

## PERSISTENCIA DE CONDUCTO PERITONEO - VAGINAL FILIFORME, COMO CAUSA DE RECIDIVA DE HIDROCELE

---

Por los Dres. A. E. TRABUCCO y R. J. BORZONE

En Octubre de 1959, presentamos a esta Sociedad un caso de hidrocele recidivado en un niño de 7 años: F. P.: H. C. N° 621/16, luego de una primera operación en la que se invirtió la vagina y se reseco un conducto peritoneo-vaginal quístico procedente en la cavidad vaginal.

En la segunda intervención, motivo de la comunicación, el estudio anatómopatológico N° 3829 mostraba en la pared neoserosa reseca que tapizaba la cavidad, formaciones glanduliformes de tipo Wolffiano correspondiente a partes del epidídimo atrófico adherente a la misma. A ellas atribuimos la recidiva por su carácter secretante. Creímos entonces que, con la amplia resección de las membranas de envoltura después de haber dejado en la bolsa, solamente, un testículo hipotrófico y su pedículo vascular y deferencial, se había logrado la curación definitiva del pequeño paciente. Cuál no sería nuestra sorpresa, cuando ocho meses después de la intervención, el 1-4-60 concurre el niño portador de una nueva recidiva del hidrocele izquierdo, con iguales características que antes de la operación: bolsa izquierda del tamaño de una ciruela, tensa, renitente, sensible, con transluminación positiva. El testículo, hipotrófico, del tamaño de una habichuela se toca en su polo inferior. En la bolsa derecha, de caracteres normales, se palpa un testículo del tamaño de una oliva chica, algo menor que el correspondiente a la edad: 9 años.

El 2-4-60, bajo anestesia general, se punza el hidrocele, se evacúan 50 cc. de líquido y se inyecta 1 cc. de hidrocortisona al 2,5%. El 23-4-60 se ha vuelto a reproducir el derrame y se vuelve a evacuar por punción con inyección de hidrocortisona. El 13-5-60 se ha reproducido nuevamente. La madre del paciente, preocupada por la reiteración del cuadro, pide incluso la castración para una cura definitiva. Pensando que esa posibilidad podría plantearse, aún involuntariamente, ante una nueva intervención y vista la exigüidad del otro testículo, se indica un tratamiento estimulante con gonadotrofina coriónicas, prescribiendo 500 U día por medio hasta 10 ampollas. El 6-6-60 manifiesta la madre que a la VI ampolla, prácticamente ha desaparecido el hidrocele y ante este sorpresivo resultado, decidimos continuar la serie hasta terminarla.

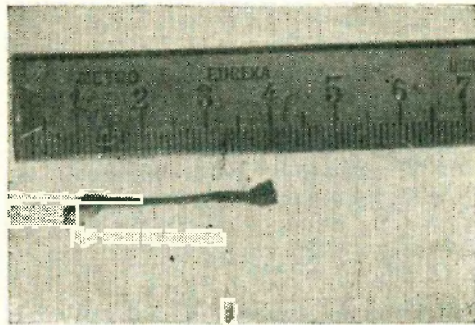
El 27-1-61 concurre nuevamente, pues desde un mes atrás ha reaparecido el derrame y ahora tiene el mismo aspecto del comienzo. Se indica nueva serie de gonadotrofina coriónica, 500 U diarias hasta XII. Esta vez no se obtiene mejoría y el 7-7-61 se lo encuentra inmodificado. Se indica repetir la medicación. El 7-8-61 se encuentra estacionario si bien ha mejorado el trofismo testicular derecho. Se le prescribe prednisona 5 mg. diarios y vitaminas E 200 mg. diarios durante un mes.- El 13-9-61 concurre para su control, sin mejoría alguna. Pero durante la consulta, el pequeño paciente, muy observador, manifiesta tímidamente, que por la noche, estando acostado, disminuye el tamaño y la tensión de su bolsa izquierda. Efectivamente: al comprimir sostenida y suavemente la bolsa izquierda que está lisa y tensa, se observa que ella pierde su tensión y disminuye algo de tamaño, tal cual lo relatara el niño. Se deduce que debe persistir una comunicación persistente con el peritoneo. Para comprobarlo, se decide realizar una radiografía contrastada el 23-9-61.- Bajo anestesia general se punza la bolsa, se evacúa parcialmente y se inyecta 20 cc. de solución yodada opaca para pielografía, comprimiendo el derrame y masajeadando suavemente hasta disminuir su tensión. Se toman entonces tres placas que, sin visualizar el conducto intermedio, muestran líquido opaco en el peritoneo y en la bolsa. El peritoneo tiene una imagen infundibuliforme que parece corres-



ponder al orificio inguinal profundo. Se decide intervenir quirúrgicamente para explorar el cordón y suprimir la comunicación.

