

LOS PROBLEMAS DEL VARICOCELE*

EURICO BRANCO RIBEIRO

*Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Brasil
São Paulo (Brasil)*

En esta exposición nos vamos a limitar a tocar los puntos que, a nuestro entender, son esenciales para la comprensión del varicocele tal como debe ser entendido a la luz de nuestros conocimientos actuales.

Denomínase Varicocele al tumor de consistencia y volumen variable que resulta de la dilatación, alargamiento y tortuosidad de las venas del cordón espermático y de la bolsa escrotal correspondiente. En realidad, lo que se observa es la dilatación, alargamiento y tortuosidad de las venas del escroto, ya que en el cordón suceden a nivel del plexo pampiniforme, es decir, bajo la túnica fibrosa que lo envuelve donde también se puede observar el aumento anormal del calibre de las venas.

De ahí resulta una primera conclusión: las venas se tornan varicosas donde no hay tejidos firmes que las contengan, más donde un tejido celular laxo subyacente a la piel de gran elasticidad — como la del escroto — permite la fácil expansión de una fuerza que proviene de dentro de la corriente circulatoria.

Dado que en muchos individuos el varicocele no aparece, mientras sobreviene en otros — presentando ambos grupos las mismas condiciones anatómicas del lugar afectado —, se concluye sin gran esfuerzo, que uno de los grupos — o de los varicocelosos — se halla sometido a influencias capaces de hacer aumentar la tensión de la sangre contenida en las venas del escroto.

Es la inversión de la corriente venosa de la espermática, dicen apresuradamente los autores más en boga. Si la corriente se invierte, es prueba de que existe una fuerza endovascular capaz no sólo de vencer el influjo fisiológico y detenerlo sino, además, de forzarlo a retornar en sentido antifisiológico en busca de vías anastomóticas neodesarrolladas que permitan, al final, el vaciamiento en el gran colector venoso centrípeto, la vena cava inferior.

Mas, preguntamos, ¿cuál es la razón del reflujo venoso por la espermática? Aparecen, entonces, como posibles explicaciones, varias disparidades de orden anatómico. Como el varicocele es muy frecuente en la izquierda y muy raro en la derecha, se alegó, entre otras cosas, el efecto compresivo del colon descendente, la mayor extensión de la vena esper-

* Traducido del original en portugués por la Redacción.

mática en la izquierda y su desembocadura en ángulo recto en la vena renal izquierda mientras en la derecha desemboca en ángulo agudo en la cava inferior. Es fácil enjuiciar la inconsistencia de tales argumentos. La compresión intraperitoneal por los órganos normales es, prácticamente, la misma para todos los individuos; la extensión mayor de la vena espermática izquierda merecería consideración sólo si el varicocele se presentase en los hombres altos y no apareciese jamás en los de pequeña estatura, insinuando cualquier influencia de la mayor o menor longitud de la vena; la desembocadura en ángulo recto de la espermática izquierda en la vena renal del mismo lado sería antes justificativa de un flujo más rápido de la circulación normal de la espermática, ya que la vena renal izquierda vacía una gran cantidad de sangre, exigiendo mayor velocidad de corriente, lo que establecería una especie de sifonaje que facilitaría el vaciamiento de la espermática, en vez de producir en ésta un reflujo; en cuanto a la derecha, desembocando en la cava inferior en ángulo agudo, la espermática tendría que soportar una voluminosa columna líquida que, teóricamente, le crearía condiciones adecuadas para el reflujo que, en la práctica, no se verifica.

En cuanto a la inexistencia de válvulas — otro alegato para explicar la inversión de la corriente —, si existen anatómicos que lo sustentan, otros — como WINSBURY WHITE — afirman que el plexo pampiniforme contiene numerosas válvulas a nivel de los orificios de ambas venas espermáticas (1). Las afirmaciones contradictorias anulan cualquier conclusión que se pretenda obtener del papel de las válvulas en el desarrollo del varicocele.

