

HERNIA INGUINAL Y TESTICULO ECTOPICO

Dr. Jorge Lockhart

En el estudio de la ectopia testicular y de las diversas circunstancias que contribuyen a constituirla surge siempre un elemento de primordial importancia, la serosa peritoneal que puede adoptar modalidades distintas de jerarquía variable pero siempre de gran interés.

En estos últimos tiempos hemos tenido oportunidad de actuar en 2 casos en que coexistían una ectopia testicular disociada, es decir testículo pre-inguinal y ansa del deferente muy desarrollada con topografía escrotal y un saco herniario habitado por el epiplón.

Dichos enfermos se mostraban a la clínica con una bolsa unilateralmente desocupada pero no de un modo total. El hemi-escroto aparecía con buena pigmentación, con sus pliegues dartoicos bien desarrollados y en la palpación a través de los planos superficiales se comprobaba la existencia de un cordón en ansa, el deferente, más neto hacia arriba que hacia el polo de la bolsa donde se perdía en el espesor de una zona que correspondía al ligamento escrotal.

Examinando la región con el enfermo de pie y haciendo esfuerzos que originen un aumento de la presión intra-abdominal aparecía una nueva tumefacción que llegaba al tercio medio de la bolsa, con pedículo inguinal adherida al cordón ya mencionado y con los caracteres clínicos de una hernia inguinal oblicua externa a contenido epiploico. Por último la observación de la región inguinal señalaba la presencia de un testículo de tamaño mediano, sensible, de consistencia elástica, libre de los planos vecinos y con cierta movilidad dentro de la logia pre-inguinal.

Los datos clínicos fundamentales que caracterizaban estos casos eran los siguientes:

- 1) Existencia de una ectopia testicular unilateral.
- 2) Dicha ectopia coincidía con la presencia de un hemiescrotó bien desarrollado del punto de vista de su sexualidad secundaria por presentar pigmentación marcada y pliegues dartoicos pronunciados.
- 3) La ectopia era del tipo disociado: el deferente haciendo un gran ansa llegaba cerca del fondo de la bolsa, mientras que el testículo persistía en la logia pre-inguinal por encima del tercer anillo.
- 4) Coexistía dicha ectopia disociada con una hernia inguinal que, al descender al escrotó tomaba una vinculación íntima con el deferente.

El acto operatorio realizado con la técnica preconizada por Surraco, mostró precisamente todos los detalles que habíamos previsto en el examen semiológico.

Fué teniendo en cuenta esa disposición particular que procedimos a la disección cuidadosa del saco herniario y sobre todo del deferente, donde están las mayores dificultades operatorias puesto que aparece dentro de un tejido conjuntivo al parecer despreciable y que si no es tenido en cuenta puede ser seccionado con las consecuencias consiguientes.

Consideraciones

El testículo en su descenso desde la región lumbar busca su vinculación al sistema canalicular excretor epidídimo-deferen- cial para llegar a constituir un sistema visceral único y ocupar su topografía escrotal definitiva.

En ese largo trayecto intervienen en su dinámica los complejos hormonales y las dificultades en su evolución estarán condicionadas por la particular constitución anatómica regional.

El testículo por una parte y el deferente por otra pese a su origen aparentemente muy distinto tienen de común su localización subserosa, con un contacto íntimo al peritoneo y relacionándose también a todo el sistema muscular liso que forma parte integrante fundamental de dicho tejido sub-peritoneal.

En el trayecto inguinal esa relación víscero-canalicular empieza a hacerse más íntima y el deferente entra a formar parte

del funículo junto con el sistema vascular del testículo. En ese recorrido el deferente puede sin embargo tomar un desarrollo mucho mayor sobre todo a expensas de la vertiente vesicular y llegar entonces a la bolsa antes que el testículo precediéndolo a veces definitivamente si no se interviene quirúrgicamente.

En el descenso mayor del deferente interviene primordialmente ese sistema muscular liso sub-peritoneal ya mencionado, que condensándose en haces más apretados vendría a constituir el gubernáculo de los autores clásicos.

Dicho sistema tractor orientado indiscutiblemente por factores hormonales, por su implantación subserosa ejerce simultáneamente su acción sobre el peritoneo al que arrastra a través del orificio inguinal interno, haciéndolo penetrar en el cordón y llevándolo en su progresión a niveles variables hacia la bolsa, siempre estrechamente unido al deferente constituyendo primitivamente una punta de hernia para luego llegar a formar un verdadero saco deshabitado o bien ocupado en etapas posteriores por órganos del contenido abdominal.

Es un hecho constante que un divertículo seroso acompañe al testículo ectópico a tal punto que siempre será tenido en cuenta cuando se libera su pedículo siendo además un factor que impide el buen descenso en el acto operatorio.