**Operación:** 5-12-61. Cirujano, Prof. Trabucco; ayudante, Dr. Borzone. Anestesia general, Dr. Monteverde. Incisión inguinal izquierda. Se abre ampliamente el conducto inguinal, liberando el cordón y seccionando el oblicuo menor y el transverso. Se visualiza el peritoneo con un receso infundibular que se continúa hacia abajo con un fino trayecto peritoneo-vaginal filiforme, de 4 cm. de largo, que va junto a los vasos del cordón y se pierde en la raíz de la bolsa. Una vez liberado en toda su longitud, se observa, luego de ligarlo al ras del infundíbulo peritoneal, que, al comprimir el derrame en la bolsa, el fino conducto se ingurjita con líquido y se yergue sobre su lecho, lo cual muestra su permeabilidad. Al seccionarlo por debajo de la ligadura, esa compresión hace gotear líquido de hidrocele por el extremo superior. Se liga entonces el extremo inferior, al ras de la bolsa y extraído todo el conducto se procede a la refección de la pared inguinal en tres planos. Cura plana. El postoperatorio, sin inconveniente, permite el egreso del paciente seis días después, el 11-12-61, en vías de curación. Hasta el presente, cuatro meses después, no hay alteraciones de su bolsa: creemos que esta solucionado definitivamente el problema.

**Anatomía Patológica (3829 b).** La pieza extraída en un tubo filiforme de 4,5 cm. de largo, de paredes serosas, que corresponde a la porción funicular e inguinal del conducto peritoneo-vaginal permeable. (Fig. 1).



**CONSIDERACIONES.** No es habitual que el conducto peritoneo-vaginal tenga las características que presentaba el que hemos resecaado en esta tercera intervención. Lo corriente es que, cuando persiste, o bien tiene contenido herniario, con amplia comunicación a la cavidad peritoneal, o bien, que al abrir la cavidad vaginal, su exploración revele tener una luz lo suficientemente grande para permitir el pasaje de una sonda acanalada o de una pinza de Kocher hasta el peritoneo. El hecho de haber resecaado un segmento inferior quístico de dicho conducto en la primera intervención, incluso no permitía ni suponer permeabilidad por encima. Pero la realidad es que el conducto existía y de un calibre tan fino que ello solo explica haya pasado inadvertido en las dos operaciones anteriores, perdido entre los elementos del cordón. En realidad, de no mediar la correcta observación del pequeño paciente que nos indujo a buscar una comunicación con el peritoneo, ni hubiésemos sospechado su existencia.

*De estas consideraciones surgen dos importantes conclusiones:* 1º) el saber escuchar al paciente y dar a sus propias observaciones las importancia que se merecen, y 2º) la cuidadosa observación de los elementos del cordón al operar un hidrocele, sobre todo cuando no aparezca evidente una permeabilidad amplia del conducto peritoneo-vaginal.

*Queda en pié un interrogante:* de que manera intervino ese conducto peritoneo-vaginal permeable en la recidiva del hidrócele operado. Pensamos que el hecho de comunicar la cavidad serosa peritoneal, que siempre tiene unos centímetros cúbicos de líquido seroso, con la cavidad escrotal que debe obliterarse por adherencias postoperatorias entre la celulosa y la vaginal visceral, impide, por pasaje de líquido hacia abajo, ese proceso de obliteración, creando una neoserosa tapizante, que reproduce la cavidad vaginal con su derrame persistente.

Otra observación de interés la constituye el inesperado resultado, favorable; pero transitorio, logrado por el tratamiento con gonadotrofina coriónica: la primera serie de inyecciones redujo ostensiblemente el derrame existente en la bolsa, que luego se reprodujo ya en forma definitiva. Dicho resultado beneficioso aunque pasajero se logró probablemente por modificaciones tróficas del testículo y sus anexos —que era la finalidad buscada— traducidas en un aumento de la circulación local con absorción del derrame, que no podía ser definitivo por la existencia del conducto peritoneo-vaginal persistente.

**RESUMEN:** Se presenta un caso ya operado dos veces por hidrocele recidivante en cuya tercera intervención se encuentra un conducto peritoneo-vaginal filiforme, permeable, posible causa de las recidivas, ya que su resección ha solucionado el problema hasta la fecha.

---