

# Revista Argentina de Urología

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXII

ENERO - MARZO 1953

Números 1 - 3

---

## TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LAS TORSIONES TESTICULARES

Por los Dres. A. TRABUCCO, R. BORZONE y ELIAS COREA F.

Es un hecho bien establecido, que la conducta terapéutica a seguir ante un caso de torsión testicular, está regida por la época en que se hace el diagnóstico y los caracteres presentados por la glándula cuando se la tiene a la vista en la mesa de operaciones.

La gran labilidad del órgano a la anoxia y la disposición anatómica de sus cubiertas, hacen que las alteraciones circulatorias provoquen graves lesiones en su tejido noble, a las pocas horas de haberse producido un vólvulo. De manera que en esta afección, como en tantas otras, la precocidad diagnóstica es la única que permite un éxito terapéutico, llegando a tiempo de salvar las estructuras encargadas de la reproducción y de determinar los atributos propios del hombre. No obstante con mucha frecuencia, o los pacientes llegan tarde al médico o el diagnóstico no siempre es acertado (Lapointe encuentra solamente cuatro diagnósticos previos entre treinta y cuatro observaciones; Grimaldi trece sobre un total de diez y nueve).

Recorriendo la literatura Argentina y extranjera, se encuentra que la tendencia a la conservación sólo se manifiesta en los casos con diagnóstico sumamente precoz, siendo casi siempre radical en aquellos en que fué tardío.

Angulo, demuestra experimentalmente en perros que la vitalidad de la glándula se pierde después de 16 horas de producida la torsión; manifestando además que en todos los casos llegados a sus manos ha tenido que practicar la castración, debido a lo tardío de la intervención.

Chifflet, sostiene la conveniencia, cuando se decide la castración, de llevarla a cabo sin hacer la detorsión, resecaando el órgano por encima de la zona torsionada, con el objeto de evitar el peligro de las embolias, y presenta un caso en que a pesar de haberlo intervenido a las dos horas del accidente, el testículo se atrofió; y tuvo un post-operatorio desagradable complicado con la aparición de dos embolias.

Earl E. Ewert y Howard A. Hoffman, se colocan en la siguiente posición: "Si el testículo está bien descendido, detorsión y aplicación de compresas calientes: si el órgano vuelve a su color normal y demuestra su viabilidad, debe ser fijado al escroto; si esto no sucede así, pero la gonada restante es normal, la orquidectomía se impone. Si el testículo ocupa una posición anormal el procedimiento a seguir debe ser determinado por la presencia o ausencia de viabilidad: si es viable, orquidopexia; si no lo es, orquidectomía."

En comunicación a la Sociedad Argentina de Urología, Trabucco y Figueroa Alcorta (1936), se manifiestan conservadores después de los resultados que arrojan sus estudios histológicos en testículos que han sufrido un vólvulo.

En el presente trabajo, exponemos la norma establecida en el servicio a cargo del Prof. Trabucco, respecto a la conducta a seguir en tales casos:

Conservamos sistemáticamente la glándula, sin considerar, hasta cierto punto, ni el tiempo de torsión, ni el aspecto físico presentado por el órgano durante la intervención. Esta manera de proceder tiene su apoyo en la observación de casos en los que a pesar del largo período de torsión, y con un testículo cuyo aspecto macroscópico hacía presumir que estaba perdido del todo; el estudio histológico reveló la existencia de células de Leydig en actividad.

A partir de estos hechos hemos sido conservadores a todo trance; y entre otros, presentamos el último caso llegado a nuestras manos, en el que, con un mes y medio de torsión, se ha podido comprobar por el estudio histológico de la biopsia practicada durante la operación, la existencia de *tejido endocrino funcionante*.

*Historia clínica N° 3266.* — P. J., argentino, 24 años, soltero, comerciante ingresa al Servicio el 13 de octubre de 1952, con la siguiente:

*Historia.* — En los primeros días de septiembre se le presenta de modo brusco, dolor intenso en testículo izquierdo acompañado de náuseas y vómitos; observa poco después gran tumefacción de la región. Es tratado con Despacillina y bolsa de hielo local; retrocediendo los síntomas sobre todo el dolor, pero persistiendo la tumefacción.

*Antecedentes personales.* — No acusa antecedentes venéreos, ni afecciones respiratorias.

