

# ¿Ivanissevich o Bernardi? Revisión histórica de dos técnicas quirúrgicas para corrección del varicocele

## *Ivanissevich or Bernardi? Historical review of two surgical techniques*

Francisco M. López, Pablo Contreras, Osvaldo N. Mazza

*Servicio de Urología del Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.*

En un momento en que la Urología debate las bondades de la cirugía robótica y los tratamientos moleculares parece un anacronismo investigar la historia de técnicas quirúrgicas que datan de un siglo, pero los autores creemos firmemente que la historia es un elemento vivo que nutre nuestra formación y merece más que un lugar en la biblioteca.

El objetivo de esta revisión es arrojar luz sobre dos técnicas quirúrgicas para el tratamiento del varicocele sobre las que existen discordancias, tanto en la bibliografía como en la conciencia colectiva urológica.

### ¿IVANISSEVICH O BERNARDI?

El interés en este tema comenzó al revisar las dos fuentes bibliográficas más comunes que empleamos, es decir el tratado de urología de Campbell y el tratado de técnica quirúrgica de Glenn. Al cotejar lo allí publicado con las enseñanzas de urólogos experimentados se plantea una confusión sobre la autoría de dos de las técnicas quirúrgicas para la reparación del varicocele mundialmente difundidas, que son las operaciones de Bernardi e Ivanissevich. Entonces según:

-Campbell al abordaje inguinal se lo denomina Ivanissevich modificado<sup>1</sup>

-Glenn al abordaje inguinal se lo denomina Ivanissevich<sup>2</sup>

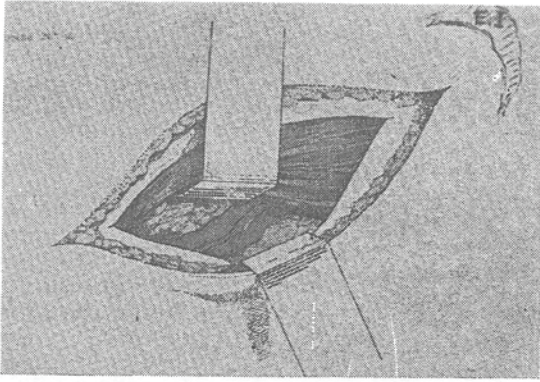
Pero según las enseñanzas de nuestros maestros:

-Técnica de Ivanissevich al acceso retroperitoneal con respeto de arteria

-Técnica de Bernardi al abordaje inguinal con apertura de conducto inguinal (CI)

Para tratar de dilucidar esta aparente contradicción sobre la autoría del abordaje inguinal, efectuamos una revisión bibliográfica de las publicaciones primarias de ambos autores.

En 1918 el Dr. Oscar Ivanissevich<sup>3</sup>, pionero, luego de arduas investigaciones anatómicas en 47 cadáveres y 2 individuos vivos propuso la ligadura troncular de la vena espermática interna como una nueva cura para el varicocele. La vía de abordaje era inguinal con una incisión oblicua y apertura del CI (**Figura 1**). Este sitio anatómico de abordaje estaba ampliamente justificado por sus investigaciones anteriores donde había hallado en el orificio inguinal profundo un sitio de fácil abordaje, en el cual las múltiples venas espermáticas se transformaban en un



