

## ECTOPIAS TESTICULARES ABERRANTES

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

Las anomalías de migración del testículo, consideradas en conjunto, constituyen un hecho de observación corriente. Sin embargo, al establecer las variedades de ectopias, hallamos que las denominadas ectopias aberrantes —en las que el testículo se aloja en una zona vecina al trayecto seguido normalmente por la glándula en su descenso a las bolsas— no son tan frecuentes.

En efecto, Burdick y Coley (cit. Campbell) sobre 537 casos de ectopias observan alrededor de un 14 % de formas aberrantes subcutáneas y un 2,4 % de crurales. Eccles sobre 936 ectopias tiene 4 perineales y el mismo Campbell con su enorme experiencia solo cita 4 casos de esa variedad, que no resulta así tan excepcional como la transversa.

(obs. de Van den Bos, Duse, von Foth, Corner).

A través de estas cifras se podrá apreciar la rareza relativa de algunas desviaciones testiculares y es precisamente la observación de un cierto número de ectopias irregulares, lo que me indujo a presentarlas con su respectivo comentario.

*Observación Nº 1.* — E. M., 13 años (Ectopia perineal).

*Antecedentes hereditario:* Padres sin malformaciones aparentes.

*Enfermedad actual:* Al poco tiempo de nacer la madre notó la vacuidad del hemiescrotó izquierdo. Llegado a la pubertad la asimetría de las bolsas se hace más evidente y por contraste nota una tumefacción que aparece por momentos en la región perineal por debajo y más allá del arcuatum, siendo invisible por períodos largos (de varias semanas) hasta que en los últimos tiempos su posición perineal es casi constante. Allí es comprimido durante los movimientos, al cruzar los muslos o al sentarse y el dolor despertado en esas circunstancias le obliga a consultar.

*Estado actual:* Niño bien conformado, ostenta el desarrollo correspondiente a su edad. El examen somático no revela anormalidad alguna, si se exceptúa la de orden genital. El continente y el contenido de la hemi-bolsa derecha es normal. En la mitad izquierda se observa un escrotó rudimentario, reducido a un pequeño pliegue vertical, que desde la raíz del pene se adelgaza paulatinamente para desaparecer antes de alcanzar el polo inferior de la hemi-bolsa derecha.

Por detrás de la misma, y asomando por debajo del borde inferior de la sínfisis (fig. 1) se observa la saliencia correspondiente al polo superior del testículo izquierdo, ubicado en pleno surco génito-crural, y que se extiende por dentro de la raíz del muslo correspondiente, como una tumoración ovoídea, orientada en el sentido longitudinal. A la palpación se comprueba en la zona tumoral la presencia de un testículo hipotrófico, con epidídimo y conducto deferente normales. Goza de movilidad en el sentido ántero-posterior, no así en el sentido transversal.



Figura 1

El orificio cutáneo del conducto inguinal apenas permeable a la yema del meñique, da paso a los elementos del cordón que se reconocen como normales; no comprobamos clínicamente la existencia de hernia concomitante.

Exámenes de laboratorio (orina, tiempo de coagulación, y sangría, reacción de Wassermann, etc.), normales.

Operación. Anestesia general etérea. Dres. Rubi y Duggan.

Orquidopexia transescrotal de Ombrédanne, debiendo señalar como hechos dignos de mención:

- 1) la longitud considerable de los elementos del pedículo;
- 2) la coexistencia de una hernia congénita, no diagnosticada;

- 3) la presencia de un verdadero tabique fibroso transversal que desde la raíz del pene se extiende hacia abajo y cuya transficción, por el espesor, resulta harto laboriosa;

