

Hospital Pirovano. Servicio de Urología
Jefe: Dr. Rodolfo I. Mathis

TRAUMATISMO DE TESTICULO

Por los Dres. JUAN A. GOLDARACENA y J. MARIANO FAZIO

Monod y Terrillon en 1881 y posteriormente Franceschi en 1919 estudiaron experimentalmente los distintos traumatismos de testículo, llegando a la conclusión que es necesario para que éste se produzca ciertas condiciones, una de las cuales es la suficiente fuerza del trauma, atribuyéndole una potencia de 50 kilos, como mínimum, de poder necesario para romper la albugínea testicular. Díaz Castro, en un interesante trabajo presentado a esta Sociedad en 1940, reúne tres observaciones, dos de ellas con rotura total, la otra con un considerable hematoma intra-testicular. Ortiz cita un caso de un chico que a raíz de un partido de fútbol sufre un traumatismo y estallido, es operado a las 48 horas de su accidente, con recuperación de su órgano. Osgood, citado por Campbell en *Pediatric Urology*, refiere un caso de un niño de 8 años en el cual la intervención reveló un testículo casi partido en dos; no obstante esta circunstancia el cirujano pudo reducir los tubos testiculares, suturar la albugínea y cerrar el escroto, con conservación del órgano, que se presentaba normal 8 años más tarde.

Trabucco y Comotto, en 1948 y 1951, nos presentan dos casos de traumatismo de testículo, uno de ellos producido por caída a horcajadas y otro por un puntapié.

Relatamos a continuación el caso que motiva esta comunicación:

C. M. de 50 años, árabe, soltero comerciante. Historia Clínica Nº 1954. Ingresó el 29 de marzo de 1959.

Nos refiere que la noche anterior a su internación recibe un puntapié en la región inguino-escrotal del lado derecho que le provocó intenso dolor, por sus propios medios regresó a su domicilio, en donde con aplicaciones frías y reposo, logró calmarse, notando progresivamente un aumento del tamaño de la zona golpeada hasta adquirir el de una mandarina grande. En estas condiciones concurre a la mañana al consultorio externo de la sala; examinado por nosotros se decide su internación e intervención urgente.

El enfermo, sin antecedentes clínicos importantes. El examen general normal, observando como dato de interés, una atrofia testicular izquierda. Un análisis de orina de urgencia, no revela nada de particular.

La región traumatizada nos muestra el hemi-escroto derecho aumentado de tamaño (mandarina grande) tumefacción de coloración violácea, con pliegues cutáneos borrosos. A la palpación la piel edematosa, permite palpar el contenido testicular, y por uno de sus bordes, una tumoración remitente. La zona del ligamento escrotal adherente.

La sensibilidad dolorosa es generalizada, sin destacar puntos destacables, la intensidad del dolor permite el examen con facilidad. Lado izquierdo, glándula atrofiada.

Con el diagnóstico de "posible estallido testicular" se decide su intervención.

Operación: Cirujano Dr. Juan A. Goldaracena. Ayud.: J. Mariano Fazio.

Anestesia raquídea: novocaína corbacyl 0.12 gramos.

Incisión en rafe medio que llega a los planos profundos hasta la vaginal, abierta ésta nos encontramos con una masa de color vinoso que ocupa parte de la cavidad vaginal, cons-

tituida por pequeños coágulos, y líquido achocolatado. Un grueso coágulo se presenta adherido al borde anterior del testículo, desprendido con dificultad, nos encontramos con una brecha de la albugínea en forma de losange, de unos dos centímetros, de bordes netos a través de la cual, hace hernia una parte del parénquima testicular. Se reseca en parte y se hace una cuidadosa sutura de la brecha albugínea con catgut 00, puntos separados. El epididimo se encontraba intacto y de color vinoso, lo mismo que el funículo; el conjunto conservaba la situación anatómica normal.

Se hace eversión de la vaginal, hemostasia muy cuidadosa. Se restituye la glándula en el interior del escroto. Drenaje de goma. Cierre de la herida por planos. Piel con hilo.

Post-operatorio: excelente. Penicilina, bolsa de hielo, apirético. Se retira el drenaje a los dos días.

Se da de alta el 7 de abril. Visto posteriormente en consultorio externo enfermo en muy buenas condiciones.

CONCLUSIONES

El estallido de testículo por trauma es una lesión poco frecuente. Se considera que solamente el 8 % de los traumatismos de la región lo producen. Franceschi piensa que el estallido se puede producir en cualquier lugar del órgano, de preferencia en los polos por ser allí más fina la envoltura. Esta manera de ver no está de acuerdo con lo observado por Díaz Castro y otros autores. En nuestro caso los polos estaban intactos, y la ruptura se ha producido siguiendo el eje transversal de la glándula. Lo que llama la atención es la escasa reacción general, en una lesión tan grave y de un órgano de sensibilidad exquisita como es el testículo; ausencia de shock, estando esto de acuerdo con las observaciones de Díaz Castro, de Trabucco y Comotto, en que casi todos los traumatizados no fueron inhabilitados para incorporarse y dirigirse a la guardia del hospital por sus propios medios.

