

Hospital Alvear. Servicio de Urología  
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

## ESTALLIDO DEL TESTICULO POR TRAUMATISMO

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y CONSTANCE COMOTTO

El estallido del testículo por traumatismo es una lesión poco frecuente, considerándose que se presenta tan sólo en el 8 ó 9 % del conjunto de los traumatismos de la región escrotal. La movilidad y el fácil deslizamiento del órgano dentro de sus cubiertas permiten casi siempre el escape frente al agente vulnerante que golpea la región. El estallido de la glándula sólo puede producirse cuando se combinan ciertas condiciones, la primera de las cuales es la suficiente fuerza del traumatismo, que la mayor parte de los trabajos experimentales concuerdan atribuirle una potencia de 50 kilos por lo menos; en el segundo lugar es indispensable la fijación del órgano. Estas dos condiciones fluyen de interesantes trabajos experimentales de Monot y Terrillon, en primer término, y luego de Franceschi, los primeros debieron en su experiencias, fijar el testículo con pinzas para obtener lesiones apreciables a pesar del empleo de agentes vulnerantes de mucha fuerza; el segundo llega a igual conclusión, pero en lugar de utilizar pinzas a cuya acción podían atribuirse algunas lesiones encontradas, utilizaba sus propios dedos fijando el órgano sobre un plano resistente. Díaz Castro, en un interesante trabajo, reúne seis casos de estallido de testículo que estudia ampliamente llegando a interesantes conclusiones, sobre todo en cuanto a patogenia. En cinco de sus seis casos la lesión se originó por puntapiés sobre la región escrotal durante encuentros de foot-ball, de aquí que todos fueran sujetos jóvenes, y un solo caso de persona adulta se debió a una caída a horcajadas sobre el borde de una embarcación en un individuo de más de 40 años.

Relataremos a continuación el caso que motiva esta comunicación. La guardia del hospital interna en nuestro servicio a un hombre de 27 años, argentino, soltero, peón de albañil, quien 24 horas antes cayó en una alcantarilla, quedando a semi-horcajadas después de haber

golpeado fuertemente la región perineo-escrotal contra el borde de la pared de mampostería, de tal manera que la pierna izquierda solamente se introdujo en el hueco, mientras que la derecha quedaba en la superficie, logrando sostenerse con las manos para no caer al fondo. El enfermo refiere un dolor intensísimo en la región traumatizada, pero que no lo inhabilitó para incorporarse y dirigirse a la guardia del hospital por sus propios medios, donde se lo tuvo en observación con bolsa de hielo local hasta sernos remitido. Nos encontramos con un sujeto bien constituido, apirético, que presentaba una gran tumefacción que abarcaba el escroto del tamaño de un puño, predominando hacia la izquierda, de superficie lisa y de color rojo vinoso, que se extendía en parte al miembro, región pubiana y pasaba algo de la raíz de las bolsas

