

Instituto de Urología "Benito Villanueva"
Hospital Durand.

LA DEFERENTECTOMIA ALTA EN LAS TUBERCULOSIS GENITALES QUIRURGICAS

Por el Dr. GUILLERMO IACAPRARO

Los hechos de orden práctico afirman muchas veces criterios de orden diagnóstico y especialmente terapéutico, cuando están serenamente documentados.

Desde hace tiempo, más que por hábito, por convicción, en las lesiones tuberculosas orquioepididimarias que exigen solución terapéutica quirúrgica, hemos sido decididos partidarios de la resección alta del deferente, entendiendo por tal, la resección canalicular en su porción escrotal y en todo su trayecto inguinal.

Este criterio que en un principio podía justificarse por la conveniencia de resecar toda la "porción bacilosa", ubicada en la zona de la incisión, se ha visto en los casos que comentamos en el presente trabajo, serenamente documentada por la observación de uno fundamental, en el cual las lesiones del deferente próximas al orificio inguinal interno, justificaron ampliamente la resección alta.

TUBERCULOSIS GENITAL: LESION DEL EPIDIDIMO Y DEL CONDUCTO DEFERENTE

Las nociones clásicas de orden patológico son por todos conocidas. El epidídimo tuberculoso puede evolucionar en forma aguda, subaguda o crónica.

En el primer caso, se halla muy tumefacto y congestivo, Tuffier ha referido una forma rara de evolución aguda en la que existían visibles focos quirúrgicos.

En la crónica y subaguda, ambas, las más comunes, el epidídimo presenta en general nódulos situados sea a nivel de la cola o la cabeza, y en ambas partes incluyendo también el cuerpo. *Sin embargo es por todos aceptado que la localización en la cola es la más frecuente.*

Una de las estadísticas más numerosas y mejor controladas es la de Young

en la cual, sobre más de 470 casos, encuentra 231 veces, afectada la cola y 172 la cabeza, destacando en su estadística que en estos últimos, la cola presentaba también lesiones.

Los núcleos de la epididimitis crónica tuberculosa, en lo que respecta a color, tamaño y dureza, varían: en general son de color, blanduzco, de tamaño más o menos pequeño, pudiendo oscilar entre el grano de trigo y el de una nuez o más. Todos conocemos por el examen semiológico núcleos de tamaño mucho mayor. En general hacen saliencia sobre la superficie del epidídimo y al tacto su consistencia es variable según el período de la lesión: duros en los de franca evolución fibrosa, blandos y renitentes en las lesiones en franco reblandecimiento y caseosis.

La localización preferente de la tuberculosis genital asentando en la cola del epidídimo ha sido referida en forma distinta: según algunos, sería debida a la facilidad del estasis sanguíneo a nivel del "globus minor". Hartung cree que siendo la región caudal del epidídimo la más expuesta a los traumatismos, facilita este factor congestivo su localización.

Para otros, Sébilleau, "la localización en cola sería el dato documental patogénico que afirmaría el origen canalicular del proceso, ya que el ansa epididimo-deferencial sería el primer obstáculo al pasaje progresivo de la lesión y marcaría la evolución crónica de una infección señalada en las vías urinarias superiores".

El conducto deferente, motivo especial de nuestras consideraciones por los hechos prácticos observados, puede presentar en la tuberculosis genital lesiones que evolucionan por su grado e intensidad entre límites extremos. En ocasiones, *las alteraciones del conducto presentan lesiones tan características como las del mismo testículo y epidídimo; en otros casos, se halla indemne, estando, hecho curioso ambos epidídimos y muchas veces ambas vesículas, afectadas.*

Existen casos documentados también, en los cuales las alteraciones anatomohistológicas asientan en un extremo del deferente a nivel de su ampolla o por el contrario tuberculizado en toda su extensión.

Las alteraciones anatomopatológicas del deferente no permiten afirmar cuál es el curso seguido por la infección en el tractus genital, es decir, el mismo sentido o el contrario a la corriente del líquido espermático.

