



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

**TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL HIDROCELE
POR VIA INGUINAL
INFORME PRELIMINAR**

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR**

HECTOR ALFONSO GARCIA DE PAZ

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, JUNIO DE 1959

TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª AV. N° 12-58.—ZONA 1. GUATEMALA, C. A.

PLAN DE TESIS

CAPITULO I

A.—Definición de Hidrocele.

B.—Embriología.

C.—Anatomopatología.

CAPITULO II

A.—Métodos empleados en el Tratamiento del Hidrocele.—Historia.—Breve exposición de las diferentes técnicas quirúrgicas.

B.—Comentario.

CAPITULO III

A.—Técnica Quirúrgica.—Análisis de 15 casos.

B.—Resultados.

C.—Conclusiones.

D.—Bibliografía.

CAPITULO I

A.—DEFINICION DE HIDROCELE. B.—EMBRIOLÓGIA. C.—ANATOMOPATOLOGIA

A.—Definición de Hidrocele.—El Hidrocele es un derrame seroso localizado entre las dos hojillas de la túnica vaginal del escroto, debido a defectos de cierre en el conducto peritoneovaginal, o a vaginalitis crónicas producidas por afecciones testículo-epididimarias.

B.—Embriología.—Formación de la túnica vaginal. Esta membrana es la más profunda de las que forman la bolsa escrotal, es una serosa que envuelve al testículo y epidídimo a modo de funda. Deriva genéticamente de la gran serosa abdominopelviana, es decir, que no es más que una porción del peritoneo que ha descendido a las bolsas, en la época de la migración del testículo.

En efecto, primitivamente y hasta el momento en que el testículo ha tomado en las bolsas su disposición definitiva, las dos cavidades, vaginales y peritoneal, se continúan entre sí, comunicándose una con otra por un largo conducto; el conducto peritoneovaginal, que se extiende desde el orificio interno del conducto inguinal hasta la vecindad del epidídimo. Este conducto se halla colocado en medio de los elementos del cordón y está formado de seis partes:

1.—Un orificio peritoneal estrecho. 2.—Una dilatación prope-
ritoneal. 3.—Un estrechamiento que corresponde al orificio interno
del conducto inguinal. 4.—Una dilatación intraparietal que ocupa
el trayecto del conducto inguinal. 5.—Un estrechamiento corres-

pondiente al orificio inguinal superficial, y 6.—Un abultamiento escrotal que se abre en la vaginal. Normalmente se comienza a obliterar hacia la terminación del noveno mes y su oclusión es completa a los quince o veinte días que siguen al nacimiento en el 75% de los casos, quedando representado por un cordón fibroso que recibe el nombre de ligamento vaginal, a menudo poco visible, ya que se pierde entre los elementos del cordón.

En este momento la vaginal y la cavidad peritoneal se encuentran aisladas completamente una de otra separadas por toda la longitud del cordón o ligamento vaginal.

Este trabajo de regresión que se efectúa antes del nacimiento, puede dejar de realizarse en el 1% de los casos aproximadamente, ya sea total o parcialmente, dando lugar a la persistencia del conducto peritoneovaginal en una forma completa o incompleta.

Esta persistencia explica la patología de algunos de los hidroceles. Pueden observarse cuatro variedades según que permanezca permeable:

En su totalidad, Hidrocele peritoneovaginal o comunicante.

En su parte superior, Hidrocele peritoneofunicular.

En su parte inferior, Hidrocele vaginofunicular.

Y en una o varias partes de su trayecto medio, Hidrocele funicular o quiste del cordón.

C.—*Anatomopatología.*—En el adulto, la vaginal como todas las serosas, presenta dos hojillas, una parietal que corresponde a la túnica fibrosa y otra visceral que corresponde al testículo y epidídimo, dejando en medio de ellas una cavidad virtual, la cavidad vaginal.

La hojilla visceral está adherida íntimamente a la albuginea testículo-epididimaria, no pudiendo ser aislada, en cambio la parietal se halla separada de la fibrosa por una delgadísima capa de

tejido celular—tejido celular subvaginal—en la cual se forman a veces colecciones sanguíneas que se designan con el nombre de: hematoma perivaginal.

Gracias a esta capa de tejido celular laxo es posible en el caso del Hidrocele practicar la resección de la hojilla parietal de la vaginal, dejando en su sitio la túnica fibrosa cuya ablación expone a la producción de hematomas.—(Testut).

