

HERNIA INGUINAL Y TESTICULO ECTOPICO

Por el Dr. JORGE LOCKHART

En el estudio de la ectopía testicular y de las diversas circunstancias que contribuyen a constituirla surge siempre un elemento de primordial importancia, la serosa peritoneal, que puede adoptar modalidades distintas de jerarquía variable pero siempre de gran interés.

En estos últimos tiempos, hemos tenido oportunidad de actuar en dos casos en que coexistían una ectopía testicular disociada, es decir, testículo pre-inguinal y ansa del deferente muy desarrollada con topografía escrotal y un saco herniario habitado por el epiplón.

Dichos enfermos se mostraban a la clínica con una bolsa unilateralmente desocupada, pero no de un modo total. El hemi-escroto aparecía con buena pigmentación, con sus pliegues dartoicos bien desarrollados y en la palpación a través de los planos superficiales, se constataba la existencia de un cordón en ansa, el deferente, más neto hacia arriba que hacia el polo de la bolsa, donde se perdía en el espesor de una zona que correspondía al ligamento escrotal.

Examinando la región con el enfermo de pie y haciendo esfuerzos que originen un aumento de la presión intra-abdominal aparecía una nueva tumefacción que llegaba al tercio medio de la bolsa, con pedículo inguinal, adherida al cordón ya mencionado y con los caracteres clínicos de una hernia inguinal oblicua externa a contenido epiploica. Por último, la observación de la región inguinal señalaba la presencia de un testículo de tamaño mediano, sensible, de consistencia elástica, libre de los planos vecinos y con cierta movilidad dentro de la logia pre-inguinal.

Los datos clínicos fundamentales que caracterizaban estos casos eran los siguientes:

- 1) Existencia de una ectopía testicular unilateral.
- 2) Dicha ectopía coincidía con la presencia de un hemi-escroto bien desarrollado del punto de vista de su sexualidad secundaria, por presentar pigmentación marcada y pliegues dartoicos pronunciados.
- 3) La ectopía era del tipo disociado: el deferente haciendo un gran ansa llegaba cerca del fondo de la bolsa, mientras que el testículo persistía en la legía pre-inguinal por encima del tercer anillo.
- 4) Coexistía dicha ectopía disociada con una hernia inguinal que, al descender al escroto, tomaba una vinculación íntima con el deferente.

El acto operatorio realizado con la técnica preconizada por Surraco, mostró precisamente todos los detalles que habíamos previsto en el examen semiológico.

Fué teniendo en cuenta esa disposición particular que procedimos a la disección cuidadosa del saco herniario y sobre todo del deferente, donde están las mayores dificultades operatorias, puesto que aparece dentro de un tejido conjuntivo al parecer despreciable y que si no es tenido en cuenta puede ser seccionado, con las consecuencias consiguientes.

CONSIDERACIONES

El testículo en su descenso desde la región lumbar, busca su vinculación al sistema canalicular excretor epidídimo-deferencial, para llegar a constituir un sistema visceral rico y ocupar su topografía escrotal definitiva.

En ese largo trayecto intervienen en su dinámica los complejos hormonales y las dificultades en su evolución estarán condicionadas por la particular constitución anatómica regional.

El testículo por una parte y el deferente por otra, pese a su origen aparentemente muy distinto, tienen de común su localización subserosa, con una adherencia íntima al peritoneo y relacionándose también a todo el sistema muscular liso que forma parte integrante fundamental de dicho tejido sub-peritoneal.

En el trayecto inguinal, esa relación víscero-canalicular empieza a hacerse más íntima y el deferente entra a formar parte del funículo junto con el sistema vascular del testículo. En ese recorrido el deferente puede sin embargo tomar un

desarrollo mucho mayor, sobre todo a expensas de la vertiente vesicular y llegar entonces a la bolsa, antes que el testículo, precediéndolo a veces definitivamente, si no se interviene quirúrgicamente.

En el descenso mayor del deferente interviene primordialmente ese sistema muscular liso sub-peritoneal ya mencionado, que condensándose en haces más apretados vendría a constituir el gubernáculo de los autores clásicos.

