

ALGIAS AGUDAS DE LAS BOLSAS EN EL JOVEN

Dr. EMILIO BONNECARRÈRE

En la región de las bolsas, debemos considerar dos partes bien definidas: el continente y el contenido. Diferentes en su origen embriológico, en su conformación anatómica, en su irrigación e inervación y, por lo tanto, en sus manifestaciones dolorosas.

El continente, las bolsas propiamente dichas, situadas en la parte más anterior del periné, del cual son una dependencia, están compuestas por la piel o escroto, con caracteres propios, el dartos, la celulosa, el cremáster y la fibrosa.

Nervios a la vez sensitivos y motores, rigen su sensibilidad y motricidad. Proviene de dos orígenes:

- a) Del plexo sacro, por el pudendo interno, la más voluminosa de las ramas de este plexo.
- b) Del plexo lumbar por:
 - 1) El génitocrural que recorre en toda su extensión el canal inguinal antes de dar la inervación del cremáster y las envolturas de la región.
 - 2) El gran abdóminogenital, que por su filete genital (nervio de Blandin), luego de recorrer el canal inguinal se divide en múltiples fascículos que inervan la región hasta el escroto y el ligamento escrotal.
 - 3) El pequeño abdóminogenital, que sigue un trayecto y distribución similares al gran abdóminogenital.

El contenido, testículo y epidídimo, rodeados de la vaginal desde su origen intraabdominal, traen su inervación propia:

- a) Del plexo espermático.
- b) Del plexo deferencial.

Nervios a trayecto intrafunicular que están en relación íntima con las venas del cordón y cuya inflamación puede propagarse a los filetes nerviosos y provocar fenómenos de neuritis.

Estos nervios, muy numerosos, se anastomosan: los del plexo espermático con los nervios del plexo renal; así se explican los dolores propagados renotesticulares observados en el curso de afecciones renales y de afecciones testiculares. Y los del plexo deferencial, con el plexo hipogástrico, de donde la repercusión dolorosa hipogástrica de las afecciones epididimarias.

Pero al nivel del ligamento escrotal y del mesorquium, la inervación raquídea que proviene, como ya dijimos, del plexo lumbar y del plexo sacro, llega hasta la cola del epidídimo y el polo inferior del testículo, lo que explica la sensibilidad dolorosa de tipo raquídeo que se observa en los distintos procesos patológicos que afectan los órganos nobles de la región.

Las algias agudas pueden responder a múltiples causas, no sólo de origen local sino, también, de origen en otras vísceras o regiones que, por irradiación nerviosa dan la alarma dolorosa que el enfermo relaciona a una lesión testículoepididimaria.

Me refiero, en primer lugar, a ciertos sufrimientos renoureterales, que en vez de traducirse por el clásico cólico nefrítico, dan un dolor de máxima intensidad en su localización baja de irradiación, siendo menor el sufrimiento lumbar. En estos casos, aunque lo llamativo y espontáneo sea el dolor escrotal, existen siempre los puntos de dolor provocado lumbar, siendo negativa la provocación de dolor en la palpación de los órganos de la bolsa.

La vinculación del plexo renal con el plexo espermático nos explica esta modalidad.

Otras veces el enfermo que se queja de dolores del testículo-epidídimo, tiene, en realidad, una afección de su polo genital interno; prostática o vesicular, de tipo inflamatorio, litiásico o tumoral.

La dependencia del plexo deferencial del plexo hipogástrico explica estas manifestaciones de dolor. El trayecto de los nervios que dan la sensibilidad al testículoepidídimo, por el retroperitoneo y el canal inguinal, hace que cualquier proceso patológico que los inflame o englobe, los lesione, dando una neuritis troncular que provocará dolores al nivel de su expansión terminal.

Las funiculitis y las compresiones del cordón al nivel del trayecto inguinal pueden manifestarse clínicamente por dolores en la bolsa; es así como un bubonocèle por compresión nerviosa puede dar un síndrome de algias irradiadas a la bolsa.

Si en la cura radical de una hernia inguinal queda englobado en la cicatriz de sutura un nervio, dará su manifestación álgica en la región escrotal.

Es lo que el Prof. Navarro enseñaba: "...cuidar de no lesionar el nervio de Blandin (abdominogenital) en el cierre de la pared del canal inguinal."

Estas nociones son a tener en cuenta como causas de sufrimiento doloroso de la región, aunque no son las más frecuentes.

