

TORSION DEL CORDON EN UN TESTICULO ECTOPICO

Por Fernando Etchegorry

La poca frecuencia con que en esta Tribuna se ha tratado el doble tema del epígrafe, correspondiente a la lesión que presentaba mi enfermo, es la razón primordial que me ha guiado al presentar esta historia clínica y comentarios a la consideración de ustedes.

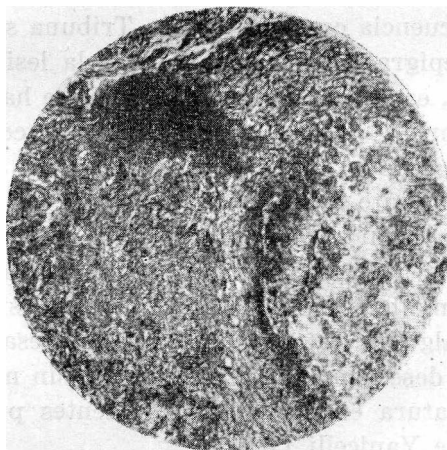
No es mi propósito hacer una revista general del asunto: me llevaría muy lejos; para comprobarlo basta con decir que tengo anotados de estos últimos 20 años, 210 artículos al respecto y posiblemente se me han escapado otros tantos. Así pues me limitaré a señalar algunos detalles que creo interesantes, recomendando a quienes deseen profundizar el tema, sin necesidad de recurrir a la literatura extranjera, las recientes publicaciones de Surraco (2) y de Yanicelli (R.).

J. V., 14 años de edad, estudiante liceal, ingresa al Hospital Pasteur el 14 de abril, por consejo del Prof. Plá, que es quien me lo envía. El padre que lo acompaña, relata la siguiente historia (resumida): Muchacho nacido bien, aunque notándosele desde el primer momento que las bolsas sólo contienen el testículo derecho; el del lado izquierdo parece estar situado al nivel de la pared abdominal. Enfermedades propias de la infancia; concurre a la escuela primaria normalmente y la única anormalidad en él es una tendencia marcada hacia la obesidad. La situación testicular permanece idéntica. Ambos detalles no preocupan a la familia, pues el padre es un obeso (pesa más de 100 kilos) y además también nació con ectopía testicular del mismo lado que el hijo, anomalía que desapareció sin tratamiento alguno entre los 15 y 20 años, en que el testículo descendió *precedido* en este descenso por una hernia, operada por mí hace algun tiempo.

A los 10 años la tendencia a la obesidad se acentúa en tanto que los genitales externos permanecen atrofiados (Froelich?). Esto alarma a los padres quienes consultan al Dr., el que instituye un tratamiento por hormonas gonadotropas durante 1 y $\frac{1}{2}$ años; el muchacho se transforma: crece, adelgaza, sus genitales externos llegan a ser casi normales, pero el testículo izquierdo, si bien participa de la eurtimia general en cuanto al

volumen, se encapricha en permanecer anclado al nivel de la pared abdominal. Esta situación se hace definitiva.

El domingo 11 de abril en el curso de un partido de football, al ejecutar un movimiento, siente un fuerte dolor al nivel de su pared abdominal izquierda, que le obliga a dejar el juego. Vuelto a la casa, los familiares comprueban que el lugar donde estaba el testículo ectópico ha aumentado bruscamente de volumen, alcanzando el tamaño de un puño cerrado. Tiene náuseas. Se le da un lavaje intestinal que parece mejorar al enfermo y se le deja en reposo con aplicaciones frías *in locus dolenti*. La tumoración disminuye



algo de volumen hasta adquirir un tamaño definitivo y como el dolor persiste intenso, a las 72 horas del accidente, se resuelve consultar médico.

Examen del enfermo. (Suprimo datos generales para describir simplemente la lesión). Tumefacción del tamaño de una naranja al nivel de la región inguinal superior, con aspecto inflamatorio no muy acentuado; dolorosa, es imposible delimitarla netamente: parece formar parte de la pared abdominal. Es mate. Como los padres aseguran que la tumefacción ha disminuido por lo menos, en un tercio de su tamaño, no soy en mi diagnóstico lo afirmativo que pensaba ser, diferiendo la intervención por 6 horas, cosa que lo permite el excelente estado general, por si el muchacho no hubiera dicho la verdad al narrar el accidente y se tratara de una contusión testicular. Cama. Bolsa de hielo. Como al cabo de dicho término, la situación es estacionaria, se resuelve intervenir.

