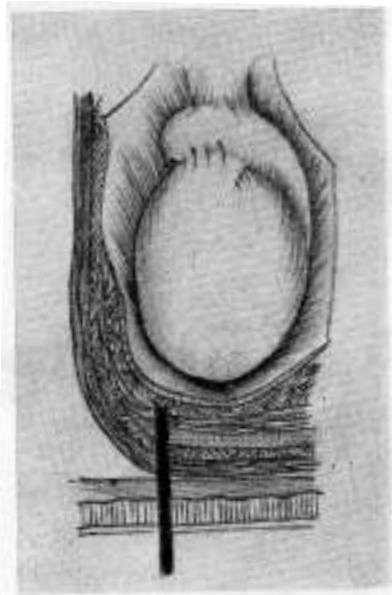


Fig. 4.



FIG. 5.

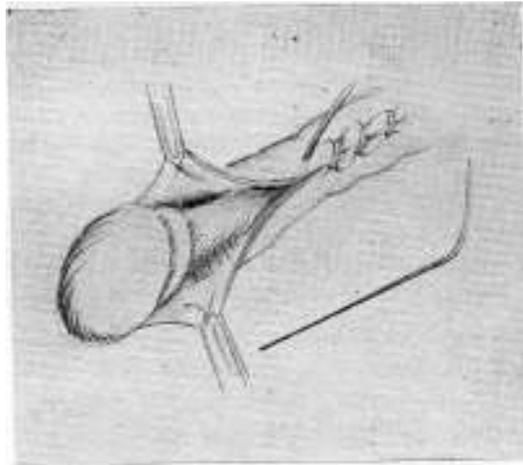


FIG. 6.

Prof. Prat. — La práctica de cirugía del hidrocele nosotros los cirujanos generales no la realizamos ahora tan corrientemente como otras operaciones comunes de la cirugía, pero de vez en cuando en las clínicas de cirugía general, nos toca operar algún caso que no intervienen los jefes de Clínica o los internos.

Es mi práctica corriente y hace muchos años ya que realizo la operación del hidrocele de acuerdo con la técnica establecida por Pauchet; vale decir, que se interviene por la vía inguinal o región funicular junto al pubis. El elemento fundamental que me ha llevado a hacer esta incisión, es para no efectuar la incisión del escroto, que generalmente es un elemento de desinfección menos segura que la piel inguinal y además, sabemos que existe en las bolsas, una serie de capas y si no se hace una buena hemostasis escrotal a menudo se producen importantes hematomas.

Los que hemos realizado la práctica de la cirugía herniaria en una época pasada, en que realizábamos la técnica incidiendo el escroto, hemos visto esos importantes hematomas que hoy día ya no se ven ahora, que se hace una incisión francamente abdominal. La cirugía del hidrocele con la técnica de Pauchet me pareció una técnica fácil y sencilla. Resulta muy simple descubrir el plano del polo superior del hidrocele, siguiendo la referencia precisa del cordón que nos permite evacuar el hidrocele e invertir la vaginal. Estoy muy satisfecho de esa vía, pero dadas las características que establece el comunicante, creo que sea prudente tenerla en cuenta para ver si tiene ventajas sobre el tratamiento clásico. En mi práctica no he observado *hematomas* ni complicaciones.

Dr. Etchegorry. — Siempre he operado el hidrocele incidiendo sobre el escroto, sin tener complicaciones. Al sacar el testículo hay que tratar de no manosearlo. Un solo tajo hasta el espacio pre-vaginal, decolar en él sacando la bolsa vaginal, — así no se desgarran vasos no formándose hematomas. No le tengo miedo alguno a la incisión escrotal que la hago vertical. Los hematomas grandes los he visto producirse como consecuencia del procedimiento del decolamiento, ya sea por la vía inguinal baja o la escrotal alta. Sostengo pues que la incisión escrotal no tiene inconvenientes siempre que se realice en la forma indicada. Requiere poca novocaina y es una intervención que podría realizarse en el consultorio.

Insisto en que el secreto para evitar los hematomas reside en ir *directamente* al espacio que está entre la fibrosa y la vaginal.

Dr. Ardao. — Si bien yo no he tenido oportunidad de operar hidroceles con la técnica, mejor dicho, con la incisión que propone el Dr. Fossati creo que el procedimiento es muy conveniente por los resultados en 3 ó 4 enfermos operados en nuestro Servicio.

