

HEMATOMA DEL SEPTUM ESCROTAL

Por los Dres. HECTOR GUSTAVO BERRI y JUAN GHIRLANDA

Los traumatismos del escroto producen cuadros patológicos que se caracterizan por la falta de orientación en cuanto a la localización de su principal síntoma: el hematoma. Las lesiones que resultan de dicho traumatismo pueden interesar al testículo o únicamente a las cubiertas del mismo, por lo general se considera que son aquellas, las que deben de preocupar, para imponer una solución categórica y no se le da importancia al hematoma, dejándolo que retroceda lentamente, pero desconociendo su origen, su localización desde donde por acción tumoral o de organización fibrosa reaccional, estrangula vías vasculares, trayendo como consecuencia alteraciones definitivas sobre la nutrición glandular.

Motiva el comentario presente, el hecho de haber hallado dos pacientes portadores de hematoma del septum escrotal, afección de la cual se ha encontrado escasa referencia en la literatura mundial y ninguna en la bibliografía nacional.

Caso N° 1.—H. Cl. N° 803, año 1961. C. R. G., de 30 años, argentino, casado. Ingresó el 28 de agosto de 1961.

Antecedentes familiares y hereditarios: Padres vivos y sanos, 5 hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales: Nacido de parto eutócico. No recuerda enfermedades propias de la infancia. No hay antecedentes quirúrgicos de importancia. Niega venéreas.

Enfermedad actual: Hace 10 días mientras jugaba al fútbol recibe un puntapié en bolsa escrotal, acompañado de intenso dolor localizado preferentemente en lado izquierdo. Dicho traumatismo obliga al paciente a abandonar el deporte que practicaba; notando un aumento progresivo de volumen de las bolsas con la aparición de un tinte violáceo en la piel del escroto que se va acentuando. Al tercer día del accidente concurre al consultorio externo de nuestro servicio donde se constata un hematoma con edema en escroto y dolor espontáneo y provocado; se lo medica con tratamiento sintomático. A los 7 días del accidente nuevamente concurre a nuestro servicio comprobándose una tumoración localizada en la línea media del escroto del tamaño de una nuez. Con el diagnóstico de hematoma del septum escrotal es internado.

Estado actual: Enfermo bien constituido físicamente, sin particularidades en los exámenes clínicos de rutina.

Aparato génito-urinario: Orinas: ámbar; uretra: libre al explorador N° 22; vejiga: palpación hipogástrica indolora; uréteres: puntos ureterales indoloros; riñones: no se palpan; tacto rectal: esfínter tónico, próstata normal, no se palpan vesículas seminales.

Genitales externos: *Pene:* sufusión hemorrágica en parte proximal. *Bolsas:* sufusión hemorrágica difusa; testículo epidídimo y cordón lado derecho sin particular. Testículo y epidídimo izq. s/p. cordón engrosado. A nivel del rafe medio se observa una tumoración del tamaño de un huevo de paloma, con pliegues escrotales borrosos, algo dolorosa a la palpación; no adherida a los planos superficiales ni profundos. *Transiluminación:* negativa.

Examen clínico: Apartos circulatorio, respiratorio y digestivo sin part.

Examen de laboratorio: Urea en suero: 0,40 gr %; glucosa en sangre: 0,90 gr %; citro-

sedimentación: 1h. 5 mm; 2h. 12 mm; tiempo de coagulación: 6'; de sangría: 2'; recuento globular: rojos 4.280.000; blancos 7.000; orina: color amarillo, aspecto transparente, sedimento escaso, espuma blanca. Densidad 1018.

Operación 31 de agosto de 1961. Cirujano: Dr. Berri, Ayud.: Dr. Ghirlanda.
Anestesia local infiltrativa.

Incisión a nivel del septum, se llega de inmediato a la tumoración por su cara anterior, con cuidado se la libera en todo su contorno, primero por su polo inferior y luego por el superior, previa ligadura de los vasos, pudiéndose aislar el hematoma completamente.

Se continúa en acto quirúrgico con la biopsia de ambos testículos para su control. Previa eversión de la vaginal, se colocan ambos en posición. Cierre por planos sutura de piel.

Post-operatorio: excelente. Curación al tercer día. Alta al séptimo día, con herida operatoria curada.

Informe de biopsia: Dr. Rapaport. Hematoma del septum escrotal. Tumoración quística de 65 por 50 por 30 mm, superficie rojo violácea recubierta en partes por tejido graso, sur-



cada por numerosos vasos sanguíneos, al corte contiene coágulos cruóricos y sangre. paredes de hasta 10 mm de espesor. *Testículos:* funcionantes los dos fragmentos amarillentos de consistencia blanda.

Caso N° 2. — F B., de 49 años, argentino, soltero. Consultó el 25 de agosto de 1961.

Antecedentes familiares y hereditarios: Padres fallecidos ignora causa.

Antecedentes personales: Nacido de parto eutócico. No refiere enfermedades. Niega venéreas.

Enfermedad actual: Mientras trabajaba cae de una escalera golpeándose en bolsa escrotal, el fuerte dolor producido lo obliga a abandonar sus tareas y concurre a una sala de primeros auxilios donde lo medican con tratamiento sintomático. A la semana concurre a la consulta por haber notado la aparición de una tumoración del tamaño de una nuez "entre los dos testículos" dolorosa a la palpación.

Estado actual: Enfermo con buen estado general, el examen físico revela cabeza y cuello sin particularidades. Aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo y nervioso sin particularidades.

Aparato génito-urinario: Orinas: ámbar; uretra: libre el explorador N° 22; vejiga: indolora la palpación del hipogastrio; uréteres: indolora la palpación de los puntos ureterales; riñones: no se palpan, puño percusión indolora; tacto rectal: esfínter tónico, próstata normal, no se palpan las vesículas seminales.