Creemos que frente a los traumatismos de la región escrotal, la intervención precoz debe ser la regla general y estamos de acuerdo con Trabucco y Comotto, que también debe ser regla general la conducta conservadora máxima, frente al órgano lesionado, pues solamente en casos excepcionales y aunque el trauma haya evacuado la casi totalidad del parénquima testicular, el cierre de la albugínea sobre lo que resta constituirá una masa que mantendrá ocupada la cavidad escrotal con gran influencia psíquica.

R E S U M E N

Los autores presentan un caso de traumatismo de testículo con estallido de la glándula, y conservación quirúrgica de la misma. Preconizan en todos los traumatismos de la región escrotal la intervención de urgencia y conducta conservadora.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Monot y Terrillon: Bull et Mém de la S. de Chir. de París. 1881. VII. pág. 261.
- 2) Franceschi: Archives Urologiques du Necker. 1919. II. Pág. 253.
- 3) Campbell: Pediatric Urology.
- 4) Comsellor and J. H. Pratt: Rupture of Testicle, Report of cases and review of Literature Journal of Urology. 52 - 334. 337.

5) *Díaz Castro Héctor*: "Estallido traumático del testículo." Rev. Arg. de Urología. Año 1940. Pág. 32.

6) *Trabucco - Comotto*: "Estallido del testículo por traumatismo". Rev. Arg. de Urología. Año 1948. Pág. 96.

7) *Trabucco - Comotto y Amendolara*: "Traumatismo con ruptura del testículo". Rev. Arg. de Urología. Año 1951. Pág. 46.

DISCUSION

Dr. R. Bernardi. — Deseo hacer un aporte para corroborar las consideraciones de los comunicantes.

Nosotros hemos tenido un caso muy interesante, que hemos de presentar en la próxima sesión de esta Sociedad. Se trata de un paciente con una lesión testicular doble. Lo tuvimos 5 ó 6 días con el diagnóstico de derrame. No acusaba ninguna manifestación, pero como permanecía en situación estable, le practicamos una incisión exploradora y encontramos un derrame de tipo hemático y una sección casi total del testículo mientras que del otro lado había una lesión. Sorprendía el buen estado general del paciente que llegó caminando a nuestro Servicio.

Dr. T. Schiappapietra. — En el Instituto de Perfeccionamiento Clínico-Quirúrgico debí actuar de urgencia en un guarda de ómnibus que estando de pie en el estribo del vehículo perdió el equilibrio y fué a parar debajo de las ruedas taseras del automotor, que le amputó el pene al rafe y destruyó el escroto y parte de la piel vecina al periné, haciendo la hemicastración de un lado; el otro testículo estaba ligado solamente por el funículo. El testículo había estallado por la presión. Con un tanto de lirismo, reduje a tijera lo que estaba haciendo salida de la albugínea y rebice la albugínea como puede, poniéndola debajo de la piel del escroto hasta que llegara el momento de practicar la plástica. Mas cuando hube de efectuar la plástica terminal, el hombre me dijo: no, hasta aquí basta.

Seguí viendo a ese enfermo durante un tiempo y el único testículo que tenía estaba en la región suprapúbica, por arriba del anillo inguinal externo, conservándose perfectamente.

Dr. J. Irazu. — Estoy de acuerdo con los comunicantes; debemos ser intervencionistas ante los traumatismos de testículo. En esta Sociedad hemos presentado traumatismos testiculares de distinta índole.

A propósito de la tensión intratesticular, recuerdo un caso interesante en que después de traumatizado un testículo se comprobó en el examen anatomopatológico que se trataba de un seminoma, de modo que el seminoma como tumor de testículo puede ser causa de fragilidad del órgano.

Ultimamente, he operado un chico con un traumatismo testicular sobrevenido mientras disputaba un partido de fútbol. Se le hizo una sutura de la vaginal, se conservó el testículo pero desgraciadamente, la involución de ese órgano fué a la atrofia. No conocemos la razón, pero debe tenerse presente que el tejido testicular es sumamente sensible a cualquier cirugía.

En lo que se refiere al estado de shock que puede dar un traumatismo de testículo, relataré el caso de un demente suicida que con una navaja se cortó el pene y ambos testículos; estuvo durante 4 horas en una zanja desangrándose en medio del lodo. Ese hombre fué intervenido, suturado y la herida cicatrizó perfectamente; no tuvo el menor estado de shock.

Dr. L. Rebaudi. — No puedo decir que el neo de testículo sea la consecuencia de un traumatismo por haber observado un caso.

Se trataba de un muchacho joven, de unos 18 años, que jugando al fútbol recibió un pelotazo en el testículo izquierdo. Lo ví tres meses después: el testículo era del tamaño de la uña del dedo pulgar. A la palpación era blando, pero en el centro había una zona dura y dolorosa. Le aconsejé la intervención por esa zona tan dolorosa que se contraía al tacto. Lo operé, se extrajo el testículo, que era atrófico y en el centro existía una zona hemática, cuyo análisis posterior demostró tratarse de un corio-epitelioma. Dos meses después de la intervención,

vi a ese enfermo: estaba agonizando y palpando su vientre tenía la impresión que estuviera lleno de municiones. Existía una metástasis generalizada, a consecuencia de la cual falleció.

Dr. J. A. Goldaracena. — No me resta sino agradecer a los colegas los interesantes aportes efectuados a nuestro trabajo.
