

TORSION PARCIAL FUGAZ DE CORDON ESPERMATICO. TRES CASOS

Por el Dr. RAUL BORZONE

La torsión testicular completa, dramática como cuadro clínico y por sus secuelas inevitables si no es diagnosticada y tratada con la urgencia requerida, tiene formas clínicas afortunadamente menos graves, que pueden pasar inadvertidas si no se piensa en su posibilidad. Me refiero a la torsión incompleta y momentánea, que muchas veces pasa sin diagnóstico, pues al concurrir a consultar, el paciente se encuentra perfectamente asintomático. Dicho diagnóstico sólo puede hacerse conociendo su existencia y su posibilidad, reconstruyendo retrospectivamente el cuadro sintomático por el interrogatorio preciso del joven paciente, que pone a prueba sus dotes de observación y finalmente se lo confirma por la exploración quirúrgica que debe ser indicada sin vacilar, ante la sólida sospecha de su existencia. ¿Por qué? se preguntarán Vds., si el cuadro es reversible y fugaz. Pues por la sencilla razón de que, en la exploración quirúrgica se encuentra la disposición anatómica indispensable para que, en un momento dado, pueda instalarse una torsión completa con toda su gravedad.

Tal ha sido mi comprobación en los tres casos que motivan esta comunicación y cuyo tratamiento me deja la satisfacción de haber prevenido profilácticamente una torsión completa. Lo único que no podría explicar es cómo estos pacientes han hecho pequeñas torsiones parciales, fugaces y reversibles, en varias ocasiones, y no llegaron a sufrir una torsión completa, a la que nada obstaba. Efectivamente, en un trabajo anterior, he pasado revista a las causas predisponentes necesarias para la torsión testicular, ya que sin ellas, con un testículo normalmetne ubicado en la bolsa, la torsión es imposible. Dichas causas predisponentes son: ausencia de ligamento escrotal, inserción del pedículo vásculodeferencial en la glándula y su consiguiente revestimiento por la vaginal visceral en todo su contorno: el testículo pendé así dentro de la cavidad vaginal, como una fruta de su pedúnculo y cualquiera de las causas determinantes — siempre esfuerzos o movimientos insignificantes por su intensidad — puede hacerlo rotar. Esa disposición anatómica anómala, sin la cual no puede producirse la torsión completa, lo repito, se encontró en los tres casos que a continuación relataré.

Caso I. — L. A. V. de 16 años de edad, argentino, soltero, Consulta privadamente el 20-X-52, pues en dos o tres oportunidades ha experimentado un dolor intenso, aunque pasajero, en testículo derecho, sin modificación del tamaño, cesando espontáneamente a los pocos

minutos. El día anterior, al arrodillarse en la iglesia, vuelve a sentirlo, con mayor intensidad, irradiado al abdomen y acompañado por estado angustioso, sudoración fría y náuseas. Al retirarse a su domicilio, bruscamente desaparecen las molestias y se encuentra completamente normal. En el momento de la consulta se encuentra asintomático y el examen es negativo, salvo una cicatriz operatoria inguinal derecha. Manifiesta haber sido operado a los siete años, de criptorquidia inguinal de ese lado, por un distinguido cirujano infantil, quien realizó la orquidopexia. Al preguntarle si durante la crisis dolorosa notó algún cambio de posición de la glándula correspondiente, responde que, efectivamente, en el momento de más dolor, el testículo se veía más arriba que lo normal. Con el diagnóstico de torsión parcial reversible de cordón espermático, ya que por el examen se podía descartar todo proceso inflamatorio, así como la hipertonia del cremáster o el testículo en ascensor, con exámenes humorales normales lo intervengo el 25-X-52. Anestesia novocainica al 1% funiculoescrotal derecha. Incisión vertical de escroto y liberación de la glándula con sus envolturas, llamando la atención que, a pesar de la operación sufrida, la cavidad vaginal está intacta: abierta, se comprueba que el testículo y el epidídimo están normales; pero con la disposición anatómica anómala antes mencionada; no hay ligamento escrotal y ambos órganos con su pedículo son totalmente intravaginales: la reflexión vaginal visceral-parietal se hace en pleno cordón, de modo que la glándula pende libre en la cavidad serosa y se puede rotar a voluntad. Se procede a efectuar una eversión de la vaginal y se fija el testículo sin rotarlo por su polo inferior al fondo del escroto. Cierre sin drenaje. Evolución postoperatoria sin incidentes, cicatriz por primera. Hasta la actualidad el paciente, familiar de un colega amigo no ha vuelto a sentir molestias en su testículo.

