

## ALGIAS AGUDAS DE LAS BOLSAS EN EL NIÑO

Dr. RICARDO B. YANNICELLI

Entendemos que con esta designación se pretende agrupar los *síndromes agudos de las bolsas* en la edad infantil, cuya *sinomatología* se expresa habitualmente con dolor o algia aguda. Esto no quiere decir que, necesariamente, debe existir dolor en todos los casos de los *síndromes agudos* que estudiaremos y que basta su ausencia para excluirlos. Sucede, en efecto, que los cuadros habitualmente más dolorosos y urgentes, como la torsión de cordón espermático, pueden transcurrir en casos excepcionales y por algunas horas sin manifestación dolorosa aparente. Así un lactante o un niño mayor luego de un sueño sin llanto ni inquietud aparente, puede presentar torsión de cordón con testículo ya perdido. Esta excepción debe advertirse para buscar con mayor frecuencia los cuadros solapados de escaso o ningún dolor, que pueden sucederse en pocas horas, especialmente en niños de edades menores. En cuanto al *dolor provocado*, es un gran síntoma y está siempre presente, con la sola excepción, en nuestra experiencia, de algunos cuadros agudos *alérgicos* de las bolsas.

### IMPORTANCIA

La importancia del tema radica en que muchos cuadros agudos de bolsas en el niño no se tratan adecuadamente porque los *médicos consultados ignoran, en su mayoría, que un dolor más o menos agudo de las bolsas puede indicar el comienzo de una torsión de cordón*, y que basta este síntoma para obligarlos a

considerar el caso como torsión hasta demostración en contrario. Se les ha enseñado o han leído, que las torsiones de cordón dan "seudoflemones" y esperan a que éste se forme. Cuando éste aparece se hace el diagnóstico, pero el testículo está perdido. Cuando se enseñe que el famoso "seudoflemón" es síntoma tardío, y que antes de llegar a él hay una etapa clínica sin nada de "seudoflemón", que es lo que interesa para salvar el testículo, dejaremos la vergüenza de las necrosis por torsión de testículo en el 96 % de los casos que se suceden, tanto en el país como en el extranjero.

No se aprendió a diagnosticar tempranamente las torsiones que, para el enfermo, es lo único útil. En cambio, se ha discutido apasionadamente las patogenias ofreciendo teorías más o menos exclusivistas. *Y se ha escrito con profusión y abundancia esa sintomatología tardía y "necrotizante" del seudoflemón.*

Esperamos que de esta Mesa Redonda surja claramente esa sintomatología inicial que ya ha sido, por otra parte, bien descrita y que no se continúe creando confusiones con los cuadros ya evolucionados y tardíos.

Hacemos énfasis en estos conceptos porque es lo que interesa modificar fundamentalmente, y que podemos modificar en estos cuadros agudos. Lo infeccioso ha mejorado y, en algunos aspectos, ha desaparecido con los antibióticos, con la excepción de la O. E. urleana. Lo traumático en el niño, además de excepcional, rara vez pone en peligro la vida del testículo, aun sin intervención. En cuanto a lo alérgico, tampoco hemos visto que tuvieran repercusión testicular de importancia.

Esperamos que de esta Mesa Redonda se aconseje no escribir, especialmente para estudiantes, que no tienen experiencia, afirmaciones como la que figura en un suplemento científico de setiembre de 1959, según el cual "la torsión funicular en el niño se observa de los 8 a los 15 años", como si no existiera en lactantes y otras edades (4).

### CRITERIO ETIOLOGICO

Con criterio clínico y práctico podemos considerar los siguientes factores etiológicos en los cuadros agudos que estudiamos:

- a) *Traumáticos.*
- b) *Infeciosos.*
- c) *Alérgicos.*
- d) *Mecánicos.* (Compresiones o torsiones de cordón. Torsión de hidátide.)
- e) *Infartos primitivos.*
- f) *Otras causas.* (Por excepción: proceso tumoral o quístico con empuje distensivo, etc.)

a) *Factores traumáticos.*— Varían con la edad, pero están presentes desde el momento del parto. Así hemos visto recién nacidos que a las pocas horas de vida presentaban tumefacción de escroto o equimosis más o menos visible. De modo general, corresponde considerar causa traumática cuando ella surge de los antecedentes o del examen clínico revelador de lesión traumática cutánea concomitante. El tratamiento será variable: 1) *quirúrgico*, si hay grave hematoma, sospecha de rotura de testículo, etc.; 2) *expectante*, si la lesión es leve.

