

CRIPTORQUIDIA BILATERAL. NUESTRA CASUÍSTICA

Por el Prof. VÍCTOR GORÍA y ROBERTO J. EBLAGON

La criptorquidia bilateral ha sido objeto de estudio y revisión de los casos observados por nosotros en un lapso de 10 años. No escapa al criterio de cada uno de los urólogos y médicos especializados en esterilidad especialmente, con los conocimientos actuales de fisiopatología testicular, la importancia que adquiere el precoz diagnóstico y oportuno tratamiento de ésta afección para el futuro del enfermo desde el punto de vista de la espermatogénesis.

Es importante y no debemos dejar de llamar la atención sobre el particular, si consideramos las alteraciones que sufre el dídimo-criptorquídico, comprobado histopatológicamente en su serie germinal, daño irreparable que lleva a la esterilidad en los casos que consideramos; de ahí la importancia del tratamiento oportuno.

Haciendo un comentario general sobre el tema pasaremos a considerar luego nuestra casuística.

Llamamos criptorquidia a la ausencia permanente de los testículos en el escroto, detenidos en el trayecto normal desde la cresta genital hasta el escroto. La criptorquidia bilateral es una afección de menor frecuencia que la criptorquidia unilateral, las cifras estadísticas varían según la edad que consideremos.

Es sumamente complejo el mecanismo del descenso testicular en el que influyen varios factores: hormonales y embriogénéticos; no se puede precisar con seguridad la causa esencial de este padecimiento, y es en éste momento imposible inclinarse por una etiopatogenia u otra, aunque creemos que en el caso de la criptorquidia bilateral, que nos ocupamos, los factores hormonales influyen decisivamente, cosa que corrobora la terapéutica. La sintomatología de esta afección es pobre y a pesar de ello el diagnóstico no es dificultoso.

Diagnosticada la criptorquidia bilateral debemos considerar el tratamiento a seguir. Ahora bien, son varios los interrogantes que se plantean, como ser: 1º ¿cuándo iniciar el tratamiento?, 2º ¿qué tratamiento efectuar? En respuesta a la primera, consideramos que el tratamiento debe iniciarse alrededor de los 7-8 años, si calculamos los riesgos que corre el testículo distópico con el correr del tiempo. Estudios histopatológicos efectuados por varios autores, muestra que hasta los 6 años de edad no hay modificaciones en los mismos, después de ésta los cambios que sufre son serios, pudiendo llegar a la hialinización de espermogonias y células de los tubos seminíferos.

Hay autores americanos que efectúan tratamiento en pacientes de un año de edad. Hay quien hace reservas sobre este proceder, pero creemos en el momento actual que los testículos deben estar ubicados en las bolsas antes de comenzar la pubertad para evitar los graves riesgos de la atrofia testicular en su faz germinal.

¿Qué tratamiento hacemos? Comenzamos, ya que consideramos una de las causas de la criptorquidia bilateral la insuficiencia hormonal gonodotrófica, de acuerdo a la fisiopatología, con gonadotrofinas en forma sostenida y prolongada con períodos de descanso. No podemos precisar la dosis total que empleamos porque ésta varía de un paciente a otro. Hormona testicular: no la usamos en período prepuberal, por temor a la pubertud precoz por un lado y por otro haríamos con ella una terapéutica de sustitución y no de estimulación, como con las gonadotropinas, sobre el testículo criptorquídico.

Si en algunos casos la hemos empleado es en aquellos, cuya manifiesta falta de desarrollo de pene indicaban una deficiencia de hormonas testiculares. Con esta forma de actuar hemos tenido algunos éxitos terapéuticos y la colocación en el fondo de las bolsas de testículos.

CASUÍSTICA

G. S. Arg. 10 años. 32 kg.

17-2-49. — *R.Q.M.L.C.*: Criptorquidea bilateral diagnosticada hace años.

Ant. Pers.: S/P. No efectuó tratamiento alguno por consejo médico.

