

Trabajo de la Clínica de Vías Urinarias del Prof. Luis A. Surraco

TRAUMATISMO DE BOLSAS*

Prof. Agreg. Dr. Jorge Lockhart.

Consideraciones generales — Importancia del tema.

El traumatismo de las bolsas es de una gran frecuencia y su importancia deriva de varias circunstancias:

1º La posibilidad de lesiones irreparables del órgano noble o en su pedículo vascular.

2º La labilidad del tejido testicular es muy grande y de allí que la simple contusión pueda determinar atrofiás secundarias definitivas.

3º La existencia de un gran número de enfermos que consultan por un traumatismo de las bolsas, que en realidad no es responsable de la afección que presentan. De allí una patología traumática o pseudo-traumática muy vasta descripta por los clásicos y que es necesario revisar: las orquitis de esfuerzo, las epididimitis traumáticas, los hidroceles y hematoceles originados en una contusión, etc., etc. . . . Implica por consiguiente el problema del seguro de enfermedad y del accidente de trabajo y para discriminar todos sus aspectos es indispensable conocer bien la clínica del contusionado de bolsas.

4º Casi siempre se debe resolver el caso de urgencia: la espera de algunas horas o bien determina lesiones anatómicas irreversibles, o bien el hematoma y la infiltración secundaria enmascaran el cuadro clínico. El simple suspensor y la bolsa de hielo, conducta seguida por muchos no conducirá pues más que a errores, menos disculpables si se tiene en cuenta que la intervención es siempre muy simple y no implica riesgos para el enfer-

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 15 de junio de 1949.

mo y que en todos los casos, operando de urgencia hay mucho que ganar y nada a perder.

5º Por último nuestra conducta interviniendo en la gran mayoría de los casos nos ha permitido, por otra parte, conocer bien la anatomía patológica y sobre todo la topografía de las lesiones que difiere sensiblemente con lo que se ha aceptado hasta el momento por la mayoría de los autores.

CONCEPTO CLASICO

Las lesiones aceptadas por los autores clásicos se basaban principalmente en los datos de la clínica puesto que el acto operatorio era excepcional y en cambio el tratamiento conservador de rutina.

Se describían así las siguientes lesiones:

- 1º Del espacio celular de las bolsas.
- 2º Del tabique.
- 3º Para vaginales.
- 4º Intra vaginales - hematocele puro o asociado a ruptura del testículo.
- 5º Lesiones intra albugíneas.
- 6º Ruptura de varicocele.

Las lesiones del espacio celular no las hemos comprobado en ninguno de nuestros casos y las del tabique sólo pueden mencionarse como lesiones propagadas de zonas vecinas. Con la vaga expresión de lesiones paravaginales Lemichez describió infiltraciones hemáticas situadas delante o debajo del testículo y delante del cordón. Responden evidentemente a lo que Surraco ha descrito como lesiones del ligamento escrotal, del espacio fibro-cremasteriano y en el espesor de la logia intermediaria del funículo.

Las lesiones intra - albugíneas y la ruptura del varicocele son de escasa frecuencia y el hematocele puro no existe en nuestra casuística y sólo lo hemos encontrado asociado a la ruptura del testículo o en una vaginal previamente enferma (Hidrocele).

ESTADISTICA

Consideramos solamente los enfermos vistos en estos 3 últimos años en el Servicio del H. Maciel del Prof. Surraco y los

casos proporcionados por el servicio de accidentados del Banco de Seguros.

Es indispensable aclarar previamente que no tenemos en cuenta para nuestra estadística los falsos traumatismos, que son la mayoría ni tampoco aquellos cuya escasa importancia es tal que no pueden ser responsables de las lesiones que en realidad presenta el enfermo.

En efecto en la práctica de cada 10 enfermos que consultan por una contusión de la región escrotal, 9 presentan los síntomas físicos de una auténtica epididimitis del tipo canalicular con un antecedente uretro-prostático evidente. Ese primer hecho tiene gran importancia para determinar que el traumatismo o el accidente de trabajo o bien no existió o bien una discreta contusión fué falsamente interpretada por el enfermo.