En algunos casos dicho receso puede adquirir un volumen muy considerable y descender a la bolsa precediendo al testículo que encuentra en él un nuevo factor que impide el recorrido normal, aunque acompañando siempre al deferente con quien siguen manteniendo una relación inmediata que los adhiere en toda su trayectoria. En estos casos todo sucede como si el sistema muscular subseroso actuara traccionando solamente sobre el ansa del deferente y la serosa que lo acompaña en el momento de penetrar en el canal inguinal y que el testículo aunque arrasado por el mismo factor y encontrándose en buenas condiciones del punto de vista hormonal está limitado en su descenso por el obstáculo que las distintas formaciones conjuntivas de la región pre-inguinal le constituyen hasta sobrepasar el tercer anillo.

Se produce entonces el descenso disociado de la porción canalicular del sistema llevando consigo al receso peritoneal y pudiendo alcanzar una posición escrotal definitiva en la última etapa del recorrido.

En algunos casos el saco peritoneal coexiste con un testículo oscilante o retráctil, condicionado sobre todo por el cremaster interno (Surraco) que puede adoptar diversas posiciones altas o bajas y que en su movilidad puede encontrarse favorecido por dicho receso seroso que proporciona un plano de deslizamiento importante.

En estas circunstancias el testículo puede estar situado habitualmente en la logia pre-inguinal y descender al escroto excepcionalmente constituyendo una verdadera criptorquidia retráctil con un aspecto clínico particular pero con las mismas exigencias operatorias que en el caso de ectopia permanente y no oscilante. Una vez atravesado el orificio inguinal externo el testículo encuentra un tejido conjuntivo que adopta una sistematización en fascias que ha sido muy discutida pero que responde evidentemente a algunas directivas esenciales.

En primer lugar y luego del tejido areolar y grasoso que forma la capa más externa del fascia superficialis de los autores franceses aparece una hoja conjuntiva más condensada, el fascia de Camper, que siguiendo la cara profunda del dermis en toda su extensión pasa a la bolsa donde desaparece el tejido areolar y en cambio el tejido muscular es más abundante y se adhiere más íntimamente a la piel, constituyendo el dartos.

En el escroto, el dartos forma una hoja continua originando el saco dartoico, dependencia estrictamente abdominal y completamente aislada del periné del pene y del muslo correspondiente. En efecto, comunica ampliamente hacia la logia pre-inguinal y por un trayecto intraparietal con el contenido abdominal y está destinado a alojar en última instancia a un órgano que procede de dicho origen.

Hacia el periné y al nivel del surco escroto-perineal el dartos con un trayecto recurrente vuelve hacia la pared abdominal formando un tabique que separa ambas regiones netamente. Cada hemí escroto a su vez tiene una independencia total proporcionada por la unión de las dos logias dartoicas que constituyen así un tabique sagital mediano.

Por debajo del Camper aparece una nueva formación conjuntiva el fascia de Scarpa con dos hojas perfectamente aislables una superficial y otra profunda que está relacionada más íntima-

mente con el plano parietal muscular a tal punto que algunos autores la consideran como una vaina de envoltura del músculo gran oblicuo.

El testículo en su descenso se invagina en ellas y las arrastra hacia la bolsa pasando previamente por una zona más estrecha, el istmo escrotal, que muchos le dan jerarquía de tercer anillo inguinal y que es la puerta de entrada de la bolsa y donde los tejidos superficiales de tensos y elásticos se vuelven mucho más flexibles y laxos. Es a su nivel que se forma un anillo de resistencia cuando al comenzar la exploración semiológica de la región se hace la invaginación digital.

Cuando el testículo llega a adoptar su posición definitiva intra-escrotal arrastra el fascia de Scarpa permitiendo entonces que persista entre sus hojas un plano fácilmente decolable sin vasos y que constituye el verdadero espacio celular parietal de las bolsas. Tal es el concepto de Surraco confirmado por los hechos clínicos, por los actos operatorios cuidadosamente conducidos y por las disecciones del cadáver. (1)

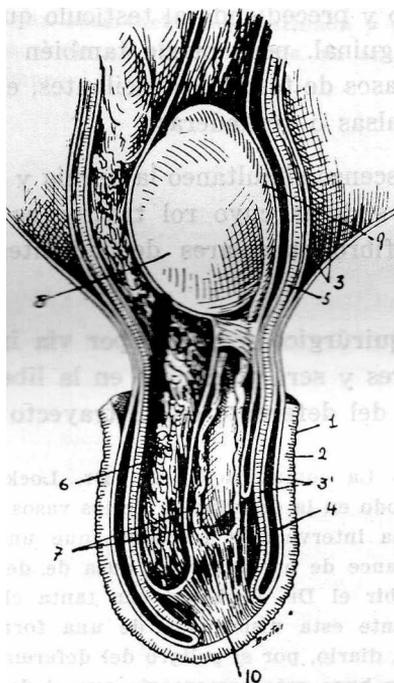
Los fascias de Camper y de Scarpa pertenecen a un sistema común de hojas conjuntivas que dependiendo del ligamento suspensor constituyen elementos fundamentales de la arquitectura fascial preinguino-escroto-perineal.

