

TRATAMIENTO DEL HIDROCELE - TECNICA TRANSVERSA POLAR  
INFERIOR

( *Comentarios complementarios* )

*Dr. Américo Fossati*

En la sesión anterior, presenté un trabajo sobre la incisión transversa polar inferior, para la cura operatoria del hidrocele y que en general puede utilizarse para el abordaje del contenido escrotal.

Distinguidos consocios me hicieron el honor de comentar el trabajo, entre ellos el Dr. Lockart, quien manifestó que la técnica presentada había sido vista por él en el servicio de Finochietto.

En aquel momento me fué imposible contestar al Dr. Lockart pues, aunque mi contacto con la escuela de los Drs. Finochietto es bastante frecuente, nunca había visto en el Rawson operar un hidrocele con la técnica por mi propuesta.

De inmediato me puse en contacto directo con el Dr. Finochietto y transcribo a continuación los detalles principales de la técnica por él empleada, que ha tenido la deferencia de enviarme en carta fechada 15 de Octubre de 1945.

Todo lo que transcribo a continuación es copia literal de los datos enviados por el Prof. Finochietto, cuyo original pongo a disposición de los consocios.

“Desde 1919 los Finochietto prefieren tratar el hidrocele esencial mediante punción, evacuación del contenido e inyección de líquidos modificadores.

La operación sólo se practicará en los casos de hidrocele sintomático o de diagnóstico dudosos o cuando haya urgencia en terminar la cura.

El tratamiento por evacuación e inyección, requiere un mes de observación y personal que sepa distinguir entre derrame de reacción y recidiva.

De intento no decimos que operamos los hidroceles donde fracasan las inyecciones, porque éstas no fracasan nunca y cuando fallan es porque el hidrocele no era esencial.

En el hidrocele esencial del adulto el tratamiento electivo es la evacuación e inyección del líquido modificador; este método debe preferirse a la evacuación; que a pesar de sencilla y radical, es siempre una operación.

Para Ricardo Finochietto la evacuación e inyección es criticada porque quienes lo desconocen o viven en el recuerdo de la inyección de líquidos irritantes o atienden intereses de otro orden; para desacreditarlo se llega a decir que origina atrofia testicular y que dicha atrofia puede manifestarse hasta 20 años después de la inyección.

Para los Hnos. Finochietto existen dos vías para abordar quirúrgicamente un hidrocele: la inguinal y la escrotal.

La vía inguinal fué durante años la preferida en nuestros medios, basándose en la dificultad de desinfectar la piel del escroto. La incisión inguinal requiere la exteriorización total del tumor y la dilaceración del celular peritumoral. Esta vía, dice Finochietto, debe abandonarse, pues so pretexto de mayor asepsia, es inútilmente traumatizante.

La vía escrotal injustamente dejada de lado, es vía excelente; la piel del escroto tomando elementales precauciones, es tan fácil de desinfectar como cualquier otra; junto con el cuero cabelludo son las porciones más resistentes a la infección y que cicatrizan con mayor rapidez. El resultado estético de la incisión transversal es superior, por cuanto la cicatriz queda oculta entre los pliegues de las bolsas. La intervención efectuada por esta vía se mucho más sencilla que por vía inguinal.

Reservamos la vía inguinal para los casos en que el hidrocele coexista con hernia, ectopia, quiste del cordón, etc.

Se refiere luego el Dr. Finochietto, a la anestesia, que para él es la parte original, que debe ser total y para la cual se necesita de 120 a 150 c.c. de novocaína al  $\frac{1}{2}$  %.

Nunca debe operarse antes de 20 minutos de terminada la anestesia, por eso aconseja que entre tanto el cirujano se ocupe de otra cosa, por ejemplo operar un apéndice, etc., siendo difícil permanecer inactivo ante el enfermo mientras progresa la anestesia.

Trata luego la desinfección, colocación de campos y algunas consideraciones generales acerca del problema de la resección o eversión de la vaginal, declarando que practican la resección, por

ser más exangüe, mientras que la eversión clásica se desarrolla en la capa celulosa, extrafibrosa, vascular y en continuidad del ligamento escrotal, que es necesario desprender.

La incisión escrotal clásica es la vertical; mientras que cortando a lo largo de los pliegues no queda cicatriz.

En escrotos tensos uso bisturí, en los otros tijera fuerte. De un golpe de tijera resulta un tajo de 4 a 6 cms.

La incisión se debe hacer en la cara ántero lateral del escroto, en la parte media; cortando muy hacia arriba me acercaría demasiado al cordón lo que es inútil y si cortara muy abajo caería sobre el ligamento escrotal zona muy vascular.

Continúa luego el relato del resto de la técnica, que no transcribo, porque los detalles que siguen, aunque de gran interés, escapan al motivo de esta comunicación.

Termina con la siguiente frase: Por sencilla que sea la operación, más simple es aún el método de aspiración e inyecciones, que dando el 100 % de curaciones, es el que debe preferirse.

Creo que con lo transcrito, se pueden sacar las siguientes conclusiones: el procedimiento preconizado por los Hnos. Finochietto es completamente distinto al propuesto en mi trabajo.

- 1º en sus indicaciones;
- 2º en la anestesia, sencilla y mínima en la técnica personal;
- 3º en la incisión, Finochietto se aleja del polo inferior, nosotros vamos a él;
- 4º coincidencia absoluta en cuanto a las enormes ventajas de la vía escrotal, por la mayor defensa a las infecciones y prontitud de cicatrización.

