

TECNICA QUIRURGICA

Testículo no descendido y microcirugía vascular

Dres. Jorge De Vecchi (h.), Raúl Cepellini, David Torres, César Arruti, Diva Ravera de Bengochea, Juana María Wettstein, Elmer Lesina y Eduardo Anavitarte

Los autores presentan un caso de testículo no descendido tratado por anastomosis microquirúrgica entre los vasos espermáticos y los epigástricos (arteria y vena). Analizan la técnica y las indicaciones.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Microsurgery / Testis.

INTRODUCCION

En ciertos casos de testículos no descendidos, especialmente aquellos colocados altos en el trayecto inguinal o de situación abdominal, la brevedad del pedículo espermático hace imposible su descenso hasta la bolsa, inclusive luego de 2 ó 3 intervenciones sucesivas.

En estos casos de pedículo espermático corto se han planteado diversas soluciones quirúrgicas, pero ninguna de ellas ha resultado convincente. Con esta inquietud Mac Mahon, O'Brien y Cussen (6), realizaron en 1976 un trabajo experimental planteando la posibilidad del descenso testicular mediante microcirugía vascular, seccionando el pedículo espermático y anastomosándolo a vasos de la región inguinal. Realizaron la experiencia en 10 perros, con 5 biopsias postoperatorias normales, 3 sin espermátogenesis y 2 infartos.

Hemos aplicado esta experiencia a la práctica clínica en un caso, cuyo descenso por las técnicas de orquiopexia habituales era impracticable por la brevedad del pedículo espermático.

CASO CLINICO

M.T. 9 años. Testículo der. normal; hemiescrotó izq. vacío, no palpándose testículo izquierdo. Se interviene el 18/8/77 encontrándose un testículo de aspecto normal en fosa ilíaca interna, en situación intraperito-

Servicio de Cirugía Infantil (Prof. Agdo. Eduardo Anavitarte). Hospital Pedro Visca. Montevideo.

neal. Se asocia una hernia inguinal, con sigmoide adherido. Se trata la hernia y se disecciona el pedículo espermático hasta la fosa lumbar. Con esta disección, el testículo dista unos 10 cm. del fondo del escroto. Se decide realizar el descenso con microcirugía. Se individualizan arteria y vena espermáticas con lupa de 4.5 X. La arteria mide 1 mm. y la vena 1,5 mm. Se disecciona luego el pedículo epigástrico, que se secciona y se presenta a la región inguinal. Se secciona el pedículo espermático, se lleva el testículo a la bolsa y se fija. Bajo aumentos 16 y 25 X, con microscopio quirúrgico se realiza la anastomosis término-terminal de los pedículos mencionados, mediante puntos separados de nylon monofilamento 10/0, con aguja atraumática. Se cierra la pared por planos. Se administran ácido acetilsalicílico y dipiridamol como antiagregantes plaquetarios en el postoperatorio.

La evolución postoperatoria hasta la fecha ha sido satisfactoria.

DISCUSION

Gross y Replogle (5) en 1.767 operaciones citan que los testículos abdominales, llegan a un 14 % y los no descendidos bilaterales a un 24 %.

Existen múltiples razones para llevar un testículo a su ubicación normal; ellas son:

1) La conservación de la serie espermática. La espermátogenesis se produce en pacientes a los que se ha practicado orquiopexia bilateral en la infancia en número variable según los distintos autores que se han ocupado del problema. Gross y Jewett (4), encuentran un 79 % y Atkinson (1) un 44 % de pacientes fértiles. Todos los autores están de acuerdo en que los pacientes con testículos no descendidos bilaterales o en los que el descenso se ha efectuado tardíamente, son estériles.

2) Mayor incidencia de la patología en el testículo no descendido:

- Torsión (cuando no se intenta el descenso).
- Traumatismo (cuando queda en regiones más expuestas prepúbica, preinguinal).
- Malignización. Actualmente todos los autores están de acuerdo en que hay una inciden-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de mayo de 1979.

Asistente de Cirugía Plástica, Profesor Agregado de Urología, Cirujano Pediatra del M.S.P., Profesor Agregado de Cirugía Infantil, Pediatra, Cirujano Pediatra, Practicante y Jefe de Servicio del M.S.P. Fac. Med. Montevideo.

Dirección. Br. Artigas 2440, Montevideo (Dr. J. De Vecchi [h.]).

cia mayor de tumores malignos en el testículo no descendido o disgenésico variando la frecuencia según los autores. Martin y col. (7), encuentran que es 14 veces más frecuente que en la glándula normal. El hecho de que el testículo abdominal sea llevado al escroto, no disminuye los riesgos de malignización, pero lo hace más accesible a la palpación y por lo tanto a un diagnóstico más precoz.