Mientras que la hoja parietal del Scarpa recubre por su cara profunda en toda su extensión al fascia de Camper y al dartos escrotal, su hoja visceral envaina el funículo espermático desde el sitio de salida a nivel del orificio inguinal externo a cuyos bordes se adhiere fuertemente, y luego al testículo epididimo y al llegar al ligamento escrotal lo envuelve por sus dos caras continuándose con la hoja parietal.

De esa manera aplicará la formación visceral contra el plano posterior y pediculizará la región funículo-testículo-epididimo y el ligamento escrotal dentro de un espacio virtual, sin vasos, establecido por las dos hojas del Scarpa permitiendo de ese modo el movimiento visceral producido por la contracción cremasteriana. En las ectopías disociadas, el testículo permanece retenido en la logia pre-inguinal y aunque la naturaleza íntima del proceso se nos escapa, es evidente que existen factores morfológicos fundamentales.

Dichas alteraciones se encuentran sobre todo en el istmo del

escroto o 3er. anillo y en la cavidad escrotal y logia de Scarpa. Se producirán tabicamientos o bien el desarrollo de bridas anormales del ligamento suspensor o disposiciones embrionarias que dan lugar a la formación de divertículos de la logia de Scarpa.



- | | |
|----------------------------------|--|
| 1' Piel de escroto | 5 Fibrosa recubierta
* por el cremaster |
| 2' Dartos escrotal | 6 Saco herniario |
| 3 Scarpa abdominal | 7 Ansa del deferente |
| 3' Scarpa escrotal | 8 Testículo |
| 4 Espacio celular de la
bolsa | 9 Epidídimo |
| | 10 Ligamento escrotal |

En otros casos existirán adherencias entre las 2 hojas del Scarpa que impiden la pediculización y por consiguiente el correcto descenso.

Conclusiones

1) Es frecuente la existencia de ectopias testiculares disociadas con el testículo colocado en la región pre-inguinal y un ansa deferencial muy larga y con topografía escrotal.

2) El pequeño divertículo seroso deshabitado es un hecho constante en la ectopia testicular.

3) El saco herniario conteniendo epiplón o intestino es frecuente acompañando al deferente excepcionalmente descendido llegando al escroto y precediendo al testículo que persiste alojado en la logia pre-inguinal, pero puede también encontrarse dicha circunstancia en casos de testículos oscilantes, es decir criptorquidias retráctiles, falsas o verdaderas.

4) En su descenso simultáneo la hernia y el deferente están envueltos por un sistema cuyo rol tractor es discutido, constituido por haces fibro-musculares dependientes del tejido sub-peritoneal.

5) El acto quirúrgico realizado por vía inguinal tendrá en cuenta esos factores y será cuidadoso en la liberación del peritoneo y la disección del deferente en su trayecto escrotal.

Dr. Stajano. — La comunicación del Dr. Lockhart es sumamente interesante y sobre todo en la descripción de los vasos del pedículo cuando llegan a la bolsa. La intervención frecuente que uno hace diariamente, puede ponerlo en trance de encontrar un ansa de deferente en la forma que acaba de describir el Dr. Lockhart con tanta claridad. Es de gran valor el tener presente esta disposición de una formación embrionaria, para el caso práctico, diario, por el peligro del deferente en la vecindad de un saco herniario. No hago más comentario que el de la gran utilidad de esta comunicación.

Dr. Anavitarte. — En los casos en que he intervenido, en testículos en ectopía, he observado el ansa epididimaria tal como la describe el Dr. Lockhart en su interesante comunicación. Hay veces en que he tenido ocasión de observar una verdadera malformación del ansa epididimaria y del epidídimo, sobre todo en la continuidad epidídimo diferencial puesto que el deferente se adelgaza progresivamente hasta hacerse imposible de reconocer en su unión con el epidídimo. Yo pregunto si esa verdadera malformación no será la causa de la azoospermia que acompaña a la ectopia bilateral aún después de descendidos los testículos quirúrgicamente.

Dr. D. Prat. — La mesa le agradece al Dr. Lockhart la presentación de esta comunicación que dentro de la especialidad pone bien de manifiesto el peligro que puede existir en la posibilidad de seccionar el deferente en la práctica corriente de este tratamiento.

Dr. Lockhart. — No me queda más que agradecer a los Dres. Stajano, Anavitarte y Prat sus palabras. Nosotros, sobre lo que dice el Dr. Anavitarte, hemos buscado en muchos casos la azoospermia luego de la intervención y la hemos comprobado en múltiples oportunidades, sobre todo en casos donde el aspecto morfológico daba derecho a sospechar la posibilidad de la obstrucción de la vía espermática. De manera que lo que dice el Dr. Anavitarte es una observación muy atinada y que está de acuerdo con lo que hemos observado en algunos casos, no en todos, porque no lo hemos controlado siempre.