Consideramos verdaderos traumatismos aquellos donde aparecen elementos clínicos visibles y en realidad en todos ellos, salvo rarísimas excepciones existe siempre la equimosis superficial, de distinta localización, o el hematoma que distiende las envolturas ya que es difícilmente concebible un traumatismo de cierta jerarquía en esta región sin que determine, dada la riqueza vascular y la gran laxitud de los tejidos un derrame hemático que difunda rápidamente por ellos. De allí, que cada vez que un enfermo refiere una contusión en las bolsas y no aparece la equimosis o el hematoma ponemos sistemáticamente en duda su afirmación.

Con ese criterio hemos estudiado 20 casos y las lesiones encontradas (asociadas muchas veces en un mismo caso) fueron las siguientes:

- 1) Con equimosis superficial — 19 (95%)
- 2) Sin equimosis superficial — 1 (5%)
- 3) Hematoma micro-cremasteriano — 16 (80%)
- 4) Hematoma del ligamento escrotal — 14 (70%)
- 5) Ruptura del testículo — 3 (15%)
- 6) Lesión testicular con albugínea sana — 1 (5%)
- 7) Hematoma epididimario — 1 (5%)
- 8) Torsión funicular — 1 (5%)
- 9) Ruptura de varicocele — 1 (5%)
- 10) Hematocele $\left\{ \begin{array}{l} \text{ruptura del testículo} \text{ — } 3 \\ \text{hidrocele previo} \text{ — } 2 \end{array} \right\} 5 (25\%)$

La asociación de lesiones significa por ejemplo que en la ruptura del testículo hay casi siempre además hematocele y hematomas del ligamento escrotal y del espacio fibro-cremasteriano.

CONCEPTO PATOGENICO

La anatomía normal del escroto revela la existencia de los siguientes planos:

- 1) Piel y músculo cutáneo.
- 2) Capa vascular.
- 3) Dartos.
- 4 y 5) Las dos hojas del fascia celuloso que continúa desde la región pre-inguinal al fascia de Scarpa. Entre ambos se encuentra la logia de deslizamiento de las bolsas, es decir, el llamado espacio celuloso por los anatomistas clásicos.
- 6) Cremáster externo.
- 7) Capa vascular.
- 8) Fibrosa.
- 9 y 10) Cremáster medio e interno.
- 11) Vaginal.

¿Cuáles serían pues las zonas “peligrosas” capaces de determinar la producción de un derrame hemático frente a una agresión traumática?

- 1) La capa vascular situada entre piel y dartos.
- 2) La capa vascular que se encuentra en el plano entre fibrosa y cremáster.
- 3) La confluencia de ambas zonas vasculares en el ligamento escrotal.
- 4) Los vasos funiculares.
- 5) El propio testículo y el epidídimo.

En el clásico espacio celuloso no hay pues vasos y además está separado de los planos vecinos por las dos hojas que prolongan en el escroto el fascia de Scarpa pre-inguinal.

Nuestro concepto patogénico se basa precisamente en la existencia de esas zonas “peligrosas” como factor de hemorragia pero además señala la extraordinaria frecuencia de las lesiones de los tres primeros tipos, es decir, de la capa extra dartoica,

de la interfibro-cremasteriana y del ligamento escrotal frente a la escasa proporción de lesiones testículo-epididimarias y de los vasos del funículo. Eso es un hecho que se desprende de la estadística pero que es necesario interpretar.

Es evidente que en la región de las bolsas existe un sistema visceral cuya movilidad dentro de las envolturas escrotales es muy grande estando asegurado por la existencia del espacio celuloso mencionado, logia de deslizamiento que obra como una verdadera articulación dentro del sistema y teniendo como único factor de fijeza el débil ligamento escrotal, formado por tejido conjuntivo porta-vasos y un rico sistema vascular que hace de rienda sosteniéndolo hacia la parte póstero-inferior del tabique.

Cuando se produce un traumatismo, es excepcional que se originen las condiciones ideales para la ruptura de los órganos nobles o de su pedículo puesto que son indispensables para ellos dos hechos concomitantes: 1) golpe violento; 2) fijeza del órgano o pedículo. Es necesario por consiguiente que la contusión se haga con gran intensidad y apoyándose al mismo tiempo y en todos los casos contra el plano óseo vecino, pubis o ramas isquiopubianas.