Cuando referimos las alteraciones del deferente, asimilamos sus alteraciones a las observadas en el uréter en los procesos de tuberculosis renal, y es así como es posible constatar en francas lesiones orquiepididimarias tuberculosas, conductos deferentes normales, rara vez dilatados, en ocasiones dilatado y espesado, en otras, obliterado por un magma parecido al mastic y deferentes transformados en un verdadero cordón fibroso. Sin embargo, y es un hecho que retienen todos los especializados desde las primeras prácticas semiológicas, la alteración del canal deferente en su forma especial es el de la infiltración por nódulos con intervalos

de conducto sano, que caracterizan al aspecto llamado moniliforme, y que se percibe con toda nitidez cuando en forma correcta se realiza la palpación del funículo en la raíz del escroto, especialmente cuando se consigue aislar el deferente del mismo.

Este aspecto moniliforme que caracteriza casi específicamente al deferente tuberculoso, muchas veces es posible constatarlo no solamente en la porción intraescrotal del mismo, sino en su porción inguinal si bien es cierto que pasando del orificio inguinal externo rara vez es posible afirmar su existencia.

Las alteraciones del deferente moniliforme nunca pasan de tamaños discretos, y es así como si bien es posible constatar deferentitis tuberculosas que engrosan visiblemente el conducto, la alteración de tipo nodular a gran desarrollo es infrecuente.

Lógico es suponer también, que los tubérculos y los nódulos del deferente en su evolución fibrosa o caseosa, puede invadir los tejidos contiguos al cordón. Igualmente los tejidos del cordón, pueden por la misma causa, presentar una marcada reacción inflamatoria que engloba todos los elementos del funículo, sin que se pueda precisar electivamente una lesión tuberculosa del deferente en particular.

En otros casos, el deferente aparenta al examen palpatorio estar groseramente espesado y en realidad es un conducto de características normales, pero retraído por una intensa fibrosis perideferencial, en cuyo caso estamos frente a una perideferentitis similar a la periureteritis de las lesiones bacilosas urinarias.

Los nódulos de la deferentitis tuberculosa, en su evolución, siguen los caracteres semiológicos similares a los del testículo epidídimo; y es así como en el reblandecimiento y en la caseosis pueden encontrarse en la porción escrotal e inguinal del deferente, fistulas inveteradas crónicas, o cicatrices retráctiles que afirman por su reliquia, la existencia de alteraciones que evolucionaron a la curación.

En lo que respecta al aspecto microscópico de las lesiones del epidídimo y del deferente, tienen las características específicas del problema tuberculoso, en éste como en cualquier otro órgano o tejido de la economía.

VIAS DE PROPAGACION

La propagación de la tuberculosis hasta el sistema genital, desde focos extragenitales primitivos y desde la localización primaria del sistema genital a otros órganos, ha dado lugar a que se emitieran numerosas teorías y todos los hechos han sido sostenidos o afirmados basados en la confrontación clínica, anatomopatológica o experimental.

En la tuberculosis, hay acuerdo general en afirmar que no existe forma única de propagación y por el contrario, varias son aceptables. Lógico es suponer que unas más frecuentes que otras y en ciertos casos algunas referidas pero sólo con carácter excepcional.

En su excelente y documentado trabajo "Tuberculosis genital masculina", Figueroa Alcorta engloba en un gráfico muy demostrativo y completo los distintos medios de propagación. Por su interés lo reproducimos.

Sólo a título recordatorio referiremos hechos de carácter importante y que es necesario recordar. "El bacilo de Koch proveniente de la próstata y de las vesículas seminales, llega por intermedio del deferente al epidídimo y al testículo y ésta no es sino la última etapa genital de un largo viaje iniciado en el aparato urinario desde el riñón."

La propagación de la lesión por el canal deferencial desde las regiones próstato-vesiculares al epidídimo ha sido afirmada por Leguen quien distingue que en muchos casos es posible seguir con facilidad, casi bajo el contralor de la vista, la progresión de la infección tuberculosa que siendo en un principio próstato-vesículo-deferencial, luego se hace epididimaria, en cuyo órgano el recorrido puede apreciarse siguiendo segmentariamente a la cola, cuerpo y después a la cabeza.

Young afirma en sus reflexiones, que la tuberculosis ataca el epidídimo después de existir lesiones prostáticas o próstato-vesiculares.

FORMAS GENITO PRIMARIAS

a) Vía hematógica.

