

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DE CENTRO HABANA

Varicocele en el niño. Evaluación del tratamiento quirúrgico con la técnica de palomo en nuestro hospital. Informe preliminar

Por los Dres.:

JOSE F. DE LA PEÑA*, ARMANDO ARRIETE VEGA*, ANGEL M. MORANDEIRA MARTIN** y AVELINO GONZALEZ PEREZ***

F. de la Peña, J. y otros. *Varicocele en el niño. Evaluación del tratamiento quirúrgico con la técnica de palomo en nuestro hospital. Informe preliminar.* Rev Cub Ped 53: 4, 1981.

Se presenta el estudio de 40 pacientes que presentaron varicocele, y fueron intervenidos quirúrgicamente en el hospital pediátrico docente de Centro Habana, en el período comprendido, desde el 18 de julio de 1973, hasta el 31 de diciembre de 1979. En nuestro estudio se exponen los buenos resultados obtenidos con la técnica de Palomo. Se hacen conclusiones sobre la incidencia (0,61%), el comienzo de los síntomas (el 65% entre 13 y 15 años), localización y resultados del método empleado. En el 97,5% de los casos hubo regresión total del varicocele y parcial en los restantes. Sólo en el 2,5% de los pacientes se presentó un hidrocele tras el proceso quirúrgico; no se informan recidivas ni atrofia testicular tardía.

INTRODUCCION

El varicocele es un estado morboso patológico observado con relativa frecuencia en nuestra juventud y adolescencia, siendo conocido desde el siglo I, época en que *Aurelio Celso Cornelio*, médico de emperadores romanos, lo describió.¹

A través del tiempo, se han empleado múltiples métodos de tratamiento, tales como ligadura y resección de paquetes varicosos, resecciones escrotales, peñas testiculares, etc.

Hace poco más de tres décadas, que *Alejandro Palomo*² describió la técnica quirúrgica que lleva su nombre, para el tratamiento del varicocele, apartando así a la ciencia médica, un método sencillo, eficaz y libre de complicaciones inmediatas o mediatas de importancia.

Al igual que otros autores,³ estimamos que la técnica de Palomo es la que ofrece los mejores resultados en el tratamiento quirúrgico del varicocele, sien-

* Especialista de I grado en cirugía infantil. Hospital pediátrico docente de Centro Habana.

** Especialista. Jefe del departamento de cirugía. Hospital pediátrico docente de Centro Habana.

*** Profesor auxiliar de urología. Hospital pediátrico docente de Centro Habana.



Figura 1.

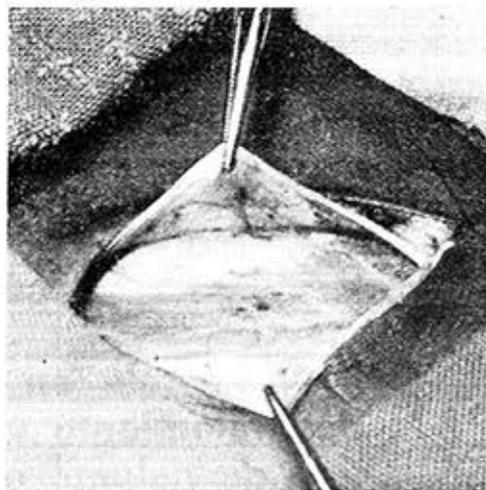


Figura 2.

do esta la razón por la cual nos hemos decidido a realizar este trabajo.

El plexo venoso del cordón espermático

Las venas espermáticas emergen del testículo a lo largo del borde interno del epidídimo, disponiéndose en tres grupos venosos: el anterior o espermático que forma el plexo pampiniforme, el medio o diferencial y el posterior o cremastérico.

Normalmente el grupo venoso posterior desagua en la vena epigástrica; el grupo venoso medio en la vena hipogástrica o en la vesical inferior y el grupo venoso anterior o espermático, que es el más voluminoso, acompaña a la arteria espermática durante una gran parte de su trayecto, para ir a terminar después de haberse reunido, generalmente en un solo tronco: el lado derecho en la vena cava inferior, a la que aborda oblicuamente y el lado izquierdo en la vena renal de ese mismo lado, abriéndose en ella perpendicularmente a su dirección.

El varicocele se forma casi exclusivamente en el grupo venoso espermático y en el 97% de los casos en el lado izquierdo, dada la longitud y la dirección del recorrido de la vena espermática de

ese lado, así como por su desembocadura en ángulo recto en la vena renal izquierda y la debilidad o ausencia de válvulas en la vena espermática.