*Estado actual:* Micción, sin particular, orinas claras. Riñones y uréteres, sin particular. Pene y uretra, sin particular. Vejiga, sin particular. Próstata y vesículas, sin particular.

*Testículos, anexos y periné.* — Lado derecho: normal. Lado izquierdo: glándula elevada, cordón acortado. No se diferencia testículo de epidídimo (paquivaginalitis?); hay aumento de tamaño (como un huevo de gallina), el escroto desliza, no se pellizca vaginal. Transiluminación negativa. Movilidad discreta. Signo de Prehn negativo.

*Exámenes clínicos generales:* Sin particular.

16-X-52. Operación con anestesia funículo escrotal izquierda. Liberación fibroso vaginal (paquivaginalitis). Ausencia de gubernáculo. Se abre vaginal engrosada y se seccionan adherencias laxas con capilares neoformados de ambas hojas, testículo de tamaño normal, color amarillo ocre con zonas petequiales. Epidídimo e hidátide de Morgagni trombosados, color amarillo ocre, azulado. El cordón entre en la parte media del borde posterior de la glándula que tiene ambos polos libres y en aquella zona está oprimido y estrangulado por bridas que lo fijan, en 180 grados de torsión, de dirección contraria a las agujas del reloj.

Se liberan tales bridas y se coloca el órgano en su posición normal. Tomase biopsia de testículo, resección de cabeza epididimaria y de hidátide. Fijación de la glándula a la bolsa. Cierre por planos, drenaje de Kubber.

22-X-52. Buen post-operatorio. Se sacan los puntos de piel. Obsérvase derrame sero-purulento.

24-X-52. Glándula conserva su tamaño.

*Anatomía patológica macroscópica:*

I. Biopsia testis. Parénquima isquémico, amarillo al corte.

II. Biopsia cabeza de epidídimo. Trombótico, al corte color vinoso.

III. Hidátide de Morgagni. Trombosada, color amarillo ocre.

*Microscopio.* — Biopsia testicular practicada en el acto quirúrgico, y seguida para su estudio por los métodos habituales: fijación, deshidratación, aclaramiento, inclusión en parafina y coloreado con Hematoxilina-Eosina y Tricómico de Masson.

A pequeño aumento podemos observar un neto predominio de tejido conjuntivo de neoformación, llegando en algunos sitios a un estado francamente adulto de tejido fibroide.

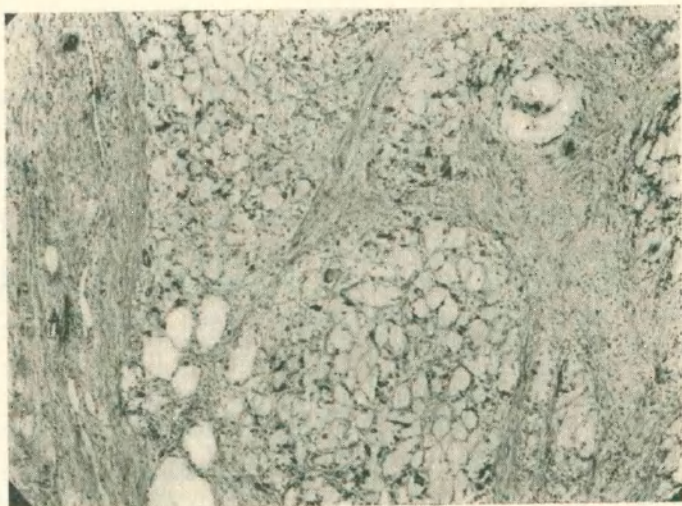


FIG. 1. — Coloración hematoxilina-eosina. Aumento obj. 4 x O.C.L. 10.

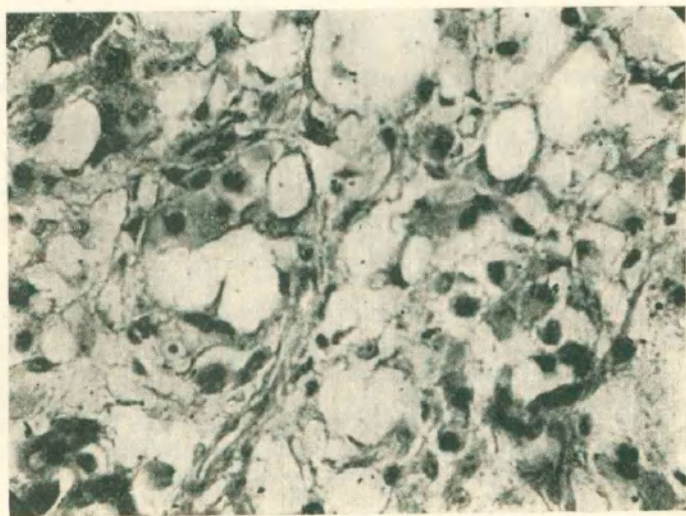


FIG. 2. — Coloración hematoxilina-eosina. Aumento obj. 6 x O.C.L. 10.

