

Servicio de enferm. génito-urinarias del Hospital
Centenario de Rosario. Jefe: Dr. M. A. LLANOS

Por el Doctor

JUAN CARLOS TETTAMANTI

TORSION DEL TESTICULO EN ECTOPIA INGUINAL

Las torsiones del cordón espermático no constituyen una rareza, pero no son de observación frecuente; desde la importante monografía de Lapointe en 1904, la individualización en 1911 por Ombredanne del síndrome orquíptico agudo primitivo infantil cuya causa sería en la gran mayoría de los casos la torsión funicular y el síndrome descrito por Mouchet en 1923 de la torsión de la Hidátide de Morgagni, son numerosas las publicaciones aparecidas sobre este tema.

El haber tenido oportunidad de observar dos casos, el primero de torsión unilateral del cordón en un enfermo con ectopía testicular inguinal bilateral y el segundo con atrofia testicular consecutiva a la torsión del mismo con crisis dolorosas de la glándula del lado opuesto, nos sugirió su presentación por ser síndromes genitales agudos de observación rara en los servicios de la especialidad.

OBSERVACIÓN N° 1.

F. C., 17 años, argentino, ingresa al Servicio de Urología del Hospital N. del Centenario del Prof. Dr. Llanos el 14 de noviembre de 1939. Hist. Clín. 2152.

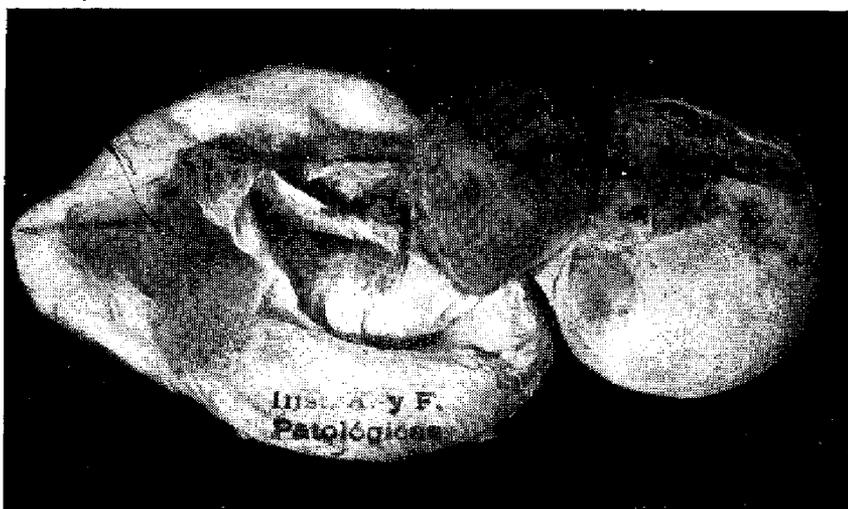
Antecedentes personales. — No ha iniciado la vida sexual; desde que recuerda ha notado sus bolsas escrotales vacías; a veces sensación de dolorosidad en región inguinal izquierda y aparición de una pequeña tumoración que luego desaparecía.

Enfermedad actual. — Hace 4 días al descender de un caballo siente un violento dolor en región inguino-abdominal izquierda con propagación hacia flanco y región lumbar del mismo lado, con vómitos; poco después nota la aparición en la ingle de una tumoración muy dolorosa al menor contacto y con los movimientos del muslo que lo obliga mantenerlo flexionado; desde entonces no hay

expulsión de materias fecales pero sí de gases: ingresa al servicio el 4º día de enfermedad.

Estado actual. — Buen estado general, 37°8 axilar, 38°6 rectal. Bolsas escrotales vacías y retraídas, pene y caracteres sexuales secundarios normales. Abdomen ligeramente aplanado, blando, depresible, indoloro, salvo a nivel de la región inguino-abdominal izquierda. A nivel de la parte media del conducto inguinal izquierdo se nota una tumoración ovoidea más alargada en sentido vertical, de aspecto inflamatorio, sobre la cual la piel no desliza, de consistencia elástica, prácticamente inmóvil, muy dolorosa. Testículo derecho en ectopía inguinal alta.

Con el diagnóstico de torsión en un testículo en ectopía se interviene de urgencia.