Caso 2. — A. S. 19 años, argentino, soltero, obrero del M.O.P., ficha Nº 55.421. Consulta el 9-VIII-55. Cuatro años atrás le efectúan un tratamiento con gonadotrofina coriónica para hacer descender el testículo izquierdo, que se encontraba en situación inguinal externa, con buen éxito. Desde entonces ha tenido varios episodios dolorosos, de corta duración en esa glándula, con irradiación inguinal, que cesaban espontáneamente a los pocos minutos, durante los cuales observaba un acortamiento del cordón correspondiente. En el día de la fecha tuvo un cuadro semejante que le obligó a dejar el trabajo pero al llegar al consultorio de urología del Policlínico Central del M. O. P., donde lo examino, se encuentra totalmente asintomático. Mi examen comprueba la normalidad de testículo, epidídimo, cordón y próstata. No hay ascenso glandular con los cambios de posición ni con los esfuerzos abdominales. Los exámenes de laboratorio solicitados son normales y lo intervengo el 26-VIII-55 con diagnóstico de torsión incompleta reversible de cordón izquierdo. Bajo anestesia local la exploración escrotal es en un todo semejante a la del caso anterior, o sea que hay ausencia de ligamento escrotal y el testículo, el epidídimo y una parte del cordón son intravaginales, rotando fácilmente. Se efectúa eversión vaginal y orquidopexia, sin drenaje. Evolución sin inconvenientes. Desaparición de las molestias.

Caso 3. — A. D. 24 años, argentino, soltero, obrero del M.O.P., ficha Nº 56.976. Consulta el 6-XII-55, pues, sin antecedentes patológicos nota el día anterior dolor intenso en testículo izquierdo, que le dificultaba la marcha hasta impedirse la. Agrega que notó un cierto aumento de tamaño y que la glándula estaba más elevada; pero en la mañana todo vuelve a la normalidad y queda sólo una pequeña molestia. Dice haber sufrido tres episodios semejantes. En el momento del examen no se constata ninguna alteración local, salvo un discreto aumento de sensibilidad del testículo. Exámenes de laboratorio normales. La operación, realizada el 19-XII-55 comprueba una amplia cavidad vaginal, ausencia de ligamento escrotal, falta de desarrollo de la cola epididimaria, testículo normal y cordón rodeado por serosa visceral en todo el contorno de su zona de inserción epidídimo-testicular, pudiendo rotarlo con facilidad. Eversión vaginal y orquidopexia. La evolución postoperatoria fué algo prolongada por retardo de cicatrización escrotal que se hizo por segunda intención. Luego curó sin secuelas, definitivamente.

COMENTARIOS:

Las torsiones testiculares completas, han pasado muchas veces sin diagnóstico — lo cual impide el oportuno tratamiento para salvar el testículo — por no conocerse el cuadro o por no pensar el médico tratante en él dada su relativa rareza. Si ello es así con una sintomatología ruidosa, alarmante y ostensible y con signos objetivos indudables, no es de extrañar que las formas clínicas atenuadas, del tipo de la torsión parcial fugaz, reversible espontáneamente, no sólo no sean diagnosticadas, sino que ni siquiera se piense en

ellas, lógicamente, ante un paciente que concurre asintomático y al que no se le objetiva ninguna lesión aparente en el momento de la consulta. Sobre todo puede ser así en el ambiente de la medicina laboral, donde el seudoenfermo concurre no sólo para curarse, sino también en demanda de licencia por enfermedad. Muy fácilmente ese paciente puede ser tachado de simulador. La feliz coincidencia de que el médico conozca el cuadro patológico de que se trata, por haberlo vivido aunque más no sea una vez, con todo su dramatismo — en el caso de la torsión completa — más un paciente observador e inteligente, pueden poner en evidencia estas formas inaparentes de torsión parcial, reconstruyendo con facilidad el cuadro ya pasado y, hecho el diagnóstico, aunque sólo sea presuntivo, la indicación terapéutica surge espontánea y segura. La operación confirma seguramente el diagnóstico y añade la satisfacción de haber prevenido efectivamente un cuadro patológico de sombrío pronóstico para el órgano comprometido. Tal ha sido la experiencia vivida en estos tres casos resentados.

RESUMEN

Se presentan tres casos de torsión testicular parcial fugaz, reversible. En los tres el diagnóstico, lógicamente, debió basarse en la reconstrucción retrospectiva, por un minucioso interrogatorio, de los síntomas y signos ya pasados, pues los pacientes concurrían asintomáticos y actualmente normales a la consulta. Los dos primeros casos tenían como antecedente una criptoorquidia ya tratada, quirúrgicamente el 1º y con hormonas el 2º, que hacían presumible una anomalía anatómica predisponente. Dicha anomalía, confirmada en los tres pacientes, les exponía, en un momento dado, a una torsión completa grave. Ello basta para justificar una exploración quirúrgica del contenido escrotal ante la sola sospecha de su existencia.