Cuando un enfermo se queja de dolores en la bolsa, habitualmente este sufrimiento es causado por lesiones del testículo o epidídimo.

La reseña anatómica de inervación de la bolsa y su contenido, explica que procesos patológicos de la región se manifiesten con síndromes dolorosos a doble característica: sensitivorraquídea y simpáticovisceral.

A máximo dolor de localización en la bolsa y con irradiaciones variables, según el elemento noble más afectado:

- a) Si se trata de localización testicular, la irradiación será siguiendo el plexo espermático, hacia la región lumbar, no siendo infrecuente observar estados nauseosos por las relaciones del plexo espermático renal con el plexo celíaco.
- b) Si se trata de una afección epididimaria o predominantemente epididimaria, la irradiación dolorosa se hará en la fosa ilíaca e hipogastrio, por intermedio del plexo deferencial, derivación del plexo hipogástrico.

Pero en todo caso, el dolor de tipo raquídeo se hará presente y dominará el cuadro al propagarse el proceso inflamatorio a las envolturas y el ligamento escrotal donde confluyen los nervios: pudiendo interno, abdominogenitales y génitocrural en sus terminaciones.

Todo proceso patológico de los órganos de la región se traduce por un síndrome doloroso, sea éste un proceso mecánico, inflamatorio, traumático o aun tumoral.

Como procesos patológicos mecánicos, dominan el cuadro las torsiones.

Los procesos inflamatorios, siempre secundarios, ya que la infección llega a la región por vía canalicular o por vía hematógena o linfática, se manifiestan siempre por algias a intensidad variable, en relación con la agudeza y etiología del proceso.

Los traumatismos generalmente son evidentes y la relación de causa a efecto no ofrece dudas en el diagnóstico etiológico; las modalidades patológicas las estudiaremos más adelante.

Los procesos tumorales y los quistes de la región pueden llamar la atención por el dolor.

El capítulo de las *torsiones en el niño*, fue expuesto ya por el Prof. Dr. R. B. Yannicelli.

En el joven adulto se observan las torsiones del cordón y de la hidátide con iguales características que las expuestas por el profesor de Clínica Quirúrgica Infantil. Para evitar repeticiones, sólo quiero llamar la atención de los colegas de la urgencia en tratar quirúrgicamente a un niño o un joven que tiene una torsión testicular.

Esta se caracteriza por dolor intenso, brusco en su iniciación, progresivamente creciente; localizado en la bolsa o irradiado a la región lumbar y la fosa ilíaca. Náuseas y vómitos acompañan el cuadro. El facies se empalidece, el pulso se acelera, aparece una tumefacción del hemiescrotal o en la ingle, en el caso de testículo ectópico. A veces se produce la detorsión espontánea y los síntomas retroceden, pero pueden volverse a repetir. Generalmente, la rotación persiste; el infarto hemorrágico primero, la isquemia total después, se producen, y la necrosis y pérdida del testículo sobrevienen si no se interviene en tiempo útil.

En lo que se refiere a la vida del órgano, tal vez sea el problema que requiere sanción quirúrgica más urgente, ya que después de 6 u 8 horas, la recuperación del testículo será imposible.

Es de desear que todo médico tenga presente, esquemáticamente, que todo dolor agudo, espontáneo de la bolsa, en un joven que no tiene un pasado urinario o genital infeccioso, seguramente se debe a una torsión visceral o de hidátide y que merece sanción quirúrgica de gran urgencia; no se recurrirá a los calmantes y bolsa de hielo; así, la recuperación del órgano podrá lograrse.

Hecho el diagnóstico de vólvulus del testículo, pasado el período quirúrgico útil, la intervención no se justifica sobre ese testículo, pues se haría la extirpación del órgano dejando la hemibolsa correspondiente deshabitada.

Los trastornos síquicos que se pueden originar en un joven que se cree disminuido en su función genital han de tenerse bien presentes. Pasado el período agudo doloroso, el elemento noble irá a la atrofia y a la fibrosis, pero la bolsa ocupada no llamará la atención al enfermo.

Si se interviene creyendo estar en tiempo de destorcer el cordón y se encuentra ya el proceso de infarto definitivo e irreparable, aconsejo la extirpación y la puesta en la bolsa de un testículo plástico de acrílico que prevendrá los trastornos síquicos depresivos.