**Figura 1.** Incisión propuesta por Ivanissevich en 1918.

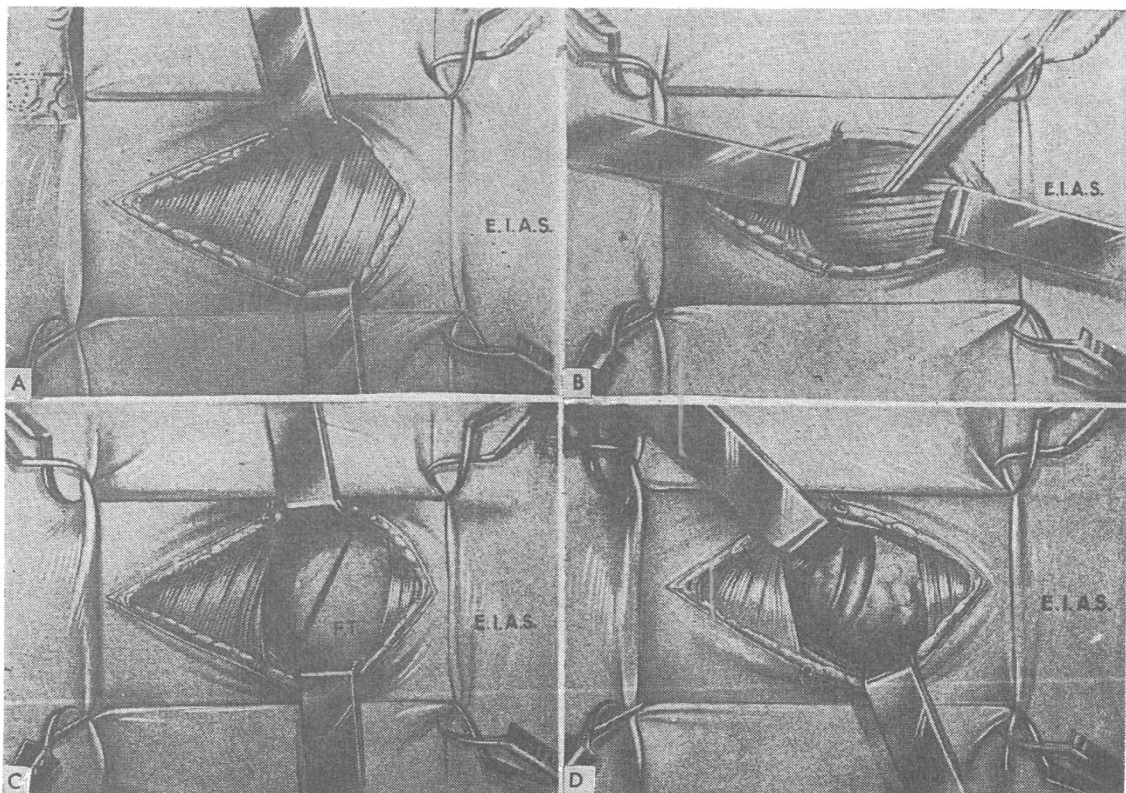
tronco único, lo que facilitaba su ligadura. En esta localización, la vena está ya separada de las arterias, la vena funicular, la deferencial, el conducto deferente y del resto de los constituyentes del cordón. Cabe destacar la sentencia final del escrito: "Comprobada la veracidad anatómica y operatoria de la hipótesis que sustentamos, describimos este nuevo procedimiento que surgió en la biblioteca, llevado luego a la práctica cadavérica, solo fue realizado tres veces en el vivo. Como nos falta evidentemente la experiencia clínica, ofrecemos modestamente a

los cirujanos nuestra interpretación, para que la critiquen teóricamente o a la luz de la experiencia quirúrgica."<sup>3</sup>

La experiencia llegó, y luego de 42 años el mismo Ivanissevich ofrece un artículo en el *Journal of International College of Surgeons* denominado: "Varicocele. Diagnóstico y tratamiento, Experiencia con 4470 pacientes"<sup>4</sup> publicado en 1960.

Se trata de un trabajo detallado sobre la fisiopatología de la incompetencia valvular que genera esta patología. Asimismo se enuncian los tratamientos previos que no ofrecieron resultados favorables como la pexia testicular, la escrotoectomía parcial y el intento de crear nuevas válvulas nativas o sistemas valvulares con interposición de músculo oblicuo mayor. La conclusión de este trabajo fue que lo importante es la ligadura de las venas espermáticas. Según el autor, el lugar de incisión no era lo más importante ya que si bien la incisión propuesta en 1918 todavía estaba vigente en 1960, luego de extensas investigaciones concluía que era de preferencia una nueva incisión.