Intervención: Anestesia local. Ayudante, Dr. Gordon. Incisión inguinal izquierda, un poco más alta que lo habitual. Se corta la aponeurosis del oblicuo mayor a fin de descubrir el trayecto inguinal; *éste no existe, siendo el acolamiento total*. Con el objeto de hacerme luz y poder disecar el "saco" que ya tengo a la vista (parece el de una hernia estrangulada), *labro* el tra-

yecto inguinal, cosa que se obtiene con toda facilidad y me doy cuenta entonces que de la parte inferior del "saco", parte un cordón fibroso que se pierde hacia el pubis, impidiéndome la exteriorización de aquél. Lo secciono entre dos ligaduras. Aislamiento y apertura del "saco", *que se realiza sin ninguna dificultad*, saliendo unos 50 c.c. de líquido sanguinolento bastante oscuro. Se exterioriza el testículo que forma una masa común con el epididimo, de color negruzco. El gubernáculo es de unos 2 cms. de longitud (aproximadamente). Se comprueba una torsión del funículo (3 vueltas) a la altura del "cuello" del "saco". Se destuerce el cordón y en la imposibilidad de conservar la glándula se extirpa seccionando sucesivamente gubernáculo y funículo, este último ligado en masa. Que lo extirpado era el testículo y que su eliminación estaba justificada lo establece el examen anatómo-patológico de la pieza efectuado por mi colega y amigo, Dr. H. Castiglioni Alonso, que dice: "En los cortes histológicos realizados del testículo y epidídimo, se observa: un estroma fibro-muscular muy desarrollado e infiltrado de sangre. En medio de este estroma se ven algunos tubos seminíparos bien desarrollados y en los que se aprecian células de la línea seminal y células de Sertoli".

Se prosigue la disección del "saco" a fin de cerrar el orificio peritoneal, y con gran sorpresa, cuando aquella se termina con la separación del muñón del cordón, nos quedamos con el saco en la mano. Aquel elemento, hasta ese momento a la vista, desaparece en la profundidad. Nos es imposible comprobar ninguna comunicación con el peritoneo, a pesar de realizar y hacer realizar las maniobras habituales (tos, esfuerzo, etc.). Espero unos minutos a fin de cerciorarme de si la hemostasis es buena y como nada sangra, cierro por planos; con crin en la piel. Alta a los 5 días. Lamento que diversas circunstancias me hayan impedido hacer comprobaciones anatómicas más perfectas; quizás, como se verá, hubieran sido de interés.

Consideraciones. — De acuerdo con lo dicho en el preámbulo me limitaré a recalcar los detalles de la historia que considero interesantes.

1º Papel de la herencia. Padre e hijo nacen con la misma malformación; en el 1º el testículo descendió espontáneamente, pero a una edad posterior a la que el hijo hizo el accidente que motivó la extirpación de la glándula. Creo, sin embargo de acuerdo a las comprobaciones operatorias, que el descenso testicular no se hubiera producido en ninguna época. Papel de la herencia, también, en la adiposidad de ambos, pero mientras en el padre es "simple", si se me permite la expresión, en el Hijo se complica con la atrofia de sus órganos genitales, que es lo que motiva el tratamiento por preparados de hipófisis.

2º Eficiencia de este tratamiento en la corrección del síndrome señalado, y su inutilidad respecto a la malformación testi-

cular. Este hecho merece ser analizado más despacio. La industrialización y vulgarización de las hormonas gonadotropas, unidas al papel que se hace jugar a la hipófisis en el descenso testicular, *factor cierto pero no único*, puso de moda el uso de aquellas casi sin discernimiento a fin de obtener la cura de los ectopiados. Estadísticas brillantes, a veces interesadas, donde se señalaban hasta un 80 % de éxitos, hicieron creer que se había encontrado la panacea que evitaría casi en absoluto el uso del bisturí, en el restablecimiento de la normalidad anatomo-fisiológica. Esta creencia pasó al público y lo que es peor, con el agregado de que si *"el tratamiento no daba resultado, nada se perdía"*, fuera, claro está del dinero gastado en el medicamento. Creo que ha llegado la oportunidad de que se pongan las cosas en su lugar: ni los éxitos son tan brillantes ni la hormonoterapia es juego inocente. Iré por partes.

a) El testículo tiene tendencia natural a descender a las bolsas, aun después de establecida la pubertad; ej.: el padre de nuestro enfermo. Así pues, si en lugar de establecer las estadísticas limitándolas a los primeros años de la vida, se las realiza en un lapso de tiempo más amplio (hasta los 20 años), automáticamente el 80 % queda reducido a la $\frac{1}{4}$ parte. Este saldo, hágasele o no hormonoterapia, tendrá que recurrir al bisturí para corregir su malformación.

b) El uso de sustancias gonadotropas en sujetos pre-púberes debe hacerse con cautela; sea cual sea el producto empleado, su acción es compleja. Un exceso de hormonas inyectadas traerá aparejados fenómenos que repercuten perniciosamente en el receptor (pubertad precoz, soldadura ósea, etc.). El hecho está perfectamente demostrado; luego la inocuidad no existe.