La predisposición hemorrágica del recién nacido o en otras edades puede obligar a tratamientos médicos especiales. Más de una vez hemos visto diagnosticar hematoma de las bolsas y encontrar torsión de hidátide de Morgagni. El cirujano de niños piensa, de acuerdo con la clínica, con más frecuencia en torsión de hidátide o de cordón y mucho menos en hematoma de las bolsas.

b) *Procesos infecciosos.*— Pensamos en ellos cuando hay antecedentes evidentes clínicos o de laboratorio. Noción epidémica y parotiditis en orquitis urleana. Corrimiento uretral en gonococcia. Epididimitis, u orquitis, u orquiepididimitis en otras enfermedades infecciosas, cuando existen elementos clínicos de ellos (B. K., estafilococcia, virosis, etc.). En todas ellas el tratamiento es médico, en primer término, y se basa en la acción de agentes antiinfecciosos. A veces (orquitis urleana), epididimitis a B. K., el tratamiento será, además, *quirúrgico*. Cuando la noción causal infecciosa no es clara y el cuadro hace sospechar una torsión, la intervención quirúrgica debe realizarse.

c) *Procesos alérgicos.*— Pueden verse a cualquier edad, incluso en lactantes. En general, se evidencian por antecedentes de

otras manifestaciones alérgicas. A veces, el cuadro es impresionante por el gran edema del escroto. Pero si se examina, se encuentra muchas veces una exuberancia, un color y una topografía distinta al de las torsiones. El edema en algunas partes es blanquecino y en otras rosado. Desborda hemiescroto y, a veces, toma la raíz del pene o toda su piel. En general, es indoloro, salvo que sea tenso o que se le comprima. Fuera de estos elementos lo que más nos ha servido para diferenciar de torsión de cordón o de hidátide, es la posibilidad de movilizar testículo y epidídimo con su envoltura vaginal sin provocar dolor, aun comprimiendo estos órganos que no están aumentados de volumen. El tratamiento en estos casos es médico.

d) *Procesos mecánicos.*—Llamamos así a los que por acción mecánica crean un obstáculo a la circulación del contenido visceral vaginal (testículo, epidídimo o hidátides). Este obstáculo mecánico puede producirse en el cordón espermático cuando se tuerce alrededor de su eje o cuando es comprimido por una hernia inguinal estrangulada, etc. La torsión de hidátides en torno a su pedículo es otra eventualidad de procesos mecánicos de relativa frecuencia.

e) *Infartos primitivos de testículo.*—Son excepcionales. Su diagnóstico es, en general, operatorio.

1) *Torsión de cordón espermático.*—Puede hacerse en el segmento supravaginal o intravaginal. Sólo la hemos visto intravaginal. Torcido el cordón en un plazo breve, que depende del grado según el cual la misma ha perturbado la circulación pero que, en general, no pasa de 5 a 6 horas, la necrosis del testículo está decretada si el clínico no hizo el diagnóstico y el cirujano detorcó el cordón. Es necesario, pues, conocer los síntomas con que se inicia el cuadro y no recargar ese conocimiento con detalles sin valor o con síntomas tardíos que no deben esperarse para proceder. La sintomatología inicial es *dolor y ligera tumefacción de testículo y epidídimo. No hay al comienzo ni debe esperarse el edema ni el rubor del escroto, ni la desaparición del surco testículoepididimario.* Es decir, no impresiona como proceso infeccioso de orquitepididimitis y es entonces que se debe hacer diagnóstico, intervenir y detorcer lo torcido.

Por desgracia este cuadro inicial que describimos y publicamos en 1940 (1), que es tan sencillo y que nos permitió corregir una de las pocas torsiones "curadas" que hay entre nosotros, es ignorado.

Cuando se le ve, se aconseja hielo o calor y esperar, y entonces aparece la sintomatología tan conocida, pero tan tardía del "seudoflemón" o de orquiepididimitis de Ombredanne y Quennu de 1913. Se integra con dolor, edema y rubor de escroto, masa testicular epididimaria imposible de diferenciar. Este síndrome tardío es ya de *la complicación necrosante de la torsión* y mientras se insista en divulgarla como hasta hoy, sin decir que es tardía y no debe esperarse, seguirán las orquidectomías.

*En resumen:* diagnosticar torsión con sólo dolor y ligera tumefacción de testículo y epidídimo, aunque no haya ni edema ni rubor de escroto.

Tuvimos oportunidad de describir este síndrome inicial en 1940 (1), en trabajo presentado a la Sociedad de Pediatría. El actual profesor de Pediatría de Bogotá, Dr. J. Camacho Gamba, en una comunicación en que nos honra dando nuestro nombre al síndrome que describimos (2), destaca la importancia de conocer esa sintomatología inicial y lo hace frente a un caso que, aun visto por médico, se dejó evolucionar equivocadamente.

