

ALGIAS AGUDAS DE LAS BOLSAS

Preguntas y discusión

Dr. NANDE ARAMBURU.—¿Qué hacer con el testículo del lado sano, en los casos de torsión de un testículo?

Dr. BONNECARRERE.— Mi concepto es lo que dije en lo que expuse: que pasado el momento útil de operar un testículo torcido, ese testículo no debe operarse por las consecuencias psicológicas que puede tener, porque si uno opera un testículo que está ya en infarto es llevar la infección, y en ese caso hay que sacarlo. No operándolo, síquicamente le va a ser muy útil. Se ve como está el otro testículo, y si tiene las condiciones de ser un testículo muy móvil, con vaginal muy amplia, en ese caso hay que operarlo, hacer una versión de vaginal y fijar el testículo al fondo de la bolsa.

Dr. NANDE ARAMBURU.— A este colega le sucedió que operó un testículo de muchos días de torsión, y le dijo a la madre que cualquier molestia que sintiera, lo llevara; cuando lo trajo, estaba en la misma situación, y perdió los dos testículos. Del punto de vista práctico es aconsejable operar los dos en el mismo acto.

Dra. MURGUIA DE ROSSO.—¿Qué inconvenientes tiene que se deje el testículo?

Dr. BONNECARRERE.— A no ser que se tengan todos los cuidados de asepsia, porque un testículo tiene todas las condiciones de un verdadero caldo de cultivo, y la menor infección puede llevarlo a la supuración, considero que hecho el diagnóstico positivo, pasado el período útil, no debe tocarse, no hacer una operación que pueda contaminarlo. La conducta de la doctora me parece prudente, dejarlo, y con los antibióticos queda una masa fibrosa, que síquicamente tiene las mismas funciones del plástico.

Dr. VIOLA.— El Dr. Bonnacarrère habló del tratamiento cuando se abordaba después de las doce horas; yo no tengo ninguna experiencia. ¿Se puede plantear un problema de embolia pulmonar en la detorsión?

Dr. BONNECARRERE.— Yo dije que un dolor en la bolsa, se hace intenso y después puede disminuir, porque se destuerce espontáneamente, pero después volverá.

Dr. VIOLA.— Pero en el acto quirúrgico...

Dr. BONNECARRERE.— En el acto quirúrgico, en el período útil se destruye.

Dr. VIOLA.— Pero, ¿no hay peligro de embolia?

Dr. BONNECARRERE.— En cualquier operación quirúrgica puede haber ese peligro.

Dr. HUGHES.— Conozco el caso de una destorsión de testículo, en una etapa que no se sabía si era tiempo útil o no; se hizo la destorsión y el enfermo hizo una embolia, una complicación venosa por la trombosis venosa del cordón y el enfermo falleció. Es una