

# VARICOCELECTOMÍA

Las abordajes inguinales son preferibles por ser los más sencillos y obtener los mejores resultados. La vía retroperitoneal tiene menos incidencia de hidrocele (por ligadura de linfáticos) pero más recurrencias (por venas periarteriales y colaterales inguinales que no se ligan). Se reserva sólo para casos de cirugía inguinal extensa o en recidivas después de una varicocelectomía inguinal.

## PREPARACIÓN PREOPERATORIA Y POSICIÓN

- La profilaxis antimicrobiana no es necesaria al tratarse de una cirugía limpia.
- Rasurado de la región púbica y el escroto.
- Paciente en decúbito supino con cirujano a la izquierda (en varicoceles izquierdos).

## INTERVENCIÓN VÍA INGUINAL ALTA (TÉCNICA DE BUNTZ-JIMÉNEZ CRUZ)

- **Vía de acceso:**
  - Incisión oblicua de 5 cm en la unión del tercio medio con el externo de una línea que une la espina ilíaca antero-superior con la espina del pubis (**Fig. 1C**). Apertura del subcutáneo y de la fascia de *Scarpa*.
  - Apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor en la dirección de las fibras con cuidado de no lesionar el nervio ilio-inguinal (**Fig. 2**). Se accede así al conducto inguinal a nivel del orificio in-

guinal profundo.

- Colocación de un pequeño separador autostático con sus ramas separando la fascia del oblicuo mayor.

### • Aislamiento del cordón espermático:

- Disección roma del cordón espermático por encima y por debajo con una pequeña torunda para aislarlo.
- Se pasa por detrás un drenaje de *Penrose* o un separador de *Farrabeuf* para elevar y exteriorizar el cordón (**Fig. 3**).

### • Ligadura y sección de las venas espermáticas:

- Apertura longitudinal de la fascia espermática externa o fascia cremastérica que envuelve el cordón (**Fig. 3**) e identificación del deferente.
- Apertura de la fascia espermática interna que envuelve los vasos y disección roma de 3-5 cm de cada vena (1-2 a este nivel). Oclusión con 2 pinzas *mosquito*, sección del segmento venoso y ligadura con *seda* (SEDA®/MERSILK®) del 0. Los hilos de las ligaduras proximales se referencian con una pinza *mosquito* y los distales con otra. Se tira de ambas y se buscan más venas dilatadas funiculares o deferenciales (**Fig. 4**). Se debe respetar la arteria espermática y los linfáticos.

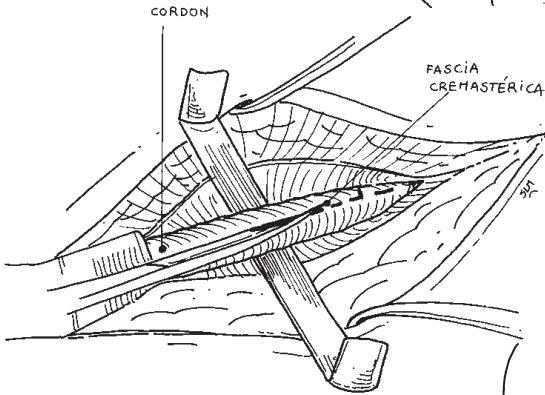
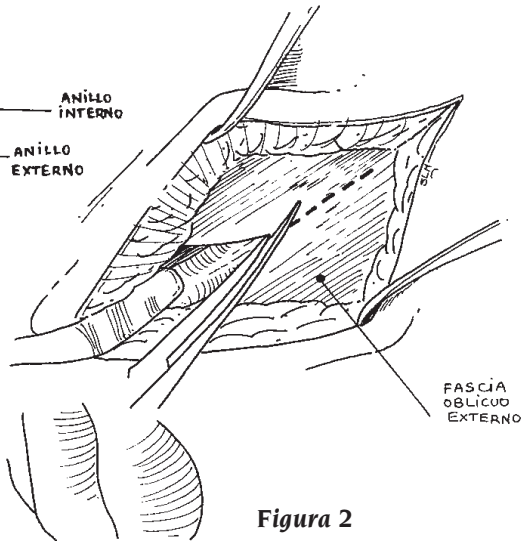
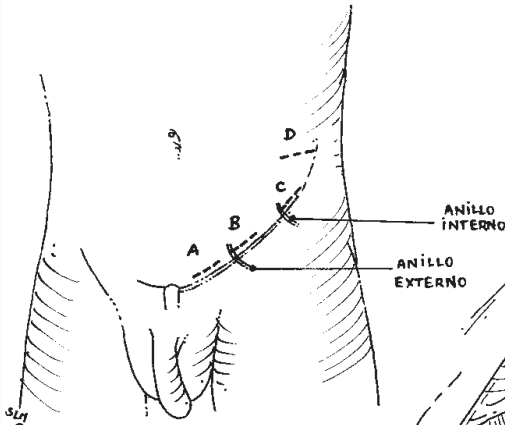
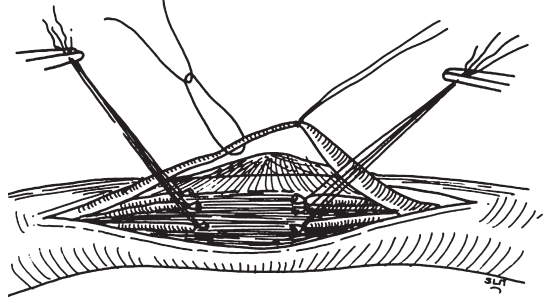


Figura 4



- **Suspensión de los extremos venosos distales:** Los hilos de cada extremo venoso distal se montan en una aguja viuda y se pasan a través del plano músculo-aponeurótico a nivel del vértice superior del campo, anudándose entre sí (**Fig. 5**). Esta suspensión o sifonaje dificulta la recanalización venosa que eventualmente sería motivo de recurrencia del varicocele.

