

## TRAUMATISMOS DE LA REGION ESCROTAL

Consideraciones acerca de 17 casos

Por los Dres. JUAN JOSE SOLARI, ALBERTO MUZIO, JOSE MARIA CASAL  
y LORENZO GRIPPO

En los últimos años hemos tenido oportunidad de asistir 17 casos de lesiones traumáticas de las bolsas y su contenido. Nos llevó a presentar a vuestra consideración estas observaciones y reunir las en un trabajo, la idea de actualizar las conclusiones prácticas sobre las mismas, dado el escaso número de publicaciones presentadas en nuestra sociedad; la última en 1971 por Ghirlanda, Otamendi y colaboradores, y las anteriores datan del año 1962; a mediados de ese año por Pagliere y a fines del mismo por Goldaracena, Ghirlanda y Pascale. Nuestros pacientes presentaron unos, lesiones de las bolsas, otros lesiones testiculares y algunos lesiones asociadas. Siguiendo un criterio anatomotopográfico consideramos oportuno reunir las bajo el nombre de traumatismos de la región escrotal.

La escuela uruguaya de Urología se ha ocupado con frecuencia del tema. En la bibliografía encontramos los trabajos de Surraco en 1939; Díaz Castro en el mismo año; Schenone en 1953, realiza un estudio clínico y experimental en la rotura de testículo; Lockhart publica traumatismos de bolsas en 1949; Bosch del Marco se ocupa del tema en 1958; Pera Erro trata el tema sobre plastia en la denudación de los genitales externos masculinos en 1965.

En nuestro país se ocuparon del tema en 1926 Castaño y Astraldi; en 1933 Gálvez y Monserrat; en 1938 Astraldi y colaboradores; una publicación de Díaz Castro en 1940; Ortiz y Bontá en 1948; en el mismo año Trabucco y Comotto; en 1951 Trabucco y colaboradores; Levati presenta en 1958 un traumatismo de bolsas con hematoma extravaginal; Casal y Solari en el mismo año; Rocchi en 1950; en 1959 Bernardi y colaboradores; en el mismo año Goldaracena y Fazio presentan un traumatismo de testículo; en 1961 Derdoy y colaboradores se ocupan de la avulsión traumática de piel de pene y escroto; en 1962 los trabajos ya citados de Pagliere, de Goldaracena y colaboradores y en 1971 el trabajo de Ghirlanda y Otamendi y colaboradores.

La etiopatogenia de estos traumatismos es por todos conocida, recordaremos que la rotura traumática de los testículos no es frecuente y ello se debe fundamentalmente a un mecanismo protector en el que el cremaster juega un papel importante, pues las contracciones del mismo ascienden los testículos protegiéndolos del traumatismo, esto es más evidente en los niños; Schenone participa de esta idea y agrega que por medio de este mecanismo se protege al testículo sacrificando la integridad del ligamento escrotal, cuya ruptura da lugar a una forma clínica especial. No obstante, en nuestra observación fue más frecuente la ruptura testicular (5 casos) que la ruptura del ligamento escrotal (3 casos). Entre los 5 casos de ruptura testicular, 4 se produjeron con indemnidad del ligamento escrotal y 1 combinado con esa lesión; mientras que los 3 casos de ruptura del ligamento escrotal, 1 coexistió con ruptura testicular y 2 con testículo indemne.

Surraco observó que la ruptura testicular se hace siguiendo planos paralelos al ecuador del órgano; nuestra observación coincidió con lo expuesto por el citado autor. Eso se debe a que los cuerpos ovoides tienen mayor resistencia cuando la fuerza se aplica de polo a polo, contingencia infrecuente en los traumatismos de testículo; en cambio, la aplicación de la fuerza trau-

mática en sentido anteroposterior sobre el ecuador del órgano es mucho más frecuente, produciéndose así la rotura en planos paralelos al mismo.

