

RETRACCION BILATERAL DE LOS TESTICULOS POR HIPERTONIA E HIPERREFLEXIA DEL CREMASTER (Síndrome de Andre-Thomas)

Por el Dr. JUAN IRAZU

Recientemente hemos asistido a un adolescente que nos fué enviado por un colega para tratarlo de criptorquidea bilateral.

Era un gran obeso que no acusaba otro padecimiento que sus bolsas deshabitadas. Su ulterior examen permitió comprobar su fácil descenso manual de ambas glándulas al escroto. Esto nos hizo pensar en una herrónea interpretación diagnóstica. Por criptorquidia, se entiende la detención anormal del testículo a distintas alturas de su recorrido, sin alcanzar el fondo del escroto, después del nacimiento.

Si nuestra primera intención fué rechazar el paciente, respetuosos de la indicación del colega, pensamos complacientes como subsanar el error.

Haciendo luego memoria de algún caso similar en nuestra práctica, recordamos de otro de nuestra clientela privada.

Observación 1. Se trataba de un adulto de 35 años, profesional, con estado de depresión nerviosa y sensación continua de malestar en las bolsas, fatiga, insomnio, inapetencia y debilidad sexual. Refería entonces que sus testículos se retraían en posición de pie, en la marcha y durante el coito. Su pene se reducía de tamaño y la región era invadida de enfriamiento. Los testículos volvían a las bolsas en posición decúbite. Sus genitales eran pequeños. Los testículos aparecían retraídos contra el orificio inguinal externo, pero era posible llevarlos al fondo del escroto. Los mismos ascendían bruscamente al provocar el reflejo cremastéreo que era vivo.

Desconociendo el síndrome, lo atribuimos a un déficit hormonal congénito y fué tratado con plurihormonas sin resultado positivo.

Observación 2. N. C., de 15 años. Ingresó al Servicio del Prof. R. de Surra Canard el 21 de septiembre de 1947. Es un obeso hereditario, sus padres son obesos. Pesa 95 kilos y su

conformación es del tipo adiposo genital. De mente despejada, es estudiante aventajado. Ha concurrido a su médico para que le trate su obesidad. Su examen genital sólo denota un pene retraído, fimótico, de frenillo breve. Su escroto bien desarrollado con grandes pliegues deshabitado. Los testículos de regular tamaño están retraídos bajo la piel prepupal que abultan y en contacto con el orificio externo del conducto inguinal de ambos lados. Esta situación se mantiene en posición de pie y suelen descender espontáneamente en el decúbito. Su descenso al fondo de la bolsa es fácil conseguirlo para volver a ascender después. Su conformación es normal, consistencia, sensibilidad y anexos así como el cordón y el orificio inguinal externo. La fascia escrotal es amplia en ambos lados.

El reflejo cremastéreo es exagerado y la zona reflexógena más extendida. Se obtiene por excitación de cualquier segmento de los miembros inferiores y del abdomen inferior y flancos. Es decir que existe una hipertonia e hiperreflexia del cremaster. El examen del sistema nervioso no ha demostrado otras alteraciones fundamentales. Tampoco se han observado, variaciones del tono muscular de otras partes del cuerpo. Su aparato urinario sin particularidades, no comprobándose indicios de otras afecciones.

Como tratamiento resolvimos practicar en primera instancia un simple cierre de la fascia escrotal para evitar así la excursión de los testículos. Pero durante el acto operatorio llegamos a la conclusión que tal técnica sería insuficiente pues la misma no podría evitar por lo menos la retracción parcial. Así fué que optamos por crear un sencillo procedimiento cuya anterior realización desconocemos. La misma consiste en los siguientes tiempos que vamos a relatar.

Operación: Bajo anestesia de gases en este caso. 1º Tiempo: Incisión curvilínea, prepupaliana un centímetro por fuera de ambos orificios inguinales, que interesa piel y panículo adiposo hasta la aponeurosis. 2º: Se localizan y aíslan ambos cordones espermáticos a nivel del orificio inguinal externo. 3º: Sobre la fibrosa del cordón se aíslan bajo sonda acañalada ambos haces musculares del cremaster. 4º: Sobre pinzas de Kocher se seccionan los mismos. 5º: Se atraviesan ambos cabos con un punto por transfixión de catgut Nº 0 y se anudan sus extremos abandonándolos en la herida. 6º: Sutura de la fascia escrotal que se fija a la fibrosa del cordón y tejido celular. 7º: Sutura de piel con hilo a puntos separados.

Marcha de la operación: 1º día, edema del escroto. 2º día, se retira el drenaje. 8º día se retiran los puntos de piel. 10 día, alta, curado. Los testículos permanecen al fondo del escroto y el reflejo cremastéreo voluntario, no puede realizar la retracción.