FORMAS GENITO SECUNDARIAS

b) Vía canalicular	}	1°. El bacilo de Koch remonta	}	a) el meato urinario.
		curso del espermia desde		b) el riñón.
				c) próstata, vesícula y canal deferente.
		2°. El bacilo de Koch sigue el curso del espermia desde el testículo epidídimo.		

c) Por contigüidad.

d) Vía linfática.

Reinecke igualmente como Rost dice que la tuberculosis genital de carácter primordial epididimaria, se realiza por vía canalicular a diferencia de los procesos infecciosos generales, en los que la infección metatásica realizada por vía

sanguínea toma primitivamente y en forma electiva el testículo y nunca el epidídimo.

Surraco, sereno defensor de la teoría de Rost, dice textualmente y así lo refiere Figueroa Alcorta en su libro: "La realidad muestra que es generalmente la próstata y en raros casos el testículo el que se toma en primer término, y desde allí la enfermedad se hace canalicular: que se trate pues de la infección general o específica, el problema es siempre el mismo. El aparato canalicular intermedio (vesícula, deferente y epidídimo) no se toma sino a continuación de la infección primitiva de los parénquimas (próstata)".

Sangiorgi acepta igualmente que la propagación testipetal es posible solamente por la estenosis del deferente, y la cesación de la corriente espermática.

Afirmando estos hechos, Langré se pregunta: ¿Cómo por la teoría de las lesiones primitivas del epidídimo podremos nosotros explicarnos la localización exclusiva y la aparición de núcleos tuberculosos siempre en la cola de este órgano cuando el resto del epidídimo y testículo quedan al comienzo absolutamente indemnes y sanos? Estos hechos han permitido al autor afirmar que la localización secundaria del epidídimo es siempre la regla, y el origen por supuesto de acuerdo al sentido anatómico es siempre deferencial.

PROPAGACION DE LA LESION AL EPIDIDIMO

Conceptuando la tuberculosis del epidídimo secundaria siempre a un proceso próstatovesicular, y aceptando la vía del deferente como la intermedia, dos opiniones se han emitido para afirmar el tipo de propagación; para algunos ella se hace por la luz del canal; para otros, los bacilos siguen la vía linfática periferencial y subepitelial.

Dice Figueroa Alcorta: "La propagación linfática explica mejor los hechos tales como la tuberculización del epidídimo, sin que existiera lesión en el deferente y sobre todo explica la situación subepitelial de las lesiones del epidídimo y del deferente."

Sommer ha descrito un caso de indudable infección por vía linfática. En su apoyo, Reinecke, Young y Cabot sostienen que la difusión de la tuberculosis por vía intracanalicular, contra la corriente secretoria, no puede estar demostrada, y afirma basándose en estudios experimentales, que la propagación testipetal sólo proviene de las vías linfáticas.

Por su parte, Benda observa varias veces en recientes epididimitis tuberculosas, una lesión secundaria específica viniendo de los canales linfáticos, a los canales epiteliales del epidídimo, y en los del conducto deferente, lo que interpreta, él, lo mismo que Simmonds, como una demostración que la red rica linfática posee gran importancia para la propagación del proceso bacilar.

Y al respecto, Walker ha demostrado experimentalmente que la simple ligadura del deferente aislado, no impide la propagación al epidídimo y que al contrario por la ligadura del deferente, y los linfáticos que lo rodean, sí lo impide.

Estos hechos anatomoclínicos y experimentales, expuestos, probarían la posibilidad de la propagación linfática, pero las cosas se complican si se tiene en cuenta la opinión de Langré quien afirma que no existe ninguna anastomosis directa entre los linfáticos de la próstata, vesículas seminales, deferente y epidídimo. Al recordar los hechos de orden anatómico, dice Langré: "Los linfáticos de la próstata van a los ganglios hipogástricos e ilíacos externos; los de las vesículas van a los ganglios hipogástricos; y los de la mayoría del epidídimo a los ganglios lumboaórticos. Únicamente algunos de la cola irían a los ganglios ilíacos externos". En consecuencia para Langré no podría ser posible admitir la teoría linfática, pues habría que probar la posibilidad de la propagación linfática retrógrada en los linfáticos genitales del hombre.