En realidad se trata de una pequeña modificación técnica, una incisión de abordaje para una cuestión muy simple como es el tratamiento del hidrocele por la clásica inversión de la vaginal.

Cuando un practicante comienza a operar empieza a hacerse la mano con hidroceles y fimosis. Yo recuerdo haber operado unos cuantos hidro-

celes esenciales por vía inguinal con una incisión que llegando hasta la raíz del escroto permitía luxar el contenido, incidir la vaginal y suturarla invertida.

Recuerdo que algunos casos hicieron hematomas post-operatorios y durante meses llevaron una tumoración dura que ni supuraba ni se reabsorbía. Esto mismo lo he visto en enfermos operados por otros cirujanos. Se me ocurre que esta incisión origina condiciones menos favorables para la producción del hematoma. El hematoma se produce principalmente por rotura de los vasos del ligamento escrotal, de los pequeños vasos de la vaginal y menos a menudo por rotura de las venas del cordón espermático. Los pequeños vasitos de la vaginal producen el hematoma cuando se congestionan por la sutura que comprime al funículo (congestión pasiva).

La ventaja de la incisión escrotal a mi modo de ver, radica en que dejando al testículo en su sitio permite levantar lo necesario al escroto. Con la incisión inguinal el proceder es inverso. Hay que levantar y exteriorizar al testículo bajando el escroto y hay que luxar totalmente el órgano. Se opera fuera de la bolsa. Esto es más traumatizante. Por otra parte me parece ventajoso en caso de formarse el hematoma soltar en la tarde o al otro día los puntos y evacuar los coágulos por la incisión operatoria situada ya en la mejor posición para esta contingencia.

Dr. Lockhart. — La experiencia que tenemos en el Servicio del Dr. Surraco en el que se operan dos o tres por semana, es que en realidad el porcentaje de hematomas es nulo.

Realizamos la técnica que cita el Dr. Etchegorry, preconizada por Surraco en 1932, y tenemos la precaución de llegar directamente hasta la vaginal. Por otra parte, tenemos la impresión de que las recidivas se producen no porque la técnica haya sido mala, sino porque no se ha actuado sobre la verdadera causa. Muy a menudo el mal llamado hidrocele esencial responde a una epididimitis crónica, y cuando intervenimos en esos casos hacemos una epididimectomía, única terapéutica radical.

Además, en cuanto a la incisión que realiza el Dr. Fosatti yo la he visto hacer en el Servicio del Dr. Finochietto en Buenos Aires, muy parecida aunque más alta y tengo la impresión de que es una buena incisión que llega a la zona poco vascular del escroto y que tiene la gran virtud de llegar directamente a la vaginal.

Quiero insistir que la incisión no nos produce ningún trastorno: tenemos la precaución de hacer puntos tranfiantes para que no quede ningún escroto muerto y completamos con un buen vendaje compresivo.

Dr. Vigil. — Yo tengo una experiencia muy relativa sobre esta clase de cirugía. Como decía Ardao, es una intervención que está en manos de los principiantes y los recuerdos no son por cierto lo suficientemente gratos como para no intentar alguna otra incisión que pueda ponernos a cubierto de los fracasos.

Yo le preguntaría al Dr. Fosatti cuáles son los fundamentos anatómicos que justifican y acreditan la incisión que propone.

Dr. Fossati. — Voy a contestar un poco en general lo que ha dicho cada uno. La técnica que propongo está destinada exclusivamente a simplificar, y evitar la gran cantidad de complicaciones que hacen los hidroceles operados.

En mi servicio del Hospital Sanatorio Español, tengo ocasión de seguir muchos enfermos operados de hidroceles en muchos servicios por distintos cirujanos y puedo asegurar que la infección y el hematoma están a la orden del día.

Los fundamentos anatómicos saltan a la vista; al alejarnos de la zona inguinal, salvamos las venas espermáticas, causa frecuente de hematomas, segundo yendo por debajo se llega fácilmente al plano de decolamiento perivaginal, otro hecho que evita el hematoma; y por último el ligamento escrotal y sus vasos, no interfieren para nada el acto quirúrgico.

Estas son las razones anatómicas. Con respecto a la zona de infección yo no estoy de acuerdo en que el escroto sea un órgano fácil de infección. Individuos urinarios, que tienen secreciones, las incisiones del escroto cierran maravillosamente. En mi modesta experiencia, la cicatrización del escroto se hace en perfectísimas condiciones. Y además también habla con elocuencia el hecho de que el Profesor Chifflet lo haya adoptado para su Servicio.