Enf. Actual: Testículo derecho: Palpable en el trayecto inguinal, pero no se lo puede hacer pasar por el orificio. Tamaño de un poroto. Testículo izquierdo: Más grande que el otro y parece estar fuera del orificio inguinal interro.

Tratamiento: Lobulantina X 400, día por medio, 3 meses y uno de descanso. Antes del año el testículo derecho había descendido completamente, pero el izquierdo quedaba aún en el trayecto inguinal. (El enfermo se perdió).

F. G. Arg. 9 años. 37 kg.

11-7-49. — *R.Q.M.L.C.*: Criptorquidia bilateral.

Ant. Pers.: S/P.

Ant. Fam.: Son dos hermanos y uno muerto por meningitis neumocócica a los 8 años.

Est. Actual: Niño bien constituido, panículo adiposo más marcado alrededor del ombligo y sobre el pubis. Pene un poco más pequeño que el correspondiente al normal, prepucio largo pero que corre bien. Testículos pequeños, difícilmente palpables a nivel del orificio profundo.

Tratamiento: Lobulantina X 400 día por medio durante 2 meses y descansar uno durante un año. En este tiempo fué visto en varias oportunidades, notando mejoría lenta pero progresiva. Al año comenzaron a aparecer los pelos del pubis. Se le continúa el tratamiento, agregando propionato de testosterona 10 mg. semanales. El descenso se efectuó bien a la bolsa a los 20 meses de tratamiento.

17 cetosteroides 20.75 en 24 horas.

A los 14 años la espermatogénesis era normal.

M. Y. Arg. 8 años. 35 kg.

9-9-49. — *R.Q.M.L.C.*: Criptorquidea bilateral.

Ant. Fam.: S/P. Hijo único.

Est. Actual: Testículo derecho en el trayecto inguinal, tamaño normal, se desliza en el trayecto inguinal, pero no desciende por debajo del orificio inguinal. Tes. Izq., no se palpa.

Tratamiento: Endocorion y Eleagol alternado 2 meses de tratamiento y uno de descanso. A los 9 meses el testículo der. descendió a la bolsa, pero el Izq. no apareció. Se le siguió tratamiento hasta el año sin resultado, al operarlo nos encontramos con un testículo atrófico y pequeño y una vascularización atípica. Se lo extirpó.

M.M. 16 años. 53 kg.

15-5-50. — *R.Q.M.L.C.*: Criptorquidia bilateral. Ha hecho tratamiento irregular con Goro-docoryl y Lobulantina, sin resultado.

Est. Actual: Testículo derecho poco más chico que lo normal, parece pasar el orificio inguinal derecho. El Izq. no se palpa bien, hay algo en el paquete que parece ser testículo o una punta de hernia.

Tratamiento: Se le trató con Lobulantina 1000 y Eleagol tres series de 2 x 1. Sin resultado. Se aconseja operar.

S.R.N.G. Arg. 9 años, escolar.

15-1-51. — *Antecedentes*: Sin informes. Examinado por el médico escolar constata criptorquidia bilateral enviando al niño para su estudio. Se comprueba al examen ausencia bilateral de testículos en bolsas; bolsas retraídas, constitución normal. Al palpación ausencia de

testículos en bolsas se encuentran a nivel del O.I.E. el derecho y algo más arriba el Izq. Resto sin particularidades. Análisis normales. Se inicia tratamiento con 500 U. de endocorion día por medio. Total 15 ampollas.

25-2-51.—Se examina nuevamente, se encuentra el testículo derecho en parte alta de escroto, el Izq. no modificado. Se sigue con Endocorion 500 U. una ampolla día por medio, 15 ampollas más. Vuelto a examinar se comprueba descenso franco de testículo derecho, el Izq. se moviliza ampliamente algo doloroso. Seguirá con Eleagol 500 U. una ampolla día por medio. Total 15.

