

Microcirugía del varicocele

Varicocele microsurgery

Dres. Rey Valzacchi Gastón;
Layus Omar.

El varicocele es la dilatación de las venas que drenan el testículo y suele ser una patología muy común, ya que el 15% de los hombres lo padecen, pudiendo ocasionar molestia, alteraciones en el trofismo testicular o en la función del mismo.

Su tratamiento es quirúrgico. Se han descrito distintas vías de abordaje (retroperitoneal, inguinal, laparoscópico, embolización, microquirúrgico).

Las complicaciones posibles de las técnicas convencionales son el hidrocele y la atrofia testicular que se deben al hecho de que junto a la ligadura de las venas enfermas suelen ligarse los linfáticos y la arteria espermática que son elementos sumamente pequeños (menos de 1 mm de diámetro) y por lo tanto muy difíciles de identificar. También se puede producir la recidiva del varicocele por no detectarse todas las venas enfermas.

Con el intento de disminuir las tasas de complicaciones en la varicolectomía, se ha desarrollado hace más de 15 años la técnica de abordaje con microcirugía. Esta técnica se efectúa con un abordaje subinguinal (a nivel del orificio inguinal superficial), lo que permite el tratamiento de las venas enfermas sin la apertura de la aponeurosis o el músculo, por lo que se efectúa en forma ambulatoria, con un postoperatorio más confortable y con más rápida recuperación física. El uso de microscopio quirúrgico permite identificar la arteria testicular y los linfáticos, disminuyendo la incidencia de formación de hidrocele e injuria del componente arterial.

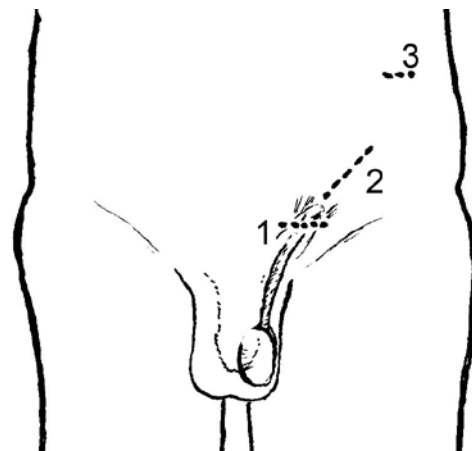


Figura 1. La incisión de piel se efectúa sobre el orificio inguinal superficial (1) fácilmente ubicable al introducir el dedo índice a través del escroto hasta insinuar el pulpejo del mismo en el orificio inguinal. Esta incisión tiene aproximadamente 3 cm de largo y una vez abierta la piel se corta el tejido celular hasta la fascia de Scarpa, la cual es incidida con electrobisturí, ubicando el cordón espermático. Las técnicas de Bernardi (2) e Ivanissevich (3) al ser más altas deben abrir el músculo para ubicar las venas, lo que ocasiona mayor molestias postoperatorias y posibilidad de debilidades musculares posteriores.

Sección Andrología y Microcirugía.
Servicio de Urología.
Hospital Italiano, Buenos Aires,
Argentina.

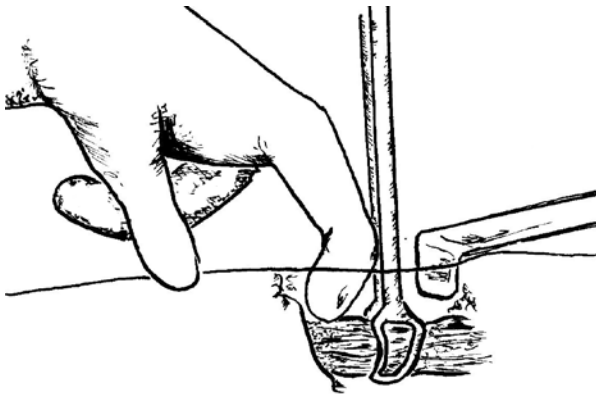


Figura 2. Una vez identificado el cordón espermático es liberado con disección digital y tomado con una pinza de Babcock. Se exterioriza el cordón, observándose la posible existencia de venas extrafuniculares que pueden ser causa de posibles recidivas y que deben ser ligadas.

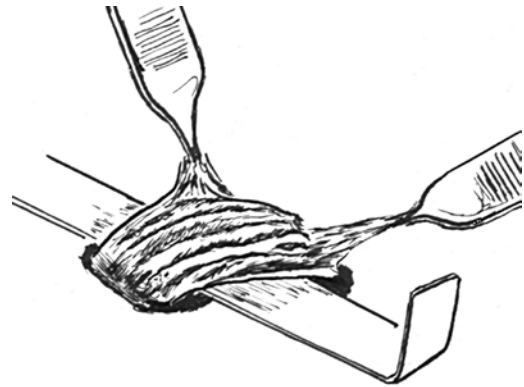


Figura 3. Se coloca un separador de Farabef por debajo del cordón para mantenerlo exteriorizado y se ubica el microscopio con 10 aumentos. Expuesta la fascia cremasteriana se coagulan los vasos de la misma y se la abre utilizando elementos delicados como tijera de iris y pinza de Atson. La fascia es liberada con maniobras romas del resto del cordón para que queden expuestos sus contenidos.

