

Por el Doctor
GERARDO VILAR

VOLVULOS DE TESTICULO

EL vólculo de testículo es una afección que lleva a la destrucción casi fatal de tan noble glándula.

Aunque no muy frecuente, es lo suficiente como para insistir en su sintomatología, para que el médico práctico pueda llegar a un diagnóstico cuando todavía es posible evitar la necrosis de la glándula.

Sobre el mecanismo ya se han ocupado diversos autores y nosotros, pero quiero insistir en su sintomatología para llegar a un diagnóstico precoz que evite el pronóstico sombrío.

En los siete casos por nosotros observados, todos ellos dan el antecedente de vólculos incompletos que han hecho detorsión espontánea. Refieren que han tenido varias veces crisis dolorosas con fluxión de bolsa de corta duración y que pasado el dolor todo vuelve en orden. Estos enfermos si hubieran tenido la suerte de acudir al médico, podría haberse hecho diagnóstico de glándula sin gubernáculum o con éste excesivamente laxo, e indicado el tratamiento preventivo.

Una vez establecido el vólculo se traduce en un proceso doloroso de hemibolsa que se diferencia de los procesos comunes (epididimitis, orquitis, etc.) que permiten la marcha cautelosa con los muslos en abducción, en que se produce acentuada flexión, abducción y rotación externa del muslo del lado afecto, con una marcha tan característica que nos ha permitido hacer diagnóstico al ver entrar a nuestros pacientes en el consultorio.

Uno de ellos que desde hacía años sentía fuertes dolores en testículo que aparecían bruscamente, lograba hacer cesar el dolor y, por supuesto, la detorsión, haciendo que le tiraran bruscamente de la pierna del lado afecto para corregir el "calambre" (según él), pero que describe como contractura en la posición señalada. Una

vez, no logró hacer cesar el dolor. Fue porque el vólvulo se hizo completo y cuando llegó a nuestra consulta, hubo que extirpar la glándula.

Otro paciente que venía con vólvulo doble, la flexión, abducción y rotación externa de muslo bilateral, no sólo le impedía la marcha, sino que los que lo conducían tenían que respetar la posición de ambos muslos, alzando como ánfora de dos asas. Este pobre enfermo tuvo sus vólvulos en forma sucesiva. De haber sido diagnosticado el primero (quince días de antelación con respecto al segundo), se hubiera evitado la destrucción del otro testículo. Procedimos a la detorsión bilateral, pero la atrofia consecutiva fue completa.

En los vólvulos unilaterales hemos investigado la glándula opuesta, hallando en todos los casos falta de gubernáculum y adherencias, que forman la cuerda sobre la que puede producirse la torsión. Practicamos la liberación de las adherencias y fijación del polo inferior del testículo a la bolsa.

Resumiendo: Teniendo en cuenta la extrema gravedad del vólvulo, que cuando es completa lleva siempre a la destrucción de la glándula, como hemos comprobado en todos nuestros operados, debe estar presente en la mente de todo médico que los testículos sin gubernáculum son propensos al vólvulo y cuando el enfermo refiere crisis dolorosas de bolsas que han pasado, no debe darse por satisfecho al constatar testículo y epidídimo indemnes, sino pensar en los vólvulos incompletos con detorsión espontánea que son el preludio de la torsión completa e irreversible.

En los procesos dolorosos de bolsa que determinan la posición de flexión, abducción y rotación externa del muslo, hay que pensar siempre en el vólvulo, empezando por explorar el testículo opuesto, que nosotros hemos hallado siempre sin gubernáculum.

La intervención quirúrgica suele ser tardía, es decir, no se evita la destrucción del testículo. Pero podemos ser muy eficaces, fijando el otro testículo, o lo que sería ideal, diagnosticando los vólvulos incompletos de detorsión espontánea, haciendo la fijación preventiva.