

INFARTO DE TESTICULO

Dr. JULIO A. MARQUEZ BUSTOS

Los cuadros dolorosos agudos de la patología testicular son bien conocidos por todos nosotros, pero la forma de presentarse y la anatomía patológica del presente caso creemos que justifica su incorporación a la casuística nacional.

En general las mayores algias se hallan en las torsiones testiculares para cuyo estudio meduloso nos remitimos al trabajo del Dr. R. Hereñú publicado en la Revista de Urología Nos. 1-3 año 1958 quien establece las formas clínicas, el pronóstico y la forma de actuar en cada caso en particular.

Otros urólogos han tratado este tema y es menester recordar al trabajo del Dr. R. Borzone y colab. sobre las torsiones incompletas que dio motivo a un interesante cambio de opiniones sobre la patogenia de la torsión gonadal.

Referente a nuestro enfermo diremos que se trata de un joven de 24 años de edad, casado, con dos hijos. De contextura atlética, ha practicado deportes sin tener jamás inconvenientes en su esfera genital.

Tres días antes de ser visto por nosotros tiene un dolor en testículo derecho, que de suave se hace intenso, escalofríos, cefaleas, e hipertermia discreta. Hace reposo y desaparece, pero 24 horas más tarde al bajar de un vehículo comienza un cuadro doloroso más fuerte aún. Es medicado entonces por un clínico con antibióticos y antiinflamatorio. Es enviado a la consulta urológica donde llega por sus propios medios, sin acusar mayor dolor, 37° C axilar, orinas cristalinas.

El examen de las bolsas no muestra nada anormal. La palpación despierta dolor en la zona del testículo próxima al globo mayor epididimario y se puede palpar una Hidátide de Morgagni que participa del proceso. Pero donde el paciente tiene una reacción violentísima es al cambiar de posición casi sincopal que obliga a un tratamiento cardiotónico y analgésicos.

Es llevado al acto quirúrgico y por vía ínguino-escrotal se llega a la vaginal que no presenta colección líquida entre sus hojas, y a través de hoja visceral se observa un color violáceo de la albugínea. Un pequeño corte da salida a sangre oscura procediéndose a su extirpación. Se efectúa prolijo examen del cordón y de los elementos de fijación del testículo que aparentan ser normales.

El enfermo evoluciona muy bien, y el lado opuesto sin ningún inconveniente después de la fijación preventiva.

Hasta ahora es un caso más de torsión de testículo que podía haber llegado muy bien a un grado como este que presentamos en diapositiva. Sin embargo el informe anátomo-patológico es digno de tener en cuenta.

Protocolo 2500 F. - Prof. Dr. Fernández Luna.

Paciente C. A. B., 24 años de edad.

Macroscopia: Testículo recubierto por vaginal lisa y brillante que permite ver por transparencia un parénquima de color viláceo. El órgano ha sido explorado por medio de un corte longitudinal dejando al descubierto una superficie beige en la que resaltan dos áreas triangulares de 12 mm. de base y 20 mm. de altura, cuyo vértice se dirige al Cuerpo de Highmore. En el cordón inguinal se encuentran varios vasos sanguíneos ocluidos por trombos.

Microscopia: Area hemorrágica que desaloja y dislacera el parénquima testicular y luego difunde en el intersticio de los tubos seminíparos. En las