
HIDROCELES Y SUS DISTINTOS TRATAMIENTOS

Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía por el Dr. Patrocinio Díaz F.

Se designan con el nombre de hidroceles, los derrames en la cavidad de la túnica vaginal del testículo.

Siendo originariamente el testículo un órgano situado en la cavidad abdominal, nada tendría de extraño que sus cubiertas constituyeran posteriormente la prolongación de las paredes abdominales.

Si se hace una incisión que interese la piel y el dartos, y se introduce por allí el dedo, es posible desprender el escroto de su contenido y prolapsar a éste fuera de la herida; se encontrará dicho contenido envuelto en la túnica vaginal del testículo, túnica que se considera como la prolongación de la fascia transversa. Hecha una incisión en esta fascia, se llegará a la túnica serosa vaginal propia del testículo, que es lo que constituye el resto del procesus vaginalis del peritoneo.

Esta membrana serosa rodea las caras anteriores y laterales del testículo y cubre también la cabeza y el cuerpo del epididimo. La única cara libre de esta serosa es la posterior, y en realidad falta la referida cubierta en el sitio por donde penetran los vasos y en el punto correspondiente a la cola del epididimo. Las túnicas serosa y fibrosa se hallan íntimamente adheridas una a otra al nivel del polo inferior del testículo; en el resto de la extensión se encuentran separadas por una capa de tejido celular blando que envuelve al cordón espermático por encima del testículo.

Cuando se infiltra el tejido celular laxo que separa la túnica serosa de la fibrosa, y esta infiltración se extiende hacia arriba siguiendo el conducto inguinal hasta invadir el tejido celular subperitoneal, quedará constituido un edema del cordón, designado con el nombre de *hidrocele funicular difuso*.

Existen otras clases de acumulación del líquido y recuerdan por su forma y extensión a los hematomas circunscritos; están representados por el *hidrocele bilocular intrá abdominal* y por el *hidrocele multilocular funicular*. El bilocular, designado con el nombre de hidrocele en forma de reloj de arena, fue descrito por Dupuytren; está constituido por un saco alojado en parte en el escroto y en parte en la pelvis; comunican ambas porciones por un cuello angosto. Si el enfermo se coloca en posición horizontal, la parte correspondiente al escroto dis-

minuye de volumen y de tensión. Sucede lo contrario al ponerse en pie el paciente y durante los esfuerzos de la tos. Por expresión puede rechazarse el líquido de una parte del saco hacia la otra.

Con el nombre de *hidroceles funiculares multiloculares* se designan ciertos casos que ofrecen la característica de constituir varios tumores transparentes, diseminados a lo largo del cordón espermático, cuya túnica puede extenderse hasta el mismo abdomen y se diferencian de los hidroceles simples por su contenido, que es un líquido del aspecto del agua.

Se ha descrito también el *hidrocele herniario*, que es aquella en que la abertura es muy grande y puede penetrar en el saco una ansa intestinal.

De todas estas clases la más interesante y la más frecuente es el *hidrocele simple*, y es también la que mayor importancia tiene.

Para que la túnica vaginal propia del testículo resulte constituida, es indispensable que se halle normalmente obliterado el procesus vaginalis; es decir, que se encuentre transformado en un cordón tendido entre el peritoneo y el polo superior del testículo. En la túnica vaginal propia del testículo así constituida, se producen a veces acumulaciones de líquidos que pueden ser congénitas o adquiridas. Desarrollase entonces el hidrocele vaginal llamado simplemente hidrocele.

En la mayoría de los casos el hidrocele vaginal simple es característico. El testículo se encuentra por detrás del tumor; el pliegue del escroto situado inmediatamente por debajo, adquiere una forma ovoídea a consecuencia del hundimiento del órgano.

Sus síntomas son característicos: la franca demarcación del tumor; su occlusión por delante del anillo inguinal; su superficie lisa; la fluctuación; la transparencia de la masa tumoral y la falta de distensión durante los esfuerzos de la tos.

Su forma puede ser la de un ovoide o la de una pera de pedículo superior. El tumor ofrece siempre la misma consistencia, ya se halle el paciente tendido o de pie; rara vez es sensible a la presión.

Su tamaño es muy variable: algunos no pasan de 20 c.c., de líquido, y muchas veces el tumor pasa inadvertido. Al hospital acuden enfermos con derrames enormes, y entonces el enfermo sí acusa dolores causados por la tracción que ejerce la masa tumoral sobre el cordón espermático. En algunos casos adquiere tal tamaño el hidrocele que llega a contener hasta dos litros de líquido.

En los hidroceles pequeños, la túnica vaginal se distiende hacia adelante y hacia abajo, y entonces el testículo se eleva. En los de medianas dimensiones el polo inferior de la vaginal ofrece más resistencia y la distensión se hace a expensas del polo superior, y entonces el testículo se encuentra detrás del tumor. En los grandes hidroceles vuelve a hallar resistencia la distensión en el polo superior y la parte inferior se dilata y el testículo va hacia atrás.