<i>Agente causal</i>		<i>Casos observados</i>	
Golpe de palo	1	Hematoma superficial	3
Pelotazo	1	Orquiepididimitis traumática	2
Puntapié	3	Hematoma intratesticular	2
Puñetazo	3	Hematocele y hematoma extrav.	1
Coz	4	Herida con exteriorización testic. y ruptura ligamento escrotal	1
Explosión	1	Herida testículo, hematoma intra y extravaginal supurado	2
Trauma mínimo	1	Hematocele	2
Caída a horcajadas	2	Hematocele y ruptura testic.	2
Enganche	1	Ruptura ligamento escrotal	1
		Ruptura testic. bilat. hematoc., hemat. envolt. y funículo, frac- tura ósea	1

En nuestra observación sobre traumatismos de la región escrotal, 1 caso fue producido por el golpe de un palo; 1 caso por un pelotazo; 3 casos por un puntapié durante sendas prácticas de fútbol; 3 casos por puñetazos; 4, por patadas de caballos; 1 producido por la explosión de un amortiguador durante su reparación; 1 caso por un pequeño traumatismo, en un enfermo con patología vascular; 2 por caída a horcajadas, en 1 sobre el caño de una bicicleta y en otro al caer de un caballo y golpear contra el suelo; en estos 2 últimos corresponde explicar la prensión del testículo entre el agente agresor y la cara inferior del perineo anterior, o más precisamente la cara inferior de la sínfisis pubiana. Finalmente, un caso producido por un gancho que hirió el escroto y exteriorizó el testículo.

La sintomatología es variada. Predomina el dolor, que aunque en nuestros pacientes se presentó con distinta intensidad, en general fue importante y en 3 oportunidades llevó al shock. Por supuesto, se presentó en todos los casos, como también la tumefacción escrotal.

La equimosis fue un signo muy frecuente e importante en algunos casos, para el diagnóstico. En esta observación no se presentó solamente en 2; en un hematoma intratesticular y en una "orquitis traumática". Por lo tanto, al igual que otros autores, podemos afirmar también, que si bien es un signo importante para adjudicar una etiología traumática a una patología escrotal, su ausencia no descarta tal etiología.

Habitualmente se considera que la semiología epidídimo-testicular y funicular, es muy difícil realizarla pues la tumefacción y disposición de los hematomas hacen imposible reconocer por medio de la palpación el contenido escrotal. No obstante esta generalizada opinión, y a pesar de la presencia de equimosis, tumefacción y hematomas, hemos podido reconocer los órganos intraescrotales en 8 casos, casi en la mitad de nuestras observaciones. En alguna de ellas que llegaron con evolución de varios días, tuvimos oportunidad de palpar casos típicos de "orquitis traumáticas", es decir, procesos inflamatorios producidos como expresión de la evolución de un traumatismo.

La transluminación fue siempre negativa.

Por las lesiones anatomopatológicas que hemos observado en nuestros pacientes, podemos dividirlos en:

### I. *Traumatismos cerrados.*

- a) Con equimosis.
- b) Sin equimosis.
- c) Tumefacción. Se presentó siempre.
- d) Hematomas.
  - 1. Intratesticular.
  - 2. Extratesticular.
    - Intravaginal. Hematocele.
    - Extravaginal. Perifibrocremastérico.
    - Superficial (celular).
    - Tabique medio escrotal.
    - Funicular.
- e) Rotura testicular.
- f) Rotura del ligamento escrotal.
- g) Paquivaginitis.
- h) "Orquiepididimitis traumáticas".
- i) Funiculitis.
- j) Absceso testicular.
- k) Lesiones extragenitales: fracturas óseas.

En general estas lesiones se han presentado combinadas.

### II. *Traumatismos abiertos.* (Heridas escrotales).

- a) Exteriorización del contenido escrotal.
- b) Contenido escrotal no exteriorizado.

Ambos tipos combinados con hematomas diversos.

Las *equimosis* se observan porque la extravasación sanguínea que provoca hematoma llega hasta la piel o por la acción directa del agente traumático sobre la misma. Hemos encontrado equimosis en piel como única expresión del traumatismo. A la vez, existieron 2 casos con serio compromiso testicular y con ausencia de equimosis.

La *tumefacción* estuvo siempre presente.

