

ECTOPIA TESTICULAR PERINEAL

Por los Dres. JUAN IRAZU, R. MANCINI y J. NOLAZCO

La ectopía testicular perineal es una migración por desplazamiento y la más frecuente de este tipo, citada en la clasificación de las ectopías en general por Ombredanne que la denomina "ectopía perineal de Monod y Terrillon" (Hinman). Según Hinman (1), dentro de las anomalías por desplazamiento del testículo, se halla en orden de frecuencia la ectopía perineal, a la que siguen sucesivamente la crural, inguinal intestinal peneana, trasverso, pelviana.

Las teorías vertidas para explicar esta anomalía, primero del descenso, y segundo de la inserción del gubernáculum, son hipotéticas. Hay factores congénitos cuyo hallazgo anatómo-patológico durante el acto operatorio, explican la anomalía.

Si analizamos las observaciones presentadas entre nosotros por Gamboa y Montarce (2) en 1932, la de Jorge y Núdelman (3) 1931, la de Babbini y Tettamanti, 1939 (4) y la de Rubí, 1947 (5). Todas ellas parecen coincidir en su aspecto clínico y anatómo-patológico con la nuestra.

El hallazgo de la ectopía se hace generalmente con el nacimiento del niño y por excepción como en nuestra observación, su tratamiento se prolonga hasta la adolescencia.

En la bibliografía se citan sin embargo ectopías perineales en adultos en quienes se pensó que eran de etiología traumática.

Tiene a nuestro entender marcada importancia en la explicación de la etio-patogenia como en efecto hemos constatado. 1º) La existencia de un orificio inguinal externo desviado hacia afuera, y 2º) La oclusión del orificio escrotal a nivel del tercer anillo por un tabique fibroso.

Es evidente pues, que existe un desplazamiento anormal del testículo ectópico, debido a las causas mencionadas. Sabemos que el descenso normal del testículo a la bolsa, tiene lugar en el feto dentro del 8º mes. La explicación de este descenso se funda en hechos de filogenia y ontogenia, pero intervienen en él otros factores como: a) la presión intraabdominal, b) la acción esfintérica de los músculos abdominales, c) la tracción por el aumento de peso de la glándula, con el desarrollo.

Esos factores normales del descenso orientan el testículo dentro del es-

croto, donde la glándula se halla alojada, ya en el nacimiento, pero si el tercer anillo inguinal descrito por Mc Gregor situado a la entrada del escroto se halla ocluido por malformación del anillo y de sus fascias vecinas, el testículo, ya ayudado por la desviación externa del orificio inguinal y el tabicamiento de la cavidad escrotal, se orienta fuera de su trayecto normal, para instalarse

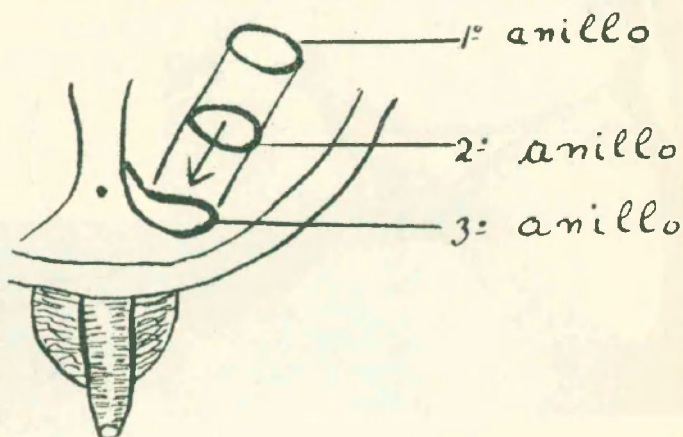
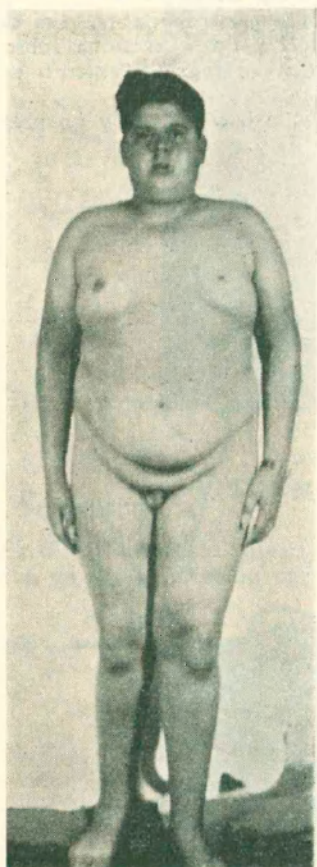


Figura 1.

en este caso en el periné. Esta sería pues una explicación anatómica de nuestra anomalía de descenso y fijación.