Su extraordinaria movilidad permite su fácil desplazamiento escapando así a la influencia del golpe, pero en esta traslación brusca se determina casi fatalmente la ruptura del ligamento escrotal y la producción del hematoma consiguiente. Pero es raro que no haya otras lesiones simultáneas o consecutivas y es entonces que se originan las infiltraciones hemáticas extra-dartóicas e inter-fibro-cremasterianas en comunicación de planos con el hematoma del ligamento escrotal. La infiltración hemática es casi inmediata y progresiva. El máximo de la tumefacción y de la equimosis se encontrará en la parte ínfero-interna de la bolsa pero se propaga en pocas horas hacia las envolturas y hacia el espacio intermediario de la región del funículo que está también relacionada con el ligamento escrotal.

La infiltración hemática seguirá la vía extra-dartóica, invadirá de preferencia el tabique y el rafe cutáneo y pasará al otro hemi-escroto: seguirá el plano del dartos hasta el ligamento suspensor pre-pubiano y luego invadirá de arriba a abajo las cubiertas peneanas pudiendo llegar al limbo prepucial, pero sin

invadir la cara interna del prepucio ni el tallo eréctil central.

La propagación pre-inguinal es variable y se detendrá en la raíz del muslo: hacia el perine sigue el plano superficial extradartóico y puede llegar al periné posterior rodeando el ano circularmente, pero dejando un círculo central claro, libre de infiltraciones.

Lesión testículo epididimaria.

Ya hemos dicho las causas que la hacen poco frecuente. Cuando se produce puede ser de dos tipos:

- a) Sin ruptura de la albugínea,
- b) Con ruptura de la albugínea.

La primera es probable que sea más frecuente de lo que se dice ya que el porcentaje de atrofia testicular alejada luego de un traumatismo es grande según lo señalan distintos autores. Su explicación se encontraría en la particular labilidad testicular. Son conocidas las menciones de Celsius y Fabricius que según sus referencias los eunucos se conseguían con simples presiones digitales prolongadas, y luego de haber sido sometidos los testículos a la influencia del agua caliente durante algún tiempo.

Se ha hablado de "conmoción" testicular, similar en su patogenia e histopatología a la conmoción cerebral pero el hecho es indiscutible y nosotros lo hemos confirmado en una biopsia que puede existir con albugínea sana, hemorragia intersticial y lesión inicial de los tubos que indudablemente deben seguir su evolución.

Son conocidas por otra parte, las experiencias de Oslund que en testículo de perro hace pequeñas resecciones en cuña que luego sutura cuidadosamente observando con gran frecuencia la atrofia del órgano por un verdadero proceso de autólisis. Todo eso hace que no se deba ser muy optimista en cuanto al resultado de las intervenciones conservadoras con respecto al porvenir del órgano aunque por supuesto igualmente deben realizarse sobre todo si se trata de un enfermo joven y si la lesión no es muy grande.

Con respecto a la topografía de la ruptura del testículo y dejando de lado los casos que significan un verdadero estallido del órgano es decir, considerando sólo los casos de una línea de rup-

tura única, algunos autores la han encontrado predominando en el sentido del pequeño eje del órgano es decir, con sus extremidades terminando en el cuerpo de Highmore; sin embargo en dos de nuestros casos la lesión seguía exactamente el plano del eje longitudinal.

Síntomas.

Se trata casi siempre de un enfermo joven y el traumatismo acusado es en general un puntapié jugando al fútbol o un rodillazo en una pelea cuerpo a cuerpo. El dolor inicial es siempre muy intenso y puede llevar a la hipotimia, pero su intensidad no es proporcional a la extensión de las lesiones producidas.