Los *hematomas* son posiblemente, la manifestación anatomopatológica más importante; tanto por su frecuencia como por ser lo que impone la terapéutica quirúrgica que evite en muchos casos la necrosis testicular. Los hematomas en nuestra observación fueron *intratesticulares* y *extratesticulares*. Los intratesticulares los hemos visto evolucionar hacia una aparente curación clínica como también llegar a la supuración comprobada quirúrgicamente. Entre los extratesticulares, los más frecuentes fueron los *hematoceles*; en algunos casos *sin* lesión testicular y en otros como consecuencia de una ruptura del testículo. El llamado hematoma *perifibrocremasteriano* es producido por la ruptura del ligamento escrotal; por algunos autores es considerado el de mayor frecuencia; esto no coincide con nuestra observación, en la que se presentó solamente en 3 casos. La ruptura del ligamento escrotal significa la lesión de fibras conjuntivas y musculares, como así también la lesión de la zona en que se realiza la comunicación entre la vascularización superficial y profunda y da lugar a que la sangre extravasada se colecciona en los espacios perifibrosos del cordón e interfibrocremastérico; se ha presentado con testículo indemne y con estallido del mismo. El *hematoma superficial* es

de poca importancia y está situado entre la piel y el dartos. Cuando se presenta como única lesión, permite una correcta semiología de los órganos nobles y determinar la indemnidad de los mismos. Nuestra observación nos permitió coincidir con otros autores en que el *hematoma del tabique medio escrotal* es muy raro; se presentó en un solo caso. En un traumatismo de mucha gravedad hubo un serio *hematoma funicular* bilateral por ruptura de los vasos del cordón; esta lesión fue acompañada de otras de gran importancia.

La *rotura testicular* se presentó en 5 casos. En uno de ellos fue bilateral; el testículo izquierdo exteriorizado a través de una herida de escroto y estallado; el testículo derecho presentaba un estallido sin herida de escroto y acompañado de importantes hematomas extratesticulares. En 2 casos existió una ruptura de testículo sin herida de escroto; en uno de ellos en la parte media y en otro, en el polo inferior. Por último, 2 casos se presentaron con una evolución de varios días, acompañados de supuración de la masa testicular, necrosis y paquivaginitis, como expresión de una deficiente terapéutica.

En aquellos casos en que los pacientes recurrieron a la consulta precozmente, el diagnóstico fue fácil, basado en el antecedente inmediato y en la presencia de equimosis. En cambio, el diagnóstico se complicó en los pacientes que llegaron con 2, 3 ó más días de evolución y también en aquellos casos infrecuentes, en que no existió equimosis. En estos pacientes es difícil diferenciar procesos inflamatorios o de torsión testicular, con los traumáticos; y esto adquiere importancia tanto para la decisión terapéutica como en lo que se refiere al aspecto médico legal. Es necesario aclarar que el diagnóstico fue fácil en cuanto a la adjudicación de etiología traumática a un proceso de las bolsas y su contenido, no así, en cuanto al diagnóstico de la lesión anatómica y sobre todo en cuanto a la topografía del hematoma se refiere.

En los casos de heridas, de traumatismos abiertos, por supuesto, el diagnóstico no ofrece dificultades. En los traumatismos cerrados se nos presentaron dos variantes:

1. Aquellos en que los órganos intraescrotales eran reconocidos por la palpación.
2. Aquellos en que era imposible reconocer el contenido escrotal.

Entre los primeros hemos encontrado:

a) Equimosis con tumefacción más o menos importante que permitieron reconocer el testículo, epidídimo y funículo con caracteres normales. Se trataba de lesiones superficiales sin compromiso de los órganos.

b) Se presentó también el caso de una pequeña equimosis y un testículo fácilmente palpable, aumentado de tamaño, doloroso, las envolturas perfectamente deslizables sobre él; epidídimo y funículo normales. Pensamos entonces en un hematoma intratesticular.

c) Los procesos inflamatorios, producto de la evolución de un traumatismo librado a su propia suerte en pacientes que recurrieron tardíamente a la consulta. En uno de esos casos el paciente nos consultó con una evolución de 20 días. La semiología nos hizo pensar en una orquiepididimitis, presentaba inclusive engrosamiento funicular, además de los datos de un proceso inflamatorio de testículo y epidídimo. El diagnóstico diferencial en estos casos es muy difícil. Debemos recurrir a la presencia de equimosis, al antecedente del traumatismo, al antecedente de infecciones uretrales y sobre todo como hace notar Schenone, a la falta de relación entre la magnitud de la lesión y la intensidad del traumatismo al que el paciente atribuye la misma; es decir, existen orquiepididimitis no traumáticas, importantes por su gravedad, que no justifican como causa a un insignificante traumatismo coincidente.

