VARICOCELE *

Por el Dr. ANGEL G. DE QUEVEDO,
académico de número

Se denomina varicocele a la dilatación, alargamiento y sinuosidad de las venas del plexus pampiniforme, que en casos avanzados suele extenderse también a las venas espermáticas y deferenciales. La denominación no es muy atinada, pues en realidad no existen várices, sino simple dilatación de las venas, pero se ha conservado su uso inveterado en todos los tratados de la materia.

El varicocele puede ser idiopático o sintomático. Me ocuparé sólo del primero, ya que el estudio del sintomático debe hacerse con cada uno de los padecimientos en que se observa. Antes de emprender el estudio del padecimiento, quisiera recordar siquiera brevemente algunos datos anatómicos.

Las venas del testículo y el epidídimo se reunen en el cuerpo de Highmore en varios troncos que constituyen el plexus pampiniforme, densa red de venas que, a través del cordón, se dirige al canal inguinal, en donde toman nacimiento tres ramas diferentes:

a) La espermática interna, que siguiendo el trayecto del canal inguinal, penetra por el orificio inguinal interno y termina en la vena cava del lado derecho y en la renal del lado izquierdo.

b) La deferencial, que acompañando al deferente, penetra al vientre por el orificio del canal inguinal, y dirigiéndose hacia abajo, termina en los plexus venosos que rodean a las vesículas seminales.

---

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 8 de diciembre de 1948.

c) La espermática externa, que penetrando también al canal inguinal, termina en la vena epigástrica, que a su vez desemboca a corto trecho en la vena femoral.

En su porción inicial en el plexus pampiniforme, estas tres ramas venosas se anastomosan entre sí libremente; pero ya en el interior del canal inguinal, las anastomosis son cada vez más escasas. Todas ellas tienen válvulas, aunque con desarrollo muy exiguo. La vena derecha suele ser única en su trayecto abdominal; pero la izquierda, con frecuencia es múltiple, hasta a 6 a 8 cms. de la renal.

Desde el punto de vista anatomo-patológico, se observa en el varicocele, un enrarecimiento de las fibras del cremáster (lo que explica la disminución o abolición del reflejo cremasteriano observado en estos casos), a veces hidrocele de la vaginal, y no raras veces, modificaciones de tipo regresivo en el testículo, que se manifiestan macroscópicamente por aumento de consistencia y disminución del volumen observado, y microscópicamente por infiltración fibrosa del órgano. En un principio, el testículo sólo pierde su elasticidad, pero poco a poco se produce una disminución de volumen y de consistencia. Estas modificaciones se han atribuído a la estasis según unos, o a un proceso crónico de peri-flebitis y peri-neuritis aséptica, de punto de partida venoso, según otros. En el canal inguinal se observa, generalmente, adelgazamiento de la pared posterior y, no raras veces, persistencia del canal peritoneo-vaginal. En las paredes de las venas dilatadas, se observan en la íntima, placas que hacen relieve en la luz de la vena, con estroma conjuntivo reticulado y abundantes fibras elásticas. En la media, hay hipertrofia de la capa muscular, tomando el vaso aspecto de arteria, y posteriormente, adelgazamiento de la pared por degeneración de los elementos elásticos y musculares. La adventicia, fuera de ligera hipertrofia, no presenta grandes modificaciones.

Etiológicamente, se han propuesto diversas hipótesis, más o menos plausibles, para explicar el padecimiento, pero hasta ahora, no podemos considerar que se haya encontrado la verdadera causa del proceso.

Tiene indudablemente cierta influencia un factor hereditario, no porque directamente se herede el padecimiento, sino por herencia de una debilidad congénita de las paredes venosas. El padecimiento se observa más frecuentemente en sujetos de tipo asténico, longilíneos, y coexiste con frecuencia con hemorroides y várices de los miembros.

Mecánicamente, influyen como causas adyuvantes el trabajo de pie y los esfuerzos abdominales frecuentes, en que la columna sanguínea de

la vena espermática vence sus pequeñas válvulas y dilata las venas del plexus pampiniforme.

Anatómicamente, influye la longitud considerable de la vena espermática, su trayecto abdominal en que no hay órganos macizos cercanos que la compriman (como los músculos en las venas de los miembros), su escasez de válvulas y el hecho de que la contracción de la prensa abdominal, al comprimir el orificio interno del canal inguinal, impida momentáneamente el vaciamiento de las venas testiculares que se dilatan. Su localización preferente del lado izquierdo, se explica por la longitud mayor de la vena izquierda que desemboca arriba hasta la renal (más alta del lado izquierdo) y abajo en el testículo izquierdo, también situado más bajo que el derecho.