Dicho sistema tractor orientado indiscutiblemente por factores hormonales, por su implantación subserosa, ejerce simultáneamente su acción sobre el peritoneo al que arrastra a través del orificio inguinal interno, haciéndolo penetrar en el cordón y llevándolo en su progresión a niveles variables hacia la bolsa, siempre estrechamente unido al deferente, constituyendo primitivamente una punta de hernia, para luego llegar a formar un verdadero saco deshabitado o bien ocupado en etapas posteriores por órganos del contenido abdominal.

Es un hecho constante que, un divertículo seroso acompañe al testículo etópico a tal punto, que siempre será tenido en cuenta cuando se libera su pedículo, siendo además un factor que impide el buen descenso en el acto operatorio.

En algunos casos dicho receso puede adquirir un volumen muy considerable y descender a la bolsa precediendo al testículo, que encuentra en él un nuevo factor que impide el recorrido normal, aunque acompañando siempre al deferente, con quien sigue manteniendo una relación inmediata que los adhiere en toda su trayectoria. En estos casos todo sucede como si el sistema muscular subseroso actuara traccionando solamente sobre el ansa del deferente y la serosa que lo acompaña en el momento de penetrar en el canal inguinal y que el testículo, aunque arrastrado por el mismo factor y encontrándose en buenas condiciones del punto de vista hormonal, está limitado en su descenso por el obstáculo que las distintas formaciones conjuntivas de la región pre-inguinal le constituyen hasta alcanzar el tercer anillo.

Se produce entonces el descenso disociado de la porción canalicular del sistema, llevando consigo al receso peritoneal, y pudiendo alcanzar una posición escrotal definitiva en la última etapa del recorrido.

En algunos casos el saco peritoneal coexiste con un testículo oscilante o retráctil, condicionado sobre todo por el cremaster interno (Surraco) y puede adoptar diversas posiciones, altas o bajas y que en su movilidad puede encontrarse favorecido por dicho receso seroso, que proporciona un plano de deslizamiento importante.

En estas circunstancias, el testículo puede estar situado habitualmente en la logia pre-inguinal y descender al escroto excepcionalmente, constituyendo una

verdadera criptorquidia retráctil con un aspecto clínico particular, pero con las exigencias operatorias que en el caso de ectopia permanente y no oscilante. Una vez atravesado el orificio inguinal externo, el testículo encuentra un tejido conjuntivo que adopta una sistematización en fascias, que ha sido muy discutida, pero que responde evidentemente a algunas directivas esenciales.

En primer lugar y luego del tejido areolar y grasoso que forma la capa más externa del fascia superficialis de los autores franceses, aparece una hoja conjuntiva más condensada, la fascia de Camper, que siguiendo la cara profunda de la dermis en toda su extensión pasa a la bolsa, donde desaparece el tejido areolar y se adhiere más íntimamente a la piel, constituyendo el dartos. En el escroto, el dartos forma una hoja continua originando el saco dartoico, dependencia estrictamente abdominal y completamente aislada del periné, del pene, y del muslo correspondiente. En efecto, comunica ampliamente hacia la logia pre-inguinal y por un trayecto intraparietal con el contenido abdominal y está destinado a alojar en última instancia a un órgano que procede de dicho origen.

Hacia el periné y al nivel del surco escroto-perineal el dartos con un trayecto recurrente, vuelve hacia la pared abdominal formando un tabique que separa ambas regiones netamente. Cada hemi escroto a su vez tiene una independencia total, proporcionada por la fusión de las dos logias dartoicas que constituyen así un tabique sagital mediano.

Por debajo del Camper aparece una nueva formación conjuntiva, el fascia de Scarpa, con dos hojas perfectamente aislables, una superficial y otra profunda, que está relacionada más íntimamente con el plano parietal muscular a tal punto que algunos autores la consideran como una vaina de envoltura del músculo gran oblicuo.

