

LA COMPRESION DEL CORDON ESPERMATICO
POR HERNIA INGUINAL

Ricardo Yannicelli

En Setiembre de 1940 presentamos a la Sociedad de Pediatría un trabajo relativo a la torsión del cordón espermático en el niño (1). Pretendíamos con él, llamar la atención sobre la necesidad y los fundamentos de un diagnóstico inmediato de esas torsiones ya que los hechos demostraban que, el cordón torcido, condenaba a la pérdida del testículo en el 90 % de los casos. Los diagnósticos tardíos, única causante de estas pérdidas, los atribuimos, en parte a la ausencia de descripciones de cuadros inmediatos. En parte, también, a que el síndrome de orquitis aguda primitiva de Ombriedranne y Quenuun, identificado a esas torsiones, no obstante su realidad, era un síndrome que ~~esperarado~~ que su aparición significaba, en general, que ya estaba dudosa la vida testicular. Apoyábamos esta interpretación refiriendo el cuadro inmediato de una torsión que diagnosticamos a la hora y media de producida y que operamos con el Dr. Cantón una hora después. Hacíamos notar que ese cuadro configuraba un síndrome que no impresionaba como infeccioso como el de Ombredanne y Quennu sino como mecánico, "de compresión del cordón". Señalábamos la utilidad de su conocimiento para intervenir ante su comprobación con beneficio para la vida del testículo. Y le asignábamos categoría de síndrome porque, no sólo lo configuraba la compresión por torsión sino también la compresión por otra causas.

En la presente comunicación deseamos destacar como las hernias inguinales apretadas, atascadas o estranguladas, comprimen a veces el cordón en forma de poder dar, ellas también, estos do-

(1) "Archivos de Pediatría del Uruguay", Tomo XII, N° 11.

síndromes que se ven sucesivamente en la torsión: síndrome inicial mecánico y síndrome tardío pseudo-infeccioso de Ombredanne y Quenun. Procura además mostrar la importancia que en clínica infantil puede tener la presencia de alguno de estos síndromes como manifestación de una hernia inguinal que, por lo pequeña o poco sintomática, haya pasado inadvertida.

Las compresiones del cordón espermático por hernias inguinales parecen no estar reconocidas como de jerarquía suficiente para ser señaladas en capítulo aparte. Se trata de la coincidencia de estas dos lesiones (hernia y compresión del cordón) y no de los casos mencionados como errores de diagnóstico o encuentros operatorios en que se ven, al fin, no esas dos lesiones, sino una de ellas simulando la otra. Así Fèvre en su hermoso capítulo de síndrome orquíptico agudo primitivo del niño (1933) dice: "El síndrome orquíptico agudo del niño es fácil de reconocer. Sin embargo en un caso de torsión de cordón espermático el diagnóstico hecho, fué estrangulamiento herniano". Olry en su trabajo sobre el síndrome orquíptico agudo primitivo en el niño (1926) cita uno de sus casos (observación III), habiendo impresionado al profesor Ombredanne como una torsión subaguda del testículo, cuando se trataba, en verdad, de un hidrocele funicular comunicante torcido en su penetración en un hidrocele vaginal. Y se señala en esa observación que el testículo está en posición normal y de aspecto sano.

En nuestros casos, volvemos a repetirlo, no se trata sólo de confusión diagnóstica posible de hernia o de compresión de cordón. Hay coincidencia de estas dos lesiones y por tanto dos problemas terapéuticos y pronósticos: el de la hernia y el del testículo.

Tampoco se señala la compresión del cordón por hernia inguinal como causa capaz de dar el síndrome orquíptico agudo. Fèvre, luego de pasar en revista un conjunto de causas "sorpresivas" entre ellas las citadas por Olry, y sin hacer mención a la compresión del cordón por hernia, dice: "en definitiva el verdadero diagnóstico etiológico del síndrome orquíptico agudo se discute entre las tres afecciones estudiadas: torsión de cordón espermático, torsión de hidátide de Morgagni, epididimitis infecciosa aguda". Durante la intervención aconseja Fèvre: "si la torsión intravaginal no es evidente es necesario remontar el cordón por encima

de la vaginal para eliminar la rara torsión extravaginal". De acuerdo con lo que hemos visto la compresión de cordón espermático por hernia inguinal no es tan excepcional como la torsión extravaginal y se acerca en frecuencia a la torsión intravaginal. Por eso es que, sin excluir la atención que pide Fèvre para no pasar inadvertida una torsión extravaginal, agregamos la atención que merece una compresión por hernia atacada o estrangulada, cuya importancia es mayor por lo que significa esta hernia.