## VARIANTES TÉCNICAS

- **Intervención vía inguinal alta (técnica de Ivanissevich):** El acceso es inguinal alto (**Fig. 1C**) como en la técnica de Bunt-Jiménez Cruz, pero no se realiza el sifonaje de los extremos venosos distales.
- **Intervención vía inguinal baja (técnica de Amelar-Dubín):** Localización del anillo inguinal externo con el dedo e incisión de 5-7 cm desde anillo en dirección oblicua lateral y ascendente (**Fig. 1B**). Apertura del subcutáneo, fascia de Scarpa y aponeurosis del oblicuo mayor desde el orificio inguinal externo siguiendo la dirección de las fibras. El aislamiento del cordón espermático, la ligadura y sección de las venas espermáticas se realiza como en la técnica de Buntz-Jiménez Cruz.
- **Intervención vía subinguinal (técnica de Marmar):** Incisión oblicua de 2-3 cm por debajo del anillo inguinal externo (**Fig. 1A**). Al no abrir la aponeurosis del oblicuo mayor, esta vía puede ser preferible en pacientes con cirugía inguinal previa. El aislamiento del cordón, la ligadura y sección de las venas espermáticas se realiza como en la técnica de Buntz-Jiménez Cruz.
- **Intervención vía retroperitoneal (técnica de Palomo):** Incisión transversal de 7-10 cm por encima del orificio inguinal

profundo (**Fig. 1D**). Apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor, separación de las fibras musculares, rechazo del peritoneo hacia la línea media, identificación de las venas espermáticas y ligadura a este nivel de 1 ó 2 troncos venosos (**Fig. 6**).

## MANIOBRAS QUIRÚRGICAS FINALES

- Si la anestesia es raquídea se indica al paciente que realice una maniobra de Valsalva para comprobar la ausencia de reflujo.
- Cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor con *ác. poliglicólico* (DEXON®) o *poliglactin* (VICRYL®) del 0, del subcutáneo con DEXON®/VICRYL® de 2/0 y de la piel con agrafes metálicos.

## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

- Inicio de tolerancia oral a las 6 h de la intervención.
- Alta al día siguiente o incluso el mismo día dentro de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Cruz JF et al. Modificación de la técnica de Buntz en la cirugía del varicocele: resultados. *Actas Urol Esp* 1983; 5: 401-404.
2. Hopps CV et al. **Varicocele: general considerations.** En Graham SD, Glenn JF, Keane TE. *Glenn's Urologic Surgery* (VI ed.). Lippincott Williams & Wilkins 2004: 592-597.
3. Goldstein M. Manejo quirúrgico de la infertilidad masculina y otros trastornos escrotales. En Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. *Campbell Urología* (VIII ed.). Panamericana 2005: 1677-1736.

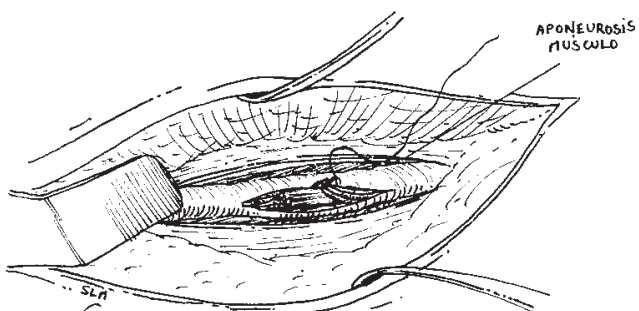
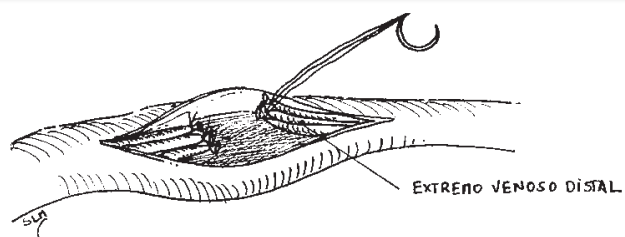


Figura 5

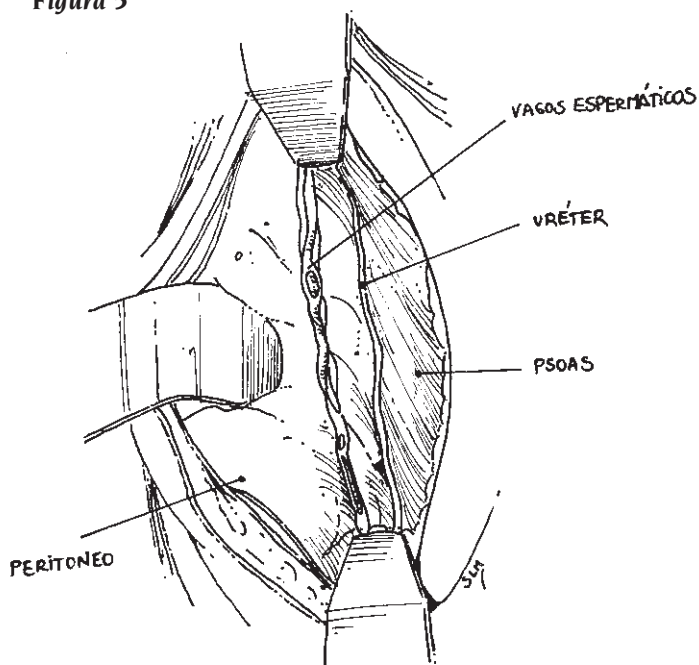


Figura 6