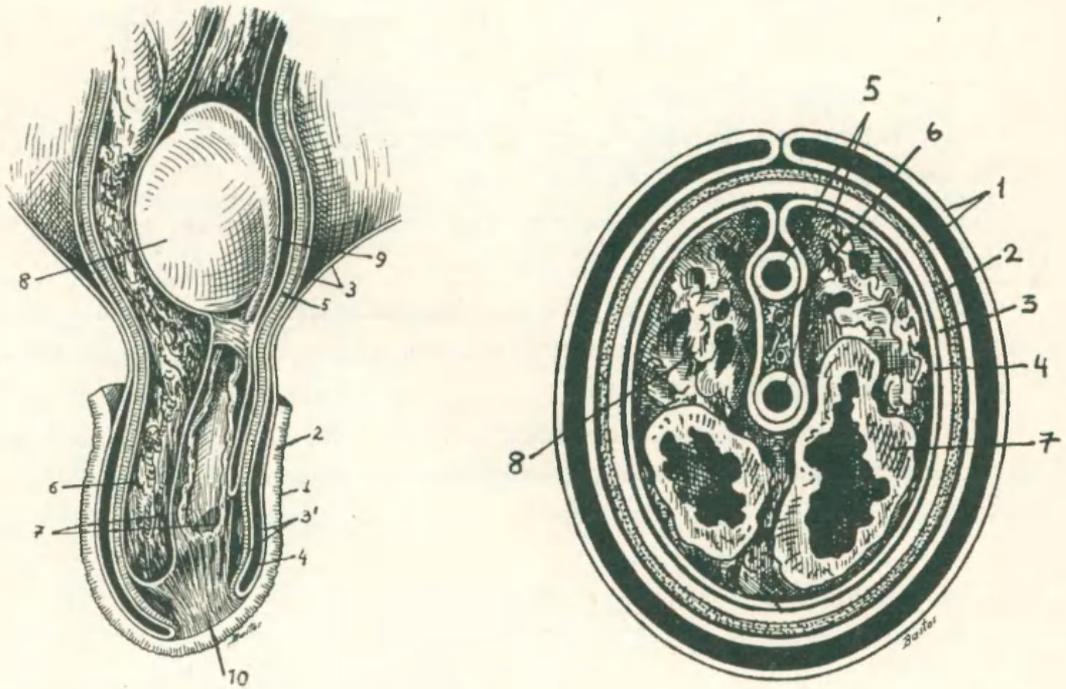
El testículo en su descenso se invagina en ellas y las arrastra hacia la bolsa, pasando previamente por una zona más estrecha que muchos le dan jerarquía de tercer anillo, inguinal y que es la puerta de entrada de la bolsa o istmo escrotal y donde los tejidos superficiales, de tensos y elásticos, se vuelven mucho más flexibles y laxos. Es a su nivel que se forma un anillo de resistencia cuando al comenzar la exploración semiológica de la región se hace la invaginación digital.

Cuando el testículo llega a adoptar su posición definitiva intra escrotal, arrastra el fascia de Scarpa, permitiendo entonces que persista entre sus hojas un plano fácilmente decolable, sin vasos y que constituye el verdadero espacio celular parietal de las bolsas. Tal es el concepto de Surraco, confirmado por los hechos clínicos, por los actos operatorios cuidadosamente conducidos y por las disecciones del cadáver.

Los fascias de Camper y de Scarpa pertenecen a un sistema común de hojas

conjuntivas que dependiendo del ligamento suspensor constituyen elementos fundamentales de la arquitectura fascial preinguinoescrotoperineal.

Mientras que la hoja parietal del Scarpa recubre por su cara profunda en



EXPLICACION DE LOS ESQUEMAS

El primero es un corte frontal donde se pueden percibir todos los planos de la región y cómo se comportan frente a la ectopia disociada y la hernia concomitante: 1, piel de escroto; 2, dartos escrotal; 3, scarpa abdominal, 3, scarpa escrotal; 4, espacio celular de la bolsa; 5, fibrosa recubierta por el cremaster; 6, saco herniario; 7, ansa del defedente; 8 testículo; 9, epidimo; 10, ligamento escrotal.

El segundo es un corte transversal y muestra el saco peritoneal adherido al deferente: 1, scarpa; 2, cremaster; 3, fibrosa; 4, saco herniario; 5, deferente; 6, vasos; 7, intestino; 8, epillón.

toda su extensión al fascia de Camper y al dartos escrotal, su hoja visceral envaina el funículo espermático desde el sitio de salida a nivel del orificio inguinal externo a cuyos bordes se adhiere fuertemente y luego al testículoepididimo y

al llegar al ligamento escrotal lo envuelve por sus dos caras continuándose con la hoja parietal.