Se ha descrito también como factor causal en el adulto joven, el pinzamiento de la vena renal izquierda por el *compás* arterial formado por la arteria mesentérica superior y la aorta, el cual se cierra en los individuos con ptosis de los órganos intrabdominales o que realizan fuertes ejercicios, dificultando así la circulación de retorno procedente de la vena espermática izquierda.

Técnica quirúrgica empleada (procedimiento de palomo)

- a) Paciente en decúbito supino.
- b) Incisión oblicua izquierda de 3 a 4 cm de longitud, paralela a la arcada crural, por encima del anillo inguinal profundo, y por encima y por dentro de la espina iliaca anterosuperior (figura 1).
- c) Se profundiza hasta exponer la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, la cual se incide siguiendo la dirección de sus fibras (figura 2).
- d) Con una pinza Kelly curva se divulsionan las fibras musculares del obli-

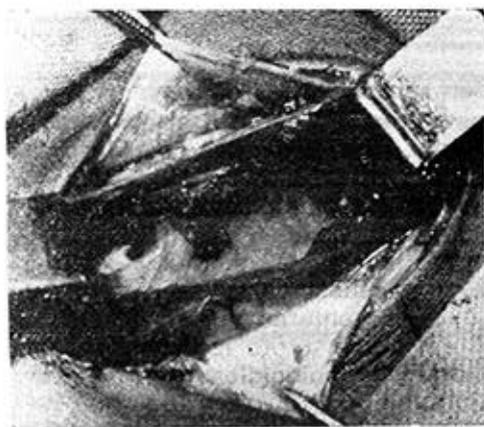


Figura 3.



Figura 4.

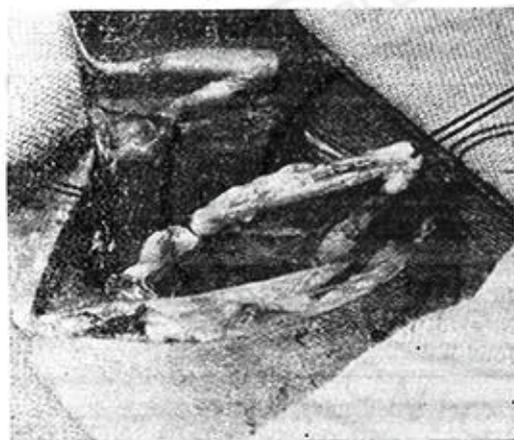


Figura 5.

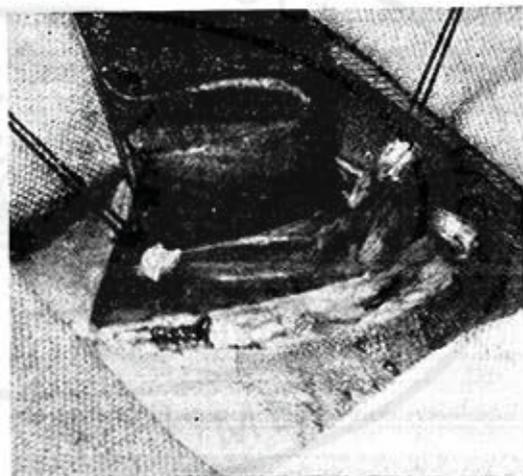


Figura 6.

- cuo menor y del transverso, siguiendo la dirección de sus fibras.
- e) Se separan todas estas fibras musculares con separadores de Farabeuf, quedando expuesta la delgada fascia transversalis, adherida al peritoneo (figura 3).
- f) Por disección roma se rechaza el peritoneo hacia la línea media, quedando expuestas arterias y venas espermáticas (figura 4).

- g) Se disecan cuidadosamente dichos vasos, se ligan y cortan (figuras 5 y 6).
- h) Finalmente, la herida se cierra por planos.

MATERIAL Y METODO

Fueron analizados los expedientes clínicos de los 40 pacientes que presentaban varicocele y sometidos a la técnica quirúrgica de Palomo, en el servicio de

cirugía infantil del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana, en el período comprendido desde el 18 de julio de 1973 (fecha en que se inauguró dicho servicio) hasta el 31 de diciembre de 1979.