Respecto a la frecuencia del padecimiento, puedo dar el dato de haberlo encontrado 4 veces en 180 conscriptos examinados de 1943 a 1946, lo que da una incidencia de 2.5%. Este dato concuerda con las cifras de diversos autores.

Sintomáticamente, el varicocele no da síntomas subjetivos en su principio; poco a poco, y a medida que aumenta la dilatación de las venas, el enfermo experimenta sensación de punzada o dolor sordo en la región del escroto; otras veces, experimenta sensación dolorosa de peso hacia las bolsas o hacia la región inguinal, que aumenta por el ejercicio, el deporte o la estación de pie, y se presenta de modo irregular, con mayor frecuencia en la estación calurosa del año. Estos síntomas suelen agudizarse después del funcionamiento sexual y las erecciones. Cuando el varicocele ha producido ya las lesiones testiculares descritas, puede manifestarse por síntomas reveladores de una hipofunción testicular, como la disminución de la líbido, eyaculación precoz e impotencia.

En su principio, y si el varicocele es poco marcado, sólo por palpación y estando el enfermo en posición de pie, se percibirán las venas dilatadas del cordón, bajo la forma de salientes alargadas y blandas que se han comparado a la percepción de lombrices. Si el enfermo se acuesta, desaparecen las dilataciones venosas y la tumoración. En casos avanzados, aun la inspección, con el enfermo de pie, muestra una saliente anormal en la raíz y porción colgante del escroto.

El tratamiento del varicocele puede dividirse en conservador, por inyecciones, y quirúrgico. Ultimamente, sobre todo los autores norteamericanos, han restringido considerablemente las indicaciones para el trata-

miento quirúrgico, considerando que casi el 90% de todos los casos de varicocele pueden permitir al sujeto una vida normal, con el tratamiento conservador.

El tratamiento conservador trata de mejorar la circulación testicular de vuelta, por medio de suspensorio, que bien colocado, elevando el testículo y los plexus venosos, facilita su evacuación y evita el peligro de la congestión pasiva testicular crónica. Debe instituirse en todos los casos de varicocele pequeños, poco desarrollados, y asociarse a una higiene adecuada del sujeto, en que se proscriba hasta donde sea posible, el trabajo prolongado de pie y deportes como la bicicleta, baile, etc. Deben evitarse igualmente los excesos sexuales, que congestionando el órgano, predisponen a la estasis.

El tratamiento por inyecciones ha sido preconizado por Heninger, pero en general no ha tenido aceptación, y no me ocuparé de él.

Los métodos quirúrgicos empleados para tratar el padecimiento, se han dirigido:

1º *A las venas*: por ligadura, resección o cauterización.

2º *Al escroto*: por resección parcial, para que acortándolo se eleve así el testículo. Algunos autores asocian este método al anterior.

3º *Al testículo*: que se eleva y suspende por diversas técnicas.

I. METODOS QUE SE DIRIGEN A LAS VENAS

Diversos autores han recomendado y practicado la ligadura simple de las venas dilatadas. Celso Cornelio, médico del emperador Augusto en el siglo I, y Paulo de Egina en el siglo VII, recomendaban y practicaban la ligadura de las venas a cielo abierto, al nivel del escroto. Vidal de Cassis, en 1850, empleaba también la ligadura pero verificada a través de la piel con hilo de plata. Ricord la verificaba con hilo de seda.

La resección de los paquetes venosos fué empleada también desde el medioevo. Arcolano, en el siglo XV, la recomendaba al nivel del escroto, y T. J. Pelit y últimamente Bernardi, como veremos más adelante, la hacen en el canal inguinal. Ivanniseyich y Arce, de la Argentina, ligan la vena espermática, no en el cordón, sino en el abdomen, por una incisión situada adentro de la espina ilíaca anterior y superior.

Algunos autores emplearon la cauterización de las venas con cáusticos químicos, como potasa, y Donnet en 1856 empleaba el cloruro de zinc. Richet hacía uso del termocauterio.

II. METODOS QUE SE DIRIGEN AL ESCROTO

Dionis en el siglo XVIII, Astley Cooper en 1839, Henry en 1881, Wickman en 1885, Le Dentu en 1887, Lejars en 1899, Lucas Championiere en 1900 y Lerda en 1917, han preconizado la resección parcial del escroto, tratando de elevar así el testículo y disminuir la estasis venosa.

Oscar Orth (Fig. 1) hace una incisión longitudinal sobre la cara anterior del escroto, de 4 cms., aisla y reseca los paquetes venosos del varicocele, y después sutura la piel transversalmente, con lo que eleva el testículo.

Marion (Fig. 2) hace un método mixto; después de resecar los paquetes venosos al nivel del cordón por incisión inguinal, reseca toda la base del escroto, estirado hacia arriba por medio de pinzas, y sutura canalizando con crin de Florencia.