De las dos hojillas de la vaginal, la parietal es la más gruesa, contiene en efecto en sus partes más externas un sistema de fibras lisas de dirección longitudinal llamadas cremáster interno que se continúan por abajo con el ligamento, escrotal que no es más que el vestigio del gubernaculum del feto.

Normalmente la vaginal segrega un líquido claro semejante a la linfa que lubrica sus hojas, favoreciendo así su deslizamiento.

Las inflamaciones sucesivas de esta túnica dan por resultado su distensión—Hidrocele—o bien la sínfisis de sus hojas que dicho sea de paso, es a lo que se reducen todos los tratamientos del Hidrocele cualquiera que sea el método usado.

CAPITULO II

A.—METODOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL HIDROCELE.—HISTORIA.—BREVE EXPOSICION DE LAS DIFERENTES TECNICAS QUIRURGICAS. B.—COMENTARIO

A.—Métodos empleados en el Tratamiento del Hidrocele.—Apenas existe trastorno alguno para el que se hayan propuesto tantas medidas terapéuticas como para combatir el Hidrocele. Las medicaciones internas y las medicaciones locales estuvieron muy en boga, la evacuación por Punción se ha practicado desde la antigüedad, la electricidad y la electropunción fueron muy encomiadas, la inyección de esclerosantes se ha usado en gran escala incluso en nuestros días, aunque la mayoría de los cirujanos la rechazan por ser un procedimiento ciego.

Entre los líquidos inyectados en la vaginal con el propósito de obturarla, citaremos los siguientes: vino, ácidos diluídos, tintura de yodo, preparados de cloro, cloruro de zinc, bicloruro de mercurio, cloroformo, alcohol, soluciones de nitrato de plata, éter, ergotina, etc., se aconsejaron también los cuerpos extraños como tiras metálicas, tubos de goma, seda, catgut, etc., fundándose en sus efectos irritantes y la respuesta fibrosa del organismo; sólo tienen un valor transitorio. Vacunoterapia, Malanah usó vacunas de estafilococo dorado y bacilo piocianico, autoseroterapia; afirman algunos que la extracción del líquido del Hidrocele y reinyección del mismo en las nalgas, muslo o abdomen, determinan la regresión y cura del Hidrocele (Cafforio).

La operación radical se practica desde los tiempos de Celso, Volkmann en 1876, ideó una operación consistente en la amplia incisión del saco, embadurnamiento de la cavidad con ácido fénico

y sutura de los bordes del saco a la piel, se aseguraba así el drenaje y se obtenía la obliteración del saco por granulación. Von Bergman en 1885 fue el primero en practicar la escisión del saco.

Los tratamientos actuales para la cura del Hidrocele son, paliativos y radicales.

Entre los primeros tenemos la paracentesis, que casi está abandonada y únicamente se indica cuando no se puede efectuar el tratamiento quirúrgico por mal estado general del paciente o bien para aliviar un dolor muy intenso en Hidroceles a gran tensión. Son frecuentes el hematoma y la infección después de la punción, el Hidrocele así tratado se regenera de ordinario en un plazo de dos a seis meses. Las operaciones contra el Hidrocele conocidas actualmente son la eversión simple de la vaginal—método de Andrew—y la escisión y eversión combinadas—métodos de Jaboulay, Kirschner, Winkelman y Hamilton Bailey.

B.—Comentario.—Todas estas operaciones usan la incisión cutánea escrotal y se observa al día siguiente de la intervención en todos los casos la presencia de un voluminoso hematoma escrotal. Para evitar en lo posible esta frecuente complicación se han empleado: suspensorios ajustados, bolsa de hielo, esmerada hemóstasis, drenaje, etc., pero sin mayores resultados, finalmente en el IX Congreso Nacional de Medicina fue presentado por los Doctores Alejandro Palomo M., y Carlos A. Bernhard, el trabajo titulado: “Un recurso práctico en el tratamiento quirúrgico del contenido escrotal”, que consistía en fijar temporalmente el escroto a la pared abdominal con el objeto de crear así un suspensorio natural que redujera la incidencia del hematoma post-operatorio, se usó rutinariamente en el tratamiento quirúrgico del Hidrocele, lográndose reducir esta complicación hasta un 5.89% de los casos intervenidos con este procedimiento.