Ver diagramas. Fig. 1 y 2.

Como las envolturas vaginales del cordón envuelven el testículo, esta anomalía en algunos casos se acompaña de hernia como en el citado por Coley. Nosotros no la hemos constatado en las observaciones de nuestra bibliografía. En cambio se han presentado anomalías de rotación del testículo, como en nuestro paciente, donde se observó una evidente rotación con su epidídimo en posición anterior.

Caso clínico: Paciente enviado por el Profesor Dr. F. de la Balze. Niño: N. N., de 13 años de edad. buen estudiante, muy dormilón. Sobrepeso por aumento de ingestas.

Estado actual: Adiposidad generalizada y especialmente espalda, mamas y bajo vientre. Peso 81,400, altura 1.52 ½, braza 1.62. Vertex pubis, vertex planta normales. Falta de desarrollo de caracteres secundarios (desarrollo retardado).

Organos genitales: Disimulados por el gran panículo adiposo. Pene: de pequeño tamaño, bolsas de piel lisa y poco pigmentada. La bolsa derecha contiene un testículo de caracteres normales ara su edad. La izquierda con escroto retraído y sin contenido glandular. La inspección del periné permite ver por dentro del pliegue de Venus y a tres centímetros del infundíbulo anal un abultamiento ovoideo a mayor diámetro sagital que corresponde al testículo ectópico. La palpación del mismo permite comprobar la existencia de un órgano similar en sus características al del homólogo, móvil que está independiente de la piel y que excursiona sobre los planos profundos, siendo desplazable hasta la proximidad del orificio inguinal externo e imposible de llevarlo a la bolsa correspondiente.

El orificio inguinal externo de tamaño normal se halla desviado hacia afuera y no presenta

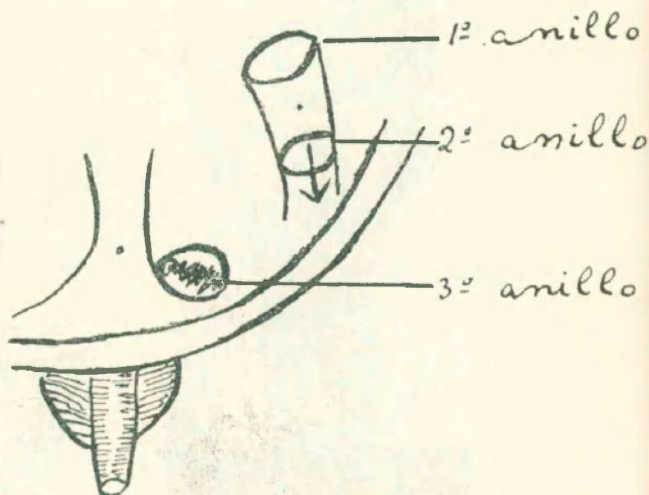


Figura 2

deslizamiento de saco herniano, pero está ocupado por los elementos del cordón. Tacto rectal: próstata del tamaño normal para su edad; las vesículas seminales no se palpan.

Operación: Anestesia general ciclopropane. Posición, en decúbito con las piernas abiertas en ligera flexión. Incisión oblicua que se extiende desde el orificio externo del conducto inguinal hasta el límite superior de la tumoración. Por divulsión roma, se libera un gran panículo adiposo en busca de los elementos del cordón y del testículo, el cual se halla alojado en una celda y envuelto en su túnica vaginal adherido en su porción inferior al tejido celular y periné por el gubernaculum, cuyo fascículo se secciona permitiendo la liberación total de la glándula y su cordón espermático, su tamaño y conformación aparentemente normal.

Con el fin de completar el estudio del caso, se incide la vaginal y se exterioriza el testículo comprobando que existe una rotación del mismo con situación anterior del epidídimo. Se extrae un trozo para biopsia y luego se reintegra el testículo a la vaginal que se sutura. Para llevar el testículo a su correspondiente bolsa se explora en dirección al escroto comprobando que el tercer anillo inguinal se halla obstruido por un tabique fibroso que se dislacera a dedo, lo mismo que el tejido celular que ocupa la bolsa con el fin de crear el alojamiento definitivo de la glándula. De inmediato se procede a la orquidopexia, según técnica de Bevan, comple-

mentándola con el cierre de los planos superficiales. El postoperatorio fué normal y la curación per primam con el testículo perfectamente alojado en su bolsa.