10-4-51.—El testículo Izq. se moviliza aunque no llega al fondo del escroto. Es doloroso a la palpación. Aumentado de tamaño igual que el derecho. Descansa un mes y sigue con Endocorion 500 U. una día por medio 15 ampollas y descansar un mes. Repetir 3 series.

8-10-51.—Ambos testículos en fondo de escroto, aumentados de tamaño, caracteres sexuales propios de la edad. Descansará tres meses y volverá para control.

3-5-52.—Ha seguido bien. Ambos testículos bien ubicados. Se considera curado. Se controlará periódicamente.

P.J.G. Arg. 6 años.

15-1-51.—*Antecedentes:* Sin importancia. Es hermano del paciente RNG. La madre lo trae a consultar porque presenta la misma anomalía que el hermano mayor.

Examen: Bien constituido. Ausencia de testículos en las bolsas. A la palpación se encuentra el Izq. en conducto inguinal pequeño. Algo doloroso a la palpación. Resto normal.

Exámenes complementarios normales.

20-1-51.—Endocorion 500 U. 1 amp. día por medio. Total 15 amp.

25-2-51.—Sin modificación. Sigue Endocorion 500 U. día por medio, total 15 amp.

10-4-51.—Se moviliza algo el Izq. puede hacérselo descender a la bolsa, pero al soltarlo asciende hasta el orificio I.E.; el Der. no se palpa, descansa un mes y comienza dos series iguales a la anterior con un mes de descanso.

20-9-51.—Ha descendido el testículo Izq. hasta el fondo del escroto el Drch. está a nivel del O.I.E., doloroso y aumentado de tamaño. Descansa un mes y comenzará con Eleagol 500 U. una ampolla día por medio, igual 20.

3-5-52.—Testículo Drch. bien ubicado, el Izq. no llega más que a la base del escroto. Seguirá con Endocorion. Tres series con intervalos de un mes una de otra.

10-12-52.—El testículo derecho manualmente llega al fondo de la bolsa. Seguirá bajo control.

8-10-54.—Concurre en la fecha. Testículos bien ubicados. Hace un año y medio que no hace tratamiento. Curado.

R. M. 10 años. 42 kg.

3-7-51.—*R.Q.M.L.C.:* Criptorquidia bilateral.

Ant. Fam.: Tiene otro hermano bien constituido.

Est. Actual: Panículo adiposo abundante y bien marcado alrededor del ombligo y cadera. Testículos Drch. e Izq. en el trayecto inguinal, más o menos a la misma altura, más pequeño que lo normal. Pene pequeño, prepucio largo.

Tratamiento: Endocorion y Eleagol y Fenil Propionato de testosterona 10mg. cada 15 días. Después del año los testículos descendieron bien y rebajó 6 kg. de peso.

J. A. 11 años, Arg. escolar.

8-5-53.—*Antecedentes:* S/P.

Hace 4 años le diagnosticaron criptorquidia y aconsejan esperar hasta la fecha, para iniciar tratamiento.

Al examen se constata buena constitución, panículo adiposo abdominal sobrecargado pilosidad pubiana normal. Escroto vacío, retraído, pene pequeño. El testículo Drch. en O.I.E. pequeño, indoloro, el Izq. en O.I.E., doloroso a la presión. Exámenes complementarios. 17 cetosteroides 12 mg 7,4 hs.

Tratamiento: Endocorion 500 U. una amp. día por medio. Total 15.

15-6-53.—Sin modificación se insiste con Endocorion 500 U. una amp. día por medio Total 20.

10-8-53.—Se nota el testículo Izq. en base de escroto, se lo moviliza con la mano aunque poco. El Drch. sin modificación. Se insiste con Endocorion 500 U. una amp. día por medio. Total 15. Descansar un mes y repetir otra serie.

