

## CRIPTORQUÍDEA RESULTADOS ALEJADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dr. Carlos A. Pascale

Es bien conocida por todos la nomenclatura que se utiliza para definir la falta de descenso testicular. Solo diremos y para recordar, que criptorquídea es cuando el testículo se detiene en el trayecto normal de su descenso, que ocurre, por lo habitual, en los últimos dos meses de la vida intra-uterina. Las criptorquídeas se dividen en regulares, cuando se detienen en algún punto de su trayecto o irregulares, cuando se aloja en un punto fuera del trayecto normal.

Esta última eventualidad constituye la ectopía.

La estadística proporcionada por Charny y Colab citados por Cerviño dice así con respecto a las criptorquídeas referidas a las distintas edades observadas:

Recien nacidos .....	10%
1 año .....	2%
Pubertad .....	1%
Adulthood .....	0,3%

que demuestra como muchos criptorquídeas llamadas fisiológicas, se van corrigiendo espontáneamente.

Desde el punto de vista anatomo-fisiológico existen tres clases de criptorquídeas:

a) Criptorquídea pura, primaria o criptorquídea enfermedad.

b) Criptorquídea con disgenesia testicular.

c) Criptorquídea por insuficiencia hipofisarias.

Siendo la primera con eliminación normal de gonadotrofinas y las dos siguientes con insuficiencia gonadotrófica.

La causa de criptorquídea enfermedad es seguramente mecánica como sostienen la mayoría de los autores y curan con tratamiento médico en la mayoría de los casos, pues las hormonas modifican las causas anatómica que le dieron origen.

Hamilton y Martín demostraron que la testosterona aumenta el tamaño de las bolsas y de todos los elementos del cordón y es capaz de permeabilizar el cañal y sus orificios. Seguramente son alteraciones y malformaciones en el aparato de Wolf, que se oponen al descenso.

El testículo infantil está constituido histológicamente por cordones sólidos constituidos por dos tipos de células, éstas son:

a) Las indiferenciadas que será las de Sertoli.

b) Las espermatogénicas que son las precursoras de la línea germinativa.

El testículo maduro está constituido con una arquitectura tubular que muestra la totalidad de los elementos germinativos y un buen desarrollo del sector intersticial.

La anatomía patológica de la criptorquídea enfermedad o pura, se debe in síntesis, a la criptorquídea en sí y a la aparición de la pubertad, pues si esta no aparece el testículo queda histológicamente infantil y cuando aparece, afecta de tal manera el testículo alojado fuera de la bolsa, que vá mostrando las alteraciones definitivas del tubo seminífero; identificados por una inmadurez de la línea seminal, con tubos pequeños y de luces vacías y que progresivamente va haciendo una esclerosis peritubular.

El sector intersticial no acusa modificaciones.

Estas lesiones se van agravando de acuerdo al tiempo que la pubertad lleva instalada y esto depende por supuesto de la precocidad o atraso con que ésta apareció. En un

## CRIPTORQUIDEA

sujeto hipogonadotrófico el testículo criptorquídeo, como el ortotópico se mantienen ambos infantiles, sin las alteraciones del post-puberal.

Hemos mencionado más arriba, que la pubertad, en el testículo criptorquídeo afecta solo a la línea seminal quedando indemne el sector intersticial, con su función androgénica, no ocurre lo mismo con las criptorquídeas con disgenesias o por insuficiencias hipofisarias, en las cuales, el sector intersticial está seriamente dañado con disminución de la actividad androgénica y con una pubertad anormal.

La complicación más común de la criptorquídea enfermedad, es por lo tanto la infertilidad o disminución de la espermatogénesis: pero esta puede ser normal o casi normal cuando los testículos han descendido antes de la pubertad espontáneamente o inducidos por tratamiento médico.

El tratamiento quirúrgico, otra de las posibilidades terapéuticas debe hacerse también precozmente tan pronto como haya sido diagnosticada la criptorquídea y cuando el tratamiento hormonal no ofreció resultados satisfactorios, dentro de la edad aconsejada para efectuarlo, esto es alrededor de los 4 a 6 años de edad.

Solo el test cromatinico o el cromosomico podrá diferenciar antes de la pubertad cual es el testículo disgenésico, del normal, pero muy difíciles de poder predecir aquellos testículos que bajarán espontáneamente de los que no lo harán.