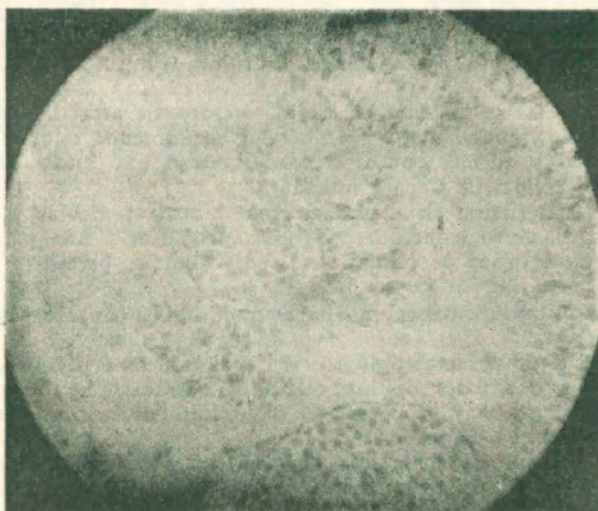


Figura 3
Microfotografía de testículo a pequeño aumento.

Examen histológico: Informado por el Dr. Mancini dice textualmente: A pequeño aumento se observa un tejido formado por tubos de diámetro pequeño con contenido celular separados

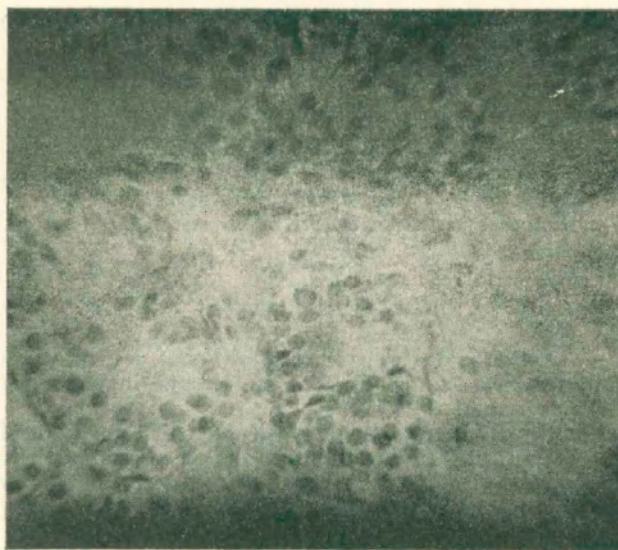


Figura 4
Microfotografía de testículo a gran aumento.

por un estroma conectivo y el conjunto bordeado por una fuerte banda fibrosa externa, es decir, la albugínea. El detalle citológico de los tubos, demuestra la presencia de células de tama-

ño variable y de escaso citoplasma con núcleo redondo y central. Estos elementos, típicos gonias indiferenciadas, forman varias capas todas muy semejantes, constituyendo el único tipo celular presente en los tubos. Ocasionalmente en algunos tubos puede observarse el desarrollo de algunas células de Sertolí.

Faltan los otros elementos de la progenie. La pared de los tubos está integrada por una fina membrana basal, sobre la cual asientan las gonias ya descritas. Está borbeada por fuera por una hilera defibroцитos y no parece existir la túnica propia externa, que caracteriza al testículo adulto.

El conectivo intertubular se presenta en ciertos sectores de aspecto homogéneo y en otros de aspecto fibrilar. Es muy abundante y se observan en su seno, células de apariencia fibrocitaria en regular cantidad y además, un tipo celular escaso que puede ser identificado como correspondiente al tipo de célula de Leydig inmadura.

En resumen, las características detalladas en esta biopsia testicular es decir, la existencia de tubos seminíferos de diámetro reducido con gonias primarias y una pared conectiva simple, y además la falta de grupos de células de Leydig adultas, permiten llegar al diagnóstico de testículo prepuberal.

La localización ectópica subcutánea, no ha alterado evidentemente ninguna de las estructuras tubulares o conectivas.