Que existe reflujo venoso, está sobradamente probado. No sólo los trabajos de EDUARDO COTRIM y JARBAS BARBOSA DE BARROS, en el Brasil, sino los de IVANISSEVICH, BERNARDI y otros, en la Argentina, y más recientemente las investigaciones de ABDEL RAHMAN y EDWARD MINA, en Egipto, probaron que la corriente circulatoria de la espermática en el varicoceloso en posición errecta se presenta invertida, produciéndose el vaciado venoso por los vasos deferentes y funiculares, alcanzando la vena ilíaca primitiva a través de la vena hipogástrica, de la epigástrica y hasta de la safena y pudenda del lado opuesto, en amplia red de derivación venosa.

Está probado, también, que el reflujo venoso no es permanente, sino intermitente. Sucede cuando el individuo está de pie y se acentúa cuando realiza ciertos esfuerzos. Desaparece en posición de decúbito. Las pruebas radiológicas sobre el particular son concluyentes y no tienen dudas.

¿Cuál, es, pues, la causa del reflujo?

Es, sin duda, una interrupción total o parcial intermitente de la corriente venosa a un nivel más allá de la vena espermática, de forma que derive hacia ella total o parcialmente la voluminosa masa de sangre que fluye del riñón.

Veamos de qué naturaleza pueden ser los agentes de esta interrupción de la corriente. Podríamos clasificarlos en tres grupos:

1. Formaciones patológicas.
2. Elementos anatómicos.
3. Anomalías anatómicas.

1. La compresión venosa producida por adherencias patológicas, por tumores de origen renal y por ganglios infartados ha sido reconocida como causa esencial del varicocele llamado sintomático, pues el varicocele se manifiesta en el cuadro de la sintomatología del proceso morboso como uno de los elementos del diagnóstico. Sobre esto no existe la menor discrepancia entre los autores.

2. Entre los elementos anatómicos capaces de producir la compresión de la vena renal izquierda anotamos en primer plano el denominado compás aórtico-mesentérico, es decir, el ángulo más o menos agudo for-

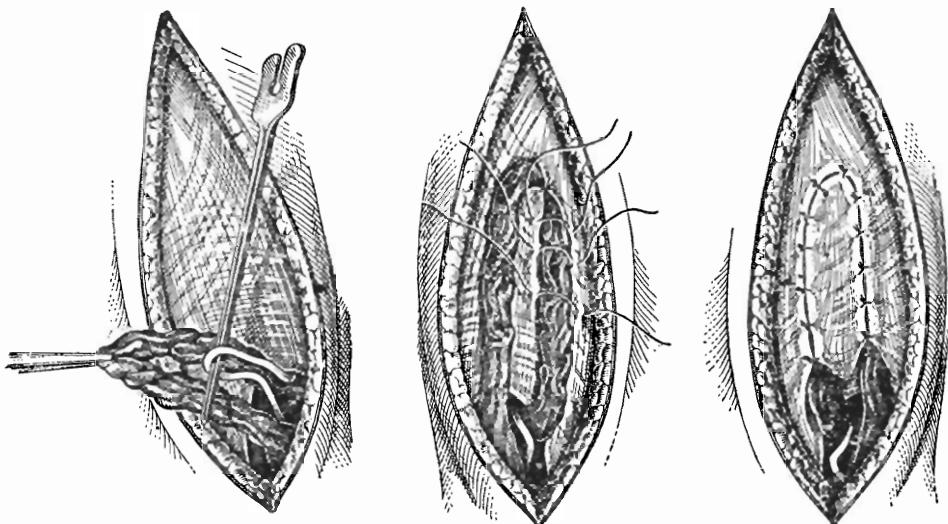


Fig. 1. — Esquema de los tiempos operatorios principales del tratamiento del varicocele por tunelización de las venas espermáticas en un pliegue de la aponeurosis del oblicuo mayor.

mado por la defluencia de la arteria mesentérica superior de la aorta abdominal. Justo por allí pasa, normalmente, en sentido transversal, la vena renal izquierda. Ahora bien, en los individuos longuilíneos, visceroptóticos, en ciertas actitudes posturales, en las marchas y en los esfuerzos físicos, la arteria mesentérica superior puede hallarse temporalmente distendida, comprimiendo la vena renal izquierda, de paredes fláccidas, contra las paredes rígidas de la aorta abdominal, lo que por cierto determina una detención total o parcial de la circulación venosa que por allí tiene lugar.