Con respecto al tratamiento quirúrgico y al futuro funcional del testículo, las estadísticas concuerdan en señalar, que más frecuentemente presentarán infertilidad, alcanzando cifras estimadas en alrededor del 10% con respecto a otros tipos de tratamiento. Practicamente no existen diferencias entre un testículo bajado quirúrgicamente antes de la pubertad y otro bajado después, ambos, en ese porcentaje son infértiles o casi infértiles, seguramente la vascularización en el descenso se ve afectada por el trauma quirúrgico en sí, por eso señalamos la gerarquía de la intervención quirúrgica que debe ser realizada con suma delicadeza en cuanto se refiere al tratamiento del pedículo vascular, para conservar íntegra la irrigación y sin someterlo a ningún tipo de tracción, como refiere Hughes.

A propósito presentamos tres casos de criptorquídea tratados quirúrgicamente. Exíguo el número para formular estadísticas, pero que concuerda con el resultado obtenido por otros.

Se presentan tres casos estudiados, cuya sintomología predominante era la esterilidad conyugal.

Caso 1o: L.P.J.- 25 años - argentino - lleva 16 meses de casado.

Buena función sexual y eyaculación normal - implantación pilosa normal - hábitos normales - no fuma, ni bebe - genitales externos; criptorquídea del testículo derecho con hernia, fue operado a los 5 años y no se le practicó tratamiento hormonal ni antes ni después de la intervención.

Testículo izquierdo, actualmente reducido a un guisante a raíz de una torsión tardíamente diagnosticada, sufrida a los 20 años.

Espermograma: azoopermia - cantidad eyaculada 1,5 cc.

17 esteroides urinarios: 12,78 mg. x 24 horas.

Gonadotrofinas urinarias: normales.

Análisis de rutina: Normal.

Biopsia de testículo: (Dr. Romano) Fijador: líquido de Buin. Inclusión de parafina. Coloración: Hematoxilina - Eosina.

Túbulos seminíferos con completa hialinización de su pared. Los restantes muestran variable engrosamiento parietal.

Luces dilatadas con escasas células del epitelio seminal.

Islote de células de Leydig conservados.

Caso N° 2: V.T., argentino, 35 años, consulta por esterilidad conyugal, 10 años de matrimonio.

Función sexual buena - Eyaculación precoz, bebe un litro de vino diario - no fuma - Parotiditis a los 6 años. Sin complicación testicular.

A los 4 años fue operado de criptorquídea derecha.

A los 17 años bajó espontáneamente el testículo izquierdo y fue fijado luego a la bolsa quirúrgicamente.

No hizo tratamiento hormonal.

Espermograma: Cantidad 1,9 cc.

Cantidad de elementos: 7.210.000 x cc.

Cantidad total del eyaculado 13.699.000

Activos 12% - Med. Activos 49% - Inactivos 39%.

17 Cetosteroides: 12, 13 mg. x 24 horas.

Dosaje no gonapotropinas: normal.

Biopsia de testículo descendido quirúrgicamente a los 4 años, trozo de testículo de 0,5 cm. con albugínea lisa, nacarada y parénquima blando. Fijación de formol al 10%

Coloración - Hematoxilina - Eosina - Albugínea sin alteración.

Túbulos seminíferos de paredes fina, luces dilatadas y delgado epitelio seminal constituido tan solo por Sertoli y gonias.

Intersticio laxo presentando grupos compactos e hiperplásticos de células de Leydig.

Caso N°: N.B. - argentino - 29 años - Consulta por esterilidad conyugal - tiempo de matrimonio 3 años y 1/2.

Función sexual buena - eyaculación precoz.

No bebe ni fuma.

Ambos testículos criptorquídeos fueron descendidos quirúrgicamente a los 6 años luego del tratamiento realizado con gonadotropinas que no surtió efecto.

Espermograma: Eyaculación 2 cc.

Azoospermia

17 cetosteroides: 15.98 mg. x 24 horas.

Dosaje de gonadotropinas: Eliminación normal.

Biopsia de ambos testículos (no se obtuvieron fotos).

Túbulos de células abiertas, con solo célula de Sertoli y algunas gonias en su interior - arterioles de paredes engrosadas - escasas células de Leydig.

Resumen: Se presentan 3 casos de testículos criptorquídeos tratados quirúrgicamente dentro del plazo de edad aconsejados por los distintos autores donde se revela, mediante los estudios biópsicos realizados, las alteraciones groseras histológicas que configuran el cuadro de atrofia testicular en su línea seminal con Azoospermia. En el caso N° 2 que presentó una pubertad retrasada, en la que un testículo bajó espontáneamente a los 17 años, muestra un espermograma con oligozoospermia rproducto probablemente de ese testículo con maduración imperfecta a causa de la posición, en contraposición del que fue descendido quirúrgicamente a los 4 años y cuya biopsia muestra los daños ya apuntados.

