

HIDROCELE RECIDIVADO

Dres. H. Pagliere, E. O. Soldano, H. Scorticati

Varias han sido las formas en que se ha tratado el hidrocele. Bruns, citado por Campbell, en el año 1912 realizó una amplia estadística para valorar los métodos encontrando que de 1593 casos tratados con aspiración del líquido e inyección de sustancias irritantes, la recurrencia se produjo en 6,1 %, y de 1216 casos tratados quirúrgicamente la recidiva se encontró en 30, es decir en 2,4 %. De 456 casos operados por Campbell hasta 1927, solamente se pudo controlar a 33 de ellos, existiendo recidiva en 2, uno de los cuales, el saco estaba formado por dos láminas o túnicas remanentes adheridas por sus bordes, no involucrando el testículo y ubicado en su polo superior.

Aisladamente en la literatura nacional se encuentran casos de recidivas tales como los de Trabucco y colaboradores en los años 1959, 1962 y el presentado en la reunión última de ésta sociedad.

Como causa del hidrocele recidivado hemos de considerar las siguientes:

1º) Persistencia del conducto peritoneo vaginal.

2º) Obliteración alta del conducto peritoneo vaginal.

3º) Eversión incompleta de la vaginal, y apertura parcial de la cavidad.

4º) Adosamiento de las paredes de la vaginal por falta de resección y mala eversión. La persistencia del conducto peritoneo vaginal, muy conocida, por ser narrado por todos aquellos que se han encontrado frente al problema, condiciona como regla la exploración minuciosa en dirección del cordón, durante el acto quirúrgico. Cuando dicho conducto es ampliamente permeable, engrosando el cordón, una anamnesis bien hecha nos puede ubicar frente al diagnóstico de hidrocele comunicante, pero en ocasiones es tan estrecha la luz del mismo que el vaciamiento, en el decúbito, hacia la cavidad abdominal es mínimo, no notando el paciente, disminución de tamaño del contenido escrotal.

El desplazamiento de la glándula hacia arriba, el descenso incompleto, o una anomalía del mismo descubierto en el acto quirúrgico, nos debe hacer suponer la persistencia del conducto peritoneo vaginal, el cual deberá ser prolijamente resecaado para evitar la recidiva.

La obliteración alta del conducto peritoneo vaginal a nivel del anillo inguinal externo, conformando por debajo un conducto de paredes fibrosadas, que estrechan su luz, el que escapa muy frecuentemente al examen, cuando la exploración no es muy prolija, permitiendo de este modo su transformación en cavidad quística futura.

Llamamos eversión incompleta de la vaginal por apertura parcial de la cavidad, en el caso donde la incisión no ha llegado al fondo mismo del saco ubicado dentro del cordón inguinal, quedando allí un receso que por cicatrización de los bordes cruentos, permitirá la formación de un nuevo saco que por presión del líquido de su interior se puede expandir y ocupar nuevamente las bolsas, quedando el testículo excluido de la cavidad.

Por último cuando la eversión de la vaginal se realiza sin haber sido resecaada parcialmente, y si los puntos de sutura no fueron realizados con técnicas prolijas, puede ocurrir el adosamiento de las paredes secretantes, favoreciendo así, la recidiva.

Dado lo precedentemente expuesto, ponemos a consideración tres casos de hidrocele recidivado, asistidos en el Servicio de Urología del Policlínico de San Martín.

1º caso)

A. S. arg. 48 años, H. C. 6.273.

El día 13-VI-64 concurre a la consulta presentando una tumoración en hemiescrotal izquierdo del cual había sido operado nueve meses atrás por hidrocele. Al examen se pudo constatar la presencia de líquido, en la tumoración, por medio de la transiluminación positiva, estando acompañado por un presunto saco hemiario. La compresión de las bolsas, en forma manual y sostenida, no producen reducción de tamaño, pese a que el paciente refería variación del volumen escrotal. Con diagnóstico de hidrocele recidivado y hernia concomitante es intervenido el día 27-VI-64. Se realizó una incisión inguino-escrotal liberando el cordón y la tumoración líquida. Abierto el saco vaginal se explora en dirección al cordón, constatándose la presencia del conducto peritoneo vaginal el cual se reseca lo más alto posible, reduciéndose el contenido epiploico realizando la plástica de pared al efecto.