No se diga que presentamos una posibilidad puramente teórica. Varios elementos nos llevan a la convicción de que puede ocurrir una compresión de la vena renal izquierda por el compás aórtico-mesentérico. Para

empezar, citaremos la circunstancia de que el varicocele es mucho más frecuente en los individuos longuilíneos y delgados, en que el citado compás es más cerrado, en tanto que rara vez se observa en los individuos gordos y brevilíneos, donde dicho compás es más abierto y se halla revestido por la grasa subperitoneal. En segundo lugar, puede afirmarse que la compresión por el compás aórtico-mesentérico está considerada por los clásicos como factor de patogenidad. Es el caso, bien conocido y estudiado, del pinzamiento del duodeno terminal por la arteria mesentérica superior contra la aorta, produciendo dilatación y estasis por arriba y trastornos digestivos, a veces de gran intensidad, llegando a imponer la derivación del trayecto del bolo alimenticio por medio de una simple duodenoyeyunostomía, si no de una gastro-yejunostomía después de la siempre aconsejable resección gástrica de extensión conveniente. Por tanto, si para el duodeno — de paredes gruesas y elásticas — la compresión aórtico-mesentérica puede ser dañosa, influencia aún más intensa y dañosa podemos aceptar ejerce sobre las paredes tenues y maleables de la vena renal izquierda. Es, sin duda, por esto que son mucho más numerosos los casos de varicocele que los de perturbaciones duodenales producidas por el llamado pinzamiento por la arteria mesentérica superior. Tuvimos ya oportunidad de publicar una radiografía de duodeno comprimido por el compás aórtico-mesentérico en un paciente portador de varicocele, mostrando la concomitancia del factor etiológico.

Otro elemento anatómico que puede presentarse como posible causa de compresión de la vena renal izquierda es el ligamento de Treitz, cuyo estiramiento por el intestino delgado en los individuos visceroptóticos es capaz, también, de provocar la interrupción de la circulación venosa que tiene lugar por detrás de él.

Otros autores señalan, además, la existencia normal de un pequeño ganglio linfático abajo del origen de la arteria mesentérica superior que, también, puede ser, si no la causa, al menos con causa de que se torne más angosto — en ciertas circunstancias — el paso de la sangre venosa a través del compás aórtico-mesentérico.

Otro argumento, asimismo de alto valor convincente, es el que se refiere a la ausencia de varicocele en los animales cuadrúpedos. El hecho ha sido señalado por varios autores, pero no se sirvieron de él para alegaciones concluyentes.

Basados en estos conocimientos, establecimos «a priori» y pusimos en práctica de manera plenamente satisfactoria un signo clínico del varicocele llamado esencial, y que consiste en la verificación de la disminución de la tensión venosa en las venas del hemiescroto afectado cuando el individuo pasa de la posición erecta a la de flexión del tronco curvándose hacia adelante. A este signo lo denominamos «signo de la reverencia». Es investigado con facilidad obrando de la siguiente manera: con el paciente en pie, el clínico mantiene el hemiescroto afectado entre los cuatro últimos dedos y el pulgar, pudiendo comprobar así la notable disminución de la tensión de las venas varicosas cuando el individuo se curva hacia adelante en un gesto de reverencia. El signo de la reverencia muestra, pues, que

cuando se abre el compás aórtico-mesentérico, la sangre vuelve a circular por la vena renal izquierda, cesa el reflujo por la vena espermática y disminuye la tensión de las venas estásicas del hemiescroto.

3. Queda por considerar aún la presencia de anomalías anatómicas capaces de producir la interrupción del vaciado normal de la vena renal izquierda. Entre las anomalías señaladas resalta la que se caracteriza por la retrposición de la vena renal izquierda en relación a la aorta abdominal. Es muy fácil comprender que, cuando tal anomalía ocurre, la sangre venosa de la renal izquierda tendrá que vaciar por un desfiladero apretado entre las paredes tensas de la aorta abdominal y la superficie dura del cuerpo vertebral. En estos casos ya no se podría pensar en una intermitencia de la compresión, sino en una compresión parcial permanente e incluso en una interrupción total definitiva adquirida con el desarrollo del organismo hacia la madurez.