d) Algunos casos de hematomas extravaginales, acompañados inclusive de tumefacción, han permitido reconocer la indemnidad de la masa testículo-epididimaria, con más frecuencia que los hematoceles, los cuales nunca nos permitieron reconocer los caracteres del testículo y epidídimo. Por lo cual, nos atrevemos a sugerir, que en los casos en que se palpe el testículo y epidídimo, se descarte la existencia de un hematoma intravaginal.

En el segundo grupo, es decir, en aquellos casos en que no se palpa la masa epidídimo testicular, nos encontramos siempre ante traumatismos de gran importancia. Puede esto ocurrir en enfermos con evolución de varios días y el proceso inflamatorio haber creado un verdadero plastrón en hemiescrotó, o en pacientes con importantes hematomas extravaginales o intravaginales, solos o acompañados, la tumefacción casi siempre está presente. En estos casos es imposible detectar la rotura del testículo.

Es nuestra intención analizar individualmente cada caso, con el fin de lograr un juicio crítico y un criterio terapéutico para el futuro. Clásicamente es aceptado que todos los traumatismos de las bolsas que tengan hematomas coleccionados, deben ser operados, con excepción de aquellos muy superficiales y pequeños. Pero no siempre en la práctica, se presentan estos pacientes perteneciendo francamente a uno de estos dos grupos. Existen enfermos que llegan con evolución de varios días, con patología agregada, donde en general predominan los signos inflamatorios y que en algunos casos ponen en duda la verdadera etiología traumática.

En primer lugar describiremos los casos que recibieron tratamiento médico, no quirúrgico: fueron siete. A partir del caso 8, todos se operaron.

*Caso N° 1*

C. M. 33 años.

Causa: Golpe con un palo en hemiescrotó izquierdo. Llega con 5 días de evolución. Tumefacción de escrotó; equimosis; se palpa el testículo, epidídimo y funículo normales. Tratamiento médico. Hematoma superficial. Evolucionó bien.

*Caso N° 2*

J. M. 42 años.

Causa: Rodada de caballo. Golpe en testículo derecho. Llega con 20 días de evolución. Testículo y epidídimo engrosados; cordón grueso; pequeña equimosis superficial. Es decir, se trataba de un caso de evidente traumatismo de bolsas, pues la equimosis así lo evidenciaba, pero luego de 20 días de producido, nos preguntamos si tan importante orquiepididimitis con participación del funículo, correspondía a un traumatismo no tratado y con evolución inflamatoria del contenido escrotal, o se trataba de un leve traumatismo (pequeña equimosis) que evolucionó bien y en el que en los 20 días posteriores se injertó una orquiepididimitis de otra etiología. En este caso no existía conflicto legal que nos hiciera sospechar el deseo del paciente de adjudicar la causa de su enfermedad al accidente. De acuerdo a los antecedentes proporcionados por el enfermo —ausencia de infecciones uretrales, ausencia de piuria, tumefacción de escrotó luego del traumatismo— nos inclinamos a pensar en un proceso de origen traumático. Dado que luego de tres semanas, la oportunidad quirúrgica ya había pasado, decidimos intentar tratamiento médico. La respuesta favorable al mismo fue tan importante, que realmente nos sorprendió. Es decir, evolucionó como una orquiepididimitis no traumática que responde bien al tratamiento.

*Caso N° 3*

R. S. 12 años.

Causa: Pelotazo en hemiescrotó derecho. Evolución de 7 días. No presentaba equimosis. Testículo derecho aumentado de tamaño, liso y doloroso. Tratamiento médico. Luego de una semana, testículo normal. La evolución posterior fue normal.