Pero también, debe observarse si el contenido visceral simétrico no presenta anomalías que predisponen a la torsión: vaginal amplia, testículoepidídimo no fijos por el ligamento escrotal, testículo oscilante. En este caso la intervención debe realizarse del lado sano, evertiendo la vaginal y fijando el contenido al fondo de la bolsa, para evitar la posible torsión del cordón del lado indemne.

Los procesos inflamatorios de la región de las bolsas, como ya dijimos, son siempre secundarios. El adulto joven paga tributo, muy a menudo, a las infecciones genitales de origen canalicular.

El antecedente de una uretritis reciente o alejada no tratada o mal tratada tendrá como consecuencia la infección de la uretra posterior y, concomitantemente, del polo genital interno

próstatoseminal, que luego, por la vía deferencial podrá hacer su exteriorización en el epidídimo con el cuadro de algias agudas en la bolsa, de gran intensidad en relación con la epididimitis aguda, habitualmente de etiología gonocócica, cuyas características semiológicas de detalle no es el tema a exponer.

Sólo destacamos el dolor de tipo sensitivo raquídeo y de tipo víscerosimpático con que se presenta esta afección y que trae la explicación en lo ya dicho anteriormente.

En los urinarios infectados (pionefritis, pielonefritis) se puede ver la epididimitis por infección de la uretra posterior y polo genital interno por el paso de orina infectada en cada micción.

Otras veces la infección llega a la región por vía hematógena.

Es un enfermo que tiene un proceso infeccioso de orden mélico: infección urleana, que ha dado sus manifestaciones ostensibles en las regiones clásicas; glándulas salivales, parótidas y submaxilares, que hace o no un toque pancreático y que, generalmente, en el período de mejoría, hace su localización dolorosa en la región de la bolsa. La infección por vía sanguínea (arteria espermática) llega al testículoepidídimo con reagudización del cuadro general, gran tumefacción testículoepididimaria y derrame serohemático de la vaginal.

La brucelosis puede dar localización secundaria en los órganos del polo genital externo. Se produce una epididimoorquitis que puede presentarse con un cuadro agudo a gran dolor y tumefacción con un empuje febril atribuible a la infección brucelósica ya conocida o no catalogada hasta el momento de esta complicación. Las reacciones biológicas específicas de esta enfermedad, confirmarán el diagnóstico. Otras veces es la localización testicular de un proceso bacteriémico o septicémico que da un absceso agudo del testículo.

Cuadro altamente doloroso y febril, a etiología estafilocócica, estreptocócica o a infecciones asociadas.

El antecedente de un foco infeccioso en otros territorios del organismo explica la patogenia.

La destrucción del testículo en estos casos es fatal y la única solución es la extirpación del contenido de la bolsa: testículoepidídimo.

Los traumatismos de la bolsa, cuando son evidentes, relacionan inmediatamente el dolor a la contusión. No trataré los casos

de hematoma de la región escrotal ni las contusiones, con estallido del testículo y hematocele, cuadros cuya intensidad y grosera sintomatología explican las algias concomitantes.

Pero puede tratarse de pequeños traumatismos que producen un foco contuso intratesticular, con hemorragia limitada dentro de la albugínea, causa de dolor a veces intenso, otras veces sordo, pero continuado y exacerbado al movimiento. El hecho de no haber sido producido por un accidente evidente, puede hacer equivocar el diagnóstico. En estos casos la cicatrización es lo habitual, pero la pequeña cicatriz intratesticular puede ser causa de neuralgias persistentes y repetidas.

Los tumores del testículo generalmente comienzan y evolucionan, desgraciadamente, en forma indolora. Pero en ciertas ocasiones hemos observado dolores a comienzo agudo en tumores del testículo. Dolores por los que consulta el enfermo, atribuibles a zonas de hemorragias dentro del tumor.

Los grandes quistes retroepididimarios son siempre indoloros en su iniciación y en su evolución, pero los pequeños quistes intraepididimarios suelen provocar algias en la región por aumento de la tensión intraquistica, por aumento de su contenido habitual o por pequeñas hemorragias.

Por último, quiero mencionar los dolores que se observan a veces en el joven luego de un período de continencia sexual, dolores intensos, agudos, a tipo cólico, que evolucionan sin cuadro inflamatorio, contractura del cremáster que produce la elevación del testículo hacia el funículo y que en su patogenia, corresponden a cólicos deferenciales; es lo que se ha descrito como epididimitis erótica.