Se está haciendo el estudio histofisiológico el cual podemos presumir no demostrará los componentes citoquímicos habituales de los testículos adultos. Es decir, lípidos, esteroides en las células intersticiales, grasas y glucógeno en las células de la progenie y mucoproteína y fibras de reticulina en la pared del tubo.

RESUMEN: Con el fin de enriquecer la casuística sobre ectopia perineal de testículo presentamos un caso de reciente observación en un niño de 13 años en estado prepuberal de desarrollo. El examen clínico demostró tratarse de un niño obeso con probable pubertad retardada cuyo estudio endocrinológico y examen histofisiológico no están aun terminados pero el estudio primario de la biopsia testicular probó ser de un testículo infantil prepuberal congénito. El estado anatómo-patológico durante el acto operatorio permite constatar la oclusión del tercer anillo inguinal y la desviación del orificio inguinal causas a la que pueden imputarse el desarrollo de la anomalía. El testículo fué fijado en su bolsa con una orquidopexia a lo Bevan.

BIBLIOGRAFIA

- 1) "Principios y prácticas de urología". F. Hinman. Año 1937.
- 2) Gamboa Marcelo y Montarcé Horacio L. "Estopia Perineal". Bol y Trab. Sec. de Cirugía, Bs. As. Año 1932. Tomo XVI.
- 3) Jorge José M. y Nudelman Santiago I. "Ectopia perineal congénita del testículo" Rev. del Circ. Méd. Arg. y Centro Est. de Medicina. 1931. XXXI. 831.
- 4) Babbini Aafael J. y Tettamanti Juan C. "Ectopia perineal congénita del testículo". Bol. de la Soc. de Cirugía de Rosario. 1939. VI. 25.
- 5) Rubí Roberto A. "Ectopías testiculares aberrantes. Año 1944. Rev. Arg. de Urología. Pág. 344.

DISCUSIÓN

Dr. ARRUES. — Desearía saber si realmente en estos testículos, no sólo los situados en ectopia perineal, sino también en los ubicados en ectopia inguinal, si el criterio debe ser conservador o recurrirse a la ectomía.

En el Instituto Municipal de Radiología y Fisioterapia, donde acude gran cantidad de pacientes con seminomas de testículo, tuvimos ocasión de ver algunos de ellos, cuyos seminomas se habían desarrollado en una glándula que había sido descendida por vía quirúrgica hacia algunos años. Por ello, yo creo que en estos pacientes, en vez de hacerse la fijación, debe recurrirse a la ectomía de la glándula.

Dr. BERNARDI. — Deseo preguntar si a ese enfermo se le hizo tratamiento hormonal intensivo, que entiendo es primordial hacerlo antes de toda intervención.

Dr. NOLASCO. — Nosotros hemos seguido —y contesto con ello al doctor Arrues— el criterio practicado en todas partes.

A mi entender, me parece apresurado pretender sacar un testículo cuando todavía las posibilidades de desarrollo son francas, sobre todo, cuando es un testículo de tipo infantil, antes de la pubertad.

Pasada la pubertad, las posibilidades de desarrollo del testículo son muy escasas. En ese caso, no sabría responderle al Dr. Arrues, cuál sería mi modo de proceder.

Al doctor Bernardi le diré que tratándose de un testículo perineal, el solo hecho de estar en periné, implica un peligro, sobre todo en un niño, como en este caso, de 13 años, en el que ya ha pasado, a mi juicio, la edad de la operación. El testículo en el periné está más expuesto que en otra parte, a los traumatismos, ya sea al andar en caballo, en bicicleta, etc.

No me explico en qué forma el tratamiento hormonal podría solucionar el problema, ya que dicho tratamiento favorece el descenso del testículo, y no su elevación.

Dr. BERNARDI. — Creo que existe un factor hormonal. Se trata de un adiposo hipogenital. La reposición de la glándula tiene su importancia. El tratamiento hormonal tendría la virtud de ponerlo al enfermo en condiciones y favorecería, en algunos casos, la intervención quirúrgica.

Dr. NOLASCO. — El tratamiento hormonal está en estudio y el tratamiento de la glándula es normal para su edad.

Dr. IRAZU. — Cabe agregar que la clasificación de este caso no es de un adiposo hipogenital, sino de un obeso, por lo que no cabe el tratamiento hormonal y sí la reposición de la glándula para que cuando pase la edad prepuberal se desarrolle sólo.