Este es otro caso que plantea un problema en cuanto a la terapéutica a seguir. ¿Qué pasó en este testículo luego del golpe? No encontramos equimosis, ligera tumefacción, no presentó hematomas extratesticulares, pues se palpaban las bolsas normales y permitió hacer una correcta semiología testicular; el testículo agrandado, liso, uniforme y doloroso.

Por lo tanto, la repercusión del trauma se tradujo en una patología intratesticular; ¿estábamos en presencia de un hematoma intratesticular? Si así fuera, correspondería su drenaje precoz, pues la evolución hacia la supuración, la organización del mismo o necrosis testicular es frecuente; y este caso ya databa de 7 días. Decidimos realizar tratamiento médico y el paciente clínicamente curó. Dado que el abrir la albugínea significa una agresión testicular, creemos oportuno tratar de mantener, en algunos casos, una corta expectativa con tratamiento médico. En este caso, por ejemplo, consideramos que hubiera sido más perjudicial para el paciente el investigar la masa testicular que haber dejado, en el peor de los casos un hematoma pequeño organizado. Por lo tanto, en los casos que clínicamente son considerados leves, es útil observar la posible evolución séptica, piógena del presunto hematoma intratesticular, es decir, mantener una expectativa armada y si clínicamente mejorara no operar.

*Caso N° 4*

E. I. 42 años.

Causa: Puntapié en hemiescrotó derecho. Concurrió inmediatamente de haber sido golpeado. Tumefacción; equimosis; se palpan testículo; epidídimo y funículo normales. Tratamiento médico. Evolucionó bien. Hematoma superficial.

*Caso N° 5*

C. M. D. 32 años.

Causa: Puñetazo en hemiescrotó izquierdo. Evolución de 3 días. Equimosis; importante tumefacción de escroto; a pesar de ello, se palpa el contenido escrotal en estado normal. Hematoma superficial. Tratamiento médico. Evolución favorable.

*Caso N° 6*

E. G. 43 años.

Causa: Golpe por puñetazo en hemiescrotó derecho. Evolución de 7 días. Testículo derecho aumentado de tamaño, doloroso, epidídimo engrosado; cordón grueso; *sin equimosis*. Predominaba como en el Caso N° 2, el proceso inflamatorio. Se trataba de un caso de "torquiepididimitis traumática". Tratamiento médico. Evolucionó bien.

*Caso N° 7*

F. F. 32 años.

Causa: Golpe por puñetazo en hemiescrotó derecho. Evolución 3 días. Equimosis; testículo derecho aumentado de tamaño, liso, doloroso. No hay hematoma extratesticular con excepción de equimosis superficial. Ligera tumefacción de escroto. Caso similar al N° 3. Tratamiento médico. Las mismas consideraciones que para el Caso N° 3; hematoma intratesticular.

*Caso N° 8*

B. L. 55 años.

Causa: Patada de caballo en zona escrotal. Evolución de 1 día. Hemiescrotó derecho aumentado de tamaño; aproximadamente un melón pequeño; piel roja; gran tumefacción; equimosis; imposibilidad de individualizar el contenido escrotal.

La intervención quirúrgica demostró un gran hematoma de escroto. Abierta la vaginal se encuentra un gran hematocele. El contenido está intacto. Resección e inversión de la vaginal. Drenajes. Tratamiento conservador.

En este caso no hubo duda. Gran hematoma; gran tumefacción; equimosis, no se palpaba el contenido escrotal. Importante hematocele y hematoma también extravaginal. Sin lesión epidídimo testicular.

*Caso N° 9*

J. V. C. 34 años.

Causa: Un gancho de un elevador le atraviesa el pantalón, engancha el funículo derecho y en su accionar, tracciona del mismo logrando así exteriorizar por la herida el testículo sin lesionarlo. Herida escrotal; testículo fuera de las bolsas intacto; funículo, intacto su contenido; leve hematoma; ruptura del ligamento escrotal. Resección y avivamiento de los bordes de la herida escrotal. Introducción del testículo intacto. Hemostasia y drenajes.

*Caso N° 10*

A. B. 50 años.

Causa: Cae desde el asiento de una bicicleta y golpea hemiescrotó derecho, contra el caño de la misma. Evolución 15 días. Hemiescrotó derecho aumentado de tamaño, duro; escrotó engrosado; verdadero plastrón; equimosis.