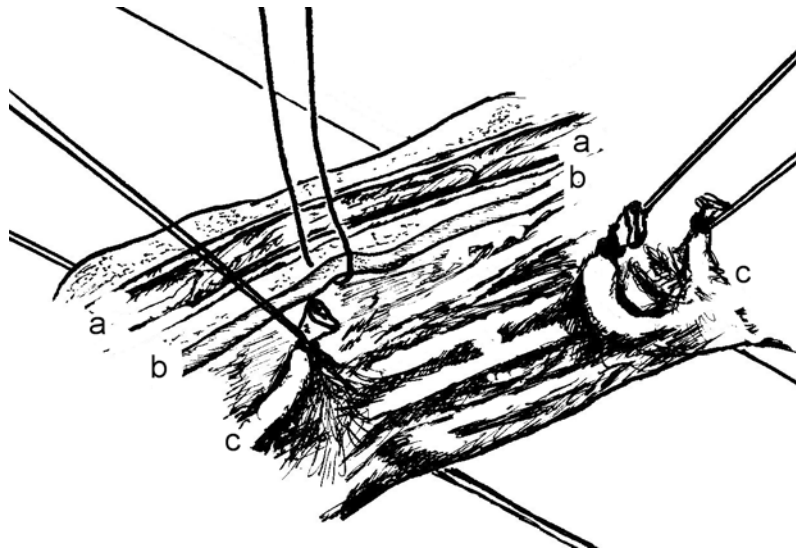


Figura 4. Lo primero que se debe realizar es la identificación arterial, para lo cual en general es necesario abrir la hoja interna del cordón espermático, lo que permite visualizar el latido arterial. En casos difíciles puede ayudarse con la colocación de papaverina sobre el cordón. El deferente debe ser ubicado en el borde interno del cordón quedando aislado, sin haber abierto su vaina (a). La arteria es liberada de todas las estructuras que la rodean. Este es el tiempo quirúrgico en que mayor paciencia se debe tener para evitar lesionarla.

Una vez liberada la arteria es reparada con un catgut para mantenerla identificada (b).

Luego se disecan las venas periarteriales utilizando maniobras romas y las mismas son ligadas con sutura de nylon 4-0 y cortadas evitando lesionar la arteria y los linfáticos.

Las venas ligadas se reparan y se tracciona de las mismas a modo de tienda de campaña para continuar identificando las estructuras subyacentes (c). Es importante trabajar siempre en el mismo plano transversal al cordón, ya que la arteria puede ser tortuosa y si no se respeta el plano la misma puede accidentalmente ser ligada al unir venas en un plano distinto.

Otro elemento importante es, como comentamos previamente, disponer el conducto deferente en el borde interno del cordón espermático y tenerlo siempre identificado para evitar abrir la vaina deferencial, ya que si no pueden ligarse accidentalmente las venas deferenciales que son las venas por las cuales retornará la sangre del testículo.

Puntos principales de la técnica

1. Efectuar la incisión de piel sobre el anillo superficial del cordón
2. Liberar bien (con maniobras romas) el cordón para poder exteriorizarlo sin tracción
3. Ubicar el conducto deferente en el borde interno del cordón
4. Abrir la fascia cremasteriana y la hoja interna del cordón
5. Identificar inicialmente la arteria, ya que con las maniobras suele hacer un espasmo que dificultará ver su latido
6. Trabajar siempre en un mismo plano transversal al cordón
7. Preservar por lo menos un conducto linfático (se identifica por su transparencia)
8. Revisar que no quede ninguna vena del paquete anterior sin ligar
9. Ligar también las venas extrafunculares y cremasteriana
10. Respetar siempre la vaina

Una vez finalizada la ligadura venosa se procede al cierre del tejido celular y de la piel, infiltrando el tejido celular con duracaína.

El paciente es dado de alta en 2 a 3 horas posterior a la cirugía.

Técnica	Preservación arterial	Hidrocele (%)	Recidiva (%)	Morbilidad severa potencial
Microscópica	sí	1	1	no
Retroperitoneal	no	7	15-25	no
Inguinal	no	3-30	5-15	no
Laparoscópica	sí	12	5-15	sí
Embolización	sí	0	7-25	sí

Tabla 1. Comparación de las técnicas. La utilización de la técnica microquirúrgica permite disminuir las complicaciones, efectuar un procedimiento mínimamente invasivo, realizado en forma ambulatoria y con rápida recuperación para la actividad laboral.