15-2-53.—El testículo Izq. llega fácilmente hasta el fondo del escroto, el Drch. no ha modificado con el tratamiento hormonal. Ha modificado sus caracteres sexuales secundarios. La pilosidad, pene y grasa subcutánea abdominal. Se insistirá con tratamiento hormonal tres meses más.

5-4-54.—A pesar del tratamiento sostenido y prolongado con hormonas no tiene éxito, por lo cual se indica tratamiento quirúrgico.

J. M. Aguirre. Arg. escolar 7 años.

7-2-54. — *Antecedentes:* S/P.

Aconsejado por pediatra, consulta en el Servicio para su tratamiento.

Est. Actual: Bier constituido. Bolsas vacías, retraídas, pene pequeño, testículo Drch. en O.I.E., pequeño, blando, doloroso a la presión. El Izq. en conducto inguinal, móvil indoloro. Se inicia tratamiento con Lobulantina 1000 U. una amp. cada tres días.

10-3-54. — Se ha colocado 10 amp. de Lobulantina. El testículo Izq. ha pasado el O.I.E. Ha aumentado en forma apreciable de tamaño. El Drch. no ha modificado. Seguirá con Lobulantina 1000 U. cada tres días.

20-6-54. — Se colocó 15 amp. de Lobulantina. El testículo Izq. está en parte alta de escroto, se lo moviliza fácilmente. A nivel de O.I. se nota tumoración correspondiente a una pequeña hernia, indolora que desaparece a la presión. Se sigue con Endocorion 500 U., una amp. día por medio.

15-8-54. — Se colocó 20 amp. de Endocorion. El testículo derecho ha llegado al O.I.E. La hernia ha aumentado de tamaño. El testículo Izq. bien implantado. Seguirá con tratamiento hormonal. 20 amp. por serie una día por medio y descanso de un mes entre series. 3 series.

8-6-55. — El testículo Izq. normal, el derecho ha descendido poco más. Como tiene una hernia se decide intervenir quirúrgicamente.

R. P. Arg. 6 años.

7-10-54. — En un examen por eruptiva se descubre la afección. El testículo derecho el C.I.I. pequeño. El Izq. no se palpa. Bolsas retraídas. Resto normal. Se inicia tratamiento con Endocorion una ampolla diaria. Total 20 amp.

10-11-54. — Testículo Drch. ha descendido algo, el Izq. a nivel del O.I.I. Seguirá con Eleagol 500 una amp. día por medio. Total 20 amp. Descansa un mes y repite la serie.

19-5-55. — El testículo Drch. ha pasado el O.I.E. se lo moviliza fácilmente. Doloroso a la palpación el Izq. en conducto inguinal se lo moviliza aunque con dificultad. Se insistirá con el tratamiento hormonal, Lobulantina 1000 U. una amp. cada tres días.

23-8-55. — Se ha colocado 15 amp. de Lobulantina. El testículo Drch. en base de escroto se moviliza fácilmente, el Izq. ha pasado el O.I.E. Se insiste con Lobulantina 1000 U., una amp. cada tres días. Hará dos series de 15 amp.

10-12-55. — El testículo Izq. ha descendido algo más que el Drch. Seguirá con el tratamiento.

3-3-56. — Se colocó 20 amp. de Lobulantina 1000 U. No hay variación en el cuadro Seguirá con Endocorion 500 una amp. diaria. Total 30.

2-5-56. — Hay progresos francos, se insiste con Endocorion.

10-11-56. — Hace dos meses que no efectúa tratamiento. Al examen se encuentran ambos testículos en el fondo de las bolsas. Seguirá bajo control.

M. B., arg. esc., 10 años.

Antecedentes: Sin importancia.

Consulta por la ausencia de testículos en bolsa.

Examen: Algo obeso, marcado depósito de grasa en abdomen. Pene pequeño. Bolsas retraídas. Ausencia de testículos en escroto. Se palpan pequeños ambos en O.I.I. No se encuentra hernia. Inmóviles, doloroso a la presión.

Análisis normales.