**Dr. Lockhart.** — Me parece muy interesante la opinión que trae el colega de lo que afirma el Dr. Finochietto acerca de la intervención de hidrocele aclarando que no voy a entrar en el asunto del tratamiento por las inyecciones modificadoras, porque es una cosa muy discutida y que francamente representa sólo una opinión completamente personal.

En el momento actual no se hace, en general, la inyección de líquidos modificadores: últimamente han surgido algunos nuevos productos menos cáusticos, pero prácticamente es una cosa que se ha dejado de lado y no es sobre ello que me voy a detener.

Con respecto a la incisión, posiblemente no fui bien interpretado. No hablé nada de la anestesia. Dije simplemente que había visto hacer una incisión transversal, sin especificar la altura.

Si lo fundamental de la tesis que sustenta el compañero sobre el tratamiento del hidrocele es el abordaje polar inferior, yo creí que lo más

importante de la técnica era el tipo de incisión transversal que es poco conocida, pero si lo original y primordial era el abordaje polar inferior, repito, debo decir francamente que hay otras técnicas de abordaje polar inferior. Yo se traído el libro de Kirschener que dice entre otras cosas lo siguiente. . . (lee) y donde se ve, que el abordaje polar inferior ya ha sido descrito.

Yo creo que no es cuestión de discutir el valor del abordaje. Lo más interesante del procedimiento es que él llega directamente a la vaginal, evitando las capas intermedias y evitando la disección de los planos, inútil y peligrosa.

En el trabajo del año 1932, Surraco dice que lo fundamental es llegar directamente a la vaginal, evitando precisamente todo decolamiento de la región del tejido celular de la bolsa, poniéndose al abrigo de las infiltraciones del escroto. En ese sentido es categórico y sienta una premisa que seguimos fielmente sus discípulos permitiendo a nuestro juicio que los resultados operatorios sean siempre exitosos.

**Prof. Dr. Abel Chifflet.** — En la sesión pasada el Dr. Fossati presentó una comunicación relacionada con la técnica de operación del hidrocele. Se refiere en concreto a un punto de esta operación: la vía seguida para llegar a la vaginal. Utiliza el Dr. Fossati una incisión transversa a la altura del polo inferior del hidrocele. Considera que por esta vía la anestesia es eficaz con una pequeña cantidad de novocaina, las maniobras de la eversión vaginal son sencillas, el enfermo puede movilizarse al terminar la operación y los peligros de hematomas e infección de las bolsas son menores.

Hemos incorporado a nuestra Clínica esta vía operatoria y la sostenemos basándonos en el juicio sereno surgido de la observación de los hechos y accesoriamente en la explicación racional de éstos.

Las observaciones correspondientes a los enfermos operados en el Servicio así como de otros, intervenidos en ciudad, nos confirman las afirmaciones expuestas por el autor de la incisión. En todos fué la operación sencilla y el postoperatorio simple. Frente a los hechos, todos los comentarios y consideraciones pierden jerarquía.

Sin embargo hemos buscado las bases científicas que den explicación a esos resultados y creemos que pueden colocarse en tres capítulos:

1º) La sensibilidad parietal es fácil de suprimir con una pequeña dosis de anestesia. La sensibilidad del testículo y de la vaginal se evidencia frente a estímulos especiales que se evitan en la operación por vía polar inferior (enfriamiento del testículo, maniobras sobre el cordón, etc.).

2º) La llegada a la vaginal se hace por la zona más pobre en vasos de todo el contorno de esta cavidad serosa. Contrasta así con la vía llamada inguinal, que podríamos nombrar polar superior, en que el cirujano debe entrar en pleno cordón, moviéndose en medio de los vasos del pedículo visceral.

3º) La exteriorización del hidrocele, indispensable para el correcto tratamiento de la vaginal, resulta en la operación por vía polar inferior

del arremangamiento de las bolsas hacia arriba sin actuar sobre el conjunto visceral. En lugar de exteriorizar activamente a éste, su exposición resulta de un desnudamiento pasivo. Los tirones sobre tejidos vecinos que conducen al dolor y a las pequeñas rupturas vasculares que originarán el hematoma, no se producen, explicando así la sencillez operatoria y postoperatoria.

Estos tres puntos capitales son motivo de estudio especial en nuestro Servicio, en donde la incisión polar inferior ha sido adoptada para diversas intervenciones sobre las bolsas y su contenido.

**Dr. Fossati.** — Yo conozco perfectamente el trabajo de Kirschener y el trabajo de Surraco, pero ¿por qué nadie lo hace? Yo no pretendo descubrir nada, porque nadie es original en este momento, pero el hecho es que nadie absolutamente lo hace.

Me he tomado el trabajo de seguir colateralmente los trabajos de las Clínicas sobre hidroceles, preguntando a unos y a otros. Surraco en vez de hacer la incisión transversa lo hace longitudinalmente. Ninguno hace la incisión inferior y nadie tiene en cuenta las ventajas que ella tiene.

Quiero llamar la atención y es que hay pequeñas cosas que presentan grandes problemas a los cuales no se les hace caso y que nadie los tiene en cuenta. Todo el mundo sabe que hay que ir por la vía más corta; todo el mundo sabe que hay que evitar la infección y el hematoma, y es eso lo que me ha llamado la atención: ¿porqué no han ido por las vías más directas evitando la infección y el hematoma?