La compresión que una hernia es capaz de determinar en el cordón puede ser grave en cuanto a la vida testicular. El profesor Surraco cita un caso en que diagnosticó torsión del cordón y encontró una hernia estrangulada comprimiendo el cordón lo que obligó a la orquidectomía dado el estado del testículo. El Dr. Vizziano Pizzi opera un lactante de 6 meses con hernia inguinal derecha estrangulada y nota un testículo grande muy ingurgitado, dentro de una vaginal bien formada. Reduce la hernia, repone el testículo en su vaginal y al poco tiempo nota que ese testículo desaparece atrofiado. El Dr. Eusebio Rosso acaba de operar un lactante de 4 meses con hernia inguinal estrangulada cuyo cuadro doloroso databa de 3 días. En un saco único peritoneo-vaginal encuentra un asa intestinal de aspecto normal y un líquido hemático no atribuible al estado de aquella asa. El cordón espermático está congestionado y grueso y el testículo voluminoso y morado. Punciona en varios puntos la albugínea provocando la salida de sangre oscura retenida. Parecería que el testículo ha de salvarse pero el tiempo transcurrido no es aún suficiente como para afirmarlo.

Nuestro último caso, en un lactante de 3 meses, encuentra el testículo con un infarto rojo oscuro que, aunque es parcial no permite asegurar todavía por su vitalidad. Por no ser pues tan excepcional, por la gravedad de la hernia estrangulada que puede estar en su determinación y por la trascendencia en la vida testicular vale pues bien, estudiar y conocer estas compresiones del cordón. Su mecanismo íntimo, de detalle, no lo discutiremos. Ya se sabe como varían en detalles hasta las mismas torsiones de cordón realizadas a una mínima altura según la forma, intensidad y generalidad con que han sido comprimidos sus elemento .

Los síntomas.

Se les encontrará con cierta frecuencia si se examinan sistemáticamente el cordón, el epidídimo y especialmente el testículo, por ser lo más notable, en las hernias inguinales atascadas o estranguladas del lactante. Varían según la intensidad la forma y la duración de la compresión y así se explica que el testículo presente lesiones distintas como se ha visto. Podría advertirse, con respecto a estos síntomas, lo que advirtiéramos con respecto a la torsión: no hay que esperar el síndrome orquíptico agudo de Ombredanne y Quenu para pensar que una hernia puede estar comprimiendo un cordón. Correría riesgo no sólo el testículo sino también la vida del niño por su hernia es-trangulada. Al comienzo, o cuando la compresión es poco intensa nos encontramos con dolor, en general escaso y sordo, pero a veces más intenso, acompañado de aumento ligero en el volumen de testículo, epidídimo y cordón. Lo vimos y lo mostramos en varios lactantes y bastaba reducir la hernia para que el engrosamiento de estos elementos genitales desapareciera. En otros casos, atribuíbles con lógica a una compresión más intensa o más duradera, no solo aparecía intensificada la tumefacción de testículo epidídimo y cordón, sino que aparecía edema y rubor del escroto, acercándose al síndrome de Ombredanne y Quenu.

En algunos casos el diagnóstico puede hacerse con bastante seguridad como en la 1ª y 3ª observación nuestra ya que es posible palpar una hernia (más o menos grande) y un testículo aumentado de volumen. En otros casos el diagnóstico es difícil porque la semiología no puede precisarse, señalándose esos dos elementos básicos: la hernia que comprime y el testículo tumefacto. Habrá que quedarse como nos sucedió en el 2º caso con el diagnóstico de *síndrome de compresión* del cordón sin asegurar si lo determina una hernia estrangulada o una torsión y operando de inmediato.