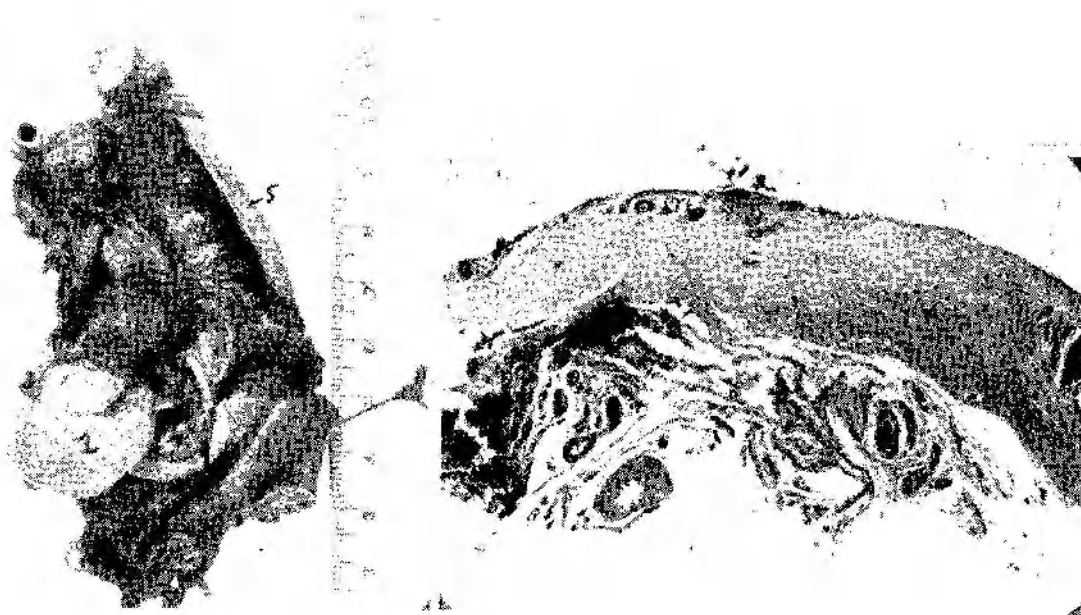


Figura 1

El saco fibroso (5) abierto, con la albugínea testicular (2) sobre la que se observa la apertura producida por el trauma, entreabierta y en cuyo fondo puede verse resto de la substancia testicular.

Figura 2

Corte de un trozo de albugínea testicular y substancia adherida a ella. Pequeño aumento.

hacia el perineo. A la palpación, los planos superficiales estaban adheridos a la tumoración profunda que tenía forma de pera de base inferior, teniendo el conjunto consistencia empastada, siendo imposible diferenciar las partes; la palpación era bastante dolorosa; el pene algo edematoso en su base, pero nada llamaba la atención en cuanto a la uretra, y el enfermo declaraba no haber observado nada anormal sobre la misma, pero sí que desde 12 horas antes no lograba evacuar su vejiga, a pesar de haberlo hecho sin dificultad al poco rato del accidente. Practicamos un tacto rectal que no reveló nada de anormal. El enfermo acusaba una blenorragia tres años antes, que había tratado y curado sin complicaciones en quince días con sulfamidas. Ante el cuadro descrito y con el antecedente traumático indiscutible como causa de la lesión, descartamos por supuesto, proceso infeccioso agudo, que la falta de fiebre y de

signos tóxicos ya hacían rechazar: quedaba la hipótesis de un vólvulus del testículo o de una lesión de las cubiertas profundas escrotales y de sus vasos, con derrames sanguíneos dentro de los espacios laxos del tejido celular o de la misma cavidad vaginal. No pensamos sin embargo en el estallido del testículo. No debíamos olvidar una posible lesión de la uretra, dada la retención de orina que aquejaba al enfermo y que empezaba a molestarlo. Decidimos esperar, colocando bolsa de hielo sobre la región traumatizada y aplicando tratamiento penicilínico preventivo. A las pocas horas el enfermo evacuó espontáneamente la vejiga con orinas claras y sin rastros de sangre. Esperamos cinco días más, dadas las buenas condiciones del enfermo, decidiendo intervenir sobre la bolsa izquierda, cuya tumefacción había disminuído algo, notándose a la palpación ligera fluctuación profunda. Bajo anestesia local con novocaína al 1%, bloqueamos la raíz de las bolsas e incidimos sobre la cara anterior del hemiescrotó izquierdo unos cinco centímetros, dando salida a líquido serohemático al atravesar un tejido lánceo del

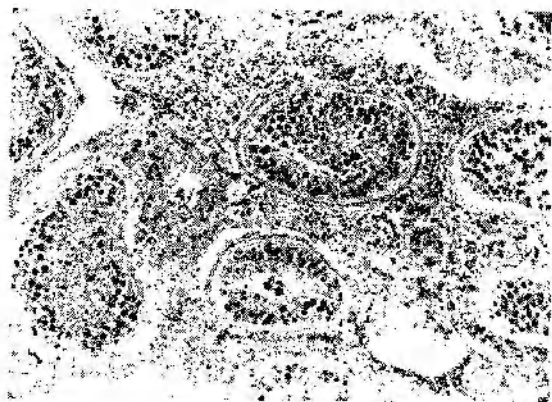


Figura 5  
Corte de un trozo de la substancia testicular. Pequeño aumento.