La nueva vía de abordaje fue propuesta por él mismo en 1937<sup>6</sup>, era horizontal, superior al orificio inguinal profundo e interfibrointermuscular sin apertura



**Fig. 4.**—A, horizontal incision to locate spermatic vein, immediately above internal or external inguinal orifice (second technic published by author and his collaborators); separation of fibers of greater oblique muscle. B, separation of fibers of lesser oblique and transversus muscles at level of internal orifice of inguinal canal. C, section of transversalis fascia. D, fixation of vessel trunks and single trunk of spermatic vein to peritoneum by cellular tissue.

**Figura 2.** Técnica de abordaje retroperitoneal publicado por Ivanissevich en 1937.

del conducto inguinal, ya que juzgaba este gesto como innecesario (**Figura 2**). En la descripción de la técnica, mantenía el principio de ligadura de todas las venas espermáticas con respeto de la arteria.

Sin embargo, explicaba que la incisión inguinal tiene sus ventajas al ser más idónea y reproducible por cirujanos jóvenes y refería que todavía era utilizada por algunos de sus discípulos entre los que destaca a Somalo y Bernardi.

El Dr. Ricardo Bernardi en 1941<sup>7</sup> publica una serie de casos acerca de su experiencia personal con la incisión original de Ivanissevich con apertura del conducto inguinal, reforzando los resultados con venografías. Realiza una pequeña modificación a su técnica que incluye la tracción del cordón para lograr una ligadura superior que la altura de la incisión.

En 1942, en la Revista Argentina de Urología, Bernardi publica un trabajo titulado "Una nueva incisión para el varicocele"<sup>8</sup> en la que desarrolla una nueva incisión por razones anatómicas y quirúrgicas.

La incisión se realiza teniendo claro algunas nociones anatómicas que son: la longitud del conducto inguinal y la situación del orificio interno del conducto inguinal (O.I.C.I.).

Se identifica el orificio inguinal superficial por palpación, se calcula la situación del orificio profundo que se presenta a través de un dedo de distancia del O.E.C.I. en el sentido de la línea del CI. Allí se realiza la incisión (**Figura 3**).

Razones del cambio de incisión con palabras del autor:

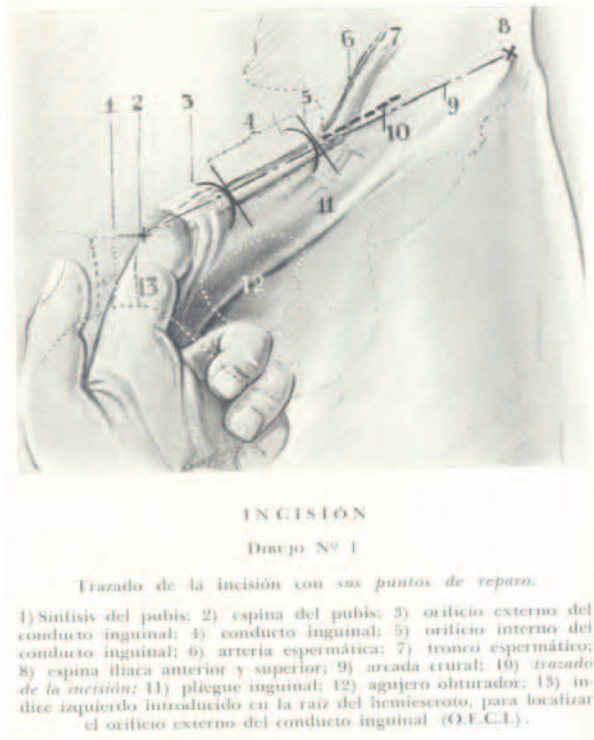
- "El primer punto de contacto parieto-vascular entre la pared anterior del abdomen y el grupo espermático corresponde al orificio interno del conducto inguinal (orificio profundo), nada mejor que ir a buscarlo allí lo más exactamente posible"

- "Ante la objeción repetidamente formulada por cirujanos generales, sobre la inconveniencia de abrir el conducto inguinal, porque debilita la pared"

A continuación dedicó múltiples trabajos<sup>7,8,10,14,15,16</sup> y un libro<sup>9</sup> acerca del varicocele, sugiriendo desde ese momento la nueva incisión sin apertura del conducto inguinal.