Ahora bien, en el afán de reducir al mínimo este porcentaje de hematomas, encontramos en las descripciones de Testut y Jacob, que la causa fundamental de éstos, es la sección de la túnica fibrosa del escroto, se nos ocurrió entonces que si no se escindía esta túnica, lógicamente tendrían que evitarse los derrames sanguíneos, motivo por el cual, decidimos emplear la vía inguinal para el tratamiento quirúrgico del Hidrocele.

CAPITULO III

A.—TECNICA QUIRURGICA.—ANALISIS DE 15 CASOS. B.—RESULTADOS. C.—CONCLUSIONES.

D.—BIBLIOGRAFIA

A.—Técnica Quirúrgica.—Anestésico empleado, Meticaína 150 mlgr. por vía intrarraquídea. Tiempos de la operación:

- 1.—Paciente en decúbito dorsal, asepsia y colocación de campos.
- 2.—Incisión oblicua de arriba abajo y de fuera adentro de longitud variable de cuatro a ocho centímetros según el tamaño del Hidrocele y el panículo adiposo del paciente, sobre el trayecto inguinal a 1 centímetro por arriba de la arcada de Poupart principiando a nivel del anillo inguinal externo interesando piel y tejido celular subcutáneo. Hemóstasis.
- 3.—Con el dedo índice se aísla el cordón espermático a la salida del anillo inguinal externo, se pone un penrose para mantener el aislamiento.
- 4.—Se separan las fibras del tejido celular subvaginal y se deja al descubierto una pequeña porción de la vaginal distendida; cuando el Hidrocele es grande un ayudante lo empuja hacia arriba, haciendo presión sobre el escroto para ayudar a la maniobra. Al llegar a este punto se vacía el Hidrocele con un pequeño corte de bisturí.
- 5.—Una vez vaciado, se prolonga un poco la incisión hecha con el bisturí, con la tijera y se deja abierto el saco, que emerge del escroto a manera de un dedo de guante. En este tiempo se

hace nuevamente cuidadosa hemóstasis con ligaduras de catgut simple 4 ceros.

6.—Se invierte la vaginal por detrás del testículo y el epidídimo y se cosen sus bordes con cuatro puntos de catgut simple 2 ceros, en casos de sacos muy grandes se recorta el tejido sobrante.

7.—Una vez efectuado este tiempo se restituyen a la bolsa, el testículo, el epidídimo y la túnica vaginal invertida.

8.—Cierre por planos. NO SE DEJA NINGUN DRENAJE.

B.—Resultados.—En quince casos de Hidrocele simple tratados hasta ahora en el Servicio, usando la vía inguinal, en pacientes adultos de 18 a 70 años, hemos obtenido un 100% de casos sin hematoma post-operatorio, confirmando así, creemos, las observaciones de Testut, en lo que respecta a la túnica fibrosa del escroto.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL HIDROCELE POR VIA INGUINAL

TECNICA DE LA OPERACION

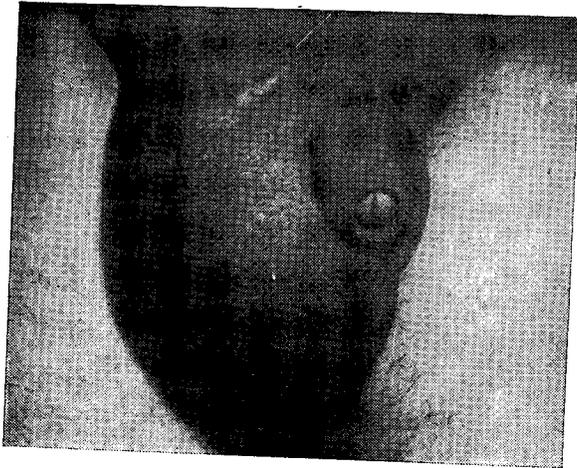


Figura Número 1.
Paciente antes de la operación.



Figura Número 2.
Incisión de la piel y tejido celular
subcutáneo.

TECNICA DE LA OPERACION



Figura Número 3.
Se aísla con un penrose el cordón.



Figura Número 4.
Separación de la subvaginal, mostrando el Hidrocele.