Fotografía de la pieza operatoria: torsión intravaginal del cordón espermático.

Operación. — Opera Dr. Tettamanti, ayuda Sr. Añaños. Raquinovocaina 0,08 g. Incisión sobre trayecto inguinal, la tumoración se halla cubierta por la aponeurosis del oblicuo mayor; incindida la misma se cae sobre la tumoración; abierta la serosa que lo recubre sale regular cantidad de líquido hemático y aparece el testículo-epididimo de color rojo-vinoso comprobándose torsión intravaginal del cordón; incindido el testículo presenta un infarto hemorrágico total por lo cual se lo extirpa. Cierre de la pared.

Se aconsejó el descenso del testículo derecho, pero el paciente no acepta.

OBSERVACIÓN N° 2.

Se trata de C. L., 24 años, argentino, soltero, de Soldini, que nos trae el colega de la localidad, y cuya historia clínica resumida nos informa: siempre sano, nunca venéreas. Hace aproximadamente 4 años en circunstancias que descendía de un carro siente un dolor violento en bolsa escrotal y región inguino-abdominal

izquierda, sin vómitos; la bolsa se tumefacta y se hace muy dolorosa; por prescripción facultativa guarda reposo e hielo local, con lo cual consigue la curación pero con disminución progresiva del contenido escrotal, quedando reducida la glándula al cabo de 6 meses a un pequeño NODULO duro.

Enfermedad actual. — Nos consulta por crisis dolorosas no muy intensas en su región escrotal derecha, que aparecen súbitamente con intervalos variables de escasa duración, acompañadas de ligera tumefacción local y que desaparecen espontáneamente y que desde hac dos años lo tienen preocupado.

Al exámen encontramos: testículo, epididimo y cordón derechos normales gozando de una amplia movilidad dentro de un escroto largo; no hay varicocele. Hemibolsa escrotal izquierda habitada por un nódulo duro, tamaño de un garbanzo. Orinas limpias, sin filamentos; próstata normal.

Por los antecedentes del enfermo y el examen clínico hacemos el diagnóstico retrospectivo de atrofia testicular izquierda por torsión del cordón espermático y de crisis de torsión parcial a repetición del lado derecho con destorsión espontánea, aconsejándole la intervención quirúrgica, pero no vemos más al enfermo.

CONSIDERACIONES:

La torsión del cordón espermático sea intra o supravaginal según el grado y duración de la misma, lleva a la glándula seminal a la necrobiosis hemorrágica con atrofia consecutiva o bien a la gangrena con eliminación del órgano por falta de irrigación, lesiones que según Enderben aparecerían a las 24 horas y según otros a las 16 horas en caso de torsión completa; de ahí que sólo un diagnóstico precoz y una intervención inmediata es lo que puede mejorar el pronóstico, sin esperar la detorsión espontánea observada en algunos casos pero que según al concepción de Ombredanne puede ser incompleta dejando la glándula en un cierto grado de rotación que compromete en mayor o menor grado su nutrición.

Sin querer entrar en consideraciones etio-patogénicas que no constituyen el objeto de esta comunicación, queremos recordar por ser hechos ya bien establecidos que muchos de los síndromes orquíticos agudos considerados como primitivos de los niños o adolescentes no son más que torsiones del cordón, como lo ha puesto de manifiesto Ombredanne o de los restos embrionarios del testículo, en especial de la hidatide testicular.

Desde el punto de vista clínico destacaremos que el síndrome mecánico producido por la torsión del cordón ya sea en testículos en buena posición o en ectopía puede presentarse bajo la forma sobre-

aguda, la más común, o bien subaguda menos conocida y aún a poussés sucesivas.