El líquido es claro y de la densidad del agua; otras veces es amarillo pajizo, y algunas veces turbio. Su reacción es neutra y contiene gran cantidad de albúmina.

Terapéutica.

En la terapéutica del hidrocele se emplean tratamientos paliativos y tratamientos curativos.

La terapéutica paliativa consiste en extraer el líquido por medio de una punción. Para practicarla, se coloca el cirujano al lado derecho del paciente; coge con la mano izquierda el tumor de manera de abarcarlo completamente para poder ejercer una compresión centrípeta, el pulgar por un lado y los demás dedos por el otro. Esta maniobra hace que aumente el diámetro sagital del tumor; el testículo va más hacia atrás y quedará menos expuesto al traumatismo. Se toma el trocar con la mano derecha y se hace penetrar perpendicularmente a través de la pared exterior. Se elegirá para introducirlo un punto por donde no pase un vaso voluminoso. Una vez retirado el mandrín y fijada la cánula se dará salida al líquido, dejándolo salir íntegramente. Para sacar la cánula se rechaza la piel hacia atrás, valiéndose de los dedos de la mano izquierda, en tanto que la cánula se retira con la derecha.

El tumor naturalmente desaparece inmediatamente pero el líquido vuelve a coleccionarse en poco tiempo, y tanto más pronto cuanto más a menudo se repitan las punciones.

Para evitar esto y conseguir que se suelden las dos hojas de la serosa mediante una inflamación adhesiva se ha recomendado como tratamiento radical la inyección de líquidos irritantes: tintura de yodo, ácido fénico, cloruro de zinc, etc., etc., en el saco hidrocelico. Vaciado éste por la punción se inyecta el líquido que se haya elegido a través de la cánula; se le deja actuar durante algunos minutos y se le extrae luego. Esta maniobra produce un dolor muy agudo y origina una inflamación local intensa acompañada de exudación que va disminuyendo posteriormente poco a poco en los casos favorables hasta desaparecer por completo. La tintura de yodo tiene el inconveniente de ser extremadamente dolorosa, hasta el punto que puede producir un síncope; por otra parte, su eficacia es irregular; a veces produce necrosis del escroto, vaginalitis supuradas, abscesos, destrucción de las envolturas del testículo y hasta la muerte por tromboflebitis supuradas de las venas del cordón. En todo caso el método no siempre produce resultados favorables y en gran número de casos las recidivas son frecuentes.

Volkam indicó la conveniencia de practicar una incisión y suturar luego los bordes de la herida cutánea, los bordes de la abertura de la cavidad vaginal, quedando así marsupializada ésta; se drena luego la cavidad y se cubre la herida con una curación aséptica. Este método tiene el inconveniente de tardar mucho tiempo en cerrarse la cavidad,

sobre todo en los hidroceles muy voluminosos, y también se presentan las recidivas.

Los modernos progresos de la cirugía han puesto a nuestra disposición métodos merced a los cuales la cicatrización se hace por primera intención y las curaciones son completas; tales son la extirpación de la cápsula propia del testículo y la inversión de la vaginal, tan sencilla y que tan buenos resultados da.

Pero sucede con frecuencia que el paciente, unas veces por falta de recursos y otras por temor a la operación, no se somete a ella, y entonces tenemos que recurrir a otros métodos con los cuales también se obtienen curaciones.

En nuestro servicio de "El Carmen" del Hospital de San José tuvimos ocasión de tratar cinco casos de hidroceles, dos de ellos bastante voluminosos. Después de la punción y extracción completa del líquido, inyectamos de 5 a 10 c.c. de una solución de mercurio-cromo al 1 x 100, solución que se extrae al cabo de ocho días.

Solamente en un caso hubo inflamación dolorosa que persistió por varios días con ligera alza de temperatura; en los otros cuatro casos el dolor fue pasajero y dos de ellos, a quienes hemos tenido ocasión de ver después de más de un año de tratados, quedaron completamente curados.

En la "Presse Médicale" del 2 de mayo de 1934, en un artículo del doctor Blavier, se aconsejan como tratamiento de los hidroceles las inyecciones de clorhidrolactato de quinina y urea al 25 x 100, en agua glicerinada. Presenta el doctor Blavier 18 casos tratados por este método, con 18 curaciones. Inyectó a sus enfermos con intervalos de 6, 8 y 12 días. Aconseja para los hidroceles pequeños una inyección de 3 c.c., y para los de mediano volumen, 6 c.c. A veces con una sola inyección es suficiente.

Siguiendo estos consejos tuvimos ocasión de tratar tres casos más, y como no encontramos en el comercio la solución aconsejada, acudimos al clorhidrato de quinina y urea en las mismas dosis, con excelente resultado y con la aplicación de una sola inyección. En uno de estos casos se extrajo litro y medio de líquido.

Las conclusiones son las siguientes:

- 1º La inyección es indolora.
- 2º Produce una esclerosis de la vaginal y reabsorción total del líquido.
- 3º No tiene peligro alguno, aunque la inyección pase fuera de la túnica vaginal.