Tratamiento: 500 U. de Endocorion diarias, 30 días. descansar 15 días y repetir la serie.

15-2-56. — No hay modificaciones; más dolorosos a la presión. Seguirá con dos series iguales a la anterior.

8-6-56. — Testículo Drch. en O.I.E. manualmente se lo lleva a bolsa aunque asciende espontáneamente hasta el O.I.E. El Izq. en conducto inguinal se lo moviliza. Se insiste con igual tratamiento durante tres meses.

10-10-56. — Se nota el enfermo somáticamente mejor constituido, disminuyó la grasa abdominal. El testículo Drch. está en escroto, el Izq. sigue en conducto inguinal. Aumentó de tamaño y consistencia, y manualmente se logra franquear el O.I.E. pero es sumamente retráctil. Se administra Lobulantina 1000 U. una cada dos días. Total 20 amp.

3-11-57. — El testículo derecho, posición eutópica, el Izq. está en fondo de escroto. Descansará un mes y seguirá con Lobulantina 1000 U. una cada dos días. No tenemos noticias del enfermo.

A. M. F., arg. esc., 18 años.

Es enviado para su tratamiento. Un hermano fué operado por ectopía testicular unilateral

Examen: Normotípico. No se encuentra al examen testículos en bolsa. El Drch. no se palpa, el Izq. en conducto inguinal doloroso, no se lo moviliza normalmente.

Análisis normales.

Tratamiento. — Endocorion 1000 U. Una amp. día por medio. Total: 15 amp.

2-10-56.—No hay modificaciones. Seguirá con igual medicación.

9-1-57.—No hay modificaciones en la posición del testículo Drch., el Izq. en conducto inguinal. Con maniobras manuales franquea el O.I. y llega a la raíz del escroto, se sigue con Lobulantina 1000 U. una amp. día por medio durante dos meses.

15-5-57.—El testículo Izq. está en escroto, ha aumentado de tamaño. El Drch. no ha variado de situación, volverá dentro de un mes.

10-3-59.—Durante el tiempo transcurrido desde su última consulta no hizo ningún tratamiento. Al examen testículo Izq. eutópico, el Drch. no se encuentra. Como tiene 11 años de edad a la fecha, se operará el testículo Drch.

M. R., arg., esc. 11 años.

9-9-56.—Nota ausencia de testículos hace mucho tiempo, pero el médico que lo trata aconseja esperar hasta la fecha para su tratamiento. Al examen ausencia de testículos en ambas bolsas, no se palpan, pániculo adiposo sobrecarga abdómino femoral y mamaria. Exámenes, 17 cestosteroides 10 mg. 24 hs. Resto normal. Se inicia tratamiento con Endocorion 500 U. una amp. diaria. Total 30 amp.

5-11-56.—No hay ninguna modificación. Seguirá con Endocorion 500 U. Habiendo efectuado el tratamiento en forma continuada y sostenida, como no responde se decide intervenir quirúrgicamente (3-58).

E. S., 26 años.

Ultimamente consulta a uno de nosotros respecto a su posibilidad de fecundación.

Antecedente: Criptorquidia bilateral que intervienen a los 14 años. Efectúan orquidovexia Izq. El derecho, le dicen que descenderá espontáneamente. Al examen se encuentra el izquierdo, posición, forma, tamaño, consistencia dentro de lo normal. Al derecho no se lo encuentra al examen.

Análisis: 17 cestosteroides, 15, 25 mg.

Espermograma: Azoospermia.

Creemos que la falta de tratamiento hormonal en tiempo oportuno y una pexia después de la pubertad son los motivos de esta azoospermia.

Este caso será motivo de estudios ulteriores que comunicaremos.

Estos son los enfermos vistos por nosotros de criptorquidia bilateral, a los cuales hemos tratado con hormonas y de lo que sacamos las siguientes conclusiones.