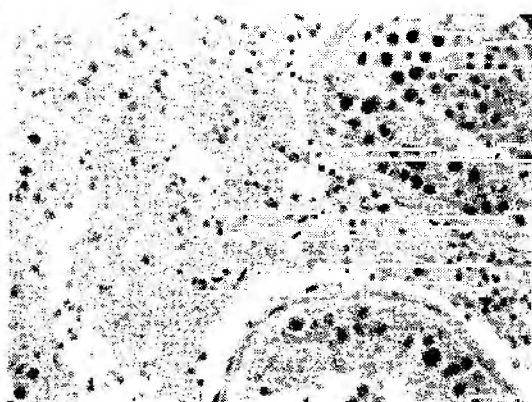


Figura 4  
Trozo de substancia testicular. Gran aumento.

espesor de un dedo, hasta llegar a la fibrosa que conseguimos aislar por completo a pesar de existir algunas zonas adheridas a los planos superficiales, sin que encontráramos brecha alguna en su superficie. Se incide longitudinalmente el saco fibroso por su cara anterior, lo que da salida a gran cantidad de líquido serohemático, con coágulos gruesos y negruzcos; la vaginal parietal estaba íntimamente adherida a la fibrosa y en conjunto el espesor no pasaba de dos milímetros; abierta y evacuada la bolsa fibrosa de coágulos y líquido, encontramos el testículo reducido a una cáscara abierta por su borde anterior casi de polo a polo por una brecha de bordes netos, como hecha a bisturí y evertidos, por la cual emerge casi toda la substancia testicular de color blanquecino con algunos coágulos; el epidídimo se encontraba intacto y de color rojo vinoso, lo mismo que el funículo, el conjunto conservando su situación anatómica normal. Pusimos una ligadura del pedículo de la bolsa fibrosa que extirpamos en block. Cerramos en dos planos dejando un pequeño drenaje; cierre de la herida y alta a los ocho días sin incidentes. Debemos agregar que las reacciones serológicas en cuanto a sífilis eran negativas y los exámenes de orina sin nada de particular.

## COMENTARIO

*Anatomía patológica* (pieza fijada con formol durante varios días).

Se constata testículo de tamaño pequeño abierto de polo a polo siguiendo el borde anterior. La albugínea de consistencia elástica y presentando los bordes invertidos probablemente por arteificio de fijación. El contenido testicular prácticamente se ha evacuado quedando tan sólo algunos macizos tubulares adheridos a la albugínea. En su posición normal y al parecer intacto se halla el epidídimo. El todo está cubierto por una cáscara fibrosa por la que corren algunas fibras del cremaster.

*Microscopia.* — Se elabora un taco con un trozo de la albugínea testicular y las sustancias adheridas a ella y otro trozo con la masa testicular que se encuentra dispersa. Trozo 1: se observa a pequeño aumento una albugínea constituida por tejido conjuntivo con zonas de edema en ciertas partes, sobrecargada de vasos de tipo arterial y venosos en estado de congestión. Adherida a la albugínea se encuentra una sustancia amorfa de tipo necrótico con algunos vasos cargados de sangre e intensa hemorragia, linfocitos y granulocitos. Por dentro existe una zona vascular de gruesos vasos, aparentemente un pedículo con arterias, venas y nervios. Se observa un corte del tubo deferencial, pero vacío. En un polo del preparado existe un acúmulo de células intersticiales activas rodeadas por zonas de hemorragia. No se observan tubos seminíferos adheridos a la pared. Trozo 2°: a pequeño aumento podemos apreciar que el tejido en estudio está constituido por tubos seminíferos en estado de dispersión separados entre sí por sustancia en necrobiosis, abundante hemorragia y algunos grupos celulares del tipo de las células de Leydig todavía en buen estado. Los tubos en sí presentan las paredes engrosadas e hialinoideas, estando su contenido constituido por el linaje germinal en total caída necrobiótica. Llama la atención en los preparados la total ausencia de espermatozoides.