Operación: Intensa infiltración de las envolturas testiculares paquivaginalitis; testículo agrandado, su contenido fluctúa a la palpación; hay una pequeña efracción de la albugínea y a través de la misma sale la masa testicular supurada, mal oliente. Ectomía testicular.

Consideramos que se trataba de un serio traumatismo con hematoma intratesticular que evolucionó hacia la supuración y hematomas extratesticulares cuya organización y proceso séptico agregado, crearon toda la patología de la atmósfera peritesticular que relatamos. Un caso que consultó luego de 15 días y que evolucionó sin tratamiento adecuado.

*Caso N° 11*

J. B. 34 años.

Causa: Patada de caballo. Es un caso exactamente igual al N° 8. Importante hematocele y hematoma extravaginal sin lesión epidídimo testicular.

*Caso N° 12*

H. S. 25 años.

Causa: Patada de caballo. Caso similar a los N°s. 8 y 11, es decir, hematocele sin lesión epidídimo testicular.

*Caso N° 13*

L. S. 67 años.

Causa: Patada de caballo. Caso similar al N° 10. Se trataba de una lesión del hemiescrotó derecho con una evolución de 13 días. Sin tratamiento. Presentaba un gran plastrón de escrotó y en la operación se comprobó la existencia de una ruptura testicular con hematoma intratesticular supurado y un importante proceso de paquivaginalitis. Se procedió a la ectomía testicular.

*Caso N° 14*

J. V. 26 años.

Causa: Puntapié en testículo derecho durante una práctica de fútbol. Consulta inmediata. Aumento de tamaño del hemiescrotó derecho. Equimosis; gran tumefacción; signos de hematoma escrotal; no se palpa contenido escrotal.

Operación: Hematocele y ruptura testicular en su parte media. Se reseca el parénquima testicular evertido; se sutura la albugínea y se procede a la resección e inversión de la vaginal.

*Caso N° 15*

J. L. L. 34 años.

Causa: Puntapié en hemiescrotó izquierdo durante una riña. Evolución de 3 días. Bolsa escrotal izquierda aumentada de tamaño; sufusiones; intenso dolor; consistencia dura; superficie lisa; no se palpan testículo ni epidídimo.

Operación: Infiltración edematosa de las cubiertas escrotales; vaginal engrosada e infiltrada; hematocele; el tercio inferior del testículo está destruido. Albugínea abierta estando conservados los dos tercios superiores. Se reseca la porción glandular traumatizada y se sutura la albugínea. Drenajes.

*Caso N° 16*

F. C. 60 años.

Causa: Pequeño golpe en la zona escrotal izquierda. Consulta inmediata. Aumento rápido de tamaño de la zona escrotal. Hematoma que se propaga a la zona inguinal izquierda. No se palpa contenido escrotal.

Operación: El testículo está intacto y existe ruptura del ligamento escrotal, con la presencia de una arteria sangrante. Se procede a la hemostasia, debridamiento del escrotó y evacuación de los hematomas, se investiga el cordón que está sano. Se conserva el testículo. Drenajes.

Se trataba de un paciente que era portador de endoarteritis obliterante. Cuatro años antes se le practicó simpaticectomía.

Caso N° 17  
J. L. 32 años.

Causa: Explosión de un amortiguador mientras se procedía a su reparación. El paciente llega shockado, intenso dolor. Hemiescroto derecho, gran hematoma sin herida, no se palpa contenido escrotal. Hemiescroto izquierdo amplia herida longitudinal, testículo luxado y estallado. Hematoma inguinal bilateral.

Operación: Imposibilidad de conservar parénquima testicular del lado izquierdo; tal la magnitud de su estallido. Se evacua el hematoma del escroto. Se investiga la zona inguinal donde encontramos un importante hematoma funicular con destrucción de los vasos. Existen esquirlas óseas. Una radiografía posterior demostró fractura de la rama iliopubiana. Se comprueba hematoma del tabique medio escrotal. Se liga al cordón inguinal en situación muy alta y se extirpa con el resto de albugínea testicular, únicos restos del estallido.