La forma *sobraguda* la más frecuente se caracteriza por su iniciación brusca ya sea espontáneamente o en ocasión de un esfuerzo por un violento dolor en el escroto o en la región inguino-abdominal, irradiándose a veces a la región lumbar y aun a todo el vientre; palidez, sudores, puiso rápido estado nauseoso y vómitos, temperatura y aun detención de materias fecales más raramente de gases acompañan el cuadro clínico. Los signos objetivos no tardan en aparecer: tumefacción de la bolsa escrotal que va en aumento adquiriendo un aspecto inflamatorio; al examen local la palpación reconoce un edema más o menos marcado del escroto y una masa tumoral, muy dolorosa, en la cual es difícil diferenciar el testículo del epididimo, que se prolonga hacia arriba por una tumefacción uniforme del cordón a veces muy acentuada que imposibilita la individualización del canal deferente y que se extiende en ocasiones hasta el orificio inguinal superficial. En los testículos en ectopía la tumoración se halla en el trayecto inguinal, ovoidea; edema y rubor locales se agregan a la existencia de un tumor muy doloroso, fijo e irreductible, renitente en ocasiones fluctuante.

En la forma *subaguda* la iniciación es más insidiosa, por dolor moderado pesantez y tumefacción de la bolsa escrotal, sin los síntomas reflejos de la forma anterior; a veces es difícil diferenciar el testículo del epididimo de consistencia uniforme, regular, lisa, en ocasiones irregular. En esta forma todos los síntomas están reducidos a menos y reviste según la expresión de Chevassu el aspecto de una "orquitis a progresiva atenuación", pero que lleva comunemente a la atrofia testicular.

La forma a *poussés sucesivas* se caracteriza por accidentes dolorosos de torsión que se presentan a intervalos variables, con tumefacción del escroto y que desaparecen rápidamente por destorsión espontánea o provocada por el mismo enfermo, como ha sido observado en algunos casos. Si bien es cierto que esta modalidad por ser de escasa duración no lleva a las graves consecuencias de las formas anteriores, no es menos cierto que muchos de estos enfermos terminan por presentar en un tiempo más o menos variable los accidentes de la torsión irreversible.

Los accidentes mecánicos producidos por la torsión funicular no son siempre de fácil diagnóstico, como lo atestiguan las estadísticas operatorias; entre nosotros Grimaldi F. E. en un total de 19 observaciones nacionales, encuentra que el diagnóstico exacto preoperatorio se hizo en 13 casos, siendo con el de hernia estrangulada que se presta a mayor confusión, más raramente con la apendicitis aguda herniaria. Sin embargo, el error no será de consecuencias graves pues la intervención quirúrgica de urgencia será la conducta a seguir en tales casos.

Pero donde el diagnóstico de torsión adquiere suma importancia desde el punto de vista terapéutico es con los procesos agudos orquiepididimarios de naturaleza infecciosa: la falta de antecedentes infecciosos como uretritis, parotiditis, gripe, varicela, etc. que expliquen el cuadro clínico subjetivo y objetivo, nos harán pensar en la torsión del cordón: a falta de un diagnóstico preciso y en la duda más vale ser intervencionistas, siguiendo el criterio establecido por Ombredanne, pues la operación precoz como dice el autor no retarda la evolución de una orquitis, pero si puede "salvar los testículos retorcidos".

En las formas a repetición, como en nuestra Ob. 2, la escasa duración del accidente con vuelta a la normalidad del sistema epididimo-testicular, impide en muchas ocasiones su observación; un prolijo examen clínico nos hará deducir por exclusión, el diagnóstico.

Con respecto al diagnóstico diferencial entre torsión del cordón y de la hidátide de Morgagni, debe tenerse en cuenta que en esta última el cuadro es más atenuado, dolor más moderado, edema y enrojecimiento de la bolsa menos pronunciado, así como la tumefacción epididimo-testicular que es más dolorosa en su polo antero-superior, pudiendo a veces palpar a ese nivel una pequeña tumoración.

La indicación quirúrgica precoz es el criterio que debe primar frente a un cuadro de torsión del cordón; la intervención a efectuar dependerá del estado anatómico de la glándula; en principio debe ser conservador cuando la necrosis de la misma no sea un hecho: previa destorsión se hará la pexia del órgano. En los casos de crisis de torsión a repetición se aconsejará la orquidopexia, sin esperar la crisis de torsión irreversible.

DISCUSION

Dr. Pagliere. — Como siempre es un problema muy difícil establecer si una glándula está necrosada o si es capaz de recuperar su vitalidad, dejándolo en su sitio, creo que se debe aconsejar siempre conservar el testículo aun a riesgo de que se necrose secundariamente, cuya necrosis, si es aséptica no tiene ninguna importancia.