Resumiendo puede afirmarse, que del estudio de las diversas teorías etiopatogénicas expuestas, que sigue la tuberculosis para alcanzar la primera localización genital y la progresión al resto del sistema es poco conocida. Lo más probable es que no se trate de un camino único de propagación, sino que varía en cada caso y hasta debe admitirse que bajo ciertas condiciones las vías patogénicas se combinan, así pues, lejos de excluirse y oponerse unas a otras, estas diferentes teorías tienen su explicación en las variadas circunstancias en que la enfermedad se presenta.

Estos hechos referidos a título recordatorio, han tenido por finalidad destacar como elemento importante en nuestro caso, la íntima conexión que existe entre el proceso tuberculoso genital y la presunción de lesiones, siempre o casi siempre próstatovesiculares, con alteración del recorrido intermedio canalicular, es decir, el deferente.

Sin entrar en consideraciones de orden terapéutico, en lo que respecta a la discusión de la solución médica o quirúrgica de las lesiones tuberculosas genitales, que no es la parte importante de estas consideraciones, estos hechos permitieron sentar como dato de importancia.

Que así como el epidídimo enfermo, que justifica su exéresis para muchos por el avance de sus lesiones, igualmente debiera aceptarse para el deferente, cuando ellas son evidentes, y robustecería, siguiendo el mismo tren de consideraciones, el criterio de los que aconsejan la gran operación radical, abarcando en la extirpación la porción pelviana del deferente y la zona próstatovesicular.

Pero sólo queremos referir, y es el motivo primordial de nuestras consideraciones, la importancia que tiene en algunos casos la resección alta del deferente, que fuera propiciada en un principio por uno de los insignes maestros de la

urología contemporánea, y que después fuera modificada por él mismo, argumentando motivos de observación práctica.

Es clásica la técnica de la epididimodeferentectomía, cuyos tiempos fueron reglados magistralmente por Marion; y es el procedimiento de Marion conjuntamente con el de la operación radical de la tuberculosis del tractus seminal, operación propiciada por Young, las que han abarcado el privilegio de las técnicas quirúrgicas de la tuberculosis genital.

En la técnica original de la epididimodeferentectomía descrita por Marion en 1912, él refiere en los tiempos de la misma:

1º) "La incisión comienza arriba en la parte media de la arcada crural a 3 cm., de la misma, desciende oblicuamente y luego ligeramente vertical sobre la raíz de las bolsas. Esta incisión interesa piel, tejido celular subcutáneo y la aponeurosis del oblicuo mayor. Abre el canal inguinal como si fuera una operación de hernia, el testículo es atraído a la herida inguinal traccionando sobre el cordón y seccionando el ligamento escrotal. Si debido a adherencias inflamatorias o de fisultas, esta maniobra fuera imposible, se reseca el escroto a su nivel a objeto de liberar el órgano. El orificio así formado servirá para drenaje de la herida, más tarde.

2º) Examen de las lesiones epididimarias.

3º) Aislamiento y sección del canal deferente. El canal deferente se aísla de los otros elementos del cordón espermático en la extremidad superior de la incisión operatoria; una vez liberado, se dirige sin violencia para evitar romperlo, diseccionado se lo liga lo más alto posible y se le secciona al termocauterío. A continuación se aísla de los vasos espermáticos hasta la parte inferior, para lo cual basta seccionar longitudinalmente la túnica fibrosa común del cordón al mismo tiempo que se separa de los vasos por tracción."

4º) Disección y ablación del epidídimo.

5º) Hemostasis.

6º) Cierre de la herida y drenaje.

Hemos referido el tiempo fundamentalmente interesante por nuestras consideraciones del procedimiento primitivo de Marion magistralmente referida por él en el año 1913.

MODIFICACIONES A SU TÉCNICA

Como bien dice Figueroa Alcorta, Marion ha modificado posteriormente su técnica, y el argumento fundamental para ello ha sido la dificultad que presenta el tratamiento de las fistulas que se originaban a nivel del extremo distal del deferente seccionado tan arriba. Con el fin de salvar este inconveniente,



Figura 1

Epididimitis bacilosa. Epididimodereferentectomía. Técnica de Marión. Lesión predominante en la cola.