Los métodos de resección escrotal tienen en general el inconveniente de dar lugar con frecuencia a hematomas, que trastornan el post-operatorio de estos enfermos, y además posteriormente la elasticidad del escroto vuelve a ceder descendiendo de nuevo el testículo.

Henninger (Fig. 3) hace un método aún más sencillo que el de Marion, de resección escrotal, colocando simplemente 4 pinzas largas, tipo "clamp" entre las cuales secciona el escroto.

III. METODOS QUE SE DIRIGEN AL TESTICULO, ELEVANDOLO

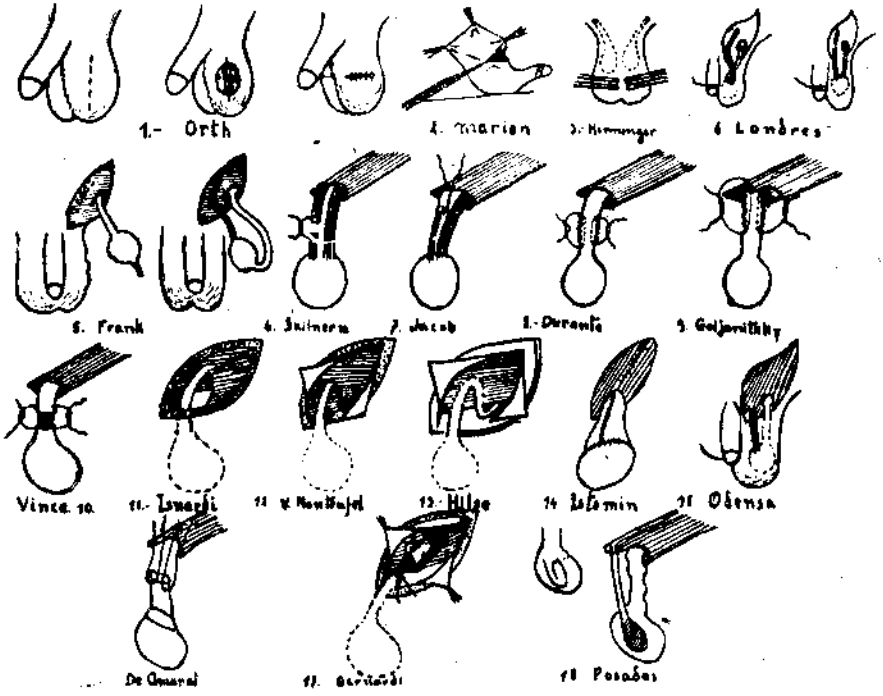
Londres y Tejeda (Fig. 4) disecan un colgajo aponeurótico del oblicuo mayor que suturan a la albugínea, en el polo superior del testículo.

Frank (Fig. 5) hace un método análogo, pero sutura la tira aponeurótica del oblicuo mayor a la albugínea del polo inferior del testículo sobre el "gubernaculum testis".

Skilnern, O'Connor, Bennet y Allison (Fig. 6) resecan las venas ectasiadas del cordón, entre el testículo y el orificio externo del canal inguinal, y suturan entre sí los muñones de los paquetes venosos reseca-

dos, con lo que elevan el testículo. Este método es pues mixto, como el de Orth, mencionado anteriormente.

Otros autores, resecan también las venas entre el testículo y el orificio externo del canal inguinal, y suturan el muñón distal, Jacob (fig. 7) al orificio externo del canal inguinal, y Nilsen al tendón conjunto. Se trata también de método mixto.



Durante y Schiffoni (fig. 8) pliegan por sutura, verticalmente el cremáster, para elevar el testículo, y Goljanitzky y Cotoni (Fig. 9) lo suturan al anillo inguinal externo.

Vince (Fig. 10) reseca el cremáster cilíndricamente entre el testículo y el anillo inguinal externo, y sutura el borde proximal con el distal de la porción resecada.

Carta hace el mismo método de Durante y Schiffoni, pero resecando primero los paquetes venosos y suturando entre sí los muñones.

Klappe hace la resección parcial de la vaginal y el cremáster.

Casanueva y Velasco emplean el mismo método, pero además hacen la elevación y fijación del testículo, por medio de una vena resecada, cuyo muñón fijan a la aponeurosis del oblicuo mayor.

Isnardi (Fig. 11) hace una incisión vertical en la aponeurosis del oblicuo mayor, eleva el cordón siguiendo esta incisión, y sutura nuevamente la aponeurosis debajo del cordón.

Manteufel (Fig. 12) hace el mismo método, pero haciendo la incisión y sutura en el tendón conjunto.