Los datos más significativos recogidos y analizados en nuestro trabajo fueron: edad al comienzo de los síntomas, síntomas y signos de representación del estado morbooso, edad al momento de la operación y resultados obtenidos tras el empleo de la técnica quirúrgica ideada por Palomo.

COMENTARIOS

En nuestro estudio, de 6 509 intervenciones quirúrgicas clasificadas como cirugía mayor electiva, en el período comprendido desde el 18 de julio de 1973 hasta el 31 de diciembre de 1979, hubo 40 casos de varicocele izquierdo, para una incidencia de 0,61%.

En cuanto a la edad al comienzo de los síntomas, en nuestro estudio se obtuvo que ningún paciente presentó síntomas alguno por debajo de los 10 años de edad. Catorce casos (35,0%) presentaron el inicio de los síntomas entre los 10 a 12 años y 26 casos (65,0%) entre los 13 a 15 años de edad.

Estos datos coinciden con lo señalado por Oster,⁴ en relación con la elevación

progresiva de la incidencia al acercarse el varón a los 19 años de edad.

Con relación a los síntomas y signos de presentación de este estado morbooso, en nuestra casuística se obtuvo que 18 casos (45,0%) presentaron aumento de volumen del hemiescrotos izquierdo y orquialgia, 14 casos (35,0%) presentaron aumento de volumen del hemiescrotos izquierdo y sensación de peso y 8 casos (20,0%) presentaron aumento del volumen del hemiescrotos izquierdo sin molestia alguna, coincidiendo con lo informado por otros autores.³

La edad al momento de la operación fue variable; 10 casos (25,0%) fueron sometidos a la técnica quirúrgica de Pa-

RESULTADOS

CUADRO I

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD AL COMIENZO DE LOS SINTOMAS EN 40 CASOS DE VARICOCELE

Edad (años)	No. casos	%
Menos de 10	—	—
10 a 12	14	35,0
13 a 15	26	65,0
Total	40	100,0

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO II

DISTRIBUCION SEGUN SINTOMAS Y SIGNOS DE PRESENTACION EN 40 CASOS DE VARICOCELE

Síntomas y signos	No. de casos	%
Aumento de volumen del hemiescrotos izquierdo y orquialgia	18	45,0
Aumento de volumen del hemiescrotos izquierdo y sensación de peso.	14	35,0
Aumento de volumen del hemiescrotos izquierdo sin molestia alguna	8	20,0
Total	40	100,0

Fuente: expedientes clínicos.

lomo entre los 10 a 12 años y 30 casos (75,0%) entre los 13 a 15 años de edad.

En ningún paciente se ensayó el tratamiento médico, ya que compartimos el criterio de que la operación es recomendable antes de los 25 años, para evitar el deterioro del epitelio germinativo, con la consiguiente infertilidad o subfertilidad masculina.

En cuanto a los resultados obtenidos tras el empleo de la técnica quirúrgica de Palomo, en nuestro estudio se obtuvo que en 39 casos (97,5%) hubo regresión total de varicocele, en 1 caso (2,5%) hubo regresión parcial del mismo y en ningún caso hubo recidiva de este estado morbosos.

CUADRO III

DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD AL MOMENTO DE LA OPERACION EN 40 CASOS DE VARICOCELE

Edad (años)	No. casos	%
Menos de 10	—	—
10 a 12	10	25,0
13 a 15	30	75,0
Total	40	100,0

Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO IV

DISTRIBUCION SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS TRAS EL EMPLEO DE LA TECNICA DE PALOMO EN 40 CASOS DE VARICOCELE

Resultados	No. de casos	%
Regresión total del varicocele	39	97,5
Regresión parcial del varicocele	1	2,5
Recidiva	—	—
Total	40	100,0

Fuente: expedientes clínicos.

SUMMARY

Peña, J. F. de la. et al. *Varicocele in the child. Assessment by Palomo's technique of its surgical treatment performed at our hospital. Preliminary report.* Rev Cub Ped 53: 4, 1981.

The study of 40 patients with varicocele, who were surgically treated at "Centro Habana" Teaching Pediatric Hospital, from July 18, 1973 to December 31, 1979, is presented. In

Debemos señalar que la desaparición del varicocele es paulatina y no alcanza igual grado en todos los casos.