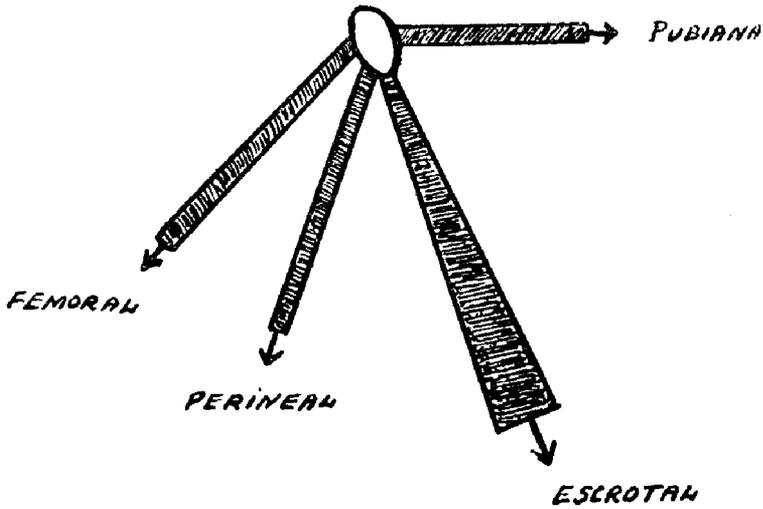


Figura 2

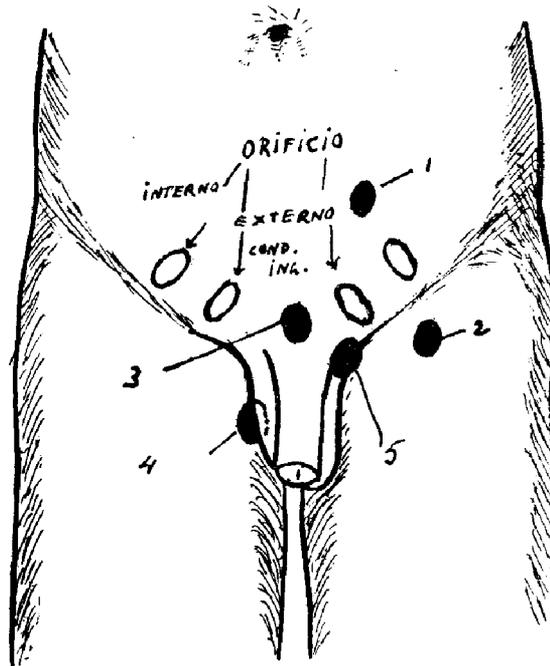


Figura 3

- 4) la pared se reconstruye en un doble plano músculo-aponeurótico prefunicular;  
5) post-operatorio: inmediato y alejado inmejorables.

*Observación Nº 2.* — R. C., 15 años (Ectopia pelviana).

En los antecedentes hereditarios y personales no consignamos nada digno de mención.

*Enfermedad actual:* Desde su nacimiento presentó un solo testículo en las bolsas, el izquierdo. Los padres esperaron el desarrollo sexual del niño, de acuerdo a una sugestión del médico de la familia y como el descenso de la glándula ausente no se verificó en ese período, concurren al especialista.

*Estado actual:* Examen somático negativo, excepción hecha de la malformación genital. Hemiescrotos izquierdo y su contenido: normales.

Ausencia del compartimiento, derecho. En la pared de la región inguino-abdominal de este lado no se halla la glándula ni vestigios de su vía excretora. El orificio cutáneo del conducto inguinal permeable a la yema del índice, no presenta anomalía alguna, salvo una discreta pulsión.

Operación. Raquianestesia con Og. 0,8 de novocaína seca. Dres Rubi y Méndez.

Orquidopexia transescrotal de Ombrédanne, debiendo consignar:

1) la existencia de un conducto peritoneo-vaginal cuya extremidad distal asomando por el orificio externo del conducto inguinal, presenta en su cara externa una serie de tractus fibrosos (restos del gubernaculum ?) que lo fijan al pilar interno.

El orificio interno en amplia comunicación con la cavidad, al extremo de que durante los esfuerzos de vómito se aloja en el conducto una asa del intestino delgado;

2) alojado en ese receso vaginal el cordón describe una curva de concavidad inferior, sin estar acompañado por el pedículo vascular;

3) la tracción del cordón determina la aparición de la glándula —móvil por consiguiente— de forma, volumen, aspecto y consistencia normales;

4) las dificultades considerables para diseccionar un saco herniario voluminoso, que dificultaba el descenso del testículo; descenso obtenido cómodamente al realizarse una lisis amplia del cordón y del pedículo, mucho más allá del punto de Barker que al elevar el peritoneo, facilitó las tareas de disección;

5) la pared se reconstruye en un doble plano músculo-aponeurótico prefunicular;

6) post-operatorio: inmediato y alejado excelentes.