Resulta interesante explicar el mecanismo en virtud del cual se produjo la lesión que nos ocupa. Nosotros creemos que la modalidad de la caída del sujeto a semi-horcajadas sobre el borde de una pared fué capaz de crear los factores necesarios para provocar la lesión: fijación del órgano y fuerza suficiente del impacto. Pensamos que el testículo quedó aprisionado entre el plano horizontal de la pared y el isquion o su rama isquiopubiana del mismo lado, mientras el plano vertical resistente, constituido por la cara interna del muslo opuesto impedía el escape hacia ese lado. La fuerza del golpe estaba dada por el peso del cuerpo del individuo que sobrepasaba con creces a la del mínimo de 50 kilos que se considera indispensable para provocar el estallido de acuerdo a los trabajos experimentales mencionados más arriba. Llama la atención la poca reacción general en la lesión tan grave de un órgano de tanta sensibilidad

como lo es el testículo, sobre todo la ausencia de shock, tanto que el sujeto se dirigió de inmediato y por sus propios medios al hospital, estando este hecho de acuerdo con las observaciones de Díaz Castro, en que casi todos los traumatizados pudieron seguir con sus actividades momentáneas hasta terminarlas. También resulta difícil de explicar lo raro de las observaciones al respecto en un medio como el nuestro, donde se practica tanto el deporte que expone más a las mismas, como lo constituye el foot-ball, durante cuya práctica fueron lesionados cinco de los seis casos presentados por el autor recién citado. Nosotros creemos como él mismo, que este último hecho se debe en gran parte a la conducta expectante que se sigue frente a esta naturaleza de accidentes, que al evolucionar con el tiempo dejan como secuela constatable la atrofia del testículo, no siendo posible atribuirla a su verdadera causa salvo con la exploración quirúrgica.

#### CONCLUSIONES

Creemos en la necesidad de pensar en esta posible lesión frente a los traumatismos de la región escrotal, y en la ventaja de la exploración quirúrgica precoz por poco que la tumefacción de la zona lo justifique, y que al revelar la verdadera naturaleza de la lesión permitirá la reconstitución anatómica en algunos casos, salvando de esta manera un órgano que se hubiera perdido. En corroboración de esta manera de ver existe una observación de Osgood (cita de M. Campbell, en *Pediatric Urology*) en un niño de ocho años en el que el cierre de la brecha de la albugínea previa restitución de los tubos testiculares, permitió conservar el órgano que se presentaba casi normal ocho años más tarde. De cualquier manera la evacuación de la colección sero-hemática permitirá en ausencia de otras lesiones, mejorar el pronóstico y acortar el tiempo de curación.

#### BIBLIOGRAFIA

- Monot y Ferrillon.* — Bull. et Mém. de la S. de Chir. de Paris. 1881. VII, pág. 261.  
*Franceschi.* — Archives Urologiques du Necker. 1919, II, pag. 253.  
*Díaz Castro.* — Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo 24, pág. 334, año 1944.  
*Counsellor and J. H. Pratt.* — Rupture of Testicle. Report of cases and review of literature. Journal of Urology. 52, 334, 337.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Sandro.* — Sin entrar a desconocer que la injuria en este caso ha sido primitiva por parte del testículo, creo que en todos los casos de traumatismo de

bolsa con gran hematoma, debemos ir precozmente, como dice el Dr. Comotto, a la abertura amplia.