Genitales externos: *Pene:* Se observa sufusión hemorrágica en parte más proximal. *Bol-*

sas: Sufusión hemorrágica en su parte más superior. Testículos, epidídimos y cordones sin particularidades. En la zona del rafe medio se palpa una tumoración del tamaño de una nuez, lisa, dolorosa a la palpación, libre. *Transiluminación*: negativa.

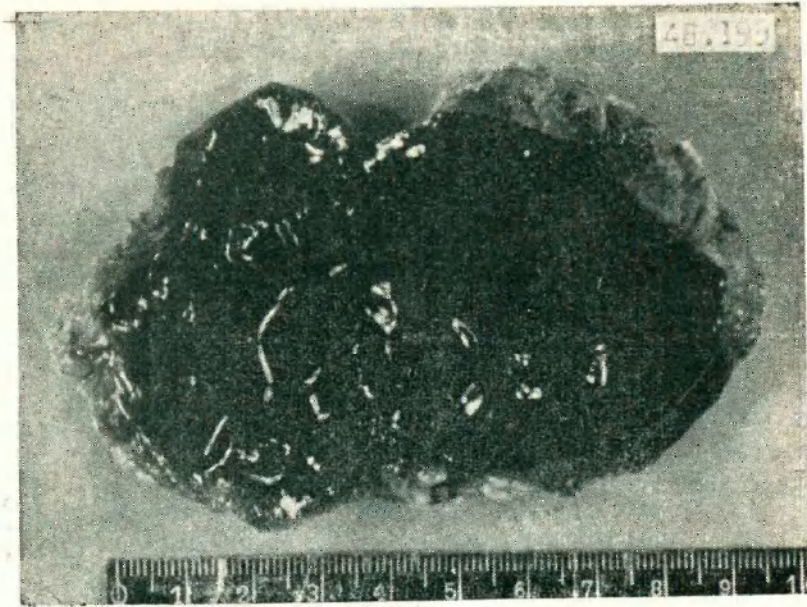
Examen de laboratorio: Urea en suero: 0.30 gr¹⁰⁰; glucosa en sangre: 0.80 gr¹⁰⁰; eritrosedimentación: 1h. 5 mm; 2h. 11 mm; tiempo de coagulación: 6'; de sangría: 1½'; recuento globular: rojos 4 800.000, blancos 7.000; orina: ámbar, transparente, densidad 1020.

Operación: Cirujano Dr. Ghirlanda.

Anestesia local infiltrativa.

Incisión mediana a nivel del septum, se llega a la tumoración liberándola en toda su extensión: previa ligadura de los vasos, se cierra por planos.

Informe de la biopsia: Dr. Rapaport. *Macroscopia*: Tumoración de 6 por 4 por 3 cm. Elástica, al corte constituida por fuerte capa fibrosa conteniendo material friable y cuerpos en



organización. *Microscopia*: Hematomas con sus paredes en organización con su zona externa ya organizada angiofibrosa.

Los hematomas del escroto pueden clasificarse de acuerdo a su localización en:

- a) *Hematoma del espacio escrotal* (o túnica celulosa o fascia de Cooper) colocado en el tejido celular laxo de la bolsa.
- b) *Hematoma del espacio paravaginal de Kocher y Lemichez* o intrafibroso colocado entre la fibrosa y la túnica vaginal.
- c) *Hematoma intravaginal* o hematocele colocado dentro de la vaginal.
- d) *Hematoma del tabique escrotal* colocado en el espesor del septum.
- e) *Hematoma del testículo*.
- f) *Hematoma fibro-cremasteriano* o de Surraco colocado entre la fibrosa común y el cremaster externo y que se extiende desde el ligamento escrotal en su parte inferior, confundándose con el cordón inguinal en su parte superior.

Surraco hace resaltar el papel que desempeña el ligamento escrotal (guber-

naculum), con su buena vascularización y anastomosando la circulación superficial con la profunda en la formación de este último tipo.

El tabique escrotal está constituido por la reflexión del dartos que en la línea media se solidariza anatómica y fisiológicamente con el del lado opuesto. Este espacio se continúa por arriba rodeando la fascia penis y abriéndose en la región pre-inguinal, por detrás se pone en comunicación con el espacio subcutáneo del periné anterior.

Siguiendo a los clásicos, las envolturas superficiales del escroto son irrigadas por las dos arterias pudendas externas y por la rama terminal de la perineal superficial rama de la pudenda interna; las primeras irrigan la parte ántero-lateral de las bolsas, la otra corresponde a la parte posterior y al tabique. Surraco relaciona el hematoma del espacio escrotal a los vasos dartoicos y el hematoma vaginal a la ruptura del testículo.

Las venas siguen una disposición similar a las arterias. La sangre de las envolturas superficiales es drenada por las venas pudendas externas, y la sangre de las envolturas profundas por las venas profundas; espermáticas y funiculares.

BIBLIOGRAFIA

1. *Sebileau*. — *Traité de Chir. de Le Dantu et Delbet*, XXXII, 1916.
2. *Viollet, J.* — *d'Urol.*, 1936, XLI, 148.
3. *Surraco*. — *Anales Facultad de Medicina de Montevideo*, pág. 773, 5-6, 1939.
4. *Díaz Castro*. — *Soc. Urug. de Urol.*, pág. 334 y 435. Tomo XIV, 1944.
5. *Levati*. — *Rev. Arg. de Urol.*, pág. 348, 1958.
6. *Rocchi, A.* — *Rev. Arg. de Urol.*, pág. 121, 1950.
7. *Firstater*. — *Rev. Arg. de Urol.*, pág. 756, 1955.