

Tratamiento esclerosante con tetraciclinas en hidroceles

Dres. CAPUYA, G.; TURINA, E.; FRENKIEL, R.; SEMBER, M.; BERNSTEIN HAHN, L.

RESUMEN: Se ha practicado en 22 pacientes con hidrocele punción evacuación e instilación de Clorhidrato de Tetraciclina entre 500 y 1000 mg como sustancia esclerosante. Los procedimientos fueron efectuados bajo anestesia local en 20 casos y en 2 casos con anestesia raquídea en conjunción a adenomectomías prostáticas. Los resultados obtenidos fueron exitosos, en cuanto a la reducción del tamaño, en 20 pacientes con un solo tratamiento, 2 fracasos por recidiva inmediata, uno de los cuales requirió cirugía a pedido del paciente. Se observan las siguientes complicaciones: Dolor intenso en 7 pacientes (31.8%), 6 de los cuales presentaron reacciones vasovagales (27.2%), necrosis de pared escrotal en un caso, al cual se le instiló 3 gr de Tetraciclina y que evolucionó favorablemente con cirugía.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, pág. 6, 1992)

Palabras clave: Testículo - Hidrocele - Escleroterapia

INTRODUCCION

La escleroterapia en los hidroceles fue usada desde el siglo XIII y luego abandonada por los malos resultados. Actualmente existen 2 alternativas terapéuticas de esta frecuente patología escrotal: Cirugía y Esclerosis.

La escleroterapia es un procedimiento ideal en pacientes adultos, con riesgo quirúrgico aumentado y que no desean cirugía o en aquellos que no pueden afrontar el costo económico de la misma.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron 22 procedimientos en 22 pacientes. Fueron excluidos pacientes con:

- Hernia inguinal.
- Sospecha de patología maligna intraescrotal.
- Conducto peritoneo vaginal permeable.
- Inflamación aguda del contenido escrotal.
- Menores de 50 años.

El procedimiento se realiza por consultorio externo y no es necesaria la presencia de ayudantes. A todos los pacientes se les indicó ayuno de 8 horas.

Posición decúbito dorsal. Asepsia regional con iodo-povidona y colocación de campos estériles. Efectuamos anestesia del cordón inguinal con duracaína al 0.5 (5 cm³) y piel escrotal con 1 cm³ de lidocaína al 2% sin epinefrina.

Luego de transiluminar realizamos la punción en cara anterior de escroto con aguja de infusión intravenosa Nº 14, retiramos el tutor y evacuamos el contenido líquido intravaginal. El contenido fluctuó de 50 a 500 cm³ (370 cm³ de media).

Se inyectaron de 500 mg a 1 gr de clorhidrato de tetraciclina, de acuerdo con el volumen evacuado, hasta 200 cm³ se instiló 500 mg, si el volumen superaba los 200 cm³, 1 gr. La dilución de la droga se realizó con 7 cm³ de agua destilada en 16 pacientes y en los últimos 6 pacientes la dilución se realizó con 10 cm³ de lidocaína al 1% sin epinefrina, con lo cual notamos una significativa disminución del dolor a la instilación inmediata.

En un paciente se instiló 1.5 gr por ser un hidrocele tabicado trilobular y en otro paciente por error 3 gr. Luego se procede al retiro del catéter y un suave masaje en el escroto para redistribuir el líquido. Se deja al paciente en observación por 2 horas.

Se indican antiinflamatorios no esteroideos, bolsa con hielo y reposo en las primeras 24 horas. La edad de los pacientes fluctuó entre 56 y 82 años (media 71.4).

En dos casos fueron espermatoceles voluminosos, que a la transiluminación fueron positivos y confirmados por

examen físico-químico del líquido y a los cuales se les instiló con excelentes resultados.

Los pacientes fueron reexaminados a las 24 horas y en la semanas sucesivas. Los controles entre 5 y 24 meses, con éxito en 20 pacientes (90.9%). Después del primer tratamiento, un paciente eligió cirugía en vez de repetir el procedimiento.

Los efectos adversos inmediatos más frecuentes a la inyección son: Dolor (7 pacientes, 31.8%) que se localizó en área inguinoescrotal ipsilateral a la inyección, a veces con irradiación lumbar y abdomen que disminuyó gradualmente en el transcurso de las horas. Reacciones vasovagales temporarias en 6 pacientes (27.2%). Un paciente requirió hospitalización por 24 horas. Un paciente presentó fiebre en las primeras 24 horas. Un caso de necrosis de escroto en el que se administró por equivocación el triple de dosis habitual (3 gr) pero que evolucionó favorablemente con cirugía. No se observaron hematomas escrotales.

COMENTARIOS

En 1935 Baretz hace una revisión de los esclerosantes utilizados: agua, vino, leche, alcohol, fenol, iodo, glicerina, etc. Muchos fueron abandonados por los resultados inciertos, efectos adversos, dolor incapacitante e infecciones. En la década del '30 se buscó el esclerosante ideal de acuerdo al siguiente criterio:

1. Que no cause dolor incapacitante.
2. Atóxico.
3. Que sea bactericida.
4. Que no provoque inflamación intensa ni necrosis escrotal.

