

## TRAUMATISMO DE TESTÍCULO

---

Por los doctores JUAN GOLDARACENA, JUAN GHIRLANDA  
Y CARLOS PASCALE

Monot y Terrillon, citados por J. L. Lortat-Jacob y L. René, fueron los primeros en clasificar desde el punto de vista anatomopatológico a los traumatismos testiculares agrupándolos en 3 grupos bien definidos:

- Un primer grupo, de contusión simple, caracterizada por hemorragia capilar con asiento en el estroma conjuntivo intertubular, respetando los tejidos nobles.
- Un segundo grupo que se caracteriza por la presencia de focos de contusión de tejido noble con dislaceración de los tubos seminíferos a ese nivel.
- Y un tercer grupo donde se agrupan los casos en que a las lesiones del grupo anterior se suman lesiones de la albugínea.

La movilidad que poseen los testículos normalmente implantados, y la defensa que le otorgan contra los traumatismos, el pubis por arriba y las masas osteomusculares lateralmente, son las causas que hacen que sean raros los traumatismos cerrados de dichos órganos.

Si a esto sumamos la necesidad, de que se necesita una fuerza de aproximadamente 50 Kgr. y la fijación del órgano para que se produzca la ruptura del testículo normal, según demostraron Terrillon en primer término y luego Franceschi citados ambos por Trabucco y colaboradores, no es extraño que no sean numerosas las publicaciones sobre este tipo de lesión.

Es así, que William S. Bronk y John L. Berry recopilan con un aporte personal 23 casos de la literatura mundial, en un trabajo publicado en *The Journal of Urology*, en abril de 1962.

Habría que agregar a esa recopilación los casos presentados en esta Sociedad por los Dres. Casal y Solari; Goldaracena y Fazio; Ortiz y Boute y por Trabucco y Comotto.

El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la ausencia de grandes síntomas de orden general, como ser shock y vómitos, estando constituido principalmente por dolor y aumento de tamaño del testículo.

Es por eso que ante estos 2 síntomas se deba pensar en la posibilidad de encontrarse frente a una lesión de este tipo, y por lo tanto decidirse a efectuar la exploración quirúrgica.

En caso de tratarse de una efracción de la vaginal, dicha conducta permitirá efectuar la toilette de dicha lesión y sutura de la misma. En caso de que solo se trate de una colección serohemática sin lesión de la vaginal, nos permitirá evacuar la misma con lo que haremos más favorable el pronóstico y más corta la evolución.

Es importante también investigar la porción más distal del cordón por la posibilidad de que existan allí lesiones vasculares funiculares que pueden ser origen a su vez de hematomas importantes, que en caso extremo pueden llegar a producir según Mollière, una anemia sobreaguda del testículo.

Surraco llama la atención sobre las atrofiaciones testiculares consecutivas a fibrosis del cordón post-traumáticas.

Pasamos a continuación a relatar los 2 casos que motivaron esta presentación

*Caso N° 1.* — G. J. S., 13 años, italiano. Historia Clínica N° 1397.

*Antecedentes hereditarios y familiares:* S/p.

*Antecedentes personales:* S/p.

*Enfermedad actual:* Hace 10 días mientras caminaba por la calle fue atacado por 2 jóvenes, uno de los cuales en determinado momento le aplicó un rodillazo en región escrotal. Sintió fuerte dolor en dicha región, que no le impidió continuar con sus tareas habituales. Como los dolores continuaban, notando asimismo aumento de tamaño del hemiescrotal izquierdo, es llevado a una Sala de Primeros Auxilios donde le indican bolsa con hielo y reposo. Al día siguiente como sigue igual es llevado a un Hospital donde lo medican con antibióticos, corticoides, analgésicos y bolsa con hielo. El dolor se mantiene, aunque disminuyendo de intensidad y no interfiriendo en ningún momento con el cumplimiento de sus tareas habituales. Es traído al Servicio con el siguiente:

*Estado actual:* Enfermo lúcido, eupneico, decúbito indiferente, piel y mucosas húmedas y rosadas, afebril. Cabeza y cuello: S/p. Tórax: Aparato respiratorio: S/p. Aparato circulatorio: S/p. T.A. Mx. 110mm Hg. Mn. 65mm Hg. Pulso: 80 por min. igual, regular, amplio, tenso. Abdomen: Plano, excursión bien con la respiración, no se palpa hígado, bazo, ni tumoraciones. En región inguinal izquierda se observa zona con sufusión hemorrágica. Aparato genito-urinario: Orinas: Ambar. Vejiga: Indolora a la palpación de hipogastrio. Riñones y puntos ureterales: S/p. Tacto rectal: S/p. Genitales externos: A la inspección se constata coloración azulada vinosa en hemiescrotal izquierdo y región inguinal izquierda, y base de pene. Pene: S/p. Contenido escrotal: Testículo y epidídimo derecho s/p. Izquierdo: Se palpa tumoración del tamaño de una mandarina chica, lisa, renitente, poco dolorosa, la piel edematizada no desliza normalmente sobre el contenido. No se logran palpar detalles del testículo y epidídimo. Se palpa engrosada la parte inferior del funículo. Transiluminación: Negativa.

*Parte quirúrgico:* Cirujano: Dr. Ghirlanda, Ayudante: Dr. Pascale.

Anestesia local con novocaina al 1%. Incisión inguinoescrotal. Los planos superficiales del escrotal hasta la fibrosa poseen un aspecto lardáceo. Se exterioriza la tumoración que posee coloración azulada vinosa (formada por testículo y epidídimo). Se incide la fibrosa que se encuentra íntimamente adherida a la vaginal fluyendo gran cantidad de coágulos. Se efectúa la toilette de la cavidad vaginal comprobándose el estallido de la cara anterior del testículo por donde hace hernia el tejido noble. El epidídimo, especialmente su cabeza, edematizada. Se libera asimismo parte terminal del cordón donde se observa hematoma subfibroso. Se procede a efectuar hemostasia prolija, excéresis del tejido noble comprometido y sutura cuidadosa de la albugínea con catgut 00 cromado. Se efectúa resección de la vaginal. Cierre de pared por planos. Se deja drenaje que sale de fondo escrotal por contraabertura.

*Post-operatorio:* Terramicina I.M.; analgésicos; bolsa con hielo. A los 14 días es dado de alta en perfecto estado.

*Examen anatómopatológico:* Efectuado por la Dra. Isolina Lupis informó:

*Macroscopia:* Fragmento de tejido elástico resistente, color amarillo-verdoso de 2 por 0,8 por 0,4 cm., al corte se observa un centro hemorrágico necrótico.

*Microscopia:* Testículo asiento de edema, hemorragia e inflamación.

*Caso N° 2.* — J. C. D. M., 26 años, argentino, soltero, chofer. Historia Clínica N°

*Antecedentes hereditarios y familiares:* S/p.

*Antecedentes personales:* Coqueluche a los 4 años, amigdalectomizado a los 15 años, a los 25 años blenorragia que fue tratada.

*Enfermedad actual:* Hace 20 días mientras se encontraba jugando al fútbol, recibió un rodillazo en región escrotal. El fuerte dolor que sintió en dicha región no le impidió continuar practicando dicho deporte. Al día siguiente como el dolor persistía y notaba aumento de tamaño del testículo derecho, concurre a un Servicio Hospitalario, donde le indican tratamiento conservador (bolsa con hielo, antibióticos, reposo). Como el cuadro se mantiene con la misma sintomatología, concurre a este Servicio con el siguiente:

