

Sociedad Argentina de Urología

3ª Sesión científica ordinaria — 26 de junio de 1953

Presidente: Dr. José S. Dotta

Secretario: Dr. Raúl J. Borzone

Servicio de Urología del Hospital Español

Jefe: Prof. Dr. Alberto E. García

RUPTURA TRAUMÁTICA DE TESTÍCULO

Por los Dres. JOSE CASAL y JUAN JOSE SOLARI

La ruptura traumática del testículo de implantación normal y sin lesión en las envolturas es una circunstancia poco frecuente.

Son conocidos los trabajos dedicados a estudiar el mecanismo causal de estas lesiones realizados por Monod y Terrillon y otros.

Counseller y Pratt hacen en 1944 una revista de los casos citados en la literatura.

1º El de Cotton en 1906, ruptura de testículo diagnosticada clínicamente como ruptura de varicocele, no hubo shock, tratamiento castración.

2º Un caso de Malapert en 1916.

3º Díaz Castro en 1940 dos casos de ruptura sin shock, que terminaron en castración. Junto a estos un caso de hematoma sobre testículo hipoplásico en el que también se hizo castración.

4º Navarrete en 1937 dos casos en los que se hizo castración.

Counseller y Pratt agregan un caso propio de ruptura sin shock, diagnosticado clínicamente como hematoma testicular y que era una ruptura con destrucción del cuarto superior, se extirpó la parte destruida suturándose la albugínea. Los autores prevén como resultado alejado la atrofia debido a la extensión de la lesión.

Senger y Bottom en 1947 publican dos casos diagnosticados como hematocele, sin shock inicial, en los dos casos se hizo al quinto día castración.

Trabucco y colaboradores citan en 1948 un caso de estallido sin shock, no diagnosticado clínicamente, al quinto día se realizó castración.

Ortiz y Bontá publican en 1948 un caso de ruptura no diagnosticada clínicamente, operado al tercer día se hizo sutura de la albugínea con buenos resultados a los diez meses.

Trabucco, Comotto y Amendolara en 1951 un caso de ruptura en que se hicieron tres diagnósticos probables a saber vólvulo, ruptura de envolturas

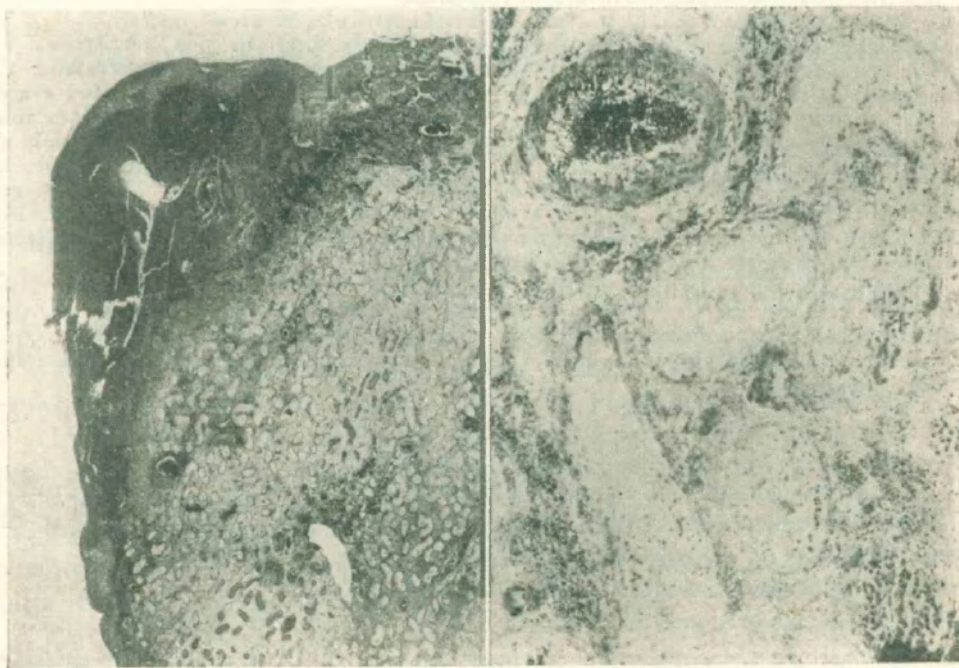


Figura 1

Figura 2

y ruptura de testículo. Se intervino al cuarto día suturándose la albugínea con buen resultado al mes.

McCrea en 1951 hace una nueva reseña en la que agrega a los casos citados de Cotton, Malapert, Navarrete, Díaz Castro, Counseller y Senger, un caso de Campbell de 1937 tratado con sutura, otro de Sejornet tratado en 1944 con castración, uno de Wesson en 1946 con sutura conservadora y agrega Mc Crea un caso propio de ruptura sin shock que fué intervenido al mes.

Laird en 1954 cita un caso de ruptura sin shock que con diagnóstico clínico de hematocele se le practicó sutura de la albugínea con buenos resultados.

El caso de Cassie de 1956 es de características distintas pues se trata de un traumatismo de escasa intensidad, que provocó ruptura testicular, encontrándose en el acto quirúrgico un seminoma que hasta entonces había pasado inadvertido.

Schneiderman cita en 1957 dos casos sin shock inicial en los que se hizo el diagnóstico clínico de hematocele, en ambos se efectuó tratamiento quirúrgico conservador con buenos efectos.

Pasamos a relatar un caso observado por nosotros:

Historia Clínica 18.650. — L. L. 34 años, ingresa el 6-IX-55. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia, sin antecedentes urinarios.

El día 3-IX durante una riña sufre un puntapié en la región con dolor agudo regional y tumefacción inmediatas sin shock.

Examen del enfermo el día 6-IX, buen estado general; orina limpia, examen renoureteral negativo, próstata normal, pene normal, bolsa escrotal derecha y su contenido normales, bolsa escrotal izquierda aumentada de tamaño, hay borrarimiento de los pliegues y sufusiones hemorrágicas en la superficie. Palpación muy dolorosa en especial en el polo inferior, de consistencia dura y superficie lisa. No se palpa testículo ni epididimo.

En estas condiciones y con la sospecha de herida testicular se decide operar.

Operación: Día 7-IX. Cirujano: Dr. Casal. Anestesia local. Incisión longitudinal sobre escroto lado izquierdo, hay infiltración edematosa no anestésica de las cubiertas escrotales. Vaginal engrosada o infiltrada, hematoma intravaginal con abundantes coágulos. Una vez evacuado el hematoma se comprueba que el tercio inferior del testículo está destruido, la albugínea abierta, estando conservados los dos tercios superiores con la albugínea intacta y buena irrigación glandular. Se reseca la porción glandular destruida y con puntos separados de catgut cromado n° 0 se sutura la albugínea. Inversión de la vaginal, drenaje con tubo de goma y lámina de goma, cierre con capitonaje.

Evolución postoperatoria: Inmediata buena, alejada, se comprueba buenos resultados al volver a examinar el enfermo el 15 de diciembre de 1956.

Anatomía patológica: informe del Prof. J. Monserrat: diagnóstico: hemorragia de testículo con infiltración leucocitaria.

Puede verse en la microfotografía N° 1 la zona hemorrágica destruida, en la N° 2 de mayor aumento se ven los tubos seminíferos alterados, vasos trombosados y la hemorragia e infiltración leucocitaria.

CONCLUSIONES

La observación de los casos citados en la literatura y del propio nos lleva a sacar una serie de conclusiones que consideramos útiles agrupar de la siguiente manera:

1° La relativa poca frecuencia de esta lesión.

2° La poca frecuencia con que se hace el diagnóstico clínico.

3° La falta en la mayoría de los casos de grandes síntomas generales, shock, vómitos.

4° La necesidad imperiosa de la exploración quirúrgica, en todo caso de traumatismo del contenido escrotal con aumento de tamaño del mismo, de cierta importancia.

5° La poca frecuencia de tratamiento conservador en los casos observados en la literatura.

6° La necesidad de que esa exploración sea precoz para hacer posible y útil el tratamiento conservador.

7° La gran importancia del tratamiento conservador desde el punto de vista fisiológico, pero sobre todo desde el punto de vista psíquico del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- Counseller y Pratt.* — J. Urol. III, 334, 1944.
Díaz Castro. — Rev. Arg. Urol. IX, 32, 1940.
Senger y Bottom. — J. Urol. LVIII, 451, 1947.
Trabucco y Col. — Rev. Arg. Urol. XVII, 96, 1948.
Ortiz y Bonta. — Rev. Arg. Urol. XVII, 665, 1948.
Trabucco y Col. — Rev. Arg. Urol. XX, 46, 1951.
Mc Crea. — J. Urol. LXVI, 270, 1951.
Laird. — Lancet I, 601, 1954.
Cassie. — Brit. J. Urol. XXVIII, 285, 1956.
Wesson. — Urol. end. Cut. Rev. 1946.
Schinderman. — J. Urol. LXXVIII, 54, 1957.