En la determinación de los síntomas descritos debemos aclarar, como lo hiciéramos en el trabajo de torsión, que hablar de la importancia de la compresión de los elementos vasculares del cordón, no quiere decir que esto sea todo en esa determinación. Y si allá poníamos como ejemplo la torsión de hidatide como capaz de dar algunos síntomas semejantes a la torsión, aquí podríamos hablar de la misma hernia, pudiendo originarlo cuando se atasca

o estrangula, sin comprimir el cordón, edema y rubor de la región inguino escrotal. En estos casos, no obstante, el testículo no se engrosa ni llega a infartarse como cuando el cordón se comprime.

Casos clínicos. — 1er. caso. — Lo referimos en nuestro anterior trabajo sobre torsión de cordón espermático. S. W. H., lactante de tres meses ingresa al Servicio del Prof. Agdo. Dr. Raúl del Campo, con cuadro doloroso datando del día anterior. Hay edema y tumefacción ligera del hemiescrotal derecho; escaso aumento de volumen de testículo y epidídimo y cordón engrosado. Pensamos en seguida en torsión de cordón espermático pero explorando más arriba encontramos una punta de hernia atascada. Reducida la hernia el niño se calma y poco después desaparecen los síntomas que configuran el síndrome de compresión mecánica del cordón. Vuelto a ver al día siguiente nada había en la región inguino escrotal que recordara lo transcurrido.

2º caso. — Lactante de unos 2 meses con el antecedente de presentar desde el nacimiento, líquido en su vaginal. Hace un cuadro doloroso de región inguino escrotal derecha, datando del día anterior. Tiene vómitos, está majadero y presenta en la región inguino escrotal una tumefacción de consistencia en parte líquida y en parte sólida. Arriba no es posible precisar bien su constitución. En cambio abajo, comprimiendo la masa líquida, es posible palpar un testículo visiblemente aumentado de volumen, en comparación con el del lado opuesto. El carácter agudo y la aparición brusca del cuadro unida a esa tumefacción testicular y del cordón nos hace pensar en un síndrome de compresión de cordón por alguna de las dos causas que habitualmente vemos provocarlo: compresión por hernia o por torsión. Indicamos la intervención urgente y debemos confesar que colocábamos como causa más probable la torsión. Como el enfermo sólo nos llegó en consulta y no nos pertenecía, temíamos que quien actuara en última instancia pudiera aconsejar no intervención con lo que podía pasar inadvertida la otra causa en la que pensábamos en segundo término (hernia estrangulada comprimiendo el cordón). No pasó así. El profesor García Lagos intervino y encontró una hernia estrangulada con asa intestinal en buen estado, líquido en el saco peritoneo-vaginal y testículo aumentado de volumen pero en buen estado.

3er. caso. — L. R., lactante de 6 meses. Hace 3 meses le notaron una hernia inguinal derecha que luego se redujo. Hace 27 horas inicia un cuadro doloroso con vómitos alimenticios, náuseas, palidez. Pasa la noche decaído y por momentos se retuerce y llora. Repite el vómito a las 23 horas de iniciado el cuadro. Se presenta al examen algo frío y pálido y tiene en la mesa micción de orina y deposición de materia líquida amarillenta. La región inguino escrotal está algo aumentada de volumen y la piel del escroto algo edematosa y sin rubor. La palpación permite encontrar dos tumoraciones. Una es alta, situada contra el anillo inguinal superficial pequeña, de $\frac{1}{2}$ centímetro de diámetro, de consistencia algo dura. Otra

mismos con los de torsión, se comprende que *con respecto al cordón* no ha de observarse otra gran diferencia que la altura distinta a que éste lo comprime. Comprimido por una hernia se estrictura en lo alto (contra o cerca del anillo); comprimido por la torsión se estrictura más abajo (dentro de la vaginal en general y sobre ella por excepción). Estas diferencias, la clínica no llega en general a percibir las, especialmente en el lactante, con su cordón tan corto, y sobre todo, porque, aun en las torsiones intravaginales el cordón se encuentra engrosado por encima de la zona torcida.

Otro hecho deseamos señalar. Es posible que más de una de las torsiones de cordones que se supusieron detorcidas, o más de un diagnóstico de torsión que no tuvo comprobación operatoria no hayan sido otra cosa que compresiones de cordón por puntas de hernia inguinales que, luego de reducidas espontáneamente o a raíz de la anestesia previa a la intervención, dejaban sin explicar su verdadera naturaleza.