BIBLIOGRAFIA

1. — *Borzzone, R. J.* — "Torsión del cordón espermático". *Rev. del Cir. Med. Arg. y Cent. Estud. Medic.* Abril, Mayo y Junio, 1952, p. 34.
2. — *Trabucco A. E., Borzzone R. J. y Coraa F. E.* — Tratamiento conservador en las torsiones testiculares. *Rev. Arg. Urol.* Enero-Marzo 1955, p. 1.

DISCUSION

Dr. Rebaudi. — Cuando se intervenían las torsiones del cordón espermático se aconsejaba actuar en el otro lado, en forma profiláctica, porque se presumía que era muy posible que la anomalía existiera en ambos lados. Por otra parte, en estos casos hay que saber buscar si es que ha existido dolor, como lo aconseja el Dr. Borzzone en su interesante comunicación.

Ya que se piensa que este proceso se debe a una contracción de los músculos del cremaster, sería de interés fijarse en lo siguiente: si las torsiones del cordón correspondientes al testículo derecho se hacen en sentido contrario a las agujas de un reloj y si las del lado izquierdo lo hacen en el mismo sentido. Sería evidente que es la contracción del cremaster la que provoca en un testículo predispuesto por la ausencia de esas situaciones normales (gubernáculum y la inserción demasiado alta de la vaginal), la torsión del cordón.

Dr. Borzzone. — Agradezco la contribución del doctor Rebaudi.

Generalmente los casos de torsión completa han llegado tarde a nuestras manos. Eran pacientes que ya llevaban una semana — el caso de más corta evolución ya tenía tres días — y en otros servicios se les había hecho diagnóstico de epididimitis aguda, los habían tenido con antibióticos y bolsa con hielo y cuando llegaban a nuestro servicio estaban en un estado de destrucción completa.

En un trabajo presentado por el doctor Trabucco y colaboradores se relataban esos casos y se señaló la conveniencia de conservar el testículo para tratar de aprovechar, en lo posible,

lo que quedara de glándula de secreción interna. La masa testicular esfacelada prácticamente fué eliminándose y quedó al final un pequeño muñón. En todos esos enfermos se siguió la conducta a que hizo referencia el Dr. Rebaudi: antes de dar de alta al paciente se efectuó la exploración del otro lado, practicándose la fijación profiláctica del testículo, ya que quedaba con un solo testículo.

En los casos en que me tocó actuar no pude hacer un estudio del sentido en que giraban los testículos porque en ese momento los encontré completamente normales, para ello es interesante porque la causa desencadenante es seguramente una contracción del cremaster que con esa disposición helicoidal los lleva a rotar.

Sr. Presidente (Dr. Schiappapietra). — Le pediría al Dr. Rebaudi que se repita el concepto para darle importancia a la torsión. Le solicito esto porque no he captado el concepto por él expresado.

Dr. Rebaudi. — Expresé que ya de antaño, hace muchos años, se aconsejaba el tratamiento del otro lado porque se suponía que allí también existía la misma disposición anómala. Es decir, que en el otro lado se fijaba el testículo para que no se torsionara.

En todo enfermo que llega a nosotros con un diagnóstico equivocado, por ejemplo, de epididimitis, etc., una de las maneras de llegar al diagnóstico es el antecedente de que ha tenido varias veces dolores fugaces con ingurgitación del epidídimo, irradiación del testículo, y que desaparecían así como habían venido. Esas pequeñas torsiones se rehacían y entraban en normalidad.

De tratarse de una torsión brusca del cremaster, se me ocurre a mí que en el lado derecho debería torsionarse en sentido contrario a las agujas del reloj. En cambio, en el izquierdo, en la misma dirección.

Sr. Presidente (Dr. Schiappapietra). — Como esto lo he leído con anterioridad...

Dr. Rebaudi. — En la primera comunicación que se hizo en la Sociedad Argentina de Urología solicité eso. No lo he leído. Hay que determinar si es realmente la contracción del cremaster la causante de las condiciones que describe el doctor Borzone en su comunicación. La causa es la contracción brusca del cremaster, porque habitualmente sucede en un momento de esfuerzo. Pero tendría una faz práctica para el cirujano: abordando el cordón en ese magma, si se ha producido del lado izquierdo, lo desenrollaría en el sentido contrario de las agujas del reloj. Y si se tratara del lado derecho en la misma dirección.

El doctor Borzone ha dicho acertadamente que recibimos los testículos en muy malas condiciones.

Sr. Presidente (Dr. Schiappapietra). — ¿A qué conclusión llega de acuerdo a cómo ha rotado el corazón espermático?

Dr. Rebaudi. — Usted tiene el cordón a la vista; la visión y el examen están dificultados por la congestión, por el edema y todos los elementos que suelen encontrarse en un proceso traumático. Entonces, directamente, empiezo a desenrollar en el sentido que corresponde.

El cremaster no se inserta en línea recta sino que hace una curva y esa contracción en curva lo obliga a torsionarse en un sentido u otro. Esto es debido a la contracción brusca de ese músculo que aparece en forma helicoidal.