CONSIDERACIONES ANATOMO FISIOLÓGICAS

El cremaster, según Testut "Es una expansión de los músculos anchos del abdomen y está formado por dos haces. El has pubiano o interno, relativamente pequeño, que falta algunas veces y se desprende de la espina del púbis. El has ilíaco o externo, mucho más voluminoso que se inserta en el arco femoral un poco por fuera del orificio externo del conducto inguinal. La túnica muscular del testículo situada por debajo del a túnica celulosa está formada por las dilataciones del cremaster o entroides."

El cremaster, según Testut "Es una expansión de los músculos anchos del túnica fibrosa y aproxima el testículo al anillo inguinal. Está inervado por las ramas genitales motoras del plexo lumbar."

ETIOPATOGENIA

Vertidos los conceptos anátomo-fisiológicos del cremaster y teniendo presente el síndrome de hipertonia e hiperreflexia de dicho músculo, veamos si es posible deducir su patogenia.

De la consulta bibliográfica sólo hemos hallado dos observaciones similares de André-Thomas, publicadas en el *Paris Medical*, a. 1927, T. 65, pág. 73. El citado autor dice "que la fisiopatología de la retracción testicular, está envuelta de una gran oscuridad. Sin embargo, no habiéndose observado la hipertonia en enfermedades del sistema nervioso central, puede aceptarse la hipótesis de una lesión local situada en el músculo o sobre la porción periférica del nervio motor."

"La interpretación de la hiperreflexia del cremaster es también oscura, pues esa zona reflexógena no ha sido bien demarcada y es variable en su intensidad en un veinte por ciento de casos. Hay que tenerlo presente para la diferenciación entre normal y patológico."

"El síndrome es de elementos netos e indudables y en el futuro podrá saberse si se trata de un proceso residual en relación con una lesión local o si se trata de un síndrome que marca la primera etapa de una afección evolutiva."

En nuestras observaciones no hemos constatado lesiones del sistema nervioso, pero si un hipogonadismo con menor desarrollo de los órganos genitales en el primer caso y adiposidad genital en el segundo.

Este déficit glandular permitiría sostener la posible existencia de una patogenia hormonal, cuya comprobación es necesario establecer. La misma podría verificarse por el dosaje de los ketesteroides de la orina. Así tal vez vastaría un tratamiento hormonal para curar el síndrome.

Mientras tanto, aconsejamos en casos similares, efectuar el procedimiento quirúrgico por nosotros citado.

RESUMEN

Se citan dos casos de retracción testicular por hipertonia e hiperreflexia del cremaster (síndrome de André-Thomas). Su patogenia permanece oscura siendo posible que el mismo sea producido por lesiones del nervio periférico o por déficit hormonal. Se propone un tratamiento quirúrgico cuya técnica se describe.

DISCUSIÓN

Dr. Vilar. — *Desearía preguntarle al doctor Irazu, cuánto tiempo hace que fué operado ese enfermo.*

Dr. Irazu. — *Hace más o menos dos meses.*

Llama la atención la diferencia que existe entre el estado pre-operatorio y el

post-operatorio. Exigimos al paciente que, voluntariamente, provocara sus reflejos, sin conseguirlo.

Andrée Thomas ha comprobado que en un 20 % el reflejo voluntario se puede provocar por la contracción del cremaster, de manera que también se puede obtener el reflejo cremasterio por excitación del lado sano, provocándose así el reflejo del lado enfermo.

Nos llama la atención la forma en que se han llegado los testículos. La bolsa y el escroto, más bien, eran elongados. En los primeros días del post-operatorio, sólo había un ligero edema que después se redujo. De manera que será interesante observar otros casos.

Dr. Trabucco. — Deseo preguntarle al doctor Irazu si hizo el estudio del líquido céfalorraquídeo y si practicó dosaje de gesteroides, el que tiene importancia en estos casos, porque es de observación bastante corriente, que en los enfermos hipotiroideos —y es de advertir que el hipotiroidismo es muy poco frecuente en el hombre— hemos observado que los testículos siempre están contra el abdomen. Quizá esto tenga alguna relación con una hipertonia del cremáster.

Es por esto, que sería muy interesante hacer un estudio completo de estos enfermos, examen del líquido céfalorraquídeo, el dosaje en vejiga de gesteroides, para completar la imagen androgénica y el metabolismo basal y ver así, si existe algún desequilibrio.

Dr. Irazu. — A nosotros, este caso nos tomó completamente de sorpresa, puesto que íbamos a realizar un acto quirúrgico más sencillo.

Hay antecedentes en los dos casos de Andrée Thomas, que posiblemente sean mundiales, que habiendo practicado examen del líquido céfalorraquídeo y del sistema nervioso, no se encontró ninguna irregularidad.