Pronóstico y tratamiento. — Siendo nuestro propósito señalar únicamente la realidad y la importancia de estas compresiones del cordón espermático por hernias inguinales ya dijimos que no vamos a discutir el mecanismo o la forma como ellas se realizan. De aquella realidad debe tomarse nota para pensar en la posible coexistencia de esas lesiones y hacer un pronóstico y un tratamiento adecuados.

En cuanto al pronóstico debe advertirse la posibilidad de una atrofia testicular siempre que se haya notado una compresión de cordón con tumefacción testicular. Esta precaución pronóstica debe ser mayor en caso de operar para que no se atribuya a mala técnica lo que es solo consecuencia de las lesiones por compresión. Dicho esto de modo general nos atrevemos, de acuerdo con la lógica y con lo que hemos visto, a señalar como importante, en el pronóstico, la rapidez con que desaparece la tumefacción del testículo una vez reducida la hernia. La desaparición rápida de esa tumefacción está en favor de lesiones no definitivas, en general congestivas, que desaparecen no bien eliminado el factor causal. Es lo que pasó en nuestro primer caso. Cuando el testículo permanece engrosado las lesiones tienen probabilidad de no ser transitorias. Es lo que sucedió en nuestro 3er caso, en que existía ya un infarto parcial de testículo. La visión directa del testículo en

el acto operatorio y en última instancia, la evolución, dirán la palabra definitiva en ese pronóstico.

En cuanto al tratamiento lo que se debe tratar de urgencia es la hernia atacada o estrangulada. Reducida ésta, según el caso, por maniobras manuales o por intervención quirúrgica se suprime la compresión del cordón. Una vez reducida la hernia la intervención no tendría otro objeto que asegurar el diagnóstico frente a una duda, descartar coexistencia de otras lesiones o visualizar las lesiones testiculares con vistas pronósticas. No conocemos, en efecto, como paliar la consecuencia de estas compresiones. Tal vez sea útil evacuar con punciones el líquido hemorrágico acumulado bajo la albugínea como lo hiciera el Dr. Rosso en su caso, en que era perceptible la acumulación sanguínea.

Teniendo en cuenta lo que antecede y dado que las hernias atascadas del lactante se reducen en general por maniobras manuales corresponde que estas se realicen previamente observando lo que sucede en la hernia y en el testículo. En efecto, para asegurar que el síndrome de compresión el cordón es causado por una hernia es necesario: 1º comprobar la existencia de esa hernia; 2º tener seguridad que se ha reducido; 3º observar la desaparición del síndrome de compresión, es decir, en lo esencial que testículo y cordón vuelvan a lo normal. Es lo que hicimos en nuestro primer caso. Desaparecida la hernia desapareció la compresión y con ella sus síntomas, esto último constituyendo un verdadero test de decompresión.

Cuando alguna de esas tres condiciones señaladas no se cumplen debe intervenir. En efecto, si la existencia de la hernia no es clara no puede afirmarse que ella comprima al cordón y por tanto debe pensarse en torsión de cordón y operarse. Si no se está seguro de una buena reducción de la hernia también debe intervenir. En fin, si la desaparición de los signos de compresión no se producen pese a una buena reducción herniaria, será difícil asegurar que todo se debía a esa hernia y descartar una torsión de cordón. Aun en algunos casos esa persistencia de la tumefacción testicular existirá con hernia bien reducida, es decir, suprimida la causa que comprimía, cuando las lesiones testiculares sean más estables. Así sucedió en nuestro tercer caso, con infarto parcial de testículo.