En estos últimos tiempos se ha sustituido o agregado a la hormona gonadotropa, la testicular bajo su forma más corriente, el propionato de testosterona. Los resultados obtenidos contradicen las vistas teóricas. Ya Thompson en 1940 mostró los efectos perniciosos del producto sobre la línea seminal (experimentación sobre el animal). Recientemente (abril de 1942) Charny y Meranze confirman en el hombre lo aseverado por aquél. Dicen textualmente: "La evidencia de degeneración tubular producida por "estibestrol y propionato de testosterona son en nuestros casos "claramente conclusiva. Es la confirmación clínica de los hallaz-

”gos de varios investigadores, quienes demostraron degeneración tubular siguiendo la administración de una variedad de andrógenos en la experimentación animal. Es especialmente significativo que en nuestro caso el propionato de testosterona produjo degeneración de los tubos seminíferos en un hipogonado en quien la terapia por la hormona masculina era indicada de acuerdo a los conceptos actuales”.

Lo que precede no significa oposición al uso de la hormonoterapia; por el contrario, creo debe emplearse sobre todo en los casos en que a la malformación anatómica se añade una insuficiencia glandular frustra o completa. Es en estos pacientes donde se obtienen los mejores resultados, supliendo con el medicamento, la falla orgánica. En los sujetos que no presentan tal déficit, también debe usarse como acelerador de un proceso retardado. Por otra parte servirá para señalar precozmente los casos que deben ser operados, es decir aquellos en quienes el obstáculo al descenso es de índole anatómica. De 8 a 10 semanas de tratamiento bien conducido son suficientes para mostrar la eficacia de la terapéutica. El test podría ser el crecimiento de los genitales externos. Las dosis a emplearse variarán, según los casos, entre 100 y 500 U. I. de 3 a 6 veces por semana. La hormona de origen placentario es más eficaz que las de origen pituitario y equino, aunque teóricamente serían deseables, pues contienen folículo-luteína estimulantes, pero en la práctica producen pequeña estimulación de las gonadas masculinas. (Thompson y Heckel).

Quizás haya ventajas en iniciar el tratamiento en edad precoz; siendo solamente normal el funcionamiento del testículo cuando está en las bolsas, lógico es suponer que cuanto más pronto se obtenga este resultado, tanto mejor será el porvenir del ectopiado. Sin embargo, el acuerdo sobre este punto no es unánime.

Resumiendo este párrafo diré: debe usarse la hormonoterapia, pero con precauciones, adaptándola a cada caso en particular. Obrar de distinta manera es perjudicar la salud y economía del enfermo, detalle este último no despreciable dado el costo elevado de tales medicamentos.

3º He podido confirmar lo aseverado por Surraco sobre la existencia del pedículo angosto que formaría el gubernáculo, “que siempre y cualquiera fuera la posición del testículo se le ve

"salir por el orificio externo del canal". Lástima que la incisión un poco alta no me haya permitido ver la inserción distal.

4º La brevedad del funículo y el cierre del trayecto inguinal, creo son las dos causas que han impedido en mi enfermo, el descenso del testículo. Me es imposible decir cual era el elemento que jugaba el papel principal en el acortamiento del cordón; no disecado, ligado en block, el muñón desapareció en cuanto se vió libre de su adherencia a la serosa vaginal. El cierre del canal peritoneo vaginal indicando la evolución normal de una parte del descenso testicular sirve también de apoyo a mi hipótesis sobre la causal del anclaje glandular.

5º La ausencia de hernia concomitante destruye la afirmación de quienes sostienen de que siempre coexiste con la ectopía. La prueba dada, de que el tironeamiento del funículo forma siempre un saco, no tiene para mí valor alguno. Donde el peritoneo adhiera a la fascia transversalis, la tracción de ésta arrastrará a aquél, pero esto no significa que la malformación que se produce pre-existiera a la maniobra realizada.

La comprobación anatómica apuntada está en contradicción con lo sostenido por Surraco respecto al síndrome de torsión, si es que he comprendido bien cuando dice: "el proceso de ectopía" es accidente de migración en el tiempo o en el espacio, pero respetando las estrechas relaciones del testículo al epididimo y de ambos y del funículo al receso vaginal y que hacen imposible la movilidad necesaria a la torsión y por eso lo que se describe como tal son cuadros de estrangulamiento inguinal, donde el epiplón juega el único papel".

