

## NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CORRECCION QUIRURGICA DE LAS ANOMALIAS DE MIGRACION DEL TESTICULO

Dr. Blumberg, A. - Dr. Ancheleguez, R. - Dr. Musa, H.

### Resumen

*Presentamos una técnica quirúrgica para la corrección de las anomalías de migración testicular, que ofrece como ventajas un buen resultado estético y la prescindencia de artificios de fijación, que consideramos innecesarios, y de elementos de tracción, que además de ser de eficacia inconstante, parecen tener efectos nocivos sobre la glándula testicular.*

La detección de un testículo fuera de su lugar normal en las bolsas constituye una anomalía de regular frecuencia. La misma varía según distintos autores: en el niño nacido a término de 2,7 a 8 %; en el prematuro, de 20 a 30 %; en el adulto, de 0,15 a 0,23 %, debiéndose esta diferencia en la frecuencia entre adultos y niños al descenso espontáneo de los testículos altos que suele producirse en la pubertad. De acuerdo con la mayoría de las estadísticas la frecuencia en ambos lados es bastante similar, con ligero predominio para el derecho cuando es unilateral. Los casos bilaterales están también en límites variables de acuerdo con las distintas estadísticas, fluctuando entre 30 y 74 %.

A esto se debe agregar la incidencia de los testículos móviles, que pasan parte de su tiempo dentro de las bolsas y parte fuera de ellas. Esta anomalía tiene dos variantes de distinto mecanismo de producción: en la primera, el testículo, por fallas hormonales, y, según algunos, por fallas histológicas intrínsecas y congénitas (disgenesia de Sohval) interrumpe su descenso antes de llegar a las bolsas, y en la segunda el testículo, por múltiples posibilidades de obstrucción anatómica, hace un camino aberrante en lugar de penetrar en el escroto y se ubica delante de la aponeurosis, entre los músculos, en el periné, etc.

La anomalía de migración se completa por la existencia de un escroto pequeño y plano, al menos del lado enfermo, a veces de características sexuales, y otras veces asexual (liso, con pliegues longitudinales, despigmentado).

Ambas situaciones deben solucionarse quirúrgicamente previo intento de tratamiento endocrino con gonadotropinas coriónicas, en dosis y esquemas que varían según los autores.

Nuestra conducta es similar frente a cualquier anomalía de migración testicular. Comenzamos por administrar una serie de 6.000 unidades de gonadotropina coriónica, en inyecciones de 500 unidades a razón de tres por semana, lo que en raros casos provoca un sorpresivo descenso testicular. Somos conscientes de que diversos autores propugnan dosis mayores y esquemas más rápidos de administración, pero compartimos la opinión de muchos en el sentido de que las hormonas solucionan solamente los casos que hubieran tenido corrección espontánea en la pubertad. Es de conocimiento general que durante el primer año de vida y durante la pubertad es cuando se producen generalmente los descensos espontáneos de los testículos altos, de modo que la incidencia de anomalías en el recién nacido es mucho mayor que en el adulto. Debemos decir que no hemos tenido nunca ocasión de ver fenómenos de pubertad precoz. Dos semanas después de terminada la administración de las hormonas, operamos a nuestros pacientes, utilizando la técnica de nuestro Servicio que se inspira en la que está en uso en el Hospital de niños de Londres y en la publicada por Lockart y Surraco en 1961. Compartimos la actitud general de operar antes de los 6 años, y de ser posible antes

de los 5, ya que parece establecido que la tendencia carcinogénica de los testículos distópicos se reduce a la que existe en el resto de la población, operando antes de los 6 años, y que la operación antes de los 5 años es la única manera de paliar el daño histológico testicular que es constante en estos testículos anormales.

Nuestra técnica tiene por objeto ubicar al testículo en una posición lo más parecida posible a la normal y mantenerlo allí sin medios artificiales de fijación y sin recurrir a artificios que ejerzan tracción sobre él.

### Técnica

Incisión sobre el conducto inguinal. Investigamos el testículo y lo liberamos de sus adherencias. Liberamos igualmente el cordón en bloque hasta el orificio inguinal profundo. En ese momento ahuecamos y ampliamos la cavidad escrotal con el dedo índice y dejamos momentáneamente una torunda de gasa dentro de él. Volvemos al cordón y lo elongamos de la manera habitual despojándolo previamente del cremáster. Abrimos la vaginal testicular y la invertimos, reseándola si es excesivamente amplia. De existir una hernia, la tratamos en ese momento. Retiramos la torunda de gasa y hacemos una incisión escrotal cutánea sobre un pliegue de piel tomado entre dos pinzas; labramos a tijera una cavidad subcutánea y pasamos forzosamente el testículo por un pequeño orificio labrado en el fondo de esta cavidad. Cerramos la piel con sutura continua, y en la herida inguinal hacemos un cierre prefuncional del conducto inguinal y suturamos la piel con puntos continuos.

Nuestros resultados han satisfecho nuestros requerimientos. El control posterior de los pacientes muestra un escroto de aspecto indistinguible del normal, una cicatriz escrotal invisible. Los testículos controlados conservan una movilidad y ubicación similares a los normales; como se describe en muchos trabajos, los testículos preoperatoriamente altos no llegan al fondo de las bolsas. Nunca hemos observado un reascenso espontáneo del testículo en el posoperatorio.

Los testículos recién operados han sido generalmente de menor tamaño y consistencia que los normales; si bien algunos mantienen buen tono, unos pocos muestran hipertrofia; la sensibilidad suele ser menor que en los normales. No hemos controlado en esta revisión ni histológica ni espermográficamente el estado germinal de los pacientes.

En general no somos partidarios de la biopsia intraoperatoria de testículo en el niño, en quien la glándula suele ser extremadamente pequeña; las biopsias realizadas en pacientes seleccionados muestran cuadros histológicos comparables a los descritos en la literatura. Nuestra serie de enfermos, que comprende 59 casos, muestra un predominio de las formas unilaterales, con un 61 %, contra 39 % de bilaterales.