2) *Torsión de hidátide de Morgagni.*— Al comienzo da dolor espontáneo y con preferencia provocado en el lugar de implantación de la hidátide (delante de la cabeza del epidídimo) y luego se hace más difuso. Al evolucionar se acompaña de hidrocele agudo, en general pequeño. En la piel del escroto al principio no da ninguna modificación, pero más tarde aparece rubor y edema que, en general, es más moderado que en la torsión de cordón espermático, pero a veces, como en éste, invade el hemiescroto opuesto y aun la raíz del pene. La confusión con la torsión del cordón hace que a veces sólo el acto operatorio aclare seguramente el diagnóstico. En muy pocos casos la hidátide torcida es dolorosa y aumentada de tamaño y se palpa libre de todo hidrocele y dolor testicular. En un caso así, tan fácilmente diagnosticable y sin reacción dolorosa mayor, decidimos no operar y el cuadro regresó en pocos días.

3) *Compresión de cordón espermático por hernia inguinal estrangulada.*— Tiene gran valor conocer esta posibilidad, en es-

pecial en el lactante, donde la hemos visto varias veces. El cordón comprimido determina un cuadro parecido a la torsión, ya que como en él da: a) dolor inguinoescrotal sin edema ni rubor de escroto; b) más tarde, edema y rubor de escroto, testículo o masa testículoepididimaria, dura, indiferenciable, sin surco testículoepididimario palpable. El cordón está engrosado hasta el lugar de la compresión, es decir, desborda la vaginal. La presencia de una hernia (a veces punta de hernia) estrangulada, en el momento del examen o en el interrogatorio (cuando se redujo espontáneamente), permite hacer el diagnóstico. El infarto testículoepididimario puede ser total o parcial. De allí la importancia del diagnóstico oportuno, para la vida del testículo y aún para lo concerniente al estrangulamiento herniario. Más de una vez fue el síndrome escrotal el que nos llevó al conocimiento de una hernia estrangulada presente o reducida hacía poco. No tenemos tiempo para detallar más esta compresión, de la que nos ocupamos (por primera vez entre nosotros en 1942) en la Sociedad de Cirugía. Comunicaciones ulteriores de otros autores sobre el particular, han incurrido en errores, como afirmar que "en la compresión del funículo nunca hay manifestación clínica de la bolsa". El error es grosero y no tenemos tiempo en insistir acerca de él (3).

### CONCLUSIONES

Algunas son las mismas de nuestro trabajo de 1940.

1º) Ante un cuadro agudo doloroso de bolsas en un niño de cualquier edad, debe pensarse, en primer lugar, en lo más urgente y que más responsabiliza al médico: el síndrome mecánico de compresión del cordón, ya sea por torsión del mismo, ya por compresión por hernia inguinal estrangulada.

2º) La torsión del cordón espermático *en su comienzo* se traduce por dolor y ligera tumefacción de testículo y epidídimo. No hay en ese comienzo, *ni edema ni rubor de escroto, ni desaparición del surco testículoepididimario*. Impresiona bien como un proceso mecánico y no infeccioso. Operado de inmediato y detorcido el cordón, testículo y epidídimo se recuperan.

3º) Si la torsión del cordón se deja evolucionar se pasa a una segunda etapa en que la vida del testículo está en peligro o

ya perdida. Hay entonces edema y rubor de escroto y masa testículoepididimaria indiferenciada. Impresiona como un proceso infeccioso o "seudoflemonoso" de "orquiepididimitis".

4º) Ante un síndrome mecánico agudo de compresión de cordón en niños, más especialmente en lactantes, debe investigarse la posibilidad de una compresión del cordón por otras causas y, en especial, por más oculta, la *punta de hernia estrangulada o atascada*.

5º) La torsión de hidátide de Morgagni, cuando ha evolucionado, puede simular una torsión de cordón espermático y debe operarse cuando su diagnóstico es evidente, salvo excepciones.

6º) Cuando haya duda de encubrir una torsión de cordón espermático especialmente en las primeras 3 ó 4 horas de evolución (en que es probable recuperar el testículo) debe intervenir quirúrgicamente y no teorizar con hipotéticas causas traumáticas o infecciosas, etc.

#### BIBLIOGRAFIA COMENTADA

1. YANNICELLI, Ricardo B.—Torsión de cordón espermático en el niño. "Archivos de Pediatría del Uruguay", Tomo XII, Nº 11, 1941.  
YANNICELLI, Ricardo B.—La compresión del cordón espermático por hernia inguinal. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", Tomo XIII, año 1942, pág. 124.
2. CAMACHO GAMBA, J.—La torsión del cordón espermático y el síndrome de Yannicelli. "Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura", año III, Nº 5, Bogotá 1944.
3. PEREZ FONTANA, Velarde.—"Complicaciones en la hernia inguinal en el lactante. Anatomía quirúrgica de las hernias abdominales en el niño y en el adulto". Monografía, Facultad de Medicina, 1951.
4. LOCKHART, Jorge.—Síndromes orquíticos agudos en el niño y en el adulto. Suplemento Científico "El Estudiante Libre", 1959.