En mi caso no vi nunca al epiplón ni lo podía ver por estar cerrado espontáneamente el peritoneo. Y que el cordón estaba torcido lo atestiguan los que vieron la operación... y el examen histológico de la pieza.

6º Me es imposible decir las relaciones que guardaban entre sí, testículo y epididimo y ambos con el saco. Los primeros formaban una masa común, negruzca, edematosa, que no recobró su aspecto normal ni aun deshecha la torsión. La necesidad de terminar pronto la operación que la intranquilidad del enfermo hacía trabajosa, me impidieron aguzar detalles. Los obtenidos, figuran ya en el protocolo operatorio y no los repetiré. Sólo insistiré sobre la longitud relativa del gubernáculo y los 50 c.c. de

líquido contenido en la vaginal *no tabicada*. El primero es hecho bastante corriente; los segundos, según Surraco, serían excepcionales.

7º La acción del esfuerzo muscular en la producción de la torsión es evidente en este caso. En cuanto a su mecanismo íntimo, poco puedo decir; para afirmar o negar la participación de determinado factor, hubiera sido necesario realizar comprobaciones que no he hecho.

Tales son las reflexiones que me ha sugerido el caso operado; ruego ahora a mis colegas me hagan conocer su experiencia y las conclusiones que han deducido de ella.

BIBLIOGRAFÍA

- CHARNY and MERANZE. — *Surg. Gin. and Obst.*, Abril, 1942. pág. 841.
 SURRACO. — *Anales de la Fac. de Med. de Montevideo*. Año 1941, pág. 552.
 SURRACO. — *Anales de la Fac. de Med. de Montevideo*. Año 1942, pág. 1.
 THOMPSON y HECKEL. — *J.A.M.A.*, Vol. 117, pág. 1953.
 YANICELLI (R. B.). — *Arch. de Pediatría del Uruguay*. Año 1941, pág. 739.

DISCUSIÓN

Dr. Yanicelli (R.). — El trabajo que presenta el Dr. Etchegorri es muy interesante desde distintos puntos de vista.

Plantea un problema de accidentes de torsión del cordón; otro problema relativo al uso de la hormonoterapia del testículo ectópico y luego hace consideraciones acerca de la posibilidad patogénica relacionada con la torsión del cordón.

Yo vi un caso de torsión del cordón espermático en un lactante de tres meses y tuve la suerte de poderlo diagnosticar un poco más precozmente. Yo lo operé a las doce horas con una evolución que me permitió restituir el cordón espermático torcido, pero el testículo no estaba con ese estado morado y el epididimo grueso como en el caso que cita el Dr. Etchegorri.

Dejando para después el referido asunto de la torsión lo que hemos podido ver en la Clínica de niños que se ve más frecuentemente, estoy completamente de acuerdo con el Dr. Etchegorri con respecto al uso terapéutico hormonal.

Me parece exagerada la terapéutica con extractos hipofisarios en lactantes que se deja crecer se ha hecho uso hormonoterápico en testículos

ectópicos que hubieran existido de la misma manera y se deja mucho antes de llegar a la pubertad.

Cuando los testículos son ectópicos utilizamos como medio de prueba la terapéutica hormonal con el objeto de ver si hay un descenso con una dosis que no sea perjudicial.

Usamos una serie de inyecciones y se ve que si no hay modificación al cabo de un mes, se propone la intervención quirúrgica.

Con respecto a la posibilidad de la torsión del cordón espermático estoy de acuerdo con el Dr. Etchegorri.

Yo he visto un caso de una existencia de canal vaginal y con respecto al asunto del accidente de torsión ha sucedido como en todos los casos; que en primer lugar los enfermos cuando son mayores no consultan al médico en una época que es oportuna para la intervención.

En un trabajo que tuvimos oportunidad de presentar a la Sociedad de Pediatría hicimos constar la conveniencia de conocer y divulgar el síndrome precoz de torsión espermático, porque es una complicación ya tardía cuando hay un edema de la bolsa cuando se está formando una masa que es cuando se está llegando a una etapa peligrosa para la masa testicular.

En ese sentido tuve oportunidad de ver un caso a la hora y media. Ese caso no era sino de una hora y media; no había edema ni rubor de la piel, y estoy completamente de acuerdo con las conclusiones del Dr. Etchegorri.

Dr. Fossati. — Voy a hablar sobre un detalle de carácter anatómico. No he podido entender bien donde el Dr. Etchegorri nos habla de saco, de vaginal y de vaginal no tabicada.