Figura 2

Orquiepididimitis bacilosa. Hemicastración. Técnica de Marión. Electrocoagulación. Nótese pedículo vascular y pedículo canalicular separados. En círculo negro lesión deferencial limitada (deferentitis nodular tuberculosa).

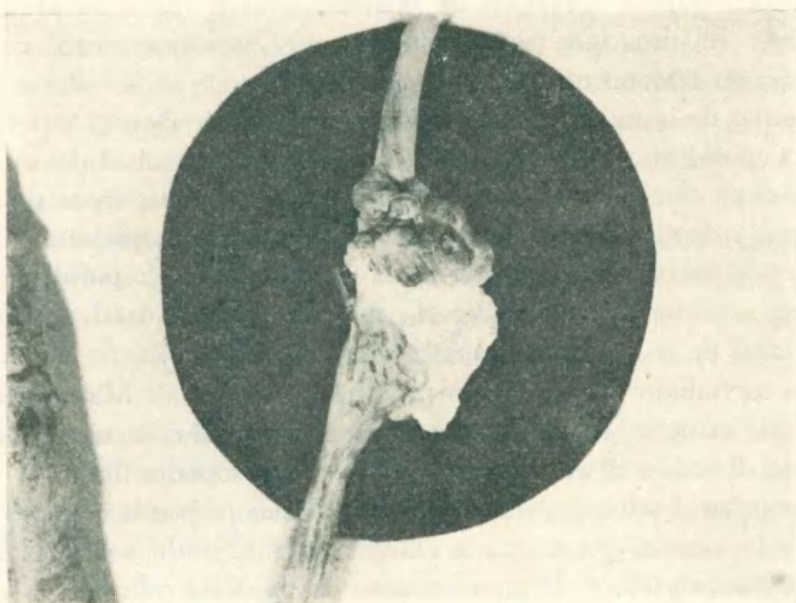


Figura 3
Diferentitis bacilosa. Detalle de la alteración patológica limitada. Lesión nodular en plena caseosis.



Figura 4
Par d del deferente en la zona nodular. Obj. 8. Ocfot. 6. Coloración: hematoxilina eosina: Gran folículo con zona central en principio de necrobiosis, que no llega a la necrosis completa. Zona epiteliode: Capa linfocitaria que se desarrolla infiltrando las paredes del tejido. El resto infiltración linfocitaria con esclerosis secundaria. Venas con espesamiento de su pared. Capilares dilatados que conservan su endotelio.

optó por dejar el cabo restante del deferente lo más bajo posible, y suturar a los planos subcutáneos actuando de manera, que en casos de producirse una fístula estaría en situación según Marion, muy ventajosamente y fácilmente accesible para su tratamiento.

En apoyo de la modificación de Marion, Cabot y Burney en el año 1913 practican la epididimectomía por una pequeña incisión a nivel del escroto, liberan el epidídimo comenzando por el polo superior; después separan el deferente hasta la parte más alta posible; una pequeña incisión de la piel a nivel del canal inguinal donde se toma el deferente. Una vez extirpado el epidídimo y el deferente por la incisión baja, se disecciona el cabo superior del deferente lo más alto posible a través de la incisión inguinal, se corta y liga.

Spurr en su trabajo del año 1926 modifica la técnica de Marion procediendo de la siguiente manera. Incisión a un través de dedo sobre la arcada de Poupart, siguiendo su dirección desde la espina ilíaca ánterosuperior hasta la espina del pubis; exterioriza el testículo, inicia el desprendimiento por la cola del epidídimo seccionando la vaginal por la parte externa y trabajando sobre dicha cara; al llegar a la parte interna, el desprendimiento del epidídimo lo hace por la simple tracción y por medio del índice revestido con gasa, secciona la serosa vaginal a tijera, hecho esto, incide la aponeurosis del oblicuo mayor en todo el trayecto del canal inguinal hasta más allá de su orificio interno; disecciona el conducto deferente hasta este orificio interno un poco por detrás de la arteria epigástrica situada sobre él, que insiste diciendo que constituye la barrera anatómica a la propagación del proceso tuberculoso deferencial; allí se liga y se secciona al termocauterio. Se termina la operación reconstituyendo la pared del conducto inguinal y extirpándose los trayectos fistulosos que pudieran existir.

