

VARICOCELE

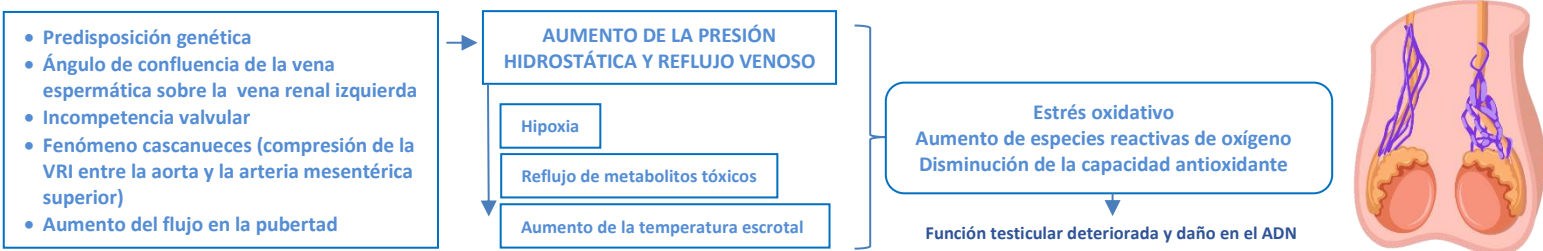
GENERALIDADES

Es una anomalía congénita frecuente que causa dilatación y tortuosidad de las venas espermáticas internas dentro del plexo pampiniforme. Puede estar asociada con las siguientes condiciones andrológicas: subfertilidad masculina, falla en el crecimiento y desarrollo testicular ipsilateral, síntomas de malestar y dolor escrotal, e hipogonadismo.

EPIDEMIOLOGÍA Y PATOGENIA

Rara vez se diagnostica antes de la edad escolar. Abarca el 15% de la población masculina, el 25% de los hombres con alteraciones en los parámetros seminales y el 35 al 40% de los pacientes con infertilidad. Del 7 al 17% pueden llegar a ser bilaterales.

Se desconoce su fisiopatogenia pero se postularon varias teorías que generarían la dilatación y sus posteriores consecuencias:



CLASIFICACIÓN CLÍNICA: Dubin y Amelar

Subclínica	No palpable ni visible en reposo o durante la maniobra de Valsalva (vista por US)
Grado I	Palpable durante la maniobra de Valsalva
Grado II	Palpable en reposo
Grado III	Visible y palpable en reposo



DIAGNÓSTICO

Se realiza mediante examen físico: inspección y palpación escrotal bilateral, en reposo, en decúbito supino y de pie, y con maniobra de Valsalva. El objetivo es ver y/o palpar las venas dilatadas y tortuosas (signo de la “bolsa de gusanos”). Es importante también documentar el tamaño testicular.

La ecografía Doppler escrotal está indicada si el examen físico no es concluyente o si el espermograma sigue siendo insatisfactorio luego de la reparación del varicocele, en busca de persistencia o recurrencia.

Un diámetro venoso máximo de > 3 mm en posición vertical y durante la maniobra de Valsalva y un reflujo venoso con una duración > a 2 segundos → varicocele clínicamente significativo.

CONSIDERACIONES BÁSICAS

- ✓ La afectación de la fertilidad estaría asociada al daño en el ADN. Se demostró que la misma mejora en la mayoría de los casos, luego de la corrección quirúrgica del varicocele, al igual que los parámetros seminales. Al mejorar la integridad del ADN de los espermatozoides, también se vieron mejores resultados en las técnicas de reproducción asistida.
- ✓ La evidencia también sugiere que los hombres con varicocele clínico e hipogonadismo, pueden beneficiarse con la intervención (ya que mejora los parámetros relacionados a las células de Leydig).

TRATAMIENTO

Las principales indicaciones para el tratamiento: hipotrofia testicular significativa, dolor, alteración en los parámetros seminales y subfertilidad inexplicable. Existen diferentes opciones terapéuticas. La evidencia actual indica que el abordaje microquirúrgico es la técnica más eficaz, con menos complicaciones y tasas de recurrencia más bajas en comparación al resto de las técnicas.

Tratamiento	Recurrencia Persistencia %	Complicaciones generales	Complicaciones específicas
Abordaje abierto			
Cirugía escrotal	-	Atrofia testicular, daño arterial con riesgo de desvascularización y gangrena testicular, hematoma escrotal, hidrocele postoperatorio.	
Abordaje inguinal	2.6 – 13	Hidrocele (7,3%), atrofia testicular, orquiepididimitis, complicaciones de la herida.	Dolor postoperatorio por la incisión de la fascia del OE, daño del nervio genitofemoral.
Ligadura alta vía retroperitoneal	15 – 29	Hidrocele (5-10%), atrofia testicular, edema escrotal.	Fallo en la ligadura de la vena espermática externa.
Microquirúrgico vía inguinal o subinguinal	0,4	Hidrocele (0,44%), hematoma escrotal.	
Laparoscopia	3 – 6	Hidrocele (7-43%), epididimitis, infección en la herida, atrofia testicular debido a lesión de la arteria testicular, sangrado.	Fallo en la ligadura de la VEI; daño intestinal, vascular y nervioso; embolia pulmonar; neumo-escroto; peritonitis; dolor en el hombro derecho PO.
Abordaje percutáneo			
Escleroterapia anterógrada	5 – 9	Hidrocele (5,5%), hematoma, infección, dolor escrotal, atrofia testicular, epididimitis.	Fallo técnico 1-9%, eritema del flanco izquierdo.
Escleroterapia retrógrada	6 – 9.8	Hidrocele (3,3%), Infección en la herida, dolor escrotal.	Fallo técnico 6-7,5%, reacción adversa al medio de contraste, dolor en el flanco, tromboflebitis persistente, perforación venosa.
Embolización retrógrada	3 – 11	Hidrocele (10%), hematoma, Infección en la herida.	Fallo técnico 7-27%, dolor debido a tromboflebitis, reacción al medio de contraste, migración de bobinas, hemorragia retroperitoneal, fibrosis, obstrucción ureteral, perforación venosa.