*Observación Nº 3.* — E. F., 11 años (Ectopia subcutánea prepubiana).

*Antecedentes hereditarios:* Padres normalmente constituídos y sanos.

*Enfermedad actual:* Ausencia congénita del hemiescrotos derecho y de su contenido. Una tumefacción de la pared abdominal en la región inguino-abdominal interpretada como de origen herniario, le valió a la criatura el uso de un aparato inadecuado durante mucho tiempo.

*Estado actual:* Examen de orden general negativo.

Hemiescrotos izquierdo y su contenido: normales para la edad.

Hemiescrotos derecho: rudimentario, inhabitado.

En la región hipogástrica y cabalgando en parte sobre el pubis, inmediatamente por delante de la aponeurosis de los rectos y descansando sobre ella, se palpa la glándula desviada de su trayecto de descenso normal: de tamaño menor que la del lado opuesto, en una posición invariable, pues no goza de la menor movilidad.

Operación: anestesia general etérea. Dres. Rubi y Fellner.

Orquidopexia transescrotal de Ombrédanne, con las particularidades siguientes:

1) migración aberrante a la que el uso inadecuado del braguero no ha sido indiferente;

2) multiplicidad y solidez de adherencias fibrosas que inmovilizaban la glándula;

- 3) coexistencia de una hernia congénita, cuya presencia quizás justificó el uso del braguero, olvidándose quien lo indicara de la ectopia testicular;
- 4) descenso excelente de la glándula, sin tracción;
- 5) reconstrucción anatómica (Bassini) de la pared;
- 6) post-operatorio: bueno.

*Observación Nº 4.* — J. R. S., 24 años (Ectopia abdominal ascendente).

*Enfermedad actual:* Notaron los padres en el curso de su desarrollo la ausencia del testículo derecho en las bolsas, hecho al que no atribuyeron mayor importancia. Ya grande y por su cuenta utiliza por períodos un braguero, a raíz de un abultamiento que observara en la región inguino-abdominal derecha.

*Estado actual:* Enfermo armónicamente desarrollado, exceptuando su anomalía genital: ausencia del testículo derecho en las bolsas, que es localizada por debajo descansando sobre la aponeurosis del oblicuo mayor, a la altura de la horizontal bi-iliaca; tiene el volumen de una avellana y es muy fijo.

Bolsa izquierda y su contenido: normales.

Operación: anestesia raquídea con novocaína (0,10 grs.). Dres. Rubi-Pagola.

Orquidopexia transescrotal de Ombrédanne. Destacamos:

- 1) la fijación extrema de la glándula, por la exhuberancia de los elementos fibro-celulares que la fijaban a la pared; es de notar también el pequeño volumen del órgano;
- 2) la apreciable longitud del pedículo;
- 3) la coexistencia de una hernia congénita;
- 4) la reconstrucción anatómica de la pared;
- 5) post-operatorio: bueno.

*Observación Nº 5.* — J. B., 8 años (Ectopia pelviana fija).

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia para el caso.

*Enfermedad actual:* La ausencia del testículo en las bolsas motivó la consulta de los padres. Se le indicó tratamiento hormonal antehipofisario, 45.000 U., a lo largo de 10 meses de observación. Como no se obtiene resultado alguno deciden consultar al especialista.

*Estado actual:* Niño bien desarrollado desde el punto de vista general. Aparte la criptorquidia izquierda observamos un desarrollo anormal de los genitales externos como consecuencia del tratamiento hormonal.

La glándula ausente no se palpa, ni se comprueba la coexistencia de hernia concomitante.

Operación bajo anestesia etérea. Dres. Rubi-Grimaldi.