El tratamiento con gonatrofina ha dado buenos resultados en la mayoría de los casos por nosotros tratados, ahora bien, siempre ha sido con dosis elevadas, en forma sostenida y prolongada.

Creemos que esta forma de criptorquidia es la que mejor responde al tratamiento hormonal y solamente en un caso fracasó totalmente no descendiendo ninguno de los dos testículos a las bolsas, otros dos enfermos descendió uno y otro no, y un caso fué intervenido de un lado por coexistir una hernia.

No operamos a ningún enfermo sin efectuar previamente el tratamiento hormonal que consideramos.

BIBLIOGRAFIA*

- GIMÉNEZ, E. L.—Criptorquidia. Orientación Médica. Año II, Nº. 93. Pág. 949.
 LOWSLEY, O. S., KIRWIN, T. J.—Clínica urológica. Salvat, 1940.
 PASQUALINI, R. P.—Endocrinología. El Ateneo, 1956,
 SURRACO, L. A., LOCKHART, J.—La migración testicular. Las ectopías. Espasa Calpe.

CUADRO Nº I

Paciente	Edad	Testículo		Tratamiento	Testículo	
		Izq.	Der.		Der.	Izq.
G. S.	10	Ing.	O. I. I.	Lobulantina	Normal	T. I.
F. G.	9	O. I. E.	O. I. I.	Lobulantina Testosterona	Normal	Normal
M. Y.	8	Ing.	No s/p.	Endocorion Eleagol	Bolsa	—
M. M.	16	O. I. E.	No s/p.	Lobulantina Eleagol	—	—
S. R. N. G.	9	O. I. E.	Cond. Ing.	Endocorion	Normal	—
P. J. G.	6	No s/p.	Cond. Ing.	Endocorion	Normal	—
R. M.	10	Con. Ing.	Cond. ing.	Endocorion Eleagol Testosterona	Normal	Normal
J. A.	11	O. I. I.	O. I. E.	Endocorion	—	Normal
J. M. A.	7	O. I. E.	Cond. Ing.	Lobulantina Endocorion	O. I. .	Normal
R. P.	6	O. I. I.	No s/p.	Endocorion Lobulantina	Normal	Normal
M. B.	10	O. I. I.	O. I. I.	Endocorion	Normal	Normal
A. M. F.	8	No s/p.	Cond. Ing.	Endocorion	No s/p.	Normal
M. R.	11	No s/p.	No s/p.	Endocorion	No s/p.	No s/p.

DISCUSION.

Dr. A. E. Trabucco. — El tratamiento quirúrgico no debe hacerse después del sexto año. Esperar hasta después de los nueve años, es condenar a la azospermia a ese testículo. Cuando es uni-lateral, éste, además de su anomalía anatómica recibe menos estímulos hipofisarios.

Con respecto al uso de las gonadotrofinas, yo creo que hay que aclarar algunos aspectos. El testículo recibe estímulos de dos tipos de gonadotrofinas; la que verdaderamente estimula, es la de las células intersticiales el descenso, por eso uno de los casos presentados es bien claro; se le ha colocado lobulantina, que es hormona suérica y ha estimulado la función espermatogénica del testículo, que por la edad no es funcionante. Debió haberse usado gonadotrofina coriónica.

Hay que ser precoz en el tratamiento, y si el testículo no se coloca en las bolsas, en poco tiempo hay que operar.

Dr. Eblagon. — Deseo agradecer la contribución de los Dres. Pujol y Trabucco y permítaseme contestar en forma general: si fuésemos al trabajo, comprobaríamos que el caso tratado con lobulantina es de mucho tiempo atrás y cuando comprobamos el real beneficio de la gonadotrofina coriónica hemos usado exclusivamente esto. Queremos recalcar que trabajamos en un Hospital de adultos, por eso no hemos tenido oportunidad de tratar niños de cuatro a seis años.

Hemos querido llamar la atención sobre este tema y no rehuir la intervención cuando el tratamiento médico no es seguido de un éxito rápido.