El paciente evolucionó sin trastornos no volviendo a recidivar el proceso.

2º caso)

D. F.: español 53 años H. C: 7091.

Concurre a la consulta el día 8-VII-65 manifestando notar un aumento paulatino del tamaño del hemiescrotal derecho desde hace tres años, aportando como antecedentes, una intervención quirúrgica del mismo lado por hidrocele, seis años atrás. Al examen del contenido escrotal nos permite diagnosticar una recidiva del proceso. En la anamnesis realizada manifestó no haber notado disminución de tamaño de la tumoración en ningún momento, sino por el contrario existió siempre un aumento lento. La intervención se realizó el 19-VII-65 por incisión inguinoescrotal liberamos el cordón inguinal y la tumoración quística que se encontraba adherida al polo superior del testículo, quedando la mayor parte del mismo fuera de la cavidad. El líquido extraído por aspiración, era opalescente y se investigó en el mismo la presencia de espermatozoides que fué negativa. Una vez evacuado se realizó la apertura del saco vaginal el cual se exploró en su polo superior para descartar la presencia del conducto peritoneo vaginal que no se halló. Se resecaron parcialmente las paredes vaginales y se realizó una prolija eversión de las mismas.

Al igual que el paciente anterior, evolucionó sin ulterioridades.

3º caso)

F. M.: arg. 42 años H. C. 2512.

En el mes de mayo de 1959 concurre a la consulta presentando un hidrocele izquierdo con aumento paulatino de volumen. Se propone su solución por vía quirúrgica. El paciente no vuelve a la consulta hasta un año después (14-VI-60) manifestando haber sido intervenido meses atrás de su proceso y que en la actualidad notaba la repetición del cuadro. Se constató la recidiva, destacando, el paciente no haber notado disminución de tamaño del contenido de las bolsas. Con diagnóstico de hidrocele recidivado, es reintervenido el día 17-VII-60 utilizándose la misma vía de abordaje de los casos anteriores. Liberado el cordón y la bolsa líquida, en cuyo interior se encontraba el testículo, se evacuó el contenido abriéndose a posteriori la vaginal ampliamente de polo a polo, no pudiéndose constatar la presencia del conducto peritoneo vaginal. Se reseca parcialmente la serosa y se suturo prolijamente.

HIDROCELE RECIDIVADO

CONSIDERACIONES:

Se realiza un análisis de las posibles causas de recidivas del hidrocele, presentándose tres casos, siendo la causa en el primero de ellos la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, en el segundo la deficiente apertura de la cavidad vaginal a nivel del polo superior quedando así un receso que se transformó en cavidad por adosamiento cicatricial de los bordes cruentos y en el tercero la falta de resección del saco vaginal con una mala eversión del mismo.

CONCLUSION:

Frente a lo expuesto es digno de destacar como norma:

- 1º) amplia apertura de la cavidad vaginal en dirección del cordón inguinal.
- 2º) Búsqueda minuciosa del conducto peritoneo-vaginal.
- 3º) Resección parcial de la vaginal y prolija sutura en la eversión.

BIBLIOGRAFIA:

- Rutherford O'Crowley, C. Herzlich, J.: Hydrocele. Am. Jour. of Surg 156-160- Vol 61 N° 2, Nov 1944.
- Campbell, M. F.: Hydrocele of túnica vaginalis - Surg. Gynec Obst 192-200. 1927.
- Lowsley. O. S.: Clínica Urológica, Tomo I pag. 476. 1945.
- Herbut.: Patología Urológica Tomo II.