La única complicación posoperatoria encontrada en los pacientes de nuestro estudio, fue el hidrocele, en 1 caso (2,5%); en ningún paciente de nuestro estudio encontramos atrofia testicular tardía.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio, la incidencia de varicocele fue de 0,61%.
2. La técnica de Palomo fue el método quirúrgico empleado en el 100,0% de los pacientes de nuestra casuística.
3. En el 65,0% de los casos, el comienzo de los síntomas ocurrió entre las edades de 13 a 15 años.
4. El aumento del volumen del hemiescrotos izquierdo fue el síntoma inicial en todos los pacientes, habiéndose acompañado de orquialgia o sensación de peso en el 80,0% de los casos. Solamente en el 20,0% de los pacientes, el aumento de volumen del hemiescrotos izquierdo no se acompañó de molestia alguna.
5. En el 97,5% de los casos de nuestro estudio, hubo regresión total del varicocele y en el 2,5% de los casos hubo regresión parcial del mismo, tras el empleo de la técnica de Palomo.
6. En nuestra casuística, no hubo recidiva del estado morbosos ni atrofia testicular tardía, tras el empleo de la técnica de Palomo. Solamente en el 2,5% de los casos se presentó un hidrocele tras dicho proceder quirúrgico, como única complicación posoperatoria encontrada en nuestros estudios.

our study good results obtained by Palomo's technique are exposed. Conclusions on incidence (0,61%), onset of symptoms (65% between the age of 13 and 15 years), localization, and results from the employed method are made. 97,5% of the cases had varicocele total regression, and in the remaining, regression was partial. Only 2,5% of the patients presented hydrocele. During surgical process neither recidivation nor late testicular atrophía is reported.

RÉSUMÉ

Peña, J. F. de la et al. *Varicocèle chez l'enfant. Evaluation du traitement chirurgical au moyen de la technique de Palomo à notre hôpital. Rapport préliminaire.* Rev Cub Ped 53: 4, 1981.

Il est rapporté l'étude de 40 patients porteurs de varicocèle, intervenus chirurgicalement à l'hôpital pédiatrique d'enseignement de Centro Habana, pendant la période comprise entre le 18 juillet 1973 et le 31 décembre 1979. Dans cette étude on expose les résultats satisfaisants obtenus au moyen de la technique de Palomo. Des conclusions sont signalées en ce qui concerne l'incidence (0,61%), le début des symptômes (dans 65% des cas, entre 13 et 15 ans), la localisation et les résultats de la méthode employée. Dans 97,5% des cas il y a eu régression totale de la varicocèle, et partielle dans le reste. Seulement 2,5% des patients ont présenté hydrocèle au cours du processus chirurgical; il n'y a pas eu de récidives ni atrophie testiculaire tardive.

РЕЗЮМЕ

Ф. де ла Пенья, Х. и др. Варикоцеле у ребенка. Оценка хирургического лечения с помощью метода Паломо в нашей больнице. Предварительная информация. Rev Cub Ped 53: 4, 1981.

В настоящей работе представляется исследование 40 пациентов, страдавших варикоцеле и которым было проведено хирургическое вмешательство в клинику-педиатрической больницы муниципалитета Центральной Гавана в период с 18 июля 1973 года по 31 декабря 1979 года. В нашем исследовании представляются хорошие результаты, полученные посредством применения метода Паломо. Делаются заключения о частоте (0,6%), начале симптомов (65% от 13 до 15 лет), локализации болезни и результаты применявшегося метода. У 97,5% случаев было полное исчезновение варикоцеле и в остальных случаях - частичное. Только среди 2,5% пациентов возникло гидроцеле в процессе хирургического вмешательства. В нашей серии не было рецидивов, ни поздней атрофии яичка.

BIBLIOGRAFIA

1. Carrió Caballero, A. Varicocele como causa de subfertilidad o esterilidad. Tratamiento quirúrgico del mismo. Rev Cub Cir 9: 161-174, 1970.
2. Palomo, A. Radical cure of varicocele by a new technique preliminary report J Urol 61: No. 3, 1949.
3. Colectivo del Servicio de Urología de los Hospitales Militares "Carlos J. Finlay" y "Luis Díaz Soto": Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del varicocele con la técnica de Palomo. Rev Cub Cir 6: 491-492, 1967.
4. Oster, J. Varicocele en niños y adolescentes. Acta Pediatr Scand. (Suplemento 206-81), 1970.

Recibido: febrero 26, 1981.

Aprobado: marzo 3, 1981.

Dr. José F. de la Peña.

Luco No. 559 e/ Sta. Ana y Sta. Felicia.

Luyanó, Municipio 10 de Octubre.