Cecil, perfecciona la técnica cuidando en el acto operatorio de mantener las lesiones tuberculosas siempre envueltas en una gasa formolada; abajo se secciona el deferente y el extremo superior del mismo se liga, finalizado se lleva esa pequeña incisión inguinal y se envuelve en gasa junto con la pinza que se fija a la piel con tela adhesiva.

La modificación que aconseja Chevasu a la técnica de Marion es la siguiente: Liga y secciona el deferente por debajo del anillo inguinal externo. En un segundo tiempo abre el escroto y procede a la epididimovasectomía siguiendo el deferente seccionado.

COMENTARIOS

Sin entrar en la operación radical de la tuberculosis genital, siguiendo el procedimiento de Young, en el que de acuerdo a los tiempos de la misma, la extirpación abarca desde el polo genital interno al polo genital externo, con el trámite canalicular intermedio, el comentario referido ha tenido por base destacar la dis-

tinta ubicación en lo que respecta a la cirugía de la tuberculosis genital, lo referente a la altura en que debe seccionarse el deferente.

Dentro de las operaciones que podemos llamar económicas de las que somos fervientes partidarios, se plantea el problema, y éste es el motivo fundamental de nuestro trabajo, la oportunidad de la resección del deferente en su porción baja netamente escrotal o en su porción alta netamente inguinal, aún siendo posible a la altura del orificio inguinal interno.

Sin entrar a considerar hechos aislados, dependientes cada uno de las alteraciones macroscópicas o no del canal, hemos sido siempre fervientes partidarios de las secciones altas, queriendo significar con ello, la práctica sistemática de la epididimodeferentectomía incluyendo en la resección del deferente toda su porción escrotal e inguinal.

Los inconvenientes observados por Marion en su primer técnica, y que lo llevaron a la modificación de las secciones bajas no han sido ratificados por nosotros. Por el contrario, nuestra experiencia afirma que el procedimiento magistral de Marion conserva la excelencia de la idea del gran maestro francés que lo ideara. Y los motivos que lo llevaron a sugerir las modificaciones no encuentran en nuestra experiencia personal hechos prácticos que la justifiquen. Pero fuera de ellos, y éste es el motivo primordial de nuestro comentario, hay un caso en el que la documentación fotográfica de la pieza y el estudio de la misma hablan con elocuencia de su importancia. Y es el que se refiere a la figura adjunta (N° 2) en el que toda la extensión de su deferente macroscópicamente sano, sólo en la proximidad del orificio inguinal interno pudo constatarse un nódulo del tamaño de un garbanzo grande que simulaba al estudio de la semiología inguinal ser un ganglio reblandecido y que resultó tratarse de un nódulo tuberculoso en franca caseificación, dependiente íntimamente de una alteración tuberculosa parcial a gran desarrollo entre porciones de deferente sano. El estudio del deferente y el estudio histológico de la alteración permitió confirmar lo afirmado.

Este sólo hecho puesto en el terreno de las hipótesis, y dada la caseificación de la lesión, permitiría afirmar que de haber practicado la resección baja, la lesión caseificada del deferente inguinal, hubiera seguido su evolución fistulizándose, y prolongando la evolución del proceso baciloso canalicular.

Este hecho no ha servido sino para ratificar nuestro criterio de perseverar en las resecciones sistemáticamente altas. Por motivos especiales no somos partidarios de la operación radical de acuerdo a la técnica de Young. Hechos de orden anatómico y quirúrgico nos han mostrado siempre escépticos sobre la conveniencia de su realización sistemática. Pero sí, en materia de criterio quirúrgico, somos partidarios de la resección no económica del deferente, y practicamos su ectomía en toda su porción visible hasta el orificio interno del canal inguinal.

hasta el sitio que Spurr llama la barrera anatómica de las lesiones deferenciales, y que correspondería al entrecruzamiento con la arteria epigástrica.

En toda nuestra experiencia los resultados quirúrgicos han confirmado la bondad de este criterio, teniendo en todos los casos como precaución primordial la sección con electrobisturí, y una prolija "toilette" del muñón seccionado, puesto en contacto con la piel por una ligadura subcutánea.