A modo de resumen se puede decir que:

En 1918, Ivanissevich describió el abordaje inguinal para el tratamiento del varicocele con una incisión inguinal, ligadura de todas las venas espermáticas y



**Figura 3.** Nueva incisión publicada por Bernardi en 1942.

respeto de la arteria. Sin embargo, con el correr del tiempo, concluyó que el mejor abordaje era una incisión horizontal por debajo de la EIAS manteniendo los mismos principios.

En 1942, Bernardi en función de su experiencia con la técnica inguinal concluyó que el mejor abordaje era una incisión oblicua por encima del CI sin apertura del mismo, manteniendo la ligadura venosa espermática completa y respeto de arteria.

Entonces, podemos decir que la descripción original de ambas técnicas (inguinal y retroperitoneal con respeto de arteria) corresponde a Ivanissevich.

Bernardi toma esta técnica ya descrita y le dedica múltiples trabajos, logrando popularizarla. Posteriormente modifica la incisión y la técnica en sus trabajos, manteniendo la dirección de la incisión aunque sin apertura del CI, pero su nombre ya se encontraba atado a la técnica original y probablemente por esto asociamos su nombre todavía hoy con el abordaje inguinal original.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wein: Campbell-Walsh Urology, 9th ed.2007.
2. Graham Sam D, Keane Thomas E. Glenn's urologic surgery. Ed Lipp Will 2009.
3. Ivanissevich O, Gregorini H. Una nueva operación para curar el varicocele. *Sem Med* 1918; 25:575.
4. Ivanissevich O. Left varicocele due to reflux. Experience with 4470 operative cases in forty two years. *Journal of Int Col of Surg* 1960; 36:742.
5. Ivanissevich O. Varicocele izquierdo por reflujo. Considerado a través de cuarenta y dos años de experiencia clínico-quirúrgica. *Sem Med* 1961; 118(29):1156-1170.
6. Ivanissevich O. Varicocele. *Rev San Militar* 1937; 36:201.
7. Bernardi R. El concepto anatómico de Ivanissevich en la cura del varicocele. Modificaciones a su técnica. *Rev Soc Arg Urol* 1941; 13:521.
8. Bernardi R. Nueva incisión para el varicocele. *Rev Soc Arg Urol* 1942; 11:263.
9. Bernardi R. Varicocele. Semiología y cirugía. *Ed El Ateneo* 1947.
10. Bernardi R. Varicocele. Resultados obtenidos en 500 casos con un procedimiento personal. *Rev Asoc Med Arg* 1958; 72(2):57-68.
11. Arce J. La operación de Ivanissevich en el tratamiento del varicocele. *Bol Inst Clin Quir* 1926; 2:498.
12. Ivanissevich O. Las venas espermáticas del lado izquierdo estudiadas en cuarenta disecciones cadavéricas y en veinte operaciones por hernia y varicocele. *Sem Med* 1924; 37:70.
13. Somalo M. El nuevo concepto clínico y terapéutico acerca de la patología del varicocele. Contribuciones a la técnica de la operación de Ivanissevich basadas en anatomía topográfica. *Pren Med Arg* 1924; 54:23.
14. Bernardi R. (1941) Tratamiento quirúrgico del varicocele. Concepto y algunas modificaciones a su técnica. (Tesis original).
15. Bernardi R. Flebografía del cirsocele. *Soc Arg Urol* 1944; 28:9.
16. Bernardi R, Ghiozzi JC. Flebografía en la pseudorecidiva por varicocele. Urografía por la vena espermática. *Soc Arg Urol* 1942; 27:12.