TECNICA DE LA OPERACION

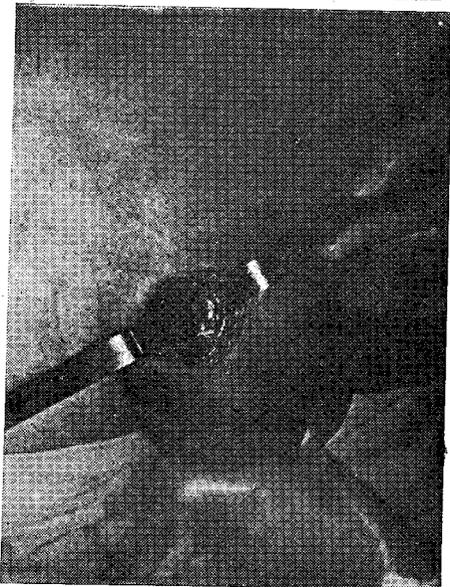


Figura Número 5.
Vaciamiento del Hidrocele, corte
con bisturí.

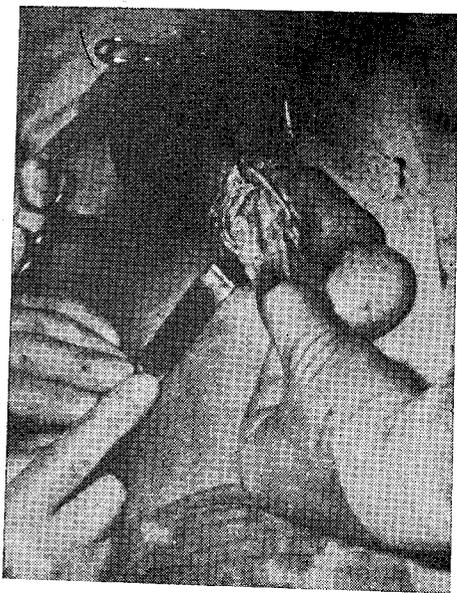


Figura Número 6.
Eversión del saco que emerge del escroto a manera
de dedo de guante.

TECNICA DE LA OPERACION



Figura Número 7.
Operación terminada.



Figura Número 8.
Resultado del post-operatorio 24 horas
después de la operación.
No hay hematoma.

C.—CONCLUSIONES

- 1ª—Lógica y anatómicamente, la vía Inguinal es ideal para el tratamiento quirúrgico del Hidrocele, ya que excluye el hematoma post-operatorio.
- 2ª—Acorta el período de hospitalización.
- 3ª—Es más rápida que la vía escrotal por la disminución apreciable de puntos sangrantes y
- 4ª—Es de gran utilidad en los casos asociados a hernia, ya que ésta se repara aprovechando la misma incisión en un sólo tiempo operatorio.

HÉCTOR ALFONSO GARCÍA DE PAZ.

Vº Bº,

DR. ALEJANDRO PALOMO M.

Imprimase,
DR. ERNESTO ALARCÓN B.,
Decano.

D.—BIBLIOGRAFIA

- Belt, Elmer.*—Tumors of the Testicle, Am. J. Surg. 38:201, 219, Octub. 1937.
- Dodson A. I.*—Urological Surgery. The C. B. Moby Co., p. 729, 1956.
- Cabot Hugh.*—Modern Urology ed. 3, Philadelphia, Lea & Febiger, p. 453, 479, 1936.
- Quinby W. C.*—Tumors of the espermatic Cord and Testicular Tunics Genitourin Surg. 385, 391, 1937.
- Young H. H.*—Radical Care of Hidrocele by excision of serous Layer Surg. Gin & Obst. 807, 812, 1940.
- Cristopher F.*—Textbook of Surgery p. 502, 506, 1956.
- Testut L. y Jacob O.*—Anatomía Topográfica, Tomo II, p. 628, 660, Salvat Editores, S. A., 1950.
- Campbell M. F.*—Principles of Urology p. 408, 1957.
- Thorek Max.*—Técnica Quirúrgica Moderna p. 3156, 3159, Tomo IV, Salvat Editores, S. A., 1953.
- Segovia Caballero J.*—Tratado de Operatoria General y Especial, Tomo 5, Uteha, p. 191, 196, 1951.
- Basset A., Constantini H., Jeanneney G.*
- Maisonnet J.*—Nuevo tratado de Patología Quirúrgica, Tomo VI, p. 837, 850, Salvat Editores, S. A., 1937.