*Estado actual:* Enfermo lúcido, eupneico, decúbito indiferente, piel y mucosas: húmedas y rosadas, afebril. Cabeza y cuello: S/p. Tórax: Aparato respiratorio: S/p. Aparato circulatorio: Se auscultan dos tonos normales en los 4 focos, silencios libres. T.A.: Mx. 140mm Hg. Mn. 80mm Hg. Pulso: 85 por min. igual, regular, amplio. Abdomen: Plano, excursión bien con la respiración, indoloro a la palpación superficial y profunda, no se palpa hígado, bazo ni tumoraciones. Aparato génito-urinario: Orina: Ambar. Vejiga, riñones, uréteres y tacto rectal: S/p. Genitales externos: Pene: S/p. Contenido escrotal: Testículo y epid. izq.: S/p. Derechos: Se palpa una tumoración del tamaño de una mandarina chica, lisa, renitente, dolorosa al tacto, no se puede diferenciar testículo de epidídimo, se constata además engrosamiento de la parte distal del cordón. Transiluminación: Negativa.

*Parte quirúrgico:* Cirujano: Dr. Goldaracena, Ayuds.: Dr. Ghirlanda, Dh. Mathis (h.).

Anestesia peridural: S/p. Incisión inguinoescrotal, los planos superficiales de escroto llaman la atención por su aspecto lardáceo, la fibrosa se halla adherida a la vaginal, y al abrir la misma sale líquido seropurulento. Se comprueba testículo con albugínea intacta, con coloración cianótica, y epidídimo dislacerado y con coloración rojo vinosa. Se efectúa epididimectomía y resección de la vaginal y fibrosa. Se libera asimismo parte distal del cordón, siendo necesario resecar su fibrosa que se encuentra engrosada y acartonada, formando un verdadero estuche a los elementos del mismo. Se controla la hemostasis, se efectúa biopsia del testículo y se cierra por planos dejando drenaje tubular en escroto.

*Post-operatorio:* Antibióticos, bolsa con hielo. A los 3 días se saca drenaje que no daba nada, a los 6 días los puntos de escroto, encontrándose las bolsas desedematizadas. A los 10 días el enfermo es dado de alta en perfecto estado de salud.

*Examen anatómopatológico:* Efectuado por la Dra. Isolina Lupis informó:

*Macroscopia:* Testículo: fragmento de 1/2 cm. de diámetro, de color rojizo.

*Microscopia:* Apoplejía testicular. Vaginal asiento de hialinosis. Epidídimo asiento de hemorragia.

### CONCLUSIONES

- 1º Necesidad de pensar en la ruptura traumática del testículo ante todo caso de traumatismo de testículo con dolor y aumento de tamaño del mismo.
- 2º Necesidad de que la exploración quirúrgica se realice, y de preferencia lo más precozmente posible, para hacer factible y útil el tratamiento conservador.
- 3º A la investigación y solución de las lesiones orquiepididimarias, agregar la exploración y liberación de la parte terminal del cordón, para evitar lesiones anóxicas por hematomas o fibrosis del mismo.

### BIBLIOGRAFIA

1. *Bernardi:* A prop. de estallido del testículo por traumatismo. R. A. de U., 1948, XVII, 102.
2. *Casal y Solari:* Ruptura traumática del testículo. R. A. de U., 1959, 27, Nos. 4-6, p. 194-196.
3. *Diaz Castro:* Estallido traumático del testículo. R. A. de U., 1940, IX, 32.
4. *Goldaracena y Fazio:* Traumatismo de testículo. R. A. de U., 1959, 28, Nos. 1-6, p. 25-28.

5. *Irazu*: A prop. de estallido del testículo por traumatismo. R. A. de U., 1948, XVII, 101.
6. *Ortiz y Boute*: Estallido traumático del testículo. R. A. de U., 1948, XVII, 665.
7. *Sandro*: A prop. de est. del test. R. A. de U., 1948, XVII, 100-01.
8. *Trabucco y Comotto*: Estallido del testículo por traumatismo. R. A. de U., 1948, XVII, 96-100.
9. *Trabucco, Comotto y Amendolara*: Traumatismo con ruptura del testículo. R. A. de U., 1951, XX, 46-48.
10. *Lortat, Jacob y René*: Traumatismos del testículo y epidídimo. Enciclop. Fran.
11. *Bronk y Berry*: Ruptura traumática de testículo. The Journal of Urology, abril 1962.