

Revista Cubana de Urología

Prevención del hidrocele postoperatorio en la cirugía del varicocele

Ángel Manuel Tundidor Bermúdez

Hospital General Docente "Guillermo Domínguez". Puerto Padre, Las Tunas, Cuba.

Compañero Editor:

El artículo de Chou Rodríguez et al.¹ ha traído una vez más a colación el problema de la aparición de hidrocele como complicación de la corrección quirúrgica del varicocele. Los citados autores informan una incidencia del 3,33 % al emplear la técnica convencional de Palomo y del 10% con el abordaje suprapúbico. Otros señalan del 4%-15 % con la técnica de Ivanissevich,^{2,3} del 7%-33% con la de Palomo^{2,3} y del 11%-22% con la cirugía videolaparoscópica^{4,5}.

Para tratar de prevenir esta complicación, atribuida a la ligadura inadvertida de vasos linfáticos, han sido ideados y puestos en práctica recursos tales como la linfografía preoperatoria,⁶ la disección linfática microquirúrgica⁷ o videolaparoscópica,⁸ la hidrodisección⁹ y la tinción con azul de isosulfán¹⁰. Sin embargo, ningún procedimiento ha sido tan eficaz ni tan sencillo como la resección profiláctica de la hoja parietal de la vaginal, ya que al hacer desaparecer dicha serosa y la cavidad por ella delimitada, evita toda posibilidad de formación de un hidrocele.

El primer intento de tan ingeniosa solución corresponde a Tsikopoulos et al.¹¹ del Hospital General Hippokration Salónica, Grecia, quienes llevaron a cabo la fenestración de la vaginal concomitante con la técnica de Palomo izquierda. Este procedimiento tuvo una eficacia del 100% en un seguimiento entre 3 meses y 4 años, y no adicionó morbilidad a la operación original, pero hay que señalarle como desventaja la necesidad de una segunda incisión.

No sucede así con la vía subinguinal, donde es posible realizar (y esta es otra de sus ventajas) la resección de la vaginal tirando del testículo hacia la herida quirúrgica y reintegrándolo a continuación a la bolsa escrotal. Esta técnica combinada fue reportada por vez primera por Castagnetti et al.¹² de la Universidad de Palermo, Italia. En sus pacientes, la vaginal fue abierta ventralmente y

parcialmente reseca. A continuación fueron colocados puntos de eversión en ambos polos testiculares, y una sutura corrida con fines hemostáticos en el borde de resección. Ello alargó el tiempo quirúrgico 10 minutos como promedio. La incidencia de hidrocele postoperatorio con esta técnica (sin resección completa de la hoja parietal de la vaginal) fue del 4,3%, en un seguimiento de 1 año como mínimo.

En nuestro Servicio hemos realizado, en una casuística de proporciones aún modestas, la resección completa conjuntamente con el abordaje subinguinal, logrando la hemostasia mediante electrocoagulación, sin agregarle morbilidad al procedimiento, y sin que hayamos observado caso alguno de hidrocele postquirúrgico, porque ¿en qué espacio se habría de formar?

De haberse seguido ese procedimiento en la serie de Chou Rodríguez et al., esto significaría la realización de 10 resecciones bilaterales de la vaginal para prevenir la aparición de 1 hidrocele, y el empleo de una incisión suprapúbica ligeramente mayor que permitiese la exposición del testículo.

Corresponde en cada caso al cirujano actuante decidir la adopción o no de medidas para evitar lo evitable. Pero a la hora de decidir, debe encontrarse provisto de los conocimientos aquí expuestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chou Rodríguez A, Fragas Valdés R, Hernández Silverio DR, Rodríguez Verde E, Palacios Jiménez P. [Varicocele bilateral e infertilidad: evaluación de dos técnicas quirúrgicas](#). Rev Cub Urol 2013;2(1):53-69
2. Misseri R, Gershbein AB, Horowitz M, Glassberg KI. [The adolescent varicocele. II: the incidence of hydrocele and delayed recurrent varicocele after varicocelectomy in a long-term follow-up](#). BJU Int. 2001 Apr;87(6):494-8. PMID: 11298041
3. Chantada Abal V, Rey Fraga D, González Martín M. [Tratamiento médico-quirúrgico del varicocele](#). Arch Esp Urol 2004; 57(9):951-61.
4. Hassan JM, Adams MC, Pope JC 4th, Demarco RT, Brock JW 3rd. [Hydrocele formation following laparoscopic varicocelectomy](#). J Urol. 2006 Mar;175(3 Pt 1):1076-9. PMID: 16469622
5. Zampieri N, El-Dalati G, Ottolenghi A, Camoglio FS. [Percutaneous aspiration for hydroceles after varicocelectomy](#). Urology. 2009 Nov;74(5):1122-4. PMID: 19647305
6. Chiarenza SF, D'Agostino S, Scarpa M, Fabbro M, Costa L, Musi L. [Lymphography prior to laparoscopic Palomo varicocelectomy to prevent postoperative hydrocele](#). J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2006 Aug;16(4):394-6. PMID: 16968191
7. Goldstein M, Gilbert BR, Dicker AP, Dwosh J, Gnecco C. [Microsurgical inguinal varicocelectomy with delivery of the testis: an artery and lymphatic sparing technique](#). J Urol 1992 Dec;148(6):1808-11. PMID: 1433614

8. Tan HL, Tecson B, Ee MZ, Tantoco J. [Lymphatic sparing, laparoscopic varicocelectomy: a new surgical technique.](#) *Pediatr Surg Int.* 2004 Oct;20(10):797-8. PMID: 15503063
9. Atteya A, Amer M, AbdelHady A, Al-Azzizi H, Ismael E, Abdel-Gabbar M, Shamioui R. [Lymphatic vessels hydrodissection during varicocelectomy.](#) *Urology* 2007; 70:165-7.
10. Abd Ellatif ME, El Nakeeb A, Shoma AM, Abbas AE, Askar W, Noman N. [Dye assisted lymphatic sparing subinguinal varicocelectomy. A prospective randomized study.](#) *Int J Surg.* 2011;9(8):626-31.
11. Tsikopoulos GK, Roussis XS, Georgakis J, Papouis G, Tryfonas GJ. [Does incision of the tunica vaginalis during the Palomo procedure prevent post-operative hydrocele?](#) *Br J Urol.* 1998 Apr;81(4):612-3. PMID: 9598637
12. Castagnetti M, Cimador M, DiPace MR, Catalano P, DeGrazia E. ['Preemptive hydrocelectomy' in subinguinal varicocelectomy.](#) *Urol Int.* 2008;81(1):14-6. PMID: 18645265

Aprobado: 03-nov-2013

Recibido: 18-dic-2013

Correspondencia: *Ángel Manuel Tundidor Bermúdez* Hospital General Docente "Guillermo Domínguez". Puerto Padre, Las Tunas, Cuba. **Correo:** tundidor@ltu.sld.cu