Incisión en hemiescroto derecho, evacuación de los hematomas. Importante hematocele: Testículo estallado. Logramos reconstruir la vaginal con escaso parénquima en su interior. Importante hematoma inguinal. Dejamos drenajes. Consideramos que en este caso encontramos todas las posibilidades de lesiones traumáticas de las bolsas y su contenido.

### Conclusiones

Hemos analizado 17 casos de traumatismos de la región escrotal. Hemos descrito la etiopatogenia, los síntomas, las lesiones anatomopatológicas, las dificultades diagnósticas y el tratamiento realizado en cada caso.

Siete pacientes no necesitaron del tratamiento quirúrgico, se trataba de 3 hematomas de escroto superficiales, 2 hematomas intratesticulares. Estos 2 casos demuestran que no todos los hematomas intratesticulares, productos de una contusión testicular deben ser operados; y que es correcta una observación clínica pues la evolución hacia la necrosis y supuración no es la regla, sobre todo en los casos leves.

Dos casos presentaron una orquiepididimitis en relación con el traumatismo. Hemos señalado las dificultades diagnósticas en cuanto al agente etiológico se refiere.

Ocho pacientes fueron operados. Debemos señalar la necesidad de la intervención quirúrgica cuando la masa epidídimo testicular no se palpa, sospechándose así, un hematocele que puede o no coexistir con una ruptura testicular. En ambos casos, es necesaria la operación para salvar al órgano testicular de una segura evolución hacia la supuración o necrosis, como se demostró en 2 pacientes que por no haber tenido tratamiento adecuado, requirieron la ectomía testicular, luego de varios días de evolución. En toda ruptura testicular debemos tratar de imponer un criterio conservador.

### DISCUSION

*Dr. Claret* (comentarista). — Felicito a la C. D. por esta interesante iniciativa, de designar un comentarista oficial para los trabajos cuyos autores lo soliciten.

El título de la comunicación es afortunado y por la variedad que han tenido los traumatismos, que han clasificado en abiertos y cerrados, entiendo que llena un vacío dentro de las presentadas a esta Sociedad.

Las 17 observaciones son coincidentes con la patología que hemos visto en nuestros medios urológicos. En cuanto a la etiología, han predominado los traumatismos determinados por las prácticas deportivas, en especial en el fútbol y en el rugby. Los pelotazos y los puntapiés han producido graves daños testiculares. El tratamiento seguido por los comunicantes es acertado. No hemos tenido observaciones tan felices, como ellos, de traumatismos superficiales.

Estimo que, ante la duda diagnóstica, cuando han pasado varios días entre el traumatismo y la presentación del enfermo a la consulta, debe abrirse el escroto y explorarlo, como se ha sustentado anteriormente. Tales dudas son aumentadas por el hematocele existente. Con esta conducta activa, hemos tenido oportunidad de comprobar efracciones de la albugínea con hernias del tejido noble y de ese modo, ha sido posible practicar cirugía conservadora, haciendo la "toilette" y la reparación de ese testículo.

Quiero destacar algo que es importante con relación al diagnóstico de esta patología

escrotal y que evidentemente, se presta a confusiones; hace pocos días tuvimos una triste experiencia en el hospital donde trabajamos. Un muchacho joven jugando al fútbol recibió un pelotazo. Se lo operó porque tenía un hematocele y el seudotraumatismo no era más que una torsión del testículo con varios días de evolución. Desgraciadamente, anteayer debimos reintervenirlo quirúrgicamente porque ese testículo fue al esfacelo total y tuvimos necesidad de llegar a la exéresis.

La terapéutica llevada a cabo en la generalidad de los casos presentados por los comunicantes, ha sido acertada. Ha habido casos muy graves, como el originado por la explosión de un amortiguador, que ha conducido a la exéresis completa del testículo.

Solicito a los presentes que critiquen la comunicación presentada o bien, que traigan algún aporte.

*Dr. Ghirlanda.* — Diversos autores hacen mención basándose en experimentación con animales, de procesos de autoinmunidad luego de la lesión testicular unilateral. En esterilidad masculina, los procesos de autoinmunidad son citados con frecuencia. Deseo saber si los autores del trabajo han hecho controles posteriores alejados de las funciones testiculares en el grupo de pacientes que han presentado.