Al decirnos que hay una vaginal el saco que acompaña, desde el momento que el Dr. Etchegorri lo operó estaba ya cerrado, no contradice la afirmación de que generalmente la hernia acompaña a los ectópicos.

Dr. Larghero. — Yo voy a referirme a propósito de un documento micro-fotográfico que presenta el Dr. Etchegorri de una cuestión que tiene relación con la vida del testículo después de su torsión. Yo he tenido oportunidad de examinar todos los testículos ectópicos sobre los cuales está basado el trabajo del Profesor Surraco y no he podido encontrar ninguna, cualquiera que sea el horario que fueron operadas casi todos tardíamente, en que hubiera la más mínima traza de tejido testicular.

La brusca necrosis del testículo en la primera etapa de ese mecanismo de la torsión del pedículo venoso, la éxtasis venosa y la necrosis de los canales seminíferos precisamente por esa misma necrosis.

Ese mecanismo actúa antes que sobrevenga una torsión del pedículo y si la intervención no se realiza precozmente, ese pedículo está condenado.

De eso hemos hablado con el Dr. Yanicelli en la Sala Navarro y yo creo que la afirmación del protocolo histológico de que se observan elementos, tendría que verlo en la preparación porque no he visto ninguna.

Queda reducido al estroma fibroso y a una serie de orificios. Es por estas consideraciones y por lo que ha afirmado el Dr. Yanicelli que tiene

experiencia en el asunto, que yo creo que se impone en todos los casos ante la más mínima duda la incisión exploradora porque es la única posibilidad de salvar al testículo. Yo creo que si pasan diez o doce horas está condenado antes que sobrevenga una torsión, determina la ingurgitación y la necrosis aun cuando no exista obturación de los vasos arteriales principales.

Dr. Soto Blanco. — A propósito de esto, voy a citar el caso de un niño que tenía un canal peritoneo-vaginal y al que le fué puesto un braguerito y que el padre persistió en el uso del braguerito. Un buen día cuando yo lo vi tenía un testículo en ectopía y en el vientre no se podía introducir un dedo al través del orificio inguinal. El chico estaba curado de su hernia pero tenía un testículo ectópico. Yo le instituí lóbulo anterior de hipófisis.

Hice luego el canal de descenso del testículo y llegó a la bolsa perfectamente.

Al año de verlo, después de hacer ese descenso, no existía más el canal peritoneo-vaginal.

Yo asistí a un cierre del trayecto que hace inútilmente el testículo con un testículo fuera de su sitio.

Este principio de la sustancia hormonoterápica para el mecanismo del descenso y la manera de la persistencia del canal es un hecho interesante.

Dr. Lamas (E.). — ¿Puede en el caso de un testículo ectópico juzgarse el cierre del canal vagino-peritoneal por la maniobra semiológica? Puede ser una exploración insuficiente para juzgar que haya desaparecido.

Habría que hacer una exploración más directa en el trayecto intersticial y tal vez el hecho de que con la hormonoterapia ese testículo haya vuelto a su posición normal, le hace una objeción a esa primera parte de su afirmación.

Si hubiera desaparecido, si se hubiera obturado por completo el canal vagino-peritoneal hubiera podido restablecer el descenso normal de ese testículo ectópico.

Me parece que la primera parte de la afirmación de que es bajo la influencia del braguerito que se ha obturado el canal y que por la hormonoterapia el testículo volvió a su posición inicial, es un poco arriesgada.

Dr. Soto Blanco. — Si yo hubiera deducido el hecho de que no existía canal no le hubiera dado lóbulo anterior de hipófisis.

La no persistencia quiere decir que hubo un pasaje y que éste se debió a la hormonoterapia.

Dr. Etchegorri. — En cuanto a lo que dice el Dr. Fossati, es exacto. Yo hablo a veces de saco, y de vaginal y me refiero a la misma cosa. Merece explicarse porque da la sensación de que era un saco hernial que yo abrí cuando me doy cuenta que era la vaginal.

En cuanto al tabique que se refiere el Dr. Fossati, hago constar que dicho tabique no existe.

En un trabajo reciente del Dr. Surraco se hizo jugar un papel muy importante a una brida.

En este caso no existía tabique de ninguna clase en contradicción a lo afirmado por Surraco, donde habla de que la cantidad de líquido es una rareza y es basado en la afirmación de Surraco que él dice que a veces es sumamente difícil de abrir una vaginal de un testículo donde haya un testículo que esté torcido el cordón porque la cantidad de líquido es escasa y aquí fué fácil y fué grande la cantidad de líquido.

En cuanto a la observación del Dr. Larghero le diré que esto no es mío, sino de Anatomía Patológica.