Si esto sucede, podría extrañarse que toda la intensa cantidad de sangre que sale del riñón izquierdo pase a través del reflujo por la vena espermática, ya que la velocidad de la masa circulante sería tal que a nadie se le hubiera ocurrido hablar de estasis venosa a nivel del varicocele. Es que, junto a la derivación por el sistema espermático, la circulación venosa se realiza a su vez y, sin duda, en gran parte, por medio de una rica red anastomótica que se desarrolla alrededor del riñón izquierdo y que ya fue particularmente estudiada por FARAGASSANU. Se trata de un sistema de colaterales sin paridad anatómica con el sistema venoso del lado derecho y que permite a la sangre venosa renal izquierda llegar al corazón sin utilizar el trayecto troncular ni recorrer el trayecto más largo y complejo del reflujo por la vena espermática. Son vasos que parten de la vena renal izquierda antes de su entrecruzamiento con la aorta y que van anastomosarse con la vena ácigos y con la propia vena cava inferior, pasando sea por delante sea por detrás de la aorta y constituyendo lo que FARAGASSANU denominó, muy apropiadamente, «conductos de seguridad» reno-ácidos, reno-cava preaórtico y reno-cava retroaórtico. Gracias principalmente a este sistema, queda asegurada al riñón izquierdo la eficiencia de su circulación de retorno.

Y así se comprende por qué no sufre el riñón cuando se procura tratar el varicocele por la ligadura de las venas del plexo pampiniforme y del tronco espermático. Mas si los «conductos de seguridad» de Faragassanu no se hallan todavía suficientemente desarrollados para suprimir la falta brusca consecuente a la interrupción de la vena espermática, lo que se observará es la dilatación de la parte remanente de la vena espermática desde la ligadura practicada hasta su desembocadura en la vena renal izquierda, a despecho de la presión que sobre este sector ejerce la pared del vientre y su contenido abdominal. Este hecho se halla muy bien documentado en una flebografía contenida en la página 77 del libro «Varicocele», de RICARDO BERNARDINI, en la que se ve, además de la espermática dilatada, el trayecto de dos «conductos de seguridad», dirigiéndose uno hacia arriba y adentro y otro para abajo y adentro.

En tales emergencias, la circulación de retorno del testículo se hace a través de las numerosas anastomosis que la orientan hacia las venas ilíacas, conforme ya expusimos al principio del trabajo.

Comprendido el problema del varicocele en los términos que acabamos de exponer, resulta bien claro que no hay necesidad — y puede haber inconveniencia — de interrumpir definitivamente la circulación por la vena espermática. El reflujo venoso es intermitente, y como sería difícil suprimir su causa a nivel del compás aórtico-mesentérica superior, basta que se consiga una interrupción también intermitente y sincrónica de la vena espermática para obtener la desaparición del reflujo. Es lo que se consigue estableciendo una polea a nivel del orificio exterior del conducto inguinal, por medio del acodamiento de los vasos espermáticos, los cuales son mantenidos en un túnel constituido por un pliegue de la aponeurosis del oblicuo mayor. Cada vez que el individuo hace un esfuerzo o permanece en posición que determina la interrupción de la corriente por la vena renal izquierda, el mismo esfuerzo o posición determina también la compresión a nivel de la polea creada junto al orificio exterior del conducto inguinal, impidiendo el reflujo de la sangre venosa por la espermática.

A parte de garantizar la persistencia de la polea, la fijación de las venas por medio del túnel construido con la aponeurosis del oblicuo mayor tiene como finalidad hacer desaparecer el varicocele y corregir una de sus más evidentes manifestaciones: la ptosis testicular. Realmente, suspendiendo las venas varicocelosas e incluyéndolas en un túnel de aponeurosis del oblicuo mayor, obtendremos:

- a) la corrección de la ptosis del testículo;
- b) la contención de las venas afectadas entre tejidos fibrosos, combatiendo su dilatación, y
- c) la distensión de las venas afectadas, evitando la estasis sanguínea.

