

# VARICOCELE

## RECONOCIMIENTO DE LAS PEQUEÑAS VENAS ESPERMATICAS POR LA INYECCION OPERATORIA DE INDIGO CARMIN

-----

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

La experiencia ha demostrado que el *fracaso* o *pseudorecidiva* en la operación del varicocele con nuestro procedimiento se debe al desconocimiento de la presencia de algún pequeño vaso espermático, que al poco tiempo reproduce la enfermedad con todas sus características. Este vaso invisible por su pequeñez durante el acto quirúrgico, ya único o en forma de puente que establece la comunicación entre 2 cabos seccionados, se dilata paulatinamente por la hiperpresión venosa, sobreviniendo luego el reflujo y el nuevo aumento de los vasos.

Esta denominación de *pseudorecidiva*, sirve para aclarar que no se trata de un nuevo varicocele, sino que de la *persistencia* de un estado varicoso *mejorado* por la ligadura de los grandes troncos, pero nunca curado totalmente en virtud de la presencia de algunas pequeñas venas *olvidadas* durante el acto quirúrgico. De allí que hablemos de pseudorecidiva y no de recidiva.

Es evidente que el éxito dependerá de la sección y ligadura *completa* de todos los vasos espermáticos, aún de los más pequeños a través de los cuales se reproduce la enfermedad.

La experiencia es concluyente en este sentido y los varicoceles considerados como fracasos con éste u otros procedimientos que ligan los vasos espermáticos se deben exclusivamente a este hecho. No hemos encontrado anomalía venosa capaz de reproducir varicocele y en todos nuestros reoperados bastó la sección y ligadura del vaso espermático a nivel de la incisión anterior para terminar con la enfermedad.

Las flebografías practicadas *antes* de la *reintervención*, muestran el vaso espermático responsable; no encontramos otra vena fuera de este sistema a la cual atribuir la pseudorecidiva. Por otra parte la fisiopatología confirma esta

conclusión: *el varicocele se debe a la dilatación exclusiva y primaria del grupo espermático*; el estasis venoso y el reflujo se encargarán de llevar posteriormente la enfermedad varicosa a otros sistemas (deferencial, funicular y escrotal —cirsocele—).

Con el propósito de facilitar el reconocimiento venoso comenzamos a usar varias sustancias colorantes (mercuro-cromo, violeta de genciana y azul de metileno) que luego rechazamos por la relativa toxicidad, escaso contraste o su difícil obtención en los medios habituales.

Nos decidimos por el *indigo-carmín*, en virtud de su gran tolerancia, intensa coloración de las venas inyectadas y por su existencia corriente en los servicios de cirugía y en todos los de la especialidad.

Para sintetizar, diremos que procedemos de la siguiente forma: 1º) Una vez aislado con nuestro procedimiento el primer tronco que es, por otra parte, el más grueso y el más anterior se secciona entre 2 pinzas de Kocker; el extremo superior o proximal es ligado; en cuanto al *inferior* se le pasa el *asa de hilo sin ajustar por debajo de la pinza*.

2º) Con una aguja fina (25 x 7) de bisel corto, se punza el extremo inferior del tronco espermático, entre la ligadura y la pinza y se inyecta hacia la bolsa, de 15 a 20 c.c. de una solución de *indigo-carmín* (0,040 miligramos aproximadamente —1 ½ ampollas de las comunes—).

A los pocos minutos (3' a 5'), los que se necesitan para investigar y aislar la arteria, se verá cómo todas las venas se tiñen intensamente de color azul, facilitando su reconocimiento e individualización de los vasos linfáticos y de la arteria.

Es interesante observar cómo el extremo superior del tronco anterior ya ligado se tiñe a su vez de azul a través de los pequeños vasos venosos aún permeables. En cuanto a los vasos deferenciales la coloración es también muy intensa, demostrando en forma muy objetiva e interesante la relación con el paquete espermático.

Los vasos del glande y los de la cubierta escrotal y peneana muestran el aumento del color durante cierto tiempo hasta que la solución logra eliminarse totalmente por la orina.

La tolerancia a la medicación desde el punto de vista general es para todos conocida a través de la cromo-cistoscopia; en cuanto a la reacción local es absolutamente negativa: ni existen signos de inflamación ni esclerosis consecutiva de los vasos.

Por otra parte, diremos que la inyección de *indigo-carmín* facilitó extraordinariamente el reconocimiento de los pequeños troncos venosos en nuestros diez últimos operados que sirvieron de ensayo.

Si bien nuestra experiencia con el método nos exime de emplearla siste-

máticamente en todos los varicoceles, pero creemos que será de gran utilidad en el reconocimiento venoso de los que se inician con el procedimiento o de aquellos casos que presentan venas pequeñas y numerosas que obligaran a repetidas e intensas contracciones abdominales para provocar la ingurgitación mediante la maniobra del reflujo.

En conclusión: con un procedimiento rápido, sencillo e inocuo como el que proponemos es posible individualizar fácilmente las pequeñas venas esper-máticas, causantes de la *seudorrecidiva*, en el tratamiento quirúrgico del vari-cocele, asegurándose en la ligadura total el éxito operatorio, como lo certifica nuestra amplia experiencia al haber logrado *más del 98 % de curación* en 310 enfermos operados hasta la fecha durante 8 años.