La fotografía, el estudio anatomohistológico y el gráfico adjunto hablan con elocuencia de la orientación quirúrgica seguida por nosotros en las tuberculosis orquiepididimarias justificables de tratamiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — *Soy partidario de las resecciones bajas, de no practicar las resecciones tan altas y de no reseca tanto. Así como nosotros tenemos la seguridad de que hay una vesiculitis o una prostatitis tuberculosa en enfermos en que reseamos un epidídimo tuberculoso, el deferente se coloca en la misma situación que el uréter cuando se reseca un riñón tuberculoso. Terminada la función del uréter y del deferente, llena las condiciones esenciales de curación de toda lesión tuberculosa, es decir, el reposo. El uréter en reposo y el deferente en reposo, con lesiones tuberculosas posiblemente anatómopatológicas y no a la vista, como en el caso del Dr. Iacapraro, hacen que deba researse. Yo soy partidario de las resecciones más bajas, para que uno evite así ciertas complicaciones.*

Wildbolz, por ejemplo, ha descripto varios casos en los cuales han habido fístulas urinarias apareciendo por el extremo del deferente, grave complicación ésta si el muñón deferencial está colocado en la parte alta.

Dr. Irazu — *Quiero agregar a la interesante comunicación del doctor Iacapraro algunos detalles de técnica, que seguramente él ha tenido muy en cuenta. Me refiero a la extirpación de las envolturas perideferenciales, que son las que tienen importancia para eliminar las recidivas en estos procesos. De manera que en esta forma, la extirpación alta o baja, limitada al sitio hasta donde se extiende la lesión, tendría importancia cuando se extirpen las envolturas perideferenciales.*

Dr. Iacapraro — *Contestando en forma global a los distinguidos colegas, quiero significar que este comentario no ha tenido por fin más que mostrar un hallazgo anatómopatológico infrecuente en lo que respecta a mi experiencia personal y comentar el criterio que he seguido que no es más que el seguido por los que impusieron este tipo de técnica quirúrgica con más autoridad que yo.*

Si uno sigue atentamente los criterios, hay aquí, presentes, urólogos, que

tienen ya un concepto formado con respecto a la sistematización de la resección del deferente alto o bajo, de acuerdo a distintos motivos o criterios. Es evidente, que cada cual ratifica o rectifica los conceptos de los maestros, de acuerdo a su propia experiencia. Casi siempre es muy agradable confirmarlos y muchas veces, también, es agradable rectificarlos, cuando existe un sereno criterio para ello.

Desde un comienzo, he seguido la técnica magistral de Marión, tal cual él la propiciara desde un principio. No soy sistemático. Hoy soy casi intermedio entre la gran operación de Young y la resección demasiado económica del deferente. Si existen motivos para ello, quizá haya uno de orden macroscópico, más que de orden histológico, que sea el que casi siempre cuando uno hace la semiología de la región inguino-escrotal, se pueda demostrar que las lesiones macroscópicas que caracterizan al deferente son constatables en la porción escrotal del deferente. Tanto es así, que para algunos esas lesiones serían patognomónicas.

En algunas ocasiones, hemos podido constatar de que eso no es más que un problema de orden técnico y que la palpación de la porción escrotal del deferente es más cómoda y permite el delimitamiento de la pared de la porción inguinal. Como hemos constatado en muchos casos, que el deferente inguinal nos ha sorprendido con lesiones macroscópicas, es que hemos hecho nuestra experiencia en base a las resecciones altas. Al decir resecciones altas, hay que tener presente, que el trayecto inguinal es suficientemente breve como para que la operación no cambie de pequeña operación en gran operación. Por otra parte, la ayuda de la electrocirugía nos ha facilitado muchos problemas de orden infeccioso y sobre todo lo que respecta a la recidiva, que es lo que motivó la modificación de Marión.

Por ello, no quiero propiciar un problema que no es mío, sino que deseo mostrar, conjuntamente con la pieza, un criterio quirúrgico, que casi siempre he aplicado con buen resultado.

Respondiendo al doctor Irazu, le diré que en mi trabajo no he querido destacar procedimientos de orden técnico, dado que no es la finalidad del comentario.