Dados estos resultados, obtenemos con la tunelización la curación del varicocele por un proceso operatorio esencialmente conservador, de fácil ejecución en cualquier ambiente quirúrgico.

La técnica de la tunelización propuesta por nosotros es la siguiente:

1) Incisión clásica para la operación de la hernia inguinal (incisión oblicua, que parte de la espina del pubis y termina cerca de dos dedos de la espina ilíaca anterior superior).

2) Exposición amplia de la cara superficial de la aponeurosis del oblicuo mayor, dejando al descubierto el anillo exterior del conducto inguinal.

3) Prehensión y presentación amplia del cordón espermático desde el anillo exterior del conducto inguinal hasta la proximidad del testículo, que — para ello — es semiexteriorizado por suave tracción efectuada por el cirujano a través del propio cordón y ayudado por expresión efectuada por el ayudante a través de la bolsa escrotal y los campos que cubren el paciente.

4) Abertura de la túnica fibrosa que envuelve el cordón, seguido del aislamiento de las venas por disección roma de las venas varicosas,

separando de ellas el conducto deferente con su arteria, debiendo tener siempre en cuenta que ésta no siempre es visible.

5) Abandono del conducto deferente y de su arteria en el fondo del campo operatorio, entre los pilares del orificio exterior del conducto inguinal.

6) Colocación de las venas estásicas por encima de la aponeurosis del oblicuo mayor, disponiéndolas en asa, a modo de herradura con la concavidad vuelta hacia abajo y adentro y a una altura tal que permita colocar el polo superior del testículo algo por debajo de la espina del pubis.

7) Fijación de las venas así dispuestas por medio de un pliegue de la aponeurosis del oblicuo mayor mantenido por puntos separados, de manera que mantenga un túnel en el cual queden abrigadas las venas. La tunelización se inicia por la parte más elevada del asa, por transfixión de la aponeurosis por el lado de fuera del fondo del asa y siguiendo —con el mismo hilo— por el lado de dentro, a una distancia tal que al apretar el nudo el pliegue de aponeurosis cubra por completo el haz venoso sin interrumpir su circulación. La misma maniobra se repetirá en los otros puntos a lo largo del asa hasta completar el túnel, siempre cuidando de no estrangular la corriente venosa, que así pasa a circular a través de la holgada tunelización obtenida por medio de la plicatura de la aponeurosis del oblicuo mayor. En ciertos casos —individuos gordos, en los que el campo operatorio se torna exiguo— el ramo externo del túnel puede ser construido por la fijación de la aponeurosis del oblicuo mayor al tejido celular subcutáneo de las proximidades de la arcada crural, siempre por medio de puntos separados.

8) Sutura de la piel con agrafes, precedida si es necesario de puntos de aproximación del tejido celular subcutáneo.

Los puntos de tunelización pueden efectuarse con catgut simple n.^o 1 ó n.^o 0, con catgut cromado n.^o 0, ó con hilo de algodón. Hemos utilizado catgut simple o cromado.

La anestesia raquídea permite una más fácil maniobra con la aponeurosis del oblicuo mayor, pero la narcosis en circuito cerrado u otra cualquiera anestesia bien conducida proporciona un relajamiento de las fibras que no dificulta la práctica de la tunelización.

Hemos podido comprobar la excelencia de los resultados de la tunelización en cerca de cuatrocientos casos operados.

RESUMEN

El autor presenta una técnica quirúrgica para el tratamiento del varicocele consistente en la tunelización de las venas varicosas en un pliegue de aponeurosis del oblicuo mayor. De esta manera la compresión de las mismas es intermitente, justo en el momento de los esfuerzos, siendo la circulación libre en los restantes.

SUMMARY

The author presents a surgical technique for the treatment of varicocele consisting of a tunneling of the varicose veins in a fold of aponeurosis of the obliquus abdominis externus muscle. In this way compression of the same is intermittent, occurring on exertion, the circulation being free in the remainder.