*Dr. Scorticati.* — Quisiera se me aclare el concepto que se repitió sobre la orquitis u orquiepididimitis traumáticas posteriores al traumatismo.

En la presentación que hicimos con el Dr. Pagliere hace unos años, sostuvimos el criterio de quitar el sufijo "itis" a los problemas traumáticos, puesto que induce al intento de un tratamiento médico que muchas veces, no soluciona el cuadro. Es cierto que puede haber procesos inflamatorios posteriores al traumatismo, sobre todo de tipo de reacción granulomatosa por efracción de las vías espermáticas.

*Dr. Giudice.* — Los traumatismos testiculares son importantes dadas las cuestiones de orden médico-legal que pueden presentarse.

Con el doctor Otamendi atendimos en el Servicio a un paciente que tuvo un traumatismo de la bolsa escrotal por una cinta transportadora, sin estallido testicular. Se recuperó bien. Era un hombre casado con un hijo. Se divorció, quiso volver a tener descendencia y el espermograma demostró una azoospermia total. Practicada la biopsia correspondiente puso de relieve una acentuada fibrosis.

Quisiera preguntarle a los comunicantes si han hecho esos controles de espermograma en los casos anteriores.

*Dr. Pagliere.* — Quisiera agregar una pregunta: si es que hubo dificultades para la apreciación del valor, del punto de vista legal, de la pérdida uni o bilateral del testículo y si existe alguna disposición en vigencia, respecto a indemnizaciones.

*Dr. Muzio.* — Al Dr. Ghirlanda le diré que en nuestra casuística solamente un caso tuvo una lesión testicular bilateral. Tuvimos que practicar la ectomía de un testículo y en el otro, tratamos de recuperar el escaso parénquima que existía. Sobre este hombre no tenemos ningún control puesto que es un caso reciente, y está en manos de un colega endocrinólogo.

Con respecto a los otros casos de lesión del testículo propiamente dicho, fueron todos unilaterales. En dos solamente, hemos hecho control por medio de espermograma. Fueron los últimos dos que comentamos, con ruptura testicular en los que practicamos tratamiento conservador, en uno de ellos, en la parte media y en el otro, en el polo inferior. Ambos eran normales.

No tenemos experiencia sobre otro tipo de control con respecto a problemas de autoinmunidad.

Sobre la orquiepididimitis no hemos tomado partido en esta discusión. Siempre que en el relato nombramos a la orquiepididimitis, lo hacemos entre comillas.

En 1935, un autor estudió 100 casos de problemas inflamatorios del testículo relacionados de alguna manera con el esfuerzo. Se recordará también que Velpeau en el siglo pasado, hacía una diferenciación en cuanto a la orquitis traumática y la por esfuerzo. La orquitis traumática era el proceso inflamatorio que seguía a un traumatismo directo del testículo. En cambio, la orquitis por esfuerzo, que es la verdadera orquiepididimitis traumática, está limitada exclusivamente a la provocada por un traumatismo indirecto.

Nosotros no creemos tener suficiente autoridad para definirnos al respecto. Consideramos que en la orquiepididimitis los traumatismos no hacen más que revivir un proceso inflamatorio que está en latencia. Aquella teoría del paso de la orina a través del conducto deferente en el momento del esfuerzo puede ser cierta pero para que produzca la infección es necesario que esté infectada la orina que pasa por el conducto deferente. Por lo tanto, podríamos decir que el traumatismo no hizo más que disminuir las defensas de un órgano donde había una infección en estado de latencia.

La pregunta del doctor Giudice es bastante parecida a la del Dr. Ghirlanda y a esa respuesta me remito.

Con respecto a los problemas legales, el único conocimiento que tenemos es un trabajo presentado en 1950, sobre un caso muy interesante que se comentó en esta Sociedad de un guarda de tranvía que al ayudar a ascender al vehículo a una pasajera cayó al pavimento y la rueda trasera le amputó el pene y un testículo; el otro testículo quedó ligado al organismo sólo por el conducto deferente. Luego de ser atendido, se le propuso una plástica y aconsejado por su abogado, se opuso a ese tratamiento para obtener una mayor indemni-