Conclusiones. — Se parecen mucho a las que hacíamos en el trabajo relativo a torsión de cordón, ya dijimos por qué. Son ellas:

- 1ª Las hernias inguinales atascadas o estranguladas pueden en ciertos casos comprimir el cordón y poner en peligro la vida del testículo.
- 2ª La compresión del cordón espermático por hernia inguinal se traduce en su comienzo por dolor y un síndrome mecánico local; tumefacción de testículo, epidídimo y cordón.
- 3ª Si esa compresión se deja evolucionar, al síndrome mecánico se agregan elementos que lo hacen pseudo infeccioso (de orquiepididimitis aguda primitiva).
- 4ª “En un niño con síndrome mecánico de compresión del cordón o con el síndrome más tardío y peligroso de orquiepididimitis aguda excluida a su tiempo la torsión del cordón, deben examinarse las otras causas que puedan comprimirlo en especial, por más oculta la punta de hernia, estrangulada o atascada”.
- 5ª Frente a una compresión del cordón por hernia estrangulada debe hacerse la reducción urgente de la hernia y el pronóstico reservado acerca del porvenir del testículo.

Dr. Abel Chifflet. — Es posible que en adulto tengamos hechos semejantes a los que nos describe el Dr. Yannicelli en el niño, y que por circunstancias variables escapen a nuestro diagnóstico preciso. Pero es indudable que la patología testicular o funículo testicular que ocupe al comunicante es predominantemente un capítulo de patología infantil. Entre las múltiples razones posibles de tal diferencia con la edad, que sería largo enumerar, me parece que existe una que es importante. En toda hernia intrafunicular a cualquier edad, el saco va dentro del cordón, paralelo a los elementos de éste. Pero mientras que en el adulto existe entre saco y elementos vasculares, una simple relación de contacto, con espacio decolable entre ambos, en el niño la relación es íntima, habiendo adherencia firme y en especial siendo la serosa aplicada sobre el cordón muy delicada. lo cual hace que prácticamente los vasos estén metidos dentro del saco como está una víscera abdominal dentro de la cavidad peritoneal. Es evidente que una masa ajustada dentro del saco herniario como es una hernia estrangulada, debe comprimir más fácilmente los elementos en estos casos. que en el adulto en que los vasos se alejan del saco.

Otro aspecto al que deseo referirme es el de los posibles orígenes del infarto. El Dr. Yannicelli nos ha presentado una interesante descripción de los puntos y mecanismos de compresión del cordón y en especial nos

a colocado frente a situaciones clínicas de tal compresión que ha resuelto prácticamente ante nosotros, y es posible que en todos los infartos testiculares haya encontrado una causa evidente de compresión vascular, aunque en una de las observaciones dicho factor compresivo es solo una deducción clínica. Yo no sé si en el niño es posible encontrar infartos viscerales primitivos sin lesión inicial de obstrucción vascular, proceso que trajeron al mundo científico las investigaciones de Gregoire y Couvelaire, pero es indudable que en el testículo infantil se encuentran reunidas una serie de circunstancias favorables a tales infartos. En el año 1938 nos ocupamos en dos oportunidades del infarto primitivo visceral y hoy mantenemos la seguridad de su existencia y de la patogenia invocada. Sería de gran interés, que el Dr. Yannicelli, que tanto conocimiento y experiencia nos ha mostrado, nos diga en la patología funículo testicular infantil, su opinión actual sobre este problema y analice los casos del futuro a la luz de estas nociones de patología vascular.

Dr. Suiffet. — Yo he tenido oportunidad de ver el mismo síndrome que ha visto el Dr. Yannicelli.

Hace poco tiempo tuve oportunidad de ver un quiste del cordón de un niño que hacía tres días que tenía una tumoración del orificio externo del trayecto inguinal que no se reducía, pero que no tenía repercusión alguna sobre el estado general del enfermo. Ingresó al Hospital por esa tumoración. La intervención se realizó precisamente por la aparición del síndrome de compresión del cordón.

Ese niño tenía un cordón y testículo normal a los seis días y a los diez días presentaba un aumento de tamaño del testículo y un engrosamiento del cordón que hizo plantearnos la posibilidad de una hernia estrangulada o un estrangulamiento de un quiste del cordón. La intervención mostró una hernia y testículo aumentado de volumen sin lesión de ninguna especie.

Dr. Cendan. — Yo quería referirme al caso del adulto, y como hacía notar el Dr. Chifflet es muy raro encontrar el síndrome de compresión del cordón en las hernias estranguladas.

Peró casualmente hace pocos días tuvimos ocasión de ver en la clínica a un enfermo que hizo una estrangulación de epiplón por torsión intra-abdominal.