En 1975 Maloney usó solución al 2.5% de fenol, 25% de glucosa y 25% de glicerina con buenos resultados y mínimos efectos adversos. Byne y May, Thomson y Odell publican buenos resultados con el uso de tetradecylsodio-sulfato (STD), que es un esclerosante venoso.

Reuken y colaboradores presentan éxitos en el 96% de los 55 pacientes tratados con una solución compuesta por la combinación de tetradecylsodio-sulfato al 3% y rolitetraciclina al 3.5%. Estudios recientes informan que el tetradecylsodio-sulfato podría tener efectos negativos sobre la fertilidad.

Kang-Ning Hu y colaboradores del departamento de Urología de la Universidad Estatal de Nueva York encuentran satisfactorios el uso de tetraciclinas como esclerosante, como así también el estudio realizado por Sadi y colaboradores de la Escuela Paulista de Urología, quienes encuentran exitosa la esclerosis en el 90% de sus 18 pacientes tratados con tetraciclinas.

La tetraciclina es un agente de uso común para promover pleurodesis en derrames pleurales de origen neoplásico. Usada como agente esclerosante para los tratamientos de los hidroceles tiene índices de éxito en aproximadamente un

90% de los casos, al igual que en nuestra experiencia. La tetraciclina debe funcionar como un agente esclerosante, posiblemente por causar irritación local debido a su PH bajo (2.2. a 2.5), y que no varía sustancialmente en la dilución con lidocaína según nuestro criterio.

CONCLUSIONES

El tratamiento esclerosante de los hidroceles con tetraciclinas es de fácil realización y bajo costo, pero no exento de reacciones secundarias. Debemos seleccionar al paciente, preferentemente ancianos, debilitados o de alto riesgo. En estos casos su indicación es satisfactoria según nuestra serie de 22 pacientes que aquí presentamos. Debemos evitarlo en niños y jóvenes en quienes puede comprometer la fertilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Maloney, G. E.: Comparison of results of treatment of hydrocele and epididymal cyst by surgery and injection. *Brit. Med. J.* 3:478, 1975.
2. Byne, P. D. and May, R. E.: Aspiration and injection treatment of hidroceles and epididymal cyst. *Brit. J. Clin. Pract.* 32:256, 1978.
3. Mac Farlane, J. R.: Sclerosant therapy for hidroceles and epididymal cyst. *Brit. J. Urol.* 55:81, 1983.
4. Landos, R. R. and Leonharadt, K. O.: The history of hidrocele. *Urologic Survey* 17:135, 1967.
5. Bullock, N. and Thurston, A. V.: Tetracycline sclerotherapy hidroceles and epididymal cyst. *Brit. J. Urol.* 59:340, 1987.
6. Bodker, A.; Sommer, W.; Andersen, J. T. and Kristensen, J. K.: Treatment of hidroceles of the testis with aspiration and injection of tetracycline. *Brit. J. Urol.* 57:192, 1985.
7. Sadi, M.; Nardoza, A. and Moris M.: Tratamiento ambulatorial das hidroceles atraves de escleroterapia com tetraciclinas. *Jor. Bras. de Urol.* 14:173, 1988.
8. Castillo Jimeno, J. M.; González de Garibay, A. S. y col.: Hidrocele testicular. Terapéutica con esclerosantes. *Arch. Esp. Urol.* 42:110, 1989.
9. Mancebo Gómez, J. M.; Massara, J.; Cisneros, J.; Benítez, M.; Iglesias, J. I. y Pérez-Castro, E.: El tratamiento de hidrocele idiopático mediante inyección endovaginal de tetraciclinas. *Arch. Esp. Urol.* 40:437, 1987.
10. Lauchlil, M.; Wallace, F.; Denise, N. D. y col.: Pneumothorax in cystic fibrosis. Management and outcome. *J. Ped.* 100:863, 1982.
11. Nash, J. R.: Sclerotherapy for hidrocele and epididymal cyst. A five years study. *Brit. Med. J.* 288:1652, 1984.
12. Thomson, H. and Odell, M.: Sclerosant treatment for hidrocele and epididymal cyst. *Brit. Med. J.* 2:704, 1979.
13. Hu, K. N.; Khan, G. and Gounder, M.: Sclerotherapy with tetracycline solution for hidrocele. *Urology* 24:572, 1984.
14. Hellstrom, P.; Malinen, L. and Konturi, M.: Sclerotherapy for hidroceles and epididymal cyst with ethanalamine oleate. *Ann. Chir. Gynaec.* 75:51, 1986.
15. Roncken, R.; Bornman, M.; Reif, S. and Olivier, I.: Sclerotherapy for hidroceles. *J. Urol.* 143:940, 1990.
16. Levine, L. A. and De Wolf, W. C.: Aspiration and tetracycline sclerotherapy of hidroceles. *J. Urol.* 139:959, 1988.