De esa manera aplicará la formación visceral contra el plano posterior y pediculizará la región funículo-testículo-epididimo y el ligamento escrotal dentro de un espacio virtual, sin vasos, establecido por las dos hojas del Scarpa permitiendo de ese modo el movimiento visceral producido por la contracción cremasteriana.

En las ectopías disociadas, el testículo permanece retenido en la logia preinguinal y aunque la naturaleza íntima del proceso se nos escapa, es evidente que existen factores morfológicos fundamentales.

Dichas alternaciones se encuentran sobre todo en el istmo del escroto o 3er. anillo y en la cavidad escrotal y logia de Scarpa.

Se producirán tabicamiento o bien el desarrollo de bridas normales del ligamento suspensor o disposiciones embrionarias que dan lugar a la formación de divertículos de la logia de Scarpa.

En otros casos existirán adherencias entre las 2 hojas del Scarpa que impiden la pediculización y por consiguiente el correcto descenso.

CONCLUSIONES

- 1) Es frecuente la existencia de ectopías testiculares disociadas, con el testículo colocado en la región preinguinal y un ansa deferencial muy larga y con topografía escrotal.
- 2) El pequeño divertículo seroso deshabitado, es un hecho constante en la ectopía testicular.
- 3) El saco herniario conteniendo epiplón o intestino es frecuente acompañado al deferente excepcionalmente descendido llegado al escroto y precediendo al testículo que persiste alojado en la logia preinguinal, pero puede también encontrarse dicha circunstancia en casos de testículos oscilantes, es decir, criptorquídeas retráctiles, falsas o verdaderas.
- 4) El descenso simultáneo de la hernia y del deferente, sería condicionado por un sistema tractor constituido por haces fibromusculares dependientes del tejido subperitoneal.
- 5) El acto quirúrgico realizado por vía inguinal tendrá en cuenta esos fac-

tores y ser cuidadoso en la liberación del peritoneo y la disección del deferente en su trayecto escrotal.

DISCUSIÓN

Dr. Irazu. — *Ante todo, deseo felicitar al doctor Lockhart por la minuciosa exposición de los distintos casos que nos ha hecho.*

Yo no recuerdo haber observado nunca esa anomalía del deferente en el escroto a que se refiere el doctor Lockhart. Me interesa saber, tanto en éste como en todos los casos de ectopia testicular, qué criterio tiene el doctor Lockhart antes de la intervención con respecto al testículo, si efectúa o no un tratamiento hormonal previo. Es sabido que la glándula testicular, en determinados casos, puede descender a consecuencia de un tratamiento hormonal, salvo en casos de ectopia. Pero aun así, puede beneficiarse al enfermo con ese tratamiento.

Desearía saber si realizan ese tratamiento hormonal previo y cuál es el procedimiento quirúrgico adoptado en ambos casos.

Dr. Lockhart. — *Contestando al doctor Irazu, diré que los dos casos operados eran de enfermos adultos: uno de ellos, tenía 20 años y 21 o 22 años, el otro.*

Nosotros consideramos que a esa edad, el tratamiento hormonal no da resultado; creemos que dicho tratamiento solamente puede actuar hasta los 11 o 12 años de edad. Por algunos casos de operados, en los que se ha seguido un tratamiento hormonal previo, tenemos la impresión de que se producen alteraciones fibrosas en la región, lo que dificulta el acto operatorio.

En cuanto al procedimiento quirúrgico utilizado, usamos el preconizado por el Profesor Surraco, que consiste en labrar una logia entre el dartos escrotal y el perineal. Un detalle operatorio, en el que insistimos mucho, es el de despejar bien el peritoneo de los vasos que irrigan al testículo. Hasta que no conseguimos una liberación amplísima, no continuamos con el acto operatorio. Luego, se labra el trayecto hasta la bolsa y en el espesor de la pared de la bolsa, bien hacia la parte posterior, es decir, hacia el periné. Se fabrica una logia por debajo del dartos, que permite —sin necesidad de poner puntos hacia afuera— mantener perfectamente el testículo.

Nuestra estadística es muy extensa y los resultados obtenidos, felizmente, son muy buenos.

No me queda, pues, sino agradecer nuevamente la deferencia que han tenido para conmigo, que realmente, la conceptúo excesiva.