Ese enfermo tuvo una evolución larga porque lo vimos después de tres días con una infiltración de toda la región inguinal del cordón. En la intervención además de comprobar la estrangulación herniaria, se encontró un hidrocele.

Yo pienso que los síndromes aparecen con el tiempo, es decir, que la intervención precoz impediría la aparición de ese síndrome mientras que en ese caso que fué operado tardíamente, apareció.

Dr. Nario. — Yo desearía preguntar sobre un caso que presentó el Dr. Yannicelli en el que dice que después de abierto se encontró con que no había una hernia estrangulada y que presumió que se había reducido. En ese caso, ¿había saco intra-inguinal o no?

Dr. Yannicelli. — No había. Era una hernia que se supone reducida

con su saco. Pero lo fundamental es que justo en el pasaje inguinal el cordón estaba estricturado. Busqué esa estrictura al comprobar el infarto de testículo y visto que no había torsión de cordón. Y la busqué arriba donde estaba la punta de hernia que debió producirla.

Dr. Nario. — Yo quería hacer esta pregunta porque realmente este asunto me ha apasionado desde el primer momento que el Dr. Yannicelli ha presentado su trabajo.

Yo le aconsejaría al Dr. Yannicelli tratara de aclarar un poco más esta cuestión porque la relación entre la torsión y la compresión de un cordón no puede ser establecida así en una forma global y sobre todo, un poco vaga.

En catorce años de Cirugía de Urgencia del Pasteur y dos años en el Maciel, nunca he visto ninguna hernia estrangulada con compresión del cordón.

Dr. Yannicelli. — Quiero advertir que este problema de la compresión del cordón por hernia inguinal lo vengo estudiando hace tiempo. Pensando citar sólo hechos clínicos no he querido hacer mención a cual podía ser su mecanismo detallado, sin duda, discutible. La relación de causa a efecto entre esas hernias inguinales estranguladas y esos signos de compresión de cordón es para mí evidente. En sala de lactantes frente a hernias atascadas en que parecía insinuarse una compresión del cordón dejé pasar alguna hora y pude ver más de una vez cómo el testículo y el cordón se engrosaban y cómo todo cedía al reducir la hernia. Es cierto que hay hernias estranguladas y son las más, que no comprimen el cordón, por lo menos en forma aparente pero es también cierto que examinadas sistemáticamente esas hernias se encuentran esos signos más de lo que parecería.

Los trabajos de Couvelaire y Gregoire no creo que tengan aplicación en estos casos en que es evidente la existencia de un factor mecánico. En cuanto a la 3ª observación a que alude el Dr. Nario para mí no es discutible.

Tuve sensación de palpar una pequeña hernia y hasta la anoté en el esquema que hice en cuanto examiné al enfermo y que aquí está. Tuve también la sensación de haber reducido esa pequeña hernia pero me llevó a intervenir el notar que el testículo, luego de aquella reducción, se mantuviera duro y voluminoso. La razón la encontré al ver ese infarto, duro, que mal podía regresar como una simple congestión.

¿En qué lugar el cordón es comprimido y en que forma? Es algo a estudiar. El hecho de que haya visto comprimido el cordón en el pasaje inguinal no me autoriza a indicar cual es el mecanismo de esa compresión. Quizá no sea único. Las experiencias de diversos autores resumidas por Sebilleau y Descomps muestran como son de variables los mecanismos en que alterando la circulación funicular puede llegarse a lesiones del testículo, aun de infarto y necrosis. Mucho de ello puede ser aplicado aquí. También hay diferencias de detalle entre las torsiones del cordón entre sí. El hecho positivo es que una hernia atascada o estrangulada puede comprimir a veces el cordón y llevar el testículo a la necrosis.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

del Colegio I. de Cirujanos; se pasa al Dr. R. García Capurro para su traducción, y otra de la Sociedad de Medicina solicitando la integración de la misma con elementos especializados en otras rama de la medicina.

El Prof. Dr. Carlos Stajano comunica sobre su trabajo sobre: "La castración en la leucoplasia vulvar". Intervienen en la discusión los Dres. Soto Blanco y Fossati. Este trabajo ha sido publicado en los Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo XXI, N° 1.

Se levanta la sesión a la hora 20.