obsérvanse también numerosos capilares. Existen en algunas zonas de ese tejido fibroso, precipitados de hemosiderina, aparentemente en vías de absorción.

Dentro de este magma tisural, hay numerosas zonas de tejido al parecer cribado, restos de los tubos seminíferos que se hallan totalmente atrofiados. Estos espacios de tipo reticular, presentan una característica particular en los intersticios que los separan entre sí, o más bien en las mallas del retículo, donde se alojan células grandes de protoplasma eosinófilo, esponjoso, cuyos núcleos bien visibles están constituidos por una membrana nuclear con espesa-

miento de cromatina y un nucleolo evidente. Este tipo de células se agrupan en pequeños acúmulos de tres o cuatro, y más elementos, y están presentes en todos los intersticios donde ha habido antes tubos seminíferos.

*Diagnóstico histológico.* — Esclerosis testicular, atrofia completa de los tubos seminíferos, presencia de células de Leydig, activas.

#### CONCLUSIONES

a) Estudios histológicos verificados en testículos torsionados, nos inclinan a ser conservadores en la terapéutica de tales casos.

b) La persistencia de células de Leydig en actividad, después de largos períodos de torsión, revela la gran vitalidad que poseen y permite abrigar esperanzas de salvar parte de las funciones del testículo; aún en aquellos casos de diagnóstico tardío.

c) Debe hacerse biopsia sistemáticamente en todo vólvulo testicular, para conocimiento exacto del estado de las lesiones producidas.

d) El alto valor de la conducta conservadora, tiene su mayor trascendencia en aquellos casos de vólvulos dobles, casos con testículo contralateral atrófico, ectópico o no existente.

#### BIBLIOGRAFIA

- L. Figueroa Alcorta y A. Trabucco. — "Consideraciones sobre el tratamiento de la torsión del cordón espermático". Rev. Arg. de Urología, Nos. 1 y 2, pág. 72, año 1936
- F. E. Grimaldi. — "Torsión del testículo". Semana Médica, 1: 955-963; abril 19, 1928
- E. Castaño y H. D. Muñoz. — "Sobre un caso de torsión del cordón espermático". Rev. Arg. de Urología; Nos. 5 y 6, año 1934.
- C. Villar y A. Rebello. — "Volvulus doble de los testículos" Rev. Arg. de Urología: Nos 5 y 6, pág. 261, año 1935.
- Ricardo J. Angulo. — "Torsión del cordón espermático". Rev. Arg. de Urología; Nos. 3 y 4, pág. 53, 1939.
- R. Yamicelli. — "Torsión de testículos ectópicos en niños". Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, Nº 18, 1947.
- M. Firstater. — "Torsión del cordón espermático". Boletín y Trabajos Sociedad de Cirugía de Córdoba, Nº 5, p. 174, 1944.
- Earl E. Wert and Howard A. Hoffman. — "Torsión of the spermatic cord". The journal of Urology; p. 551, mayo 1945.
- Raúl J. Bozone. — "Torsión del Cordón espermático". Rev. del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina, 34, abril, mayo y junio 1952.

#### DISCUSION

Dr. Tomás Schiappapietra: ¿Desearía saber la evolución posterior de la glándula, cómo se ha conducido? Macroscópicamente, cómo evolucionó.

Dr. Luis Pagliere: Estoy de acuerdo con que la conducta de la conservación debe ser a "ultrance". He hecho alguna publicación sobre este asunto hace unos años y en ella hacía constar uno de los síntomas que más pronto se manifestaba era el endurecimiento de la glándula que hacía que el diagnóstico se aumentara. Nada más.

Dr. Corea Fonseca: Se Controló mientras estuvo en el servicio, es decir, más o menos un mes. No hubo control post-operatorio.