## BIBLIOGRAFIA

Tratamiento de criptoquídea.

Orientación médica 1967 - No 786.

Congreso Médico del Uruguay.

Montevideo - 1962 - Cerviño y Colab.

Dotta - Revista de Urología de Rosario - 1954 - No 1

## Asamblea Ordinaria - 19 de diciembre de 1968

SR. PRESIDENTE (Dr. Borzone).- Queda abierta la Asamblea Ordinaria corresponde, según el orden del día, porceder a la elección de Vicepresidente para el año 1969; elección de Tesorero, para los años 1969 y 1970; elección de secretario para los años 1969 y 1970; elección de un Secretario de Redacción, para los años 1969, 1970 y 1971 y elección de miembros titulares.

Se pasará a votación secreta.

SR. SECRETARIO (Dr. Rubí).- Se han presentado como candidatos a miembros titulares, los siguientes miembros adherentes: doctor Rodolfo Mathis, médico asistente del hospital Juan A. Fernández, del servicio de urología del Hospital Alemán y del Sanatorio Municipal; doctor Nachum Fainman, médico agregado de hospital en el servicio del Dr. Novillo, de Tucumán; doctor Oscar J. Vampa Mainero, del policlínico de La Plata; doctor Carlos A.S. Giudice, médico del hospital Italiano y urólogo del policlínico Ferroviario; Jorge E. Garimaldi, médico que actúa en el servicio del doctor Derboy, en Río Cuarto; Salomán A. Fefer, médico asistente del hospital Rawson; Juan C. García, médico del servicio del hospital Español y doctor Carlos H. Scorticati, médico del servicio del policlínico de San Martín.

- Los miembros titulares presentes, en número de 20, colocan su voto en la urna ubicada en la Mesa de la Presidencia.

SR. PRESIDENTE (Dr. Borzone).- La mesa directiva ha invitado al doctor Levati a que haga el recuento de votos y colabore en la tarea del escrutinio.

Practicado el recuento de votos, el escrutinio arroja el siguiente resultado:

**PARA VICEPRESIDENTE:**

Doctor Rocchi	18 votos
Doctor Carreño	1 "
Doctor González Martín	1 "

**PARA TESORERO**

Doctor Mackintosh	17 votos
Doctor Saénz	1 "
Doctor Berri	1 "
Doctor Rebaudi	1 "

**PARA SECRETARIO:**

Doctor Rebaudi	16 votos
Doctor Saénz	1 "
Doctor Levatti	1 "
Doctor Steinberg	1 "
Doctor Márquez	1 "

**PARA DIRECTOR DE LA REVISTA:**

Doctor Berri	15 votos
Doctor Saénz	2 "
Doctor Guzmán	1 "
Doctor Rubí	1 "
Doctor Mocellini Iturralde	1 "

## PARA SECRETARIO DE REDACCION:

Doctor Castría	13 votos
Doctor González Martín	2 "
Doctor Mocellini Iturralde	1 "
Doctor Fazio	1 "
Doctor Levati	1 "
Doctor Vampa Mainero	1 "
Voto en blanco	1 "

## PARA MIEMBROS TITULARES:

Doctor Rodolfo Mathis	20 votos
Doctor Oscar J. Vampa Mainero	20 "
Doctor A.S. Giudice	20 "
Doctor Carlos H. Scorticati	20 "
Doctor Juan C. García	19 "
Doctor Jorge E. Garimaldi	18 "
Doctor Nachum Fainman	15 "
Doctor Salomón A. Fefer	13 "

SR. PRESIDENTE (Dr. Borzone).- En consecuencia, quedan proclamados Vicepresidente para el año 1969, el doctor Rocchi; Tesorero para los años 1969 y 1970, el doctor Mackintosh; Secretario para los años 1969 y 1970, el doctor Rebaudi; Director de la Revista para los años 1969 y 1970, el doctor Berri; Secretario de Redacción para los años 1969, 1970 y 1971, el doctor Castría.

Además, se incorporan todos los candidatos a miembros titulares que han obtenido el mínimo de los dos tercios de votos presentes.

Corresponde ahora, proceder al sorteo de un Miembro titular para integrar el Jurado de Premios, año 1968.

- Sale insaculado el doctor Rodolfo Mathis (padre).

SR. PRESIDENTE (Dr. Borzone).- Habiéndose agotado el orden del día queda levantada la Asamblea Ordinaria.