Hilse (Fig. 13) hace una pequeña incisión en el oblicuo menor, por la que saca una asa del cordón, que deja afuera del orificio, suturando éste por debajo.

Istomin (Fig. 14) reseca un colgajo de 8 x 10 cms., de la fascia lata, que aplica como un manguito alrededor del cordón, fijándolo, por una parte a la albugínea y por otra a la aponeurosis del oblicuo mayor en el anillo inguinal.

Odensa (Fig. 15), tomando un colgajo longitudinal de la fascia lata, lo fija por una parte a la albugínea y por otra a la aponeurosis del oblicuo.

De Amaral y Parona (Fig. 16) hacen, invirtiendo la vaginal, un verdadero suspensorio al testículo, que fijan a los bordes del anillo inguinal exterior.

Posadas (Fig. 18), hace una incisión en espiral de la vaginal, con la que talla un colgajo vaginal en forma de tira, que fija al pilar interno del anillo inguinal.

Bernardi (Fig. 17), cuya técnica he verificado con éxito en varios casos, hace una incisión inguinal a 0.5 cms. arriba del arco de Poupart y paralela a él, que empieza del lado interno a un dedo afuera de la espina del pubis y se extiende hacia afuera 5 centímetros. Se descubre la aponeurosis del oblicuo mayor y se pone un punto catgut en el pilar externo del orificio externo del canal inguinal, punto que va a servir sólo de referencia, y que se denomina "punto de protección de Grimaldi". A un cm. afuera de ese punto y paralelamente al arco de Poupart, se incide la aponeurosis del oblicuo mayor hasta el orificio interno del canal inguinal. Descubierto el cordón, se eleva sobre un separador especial que he improvisados con dos ganchos separadores unidos; sobre ellos, como mesa, se incide el cremáster, y después de aislar cuidadosamente las venas de las arterias, se resecan todas las venas sin dejar una sola, pero solamente ellas. Con esto termina la operación propiamente dicha, haciéndose sola-

mente la reconstrucción anatómica de los tejidos incididos y la sutura de la piel.

La objeción que se ha hecho a este método, es la facilidad con que se pueden seccionar las arterias y los nervios del testículo en la operación, produciéndose posteriormente una atrofia del órgano; pero si se procede con cuidado, este accidente puede evitarse.

Como se ve por esta exposición, son múltiples los métodos ideados por los diversos autores para tratar el padecimiento.

En general podemos decir que el consenso de opinión actual sobre el tratamiento del varicocele no se ha modificado considerablemente de 50 años a esta parte.

Aun consideramos que no deben operarse todos los casos de varicocele. Aquellos que sólo reconoce el médico al explorar al enfermo, con paquetes venosos poco voluminosos y asintomáticos, no deben operarse en lo general y menos aún en enfermos psicopáticos y con signos de neurastenia sexual.

Hay indicación operatoria:

1º En varicoceles con dilataciones venosas voluminosas y colgantes, que envuelven totalmente al testículo y hacen peligrar su función.

2º En varicoceles que producen dolor intenso, intolerable para el enfermo.

Considero de importancia que este criterio se uniformara entre el Cuerpo Médico, para evitar discordancias desgraciadamente frecuentes, en las indicaciones operatorias de este padecimiento, que siembran desorientación y desconfianza en el público, que no puede comprender que un médico afirme la necesidad urgente de un tratamiento quirúrgico, en tanto que otro lo considera innecesario.

BIBLIOGRAFIA

Beneventi Francis, A.: Varicocele. Am. Journal of Surgery. 71: 783, 1946.

Branco Ribeiro, Eurico: Varicocele. Buenos Aires. Salvat. 1946. I.

Campbell Meredith, F.: Varicocele due to anomalous renal vessel: an instance in a thirteen-year old boy. J. of Urol., 52:502, 1944.

Forgue y **Reclus**: Therapeutique chirurgicale. Paris. 1942.

Lichtenberg A., **Voelcker** F., **Wildbolz** H.: Handbuch der Urologie. Berlin. Julius Springer. 1928. I. 807. V

Marion G.: Técnica quirúrgica. Barcelona. Pubul. 1932. II. 301. II.

Prensa Médica Argentina: Varicocele. Operación de Bernardi 32:1660, 1945.

Riba Leander, William: Excision of the internal spermatic vein for varicocele. J. of Urol., 57: 889-93, 1947 (May).

Skinner Homer, L.: Varicocele and its treatment. Ann. of Surgery, 113:123, 1941.

Spotoft, John: Varicocele. Acta Chir. Scandinavica, 86:1, 1942.

Voelcker, F., **Wossidlo**, E.: Urologische Operationslehre. Leipzig. Georg Thieme. 1924. II. 546.