La tumefacción y la equimosis se extienden en pocas horas y siguen la topografía ya mencionada. Predominan en el polo inferior de la bolsa, contra el tabique, el rafe se infiltra rápidamente y en 24 horas suele estar invadida por la equimosis, la raíz del pene, el otro hemi-escroto y el periné anterior sin que pase a la raíz de los muslos. Puede ser muy evidente la tumefacción a nivel del ligamento escrotal, diferenciable con el testículo y el epidídimo normales. Los planos superficiales aparecen infiltrados y los pliegues dartoicos así como su reflejo están atenuados o abolidos. Profundamente puede apreciarse la infiltración que acompaña al funículo y que puede llegar hasta el orificio inguinal externo.

En caso de ruptura del testículo se han señalado 2 síntomas que tienen cierto valor pero que no son absolutos: la falta de percepción de las partes nobles y la pérdida de consistencia a la región testicular. Lo que es evidente es el intenso dolor a la palpación distinto al de la sensibilidad normal.

El hematocele concomitante puede borrar los límites viscerales, pero en un caso (Lorenzo) la punción previa extrayendo sangre pura y sin coagular contenida en la scrosa permitió distinguir después perfectamente los distintos órganos así como una zona del testículo irregular que hacía sospechar la solución de continuidad de la albugínea, cosa que después fué confirmada en la intervención. Pero si la ruptura es muy grande y cede por consiguiente la albugínea el testículo es materialmente exprimido hacia la cavidad vaginal. En ese caso el dolor ya no es tan

intenso y fuera de no distinguirse bien como órgano es notable la desaparición de la consistencia y la sensibilidad habituales.

De acuerdo con nuestra experiencia el hematocele como lesión pura no existe y sólo se produce acompañando una lesión testicular o cuando previamente la serosa era patológica como sucede con los casos de hidroceles anteriores al traumatismo. En esas circunstancias la ruptura de la vaginal se produce en su zona más débil, es decir en la vecindades del ligamento escrotal y puede apreciarse en esos casos la concomitancia del hematocele, la lesión de la serosa y el hematoma del ligamento escrotal.

La torsión funicular imputable a un traumatismo la encontramos en un solo caso; en general es espontánea y responde a una malformación congénita previa que lleva a la excesiva pediculización del testículo. En esos casos se puede notar el ascenso del testículo y la interrupción brusca del funículo al llegar al complejo visceral rotado. La punción exploradora en la cara anterior del escroto puede hacer el diagnóstico con hematocele en cuyo caso es positiva mientras que en el de la torsión sólo se extrae escasa serosidad hemática.

Pese a la opinión de los clásicos la ruptura de los elementos del pedículo es absolutamente excepcional y la lesión de un varicocele sólo la hemos visto en un caso (Castiglioni).

Tratamiento.

Dede ser siempre quirúrgico porque:

1) la clínica no puede señalar siempre el alcance de las lesiones y puede escapar así una ruptura del testículo o una torsión o un vaso que sangra.

2) Por que la evacuación de los hematomas pone en condiciones mejores para la restitución de la irrigación de los órganos nobles al ceder la compresión y al hacer sobre todo la profilaxis de la formación de un tejido fibroso que puede llevar a la estrangulación del pedículo vascular y a la atrofia secundaria del testículo.

3) En el caso de ruptura del testículo, si no es muy grande y con las reservas del caso se puede hacer la sutura como lo realizamos en dos casos y salvar así parcialmente el órgano.

4) En todos los casos la intervención es muy sencilla y sin mayor riesgo para el enfermo.

Las directivas operatorias serán condicionadas por el caso pero siempre será indispensable:

1) la incisión amplia de exploración, longitudinal que permite llegar en caso de necesidad a la raíz del funículo.

2) hacer un cuidadoso inventario de las lesiones.

3) Despegar el hematoma adherido al funículo a veces propagado a su logia intermediaria: es notable ver en esos casos como las venas indemnes y achatadas se dilatan y se mueven una vez extirpado el hematoma. A veces es posible extraer en una sola pieza toda la zona infiltrada e inclusive el hematoma del ligamento escrotal.

4) Si la lesión de la albugínea es pequeña y la exteriorización del parénquima no es muy grande se procederá a la sutura de la albugínea previa regularización con exéresis de la zona testicular más afectada. De lo contrario se procederá a la castración.

5) Puntos transfixiantes del escroto y vendaje compresivo. En general estos enfermos son dados de alta al quinto día de su post operatorio. . .