Por lo general, espera que se resuelva el hematoma. Usamos antibióticos y bolsas de hielo y no pensamos que el testículo comprimido por ese gran hematoma, está lesionado en su vascularización. Si consideramos que muchas veces estos hematomas llegan a abscedarse, el testículo que ha sido objeto de una injuria pequeña, toma parte del mismo y desaparece por atrofia.

Considero que en estos casos, ganamos más abriendo el testículo y vaciando el hematoma. Esta es una conducta que debe tomarse como cirugía de urgencia.

Dr. Ortiz. — Nosotros tuvimos oportunidad el año pasado de atender a un chico que en un partido de fútbol había sufrido un traumatismo de testículo con estallido.

Vimos a este chico a las 48 horas del accidente; lo intervenimos inmediatamente. Alcanzamos a ver los tubos seminíferos haciendo hernia. Resolvimos, previa palpación de los coágulos y toilette de los bordes de la rotura y de los tubos seminíferos, restituirlo cerrando la albugínea. El enfermo evolucionó bien, previo tratamiento de antibióticos y el post-operatorio fué excelente. Lo seguimos durante tres meses, encontrándose en buenas condiciones. Después, desapareció de nuestro Servicio.

Dr. Sandro. — Hace un mes tuve un caso de éstos y —lo confieso— incurri en el mismo error. Esperamos cinco días y nos encontramos con un proceso tal que el absceso se había extendido dando lugar a la fusión del testículo.

Dr. Irazu. — Deseo añadir a la casuística, dos casos recientemente observados.

Uno de ellos, era debido a traumatismos mínimos y en ninguno de los casos llegaba la fuerza a 50 kilos necesarios, según los autores de este trabajo, para que se rompiera el testículo. El primer caso, era el de un chico al que un sujeto mayor le dió un puntapié, provocando el estallido del testículo. La exploración inmediata del escroto permitió restituir el testículo correctamente.

El segundo caso era el de un panadero, que al arrimarse a la mesa donde se encontraba trabajando, sufrió un pequeño traumatismo con la excavación de la mesa. También se le rompió el testículo, pero en forma distinta. El órgano noble había hecho toda una protusión fuera de la albugínea, por lo que hubo necesidad de hacer una castración.

Sería necesario investigar la patogenia del estallido del testículo y comparar a este órgano noble, tan bien irrigado, con lo que ocurre por ejemplo, en el riñón, donde la presión interna hidráulica favorece este estallido.

Estoy de acuerdo con los Dres. Trabucco y Comotto que la intervención inmediata debe ser siempre la regla.

Dr. Bernardi. — *Entiendo que es sumamente difícil evacuar un hematoma testicular para conservar el órgano, porque hay que haber observado una lesión testicular en algunos casos de quiropexias para comprobar que muchas veces el punto que atraviesa el testículo comienza a supurar y los tubos seminíferos aparecen como telas de araña y ese elemento no termina de salir hasta que el testículo desaparece. En el traumatismo, si no se practica una sutura del testículo para evacuar el hematoma, es muy difícil poder conservarlo, porque la supuración llega a producir la atrofia total del testículo.*

Dr. Comotto. — *La mayor parte de los colegas que han contribuido a la discusión de nuestra comunicación están de acuerdo en que la intervención debe ser precoz.*

*En la mayoría de los casos no se llegará a cerrar el testículo, pero será beneficiosa la intervención por cuanto la toilette de la lesión acortará la evolución del proceso y pondrá en mejores condiciones al enfermo para poder salir de su estado.*

*Al doctor Irazu que nos habla de traumatismos mínimos, le diré que habrá que tener en cuenta el estado del testículo, pues puede producirse una lesión importante con un traumatismo mínimo en un testículo alterado por otro proceso. La experiencia nos dice que se requieren 50 kilos de fuerza para que estalle el testículo y un puntapié muy bien puede llegar a tener esa presión de 50 kilos.*