—Necrosis isquémica por compresión por el epiplón herniario. Según Surraco y Lockhart (9) serían la mayor parte de los casos diagnosticados como torsión en testículo no descendido.

3) Tanto del punto de vista cosmético como psíquico, es de fundamental importancia para el hombre, tener ambos testículos en el escroto. Existe una psicopatología claramente vinculada a este problema, que desaparece una vez que se logra el descenso testicular (8).

4) Posibilidad de desarrollo de un tumor maligno en el testículo contralateral o de afectación del mismo por otra patología (traumática, mecánica, inflamatoria, urleana).

Por todos los motivos expuestos, pensamos que el testículo abdominal debe ser llevado al escroto, evitando en lo posible la orquiectomía preconizada por algunos autores, debido al riesgo de malignización en un lugar *no accesible* a la palpación.

Los métodos quirúrgicos de que disponemos actualmente para llevar un testículo en ectopía alta al escroto, son los siguientes:

a) Operaciones sucesivas. Muchas veces se fracasa en el intento de alcanzar el escroto, quedando el testículo preinguinal o prepubiano. Otras veces si bien se llega, el testículo se atrofia debido al compromiso vascular por tracción excesiva, angioespasmo prolongado, fibrosis perivascular, trombosis.

b) Sección del pedículo espermático, confiando en que la irrigación de suplencia aportada por el pedículo deferencial y el gubernáculum testis, permita la viabilidad del testículo. Esto se basa en los trabajos de Fowler & Stephens (3) y Brendler & Wulfsohn (2). Los resultados de esta técnica son discutidos y pensamos que no se opone a la que proponemos, sino que se complementa.

La razón fundamental por la que estos testículos no llegan al escroto, es la existencia de un pedículo espermático breve. El deferente siempre es de longitud suficiente para permitir el descenso. La microcirugía vascular nos ofrece hoy la posibilidad de seccionar este pedículo espermático corto y anastomosarlo a un

pedículo de la región inguinal. Esto permite descender el testículo sin que su irrigación se vea disminuida.

Como toda sutura vascular, presenta los riesgos de la oclusión; aún así, quedaría la posibilidad de la circulación de suplencia antes citada (2, 3).

La técnica no tiene más riesgos que los de toda anestesia prolongada (4 a 5 horas). Requiere instrumental adecuado y técnicos entrenados en microcirugía vascular.

Lejos de pretender resolver definitivamente el problema, pensamos que esta posibilidad abre un nuevo camino y una posible solución al descenso quirúrgico al testículo en ectopía alta.

RESUME

Testicule non descendu et microchirurgie vasculaire

Présentation d'un cas de descente testiculaire par microchirurgie vasculaire. Anastomose du pédicule spermatique à l'artère et à la veine épigastrique.

SUMMARY

Undescended Testes. Microvascular Surgery

Case of undescended testes treated by microvascular surgery is reported. The authors anastomose the spermatic vessels to the epigastric artery and vein.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ATKINSON PM. A follow-up study of surgically treated cryptorchid patients. *J Pediatr Surg*, 10: 115, 1975.
2. BRENDLER H, WULFSOHN MA, citados por LENRIOT JP. Abaissement chirurgical des testicules en ectopie haute. *Encyclopedie médico-chirurgicale. Techniques chirurgicales Urologie et Gynécologie*, vol. 2, 14.410. Editions Techniques. Paris. France.
3. FOWLER R Jr, STEPHENS ED. The role of testicular vascular anatomy in the salvage of high undescended testes. En: Stephens, F. D. Congenital malformations of Rectum, Anus and Genitourinary Tracts. Edinburgh. Livingstone 1963. Capítulo 19.
4. GROSS RE, JEWETT TC Jr. Surgical experiences from 1.222 operations for undescended testes. *J.A.M.A.*, 196: 635, 1956.
5. GROSS RE, REPLOGLE AL. Treatment of undescended testes. Opinions gained from 1.767 operations. *Postgrado Med*, 34: 266, 1963.
6. MACMAHON RA, MACO'BRIEN B and CUSSEN LJ. The use of microsurgery in the treatment of undescended testis. *J Pediatr Surg*, 11: 4, 1976.
7. MARTIN ED, RAIN B, COMPAIN P et IMBERT MC. Cancers du testicule. *Rev Prat*, 25: 7, 1975.
8. PINCH L, ACETO Th Jr and HEINO FL, MEYER-BAHLBURG. *Urol Clin North Am*, 1: 3, 1974.
9. SURRACO L y LOCKHART J. La migración testicular. Las ectopías. Buenos Aires. Espasa-Calpe, 1946.