Orquidopexia transescrotal de Ombrédanne, debiendo consignar particularmente:

- 1) las dificultades para exteriorizar una glándula que desviada hacia abajo y adentro, en el espacio prevesical, presenta numerosas y sólidas adherencias a las formaciones vecinas, dificultando la liberación de la misma;
- 2) el conducto peritoneo-vaginal ocluido en el segmento yuxta-testicular es permeable y ampliamente en su polo opuesto;
- 3) la sección transversal de la serosa sobre los elementos del pedículo facilita la lisis, con lo que se asegura el descenso del órgano;
- 4) la refección de la pared es realizada en dos planos prefuniculares;
- 5) el post-operatorio es bueno; el resultado alejado mejor aún.

## COMENTARIOS

No vamos a enumerar aquí los múltiples factores etio-patogénicos invocados como causa de la ectopía testicular, por ser de todos conocidos.

Baste recordar que el carácter a menudo hereditario de la ectopía y la coexistencia frecuente de otras anomalías en el mismo paciente son elementos de juicio que nos permiten vincular la afección al vasto capítulo de las malformaciones congénitas. Y al respecto, los conceptos de Sébileau nos parecen de lo más acertado: "no existe órgano —como el testículo— que por sus errores de migración demuestre que la anomalía no es un capricho de la naturaleza, sino por el contrario, se manifiesta como la reproducción de una disposición ancestral filogénica y como la imagen de una disposición presentada en el curso, del desarrollo individual ontogénico, pues, según la fórmula célebre: *la ontogenia repite la filogenia*.

Y así la explicación de las anomalías testiculares de migración debe buscarse en la embriología y en la anatomía comparada, que permiten comprender las diversas modalidades y también en gran parte el mecanismo".

El mismo autor de acuerdo a la posición del testículo divide a los mamíferos en tres categorías:

1) especies con testículos intraabdominales, sin migración o con migración parcial: monotremas, cetáceos verdaderos, elefante, rinoceronte, muchos desdentados, etc. . . .

2) especies con testículos primitivamente intraabdominales que descienden a las bolsas al nacer o poco después: mayoría de los antropoides, rumiantes, solípedos, carnívoros. Con la particularidad de permanecer subcutáneos en la región inguinal en las nutrias y en el camello y ocupar el periné en algunos paquidermos y carnívoros.

3) especies con criptorquidia intermitente; los testículos intraabdominales descienden a las bolsas únicamente en el período de celo. Desde luego esto presupone la persistencia del conducto peritoneo-vaginal, en los marsupiales, roedores, quirópteros e insectívoros que integran el grupo.

"Todas las anomalías de migración testiculares observadas en el hombre constituyen la reproducción de una de las disposiciones precedentes; establecen en el hombre de modo permanente, condiciones que habitualmente transitorias en el curso de su desarrollo, son definitivos, en cambio, para tal o cual variedad animal. En una palabra: la excepción en el hombre reproduce lo que es la regla en los animales" (Sébileau).

Por otra parte, al estudiar los diversos tipos de ectopia se cae rápidamente en la cuenta de que ciertos obstáculos anormales —de la más variada naturaleza según los autores— actúan como causa ocasional para detener o desviar al testículo de su trayectoria normal.

Circunscribiéndonos a las formas aberrantes, se subdividen estos factores ocasionales en:

1) de naturaleza traumática. Nos referimos al traumatismo que actúa de modo sostenido, ininterrumpido, sin mayor violencia aparente, como sucede con el uso del braguero, por ejemplo. La compresión ejercida sobre las paredes del conducto inguinal y su orificio cutáneo imposibilitan el descenso de una glándula retenida o la desvían de su trayecto habitual (obs. N° 3 y 4). En esa posición anormal, si persiste el factor de irritación (el micro-trauma del aparato, en este caso) la glándula se fija de modo definitivo, a favor de adherencias que laxas al principio, se organizan sólidamente con el andar del tiempo.

Descartamos, "ex-profeso", los casos de aquellos enfermos cuyos testículos normalmente descendidos a las bolsas, pueden bajo la influencia de un traumatismo violento, abandonar esa posición para alojarse, según las circunstancias, en las regiones pubiana, crural, perineal, peneana, o descender y transformarse en intra-abdominales.

Trátase de luxaciones accidentales, a estudiar en el capítulo de los traumatismos de las bolsas y de su contenido, ajena, por cierto, al tópico en estudio.

2) de naturaleza inflamatoria. Para nosotros las adherencias laxas o sólidas que rodean las glándulas ectópicas, no son sino la consecuencia de la irritación que el órgano, anormalmente ubicado provoca como cuerpo extraño y no deben ser consideradas como la causa de la desviación testicular.

3) de orden anatómico. Las anomalías de inserción del gubernaculum (Curling, Adams, Eisendrath) (fig. 2) con la posibilidad de desviaciones testiculares consecutivas no están aún demostradas.

En cambio se observan:

a) ausencia congénita de un hemiescrotó determinado.

b) oclusión anormal de las bolsas por un dartos muy engrosado o por expansiones fibrosas o membranosas del ligamento suspensor del pene (Jalaguier; obs. personal N° 1).

Como resultado de la intervención de estos factores aislados o asociados se originan las siguientes variedades de desviación glandular:

1º *ectopias intraabdominales* (criptorquídias propiamente dichas) con dos subgrupos:

- a) *pelviana*, con testículo móvil, de tipo normal (obs. N° 2) o con testículo fijo, hipoplásico. (obs. N° 5).
- b) *crural profunda*.

2º *ectopias extra-abdominales*, que a su vez se sub-dividen en:

a) *intersticiales o parietales*, cuando la glándula se detiene en el interior del conducto y de allí se desvía dissociando los planos musculares.

b) *subcutáneas*. Después de haber abandonado el orificio externo del conducto inguinal, el testículo espontáneamente o bajo la influencia del braquero llega o ocupar una de las posiciones siguientes:

- a) *crural superficial*.
- c) *cruro-escrotal*.
- c) *pubiana*.
- d) *peneana*.
- e) *perineal*.

f) *transversal*; modalidad rarísima en la que el testículo aberrante desciende al compartimiento del lado normal, a través del conducto inguinal correspondiente, a ese lado (caso de Corner).

En cuanto a las relaciones de la glándula con el epidídimo y el conducto deferente y a la disposición de la vaginal y sus relaciones con el peritoneo diremos que de acuerdo a lo observado en nuestros casos encontramos: un sólo testículo móvil —el pelviano intraperitoneal— bien desarrollado y cuatro testículos fijos hipoplásicos. Todos ellos presentaban su epidídimo y conducto deferente en relación normal con respecto a la glándula, con la particularidad de la apreciable longitud de los elementos del pedículo que facilitó su descenso cómodo a las bolsas. Los cinco se acompañaron de hernia congénita, cuya liberación, previa sección transversal del saco y cierre, realizamos sin mayor dificultad.

No nos detendremos en la sintomatología ni en el diagnóstico ya que a la noción de ausencia congénita del testículo en las bolsas, le sigue de inmediato otra: la de investigar la región en la que se ha detenido la glándula desviada de su trayecto habitual de descenso. Diagnóstico fácil por cierto en las formas extraabdominales, resulta impracticable en las criptorquídias propiamente dichas, en las que se llegará al diagnóstico en el curso de la intervención quirúrgica.

En lo que a tratamiento se refiere, no cabe aquí pensar en la terapéutica hormonal, de tan buenos resultados en un gran porcentaje de migraciones detenidas o retardadas. Hecho el diagnóstico la indicación operatoria es precisa y terminante en las ectopias extraabdominales; en cambio en las criptorquídias, ignorando si estamos frente al retardo o la desviación glandular, instituiremos un tratamiento hormonal de prueba, y tras del fracaso inevitable del mismo en las formas aberrantes, propondremos la intervención quirúrgica, sin esperar, para hacerlo la edad puberal.

En esta serie de enfermos hemos utilizado exclusivamente, como se desprende de la lectura de los casos, la orquidopexia transescrotal de Ombrédanne, procedimiento que nos ha brindado excelentes resultados mediatos y alejados.

#### DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — *Estoy en un todo de acuerdo con lo descripto por el Dr. Rubí, pero abierta la discusión, voy a aprovechar la oportunidad para sugerir algo que he hecho con anterioridad en otras reuniones fuera de esta Sociedad: me refiero a la nomenclatura de ectopias aberrantes. Con anterioridad, he sugerido la clasificación que en ningún momento me atrevería a decir que es propia, pero si esta nomenclatura ella fuese aceptada, la denominación de ectopia implicaría el ser aberrante.*

*Si el señor presidente me lo permite, voy a leer algunos párrafos de un trabajo que presenté en la Sociedad Argentina de Cirujanos el 19 de junio de 1941, bajo el título de "Comunicación previa al "tratamiento actual de la criptorquidia". — "Definición y clasificación".*

*Dice: "Criptorquidia. — De etimología griega: Kryptos, oculto y orchidion, diminutivo de orchis, testículo (pequeños testículos ocultos). La enciclopedia Sopena, Dicc. I. de L. E. continúa anotando: falta de uno o de ambos testículos en el escoto por no haber descendido completamente.*

*"El Diccionario Terminológico de C. M., del Dr. L. Cardenal, define la criptorquidia: Ectopia y degeneración de los testículos.*

*"La Terminología Médica, Dr. L. Ferrio, Torino, 1931, llama criptorquidia la falta de uno o de ambos testículos en la cavidad escrotal, etc.*

*"Sebileau, redactor del tópico en la obra de A. Le Dentú, P. Delbet, Schwartz, al referirse a las migraciones detenidas, dice: El testículo se fija en un punto cualquiera de su recorrido abdómino-escrotal, etc.; región abdómino-*

lumbar, ilíaca, inguinal. Los testículos en este caso están siempre ocultos en el abdómen. criptorquidia. Y como esta variedad de ectopía es la más frecuente, en el lenguaje corriente "ectopía" y "criptorquidia" son dos términos que nosotros empleamos impropia e indiferentemente.

"A capítulo siguiente, página 246, parecería que el autor hubiese variado su concepto para la criptorquidia; reservando esta denominación para las situaciones de testículos intra-abdominales no accesibles.

"Esta disparidad de formas al definir la criptorquidia la comprobarán ustedes con frecuencia. El uso indistinto de los términos implica inconvenientes para una estricta y útil nomenclatura."

Después de clasificar las vías de migración, digo: I) Migración detenida. testículo detenido en el trayecto habitual del descenso; correspondería a la criptorquidia.

"II) Migración aberrante, testículo desviado del trayecto habitual del descenso; correspondería a la ectopía. Ella se presenta con desviaciones homolaterales: crural, perineal, pélvica, paravesical, etc. Con distopias contralaterales, ya en el trayecto o en la misma bolsa escrotal del lado opuesto.

"III) Migraciones intermitentes", que en nuestra experiencia son de relativa importancia.

De maneta que he sugerido las dos denominaciones cardinales. Diría criptorquidia para aquellas detenciones en el recorrido habitual de descenso y ectopía para todo aquello en realidad, aberrante, el testículo desviado del trayecto habitual de descenso.

Esto tiene su importancia porque toda criptorquidia puede ser tratada con tratamiento oloterápico, mientras que la ectopía nunca puede ser sospechada de la menor influencia homonal.

Dr. Gorodner. — La aclaración hecha por el Dr. Schiappapietra ha sido tenida en cuenta en el ensayo de clasificación y nomenclatura de las enfermedades urológicas que apareció a principios de este año. Quizá este hecho le proporcione alguna satisfacción al Dr. Schiappapietra.

Dr. Rubí. — Quiero aclarar que la denominación de criptorquidia significa testículo oculto, de manera que si aplicáramos el criterio del Dr. Schiappapietra de designar con el nombre de criptorquidia a un testículo que desciende por su trayecto normal de descenso, a las glándulas detenidas a la altura del orificio cutáneo del conducto inguinal o en la raíz del escroto, donde siempre estaría dentro de la vía normal de descenso pero accesible a la palpación, mal podría llamarse criptorquidia, que significa oculto. De manera que tenemos

que llamar criptorquidia al testículo que es inaccesible a la palpación. La criptorquidia es una variedad dentro de las ectopias.

La denominación de distopia para la ectopia aberrante es interesante para establecer qué variedad de ectopia tenemos enfrente.

En cuanto al tratamiento hormonal, siempre se va a instituir en el retardo de la migración.