

# TRAUMATISMO DE BOLSAS. HEMATOMA EXTRAVAGINAL

Por el Dr. H. A. LEVATI

*Historia Clínica N° 15.* - Serie 607. - C. 49. - Año 1958.

R. C. de 48 años. Argentino. Casado. Ingreso: 20-1-58.

Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco. Servicio de Urología del Hospital Rawson. - Pab. 5, Sala XIII.

*Antecedentes Hereditarios:* Padre fallecido ignora la causa. Madre viva y sana, tiene tres hermanos vivos y sanos.

*Antecedentes personales:* Nacido de parto eutócico. Locuela y deambulación en tiempos normales. No recuerda enfermedades propias de la infancia. Blenorragia a los 18 años tratada y curada. No hay antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia.

*Enfermedad actual:* Hace dos meses se traumatiza la bolsa escrotal al golpear contra la punta roma de un palo. Fuerte dolor inicial que le obliga a interrumpir la labor que realizaba y rápido aumento de volumen de la hemibolsa izquierda hasta llegar al tamaño de un pomelo. Aparece tinte violáceo en la piel escrotal que acentúa el tono con el correr de los días. Trata su traumatismo con reposo e hielo que calma el dolor. Durante los 10 primeros días la tumoración disminuye progresivamente de tamaño hasta alcanzar el de una naranja. Al mismo tiempo se hace más sólida. Continúa así hasta el presente en que dado lo estacionario del proceso y la molestia que le ocasiona el tumor en la deambulación decide recurrir a un servicio especializado. Es visto en el consultorio externo de la sala e internado para su tratamiento. Nunca estuvo febril. No notó varicocele antes del traumatismo.

*Estado actual:* Habitualmente una o dos micciones por la noche. Chorro grueso y de buena proyección.

*Riñones:* no se palpan.

*Uréteres:* puntos ureterales indoloros.

*Uretra:* libre al explorador N° 22.

*Vejiga:* palpación hipogástrica indolora.

*Próstata:* normal al tacto rectal.

*Vesículas seminales:* no se palpan.

*Genitales externos:* Pene: sin particularidades.

*Bolsas:* Derecha: Testículo, epidídimo y cordón sin particularidades semiológicas. Izquierdas: Del volumen de una naranja. Escroto adherido a los planos subyacentes en la porción antero-inferior justamente en el sitio de fijación que presenta coloración negro violácea. Resto desliza libremente. Masa poco dolorosa a la presión, de peso inferior al de una neoformación sólida y superior al de un hidrocele. Cordón normal con deferente sin particularidades. La solidez de la tumoración impide la palpación de testículo y epidídimo. La superficie es bastante regular pero existen zonas renitentes en la parte anterior y otras más fibrosas atrás y abajo de la hemibolsa.

Transiluminación negativa.

*Examen clínico:* Buen estado general. Psiquis libre. P. A. 125/80. Pulso 70 por minuto. S/P. Afebril. Aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo, S/P.

*Examen de orina:* 27/1/58. Cantidad 280 cm<sup>3</sup>. Color amarillo. Aspecto transparente. Sedimento escaso. Espuma blanca, densidad 1020. Urea: 20.76 gr. ‰. Ac. úrico: 0.39 gr. ‰. Fosfatos: 1.80 gr. ‰. Cloruros: 8.40 gr. ‰.

Indican: Urobilina, Albúmina, Glucosa, Bilis, Sangre, Pus, Acetona: aus.

Examen histo-bacteriológico: Células planas y leucocitos granulosos.

Regular cristales de urato de sodio.

Urea en sangre: 0.37 gr. ‰.

Glucosa en sangre: 0.98 gr. ‰.

Eritrosedimentación: 1ª h. 8 mm. 2da. h. 20 mm. I. K. 9.

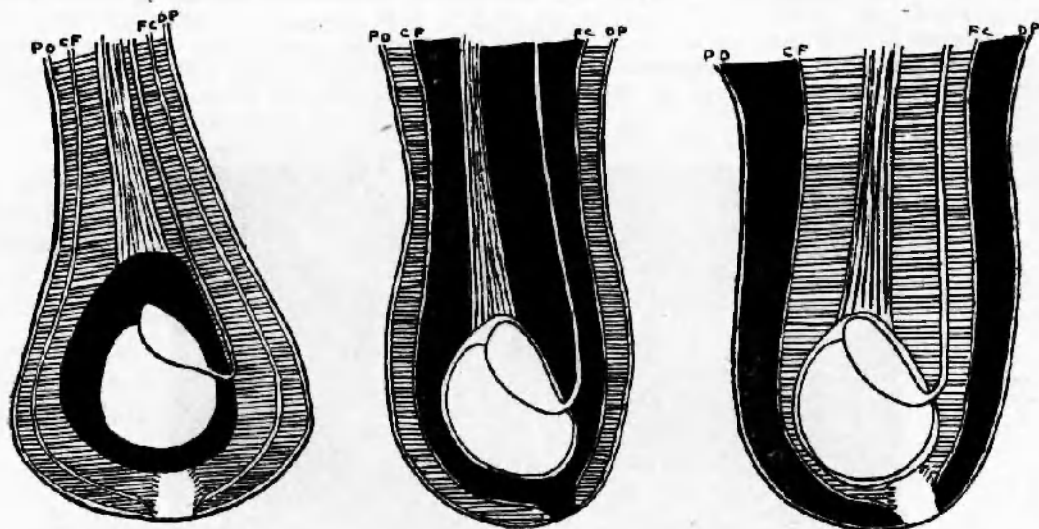
Tiempo de coagulación: 5'.

Tiempo de sangría: 2'10".

Recuento globular: G. R. 4.320.000. Leucocitos: 9.000. Hb. 85 ‰. Hematocrito: 40 ‰.

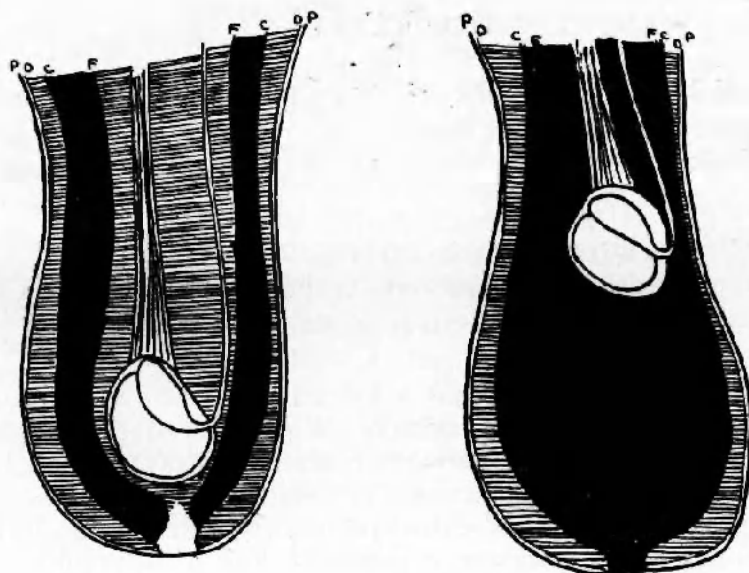
*Punción de la tumoración:* 31-1-58. Se punza por la cara anterior extrayéndose con alguna dificultad 3 cm<sup>3</sup> de sangre negra.

*Operación:* 1-2-58. Cirujano: Dr. Levati. Ayte. Dr. Herrera.  
*Anestesia local* con novocaína al 1% en el trayecto de la incisión y en el cordón.  
 Incisión paralela al trayecto del cordón de 5 cm. de longitud con 4 cm. sobre escroto.  
 Inmediatamente se encuentran rastros de equimosis en la túnica celulosa o fascia de Cooper.  
 Al abrir la fibrosa aparecen numerosos coágulos negros que se desprenden con la ayuda de un



Hematoma intravaginal. Hematoma intrafiloso (paravaginal). Hematoma del espacio escrotal.

hisopo. Se observa entonces testículo y su vaginal ubicados alto por encima de un gran hematoma sito a la altura del gubernáculum testis. Se sacan coágulos también transformados de entre las fibras cremasterianas. Se hace cuidadosa hemostasia de la región.



Hematoma fibro-cremasteriano.

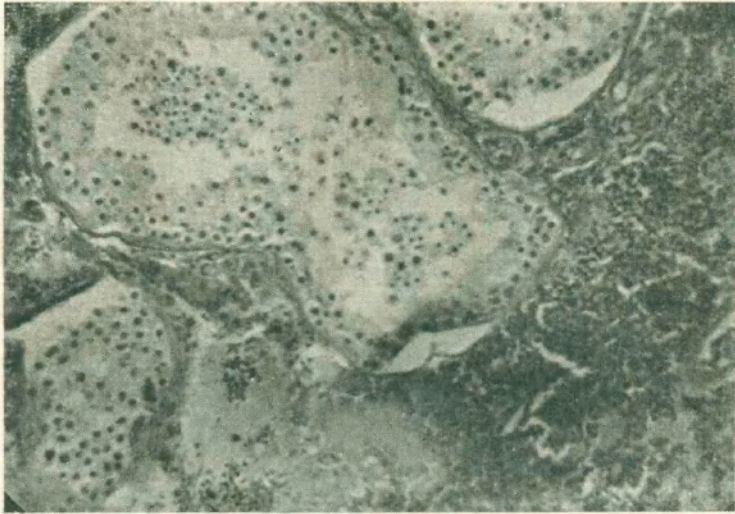
El caso presentado.

Dado el tiempo prolongado que ha estado comprimido el testículo se abre la vaginal y aparecen 5 cm<sup>3</sup> aproximadamente de líquido citrino. Se exterioriza el testículo y el epidídimo de color violáceo surcados por vasos venosos dilatados. Se hace biopsia de testículo. Se reseca la vaginal y se la invierte. Luego se procede a realizar cuidadosa hemostasia del testículo y del

ligamento escrotal. Colocación de dos drenajes y esto hecho cierre de la bolsa en dos planos con catgut 0 simple el primero (fibrosa común) y catgut 1 también simple el escroto (puntos Donati). Aposito. Venda en T.

*Post-operatorio:* Los dos primeros días antibióticos (penicilina y estreptomina 1.000.000 de U y 1gr. respectivamente diarios). Curación al 2do. día. Se sacan los drenajes. Hay poca secreción serohemática. Al 7º día alta. Herida operatoria curada. Se palpa masa testicular aumentada ligeramente de tamaño por reacción inflamatoria.

*Informe de la biopsia de testículo:* Epitelio germinal en estado degenerativo pero existente y funcionante; tejido intersticial con marcado edema y hemorragia. Células intersticiales en acúmulos. Proceso de necrobiosis de los glóbulos rojos en las zonas de hemorragia.



#### COMENTARIOS

Los traumatismos de escroto sin estallido de la albugínea testicular tienen como lesión fundamental el *Hematoma*.

Este según su localización en las tunicas del escroto se clasifican en:

- 1) Hematoma intravaginal.
- 2) Hematoma intrafibroso o paravaginal.
- 3) Hematoma del espacio escrotal (o túnica celulosa o facia de Cooper).
- 4) Hematoma Fibrocremasteriano o de Surraco.

La mayor parte de los trabajos sobre traumatismos de escroto en general se refiere a los que lesionan el testículo (a pesar de que son los menos) o aquéllos en los que se produce derrame hemático intravaginal. El resto posiblemente por su menor importancia no es objeto de mayor atención.

El caso presentado por los datos que reunía (tamaño de la tumoración; no individualización del testículo y punción) fué interpretado como un hematoma intravaginal.

A pesar de no existir lesión testicular directa había daño en la histología del testículo como lo refiere el informe biopsico.

¿Cómo podemos interpretar el examen anatomopatológico?

Se nos presentan cuatro posibilidades: 1º) que la degeneración del epitelio germinal se deba a lesión directa de vaso nutricio del testículo por el

traumatismo en sí, 2º) que la acción sobre la irrigación del testículo sea secundaria por compresión del cordón por coágulos, 3º) que lo sea por efecto comprensivo directo sobre el testículo de los coágulos producidos en las túnicas escrotales (en este caso el espacio fibro cremasteriano y el intrafibroso), 4º) aislamiento térmico por el hematoma.

La 1ra. posibilidad la descartamos pues existía un cordón bien conformado sin signos de traumatismos, con sólo la separación de los elementos por la masa hemática. La 2da. y 3ra. son más factibles pues con el tiempo transcurrido entre el traumatismo y el acto quirúrgico (más de dos meses) se produjo la organización de los coágulos y el aumento consiguiente del estrangulamiento y la 4ta. con muchas posibilidades pues el hematoma actúa como aislante impidiendo la irradiación del calor y trayendo anoxia con alteración metabólica del epitelio germinal. Recordemos brevemente qué nos enseña la anatomía sobre la vascularización del *escroto y del testículo*.

*Las arterias del escroto* derivan de tres orígenes: de la pudenda externa, rama de la femoral; de la perineal superficial, rama de la pudenda interna y de la funicular, rama de la epigástrica.

Las dos primeras son superficiales e irrigan respectivamente: 1) la parte anterolateral de las bolsas y 2) la posterior y el tabique.

*Las venas del escroto* por su desembocadura se clasifican en dos grupos: externo y posterior. El externo va a la vena safena interna y de allí a la vena femoral. El posterior a la vena pudenda interna. Estos plexos comunican ampliamente con las venas superficiales del periné, del pene y de la pared abdominal anterior.

El testículo recibe su irrigación principal de la arteria espermática. La arteria deferencial que irriga también la porción inicial del deferente y la porción posterior e inferior del epidídimo y la arteria funicular o cremasteriana que ya mencionamos en el grupo arterial del escroto y que irriga el globo menor del epidídimo y polo inferior del testículo completan el grupo arterial. Estas arterias y sus ramas se anastomosan y pueden suplirse mutuamente.

Las venas del testículo forman en el cordón dos paquetes que se colocan por delante y por atrás del conducto deferente. El anterior o espermático externo y el posterior o deferencial interno constituyen dos plexos ricos (en donde fácilmente se producen varicosidades que aumentan su fragilidad) que reciben el nombre de pampiniformes y que acompañan a la arteria espermática y deferencial respectivamente.

El caso presentado por el rápido aumento del tamaño de la bolsa y el rechazo del testículo y su vaginal hacia arriba nos hace pensar que el sitio inicial o principal de la hemorragia fué bajo. El gubernaculum testis que recordamos tiene en ocasiones buena vascularización como zona de anastomosis entre la circulación superficial y profunda puede haber sido el punto de partida.

No podemos descartar una lesión de los plexos pampiniformes cuyas venas estaban separadas por el hematoma y que por el tiempo transcurrido no mostraban signos de traumatismos. Pero al no existir varicocele y el rechazo tan evidente del testículo y su vaginal nos obliga a pensar nuevamente en un origen bajo de la hemorragia.

Este caso nos muestra la necesidad de intervenir quirúrgicamente toda tumoración escrotal post-traumática que no regrese prontamente y que por su volumen nos haga pensar en la posible alteración de la irrigación del testículo por compresión.

## CONCLUSIONES:

Se presenta un caso de traumatismo de hemiescrotó izq. que produjo un hematoma extravaginal cuyo tamaño (el de una naranja) ocasionó trastornos en la histología testicular.

## DISCUSION

*Dr. Irazú.* — Quiero destacar, como lo ha hecho el comunicante, que los traumatismos de los testículos deben ser explorados lo antes posible.

Hemos tenido oportunidad de presentar algunos casos y sabemos que cualquier compresión de las bolsas pueden traer todas las consecuencias que el relator ha mencionado. En una glándula tan sensible como es el testículo, un simple traumatismo puede determinar la atrofia del mismo.

Hay que proceder a la exploración, al igual que en los traumatismos del riñón. Un traumatismo, aparentemente sin importancia, puede provocar el estallido de la albugínea y obligar a practicar una sutura.

Insisto que la exploración del escroto debe ser hecha de inmediato, si es posible, y no dejar pasar dos meses, como en el caso motivo de esta comunicación, en que transcurrió ese lapso antes de que el enfermo llegue a manos del médico tratante.

*Dr. Grimaldi.* — Deseo destacar los aportes de los nuevos miembros de la Sociedad, doctores Rubí (hijo) y Levati, que han sido presentados en forma seria y documentada.

*Dr. Bernardi.* — Después del elogio que ha hecho el doctor Grimaldi de la juventud de nuestros nuevos colegas, quiero reafirmar los conceptos del doctor Irazú respecto a la intervención precoz en traumatismos de testículo.

En esta Sociedad, ha sido presentado un interesante trabajo a propósito de la intervención precoz en los casos de torsión testicular, en donde existía un criterio excesivamente quirúrgico y radical.

Hace aproximadamente dos meses y con intermitencia de una semana, se presentaron dos interesantes observaciones en mi Servicio. La primera, era de un muchacho con un traumatismo de escroto y ruptura total del epididimo, habiendo quedado el testículo en perfectas condiciones.

El segundo caso fué un muchacho de 16 ó 17 años de edad, que a raíz de un choque que tuvo mientras viajaba en motoneta, al ser proyectado hacia adelante, el manubrio del vehículo le produjo un hematoma en el escroto. En la intervención, se encontró una ruptura exclusivamente del paquete anterior espermático y el hematoma que se extendía en un trayecto de 6 a 7 cms. llegaba hasta la ingle. Disecamos cuidadosamente y pudimos comprobar que solamente estaba interesado el paquete anterior. Dejamos de lado el paquete posterior, no sabíamos si estaba tomada la arteria espermática, pero lo cierto es que a los 3 meses, el muchacho tiene su glándula en buen estado. Este caso será motivo de una presentación posterior.

*Sr. Presidente Dr. Dotta.* — El doctor Grimaldi se ha adelantado a expresar lo que pensaba decir. Es sumamente grato a nuestro espíritu comprobar que los nuevos miembros adherentes de la entidad presentan a estas reuniones trabajos de indudable valor. Los trabajos del doctor Rubí (hijo) y del doctor Levati son una demostración más de que no hay caso que no merezca ser presentado. El doctor Rubí ha hecho una magnífica exposición, en la que ha demostrado una soltura y tranquilidad propias de un verdadero veterano en estas cosas y el doctor Levati nos ha traído un trabajo muy bien documentado que destaca el valor de su presentación. Que estos dos trabajos sirvan de acicate a los nuevos miembros adherentes de la entidad. Por ello, felicito a ambos colegas.

*Dr. Levati.* — Agradezco los aportes de los doctores Irazú y Bernardi, como así también las amables palabras del doctor Grimaldi y de nuestro Presidente, el doctor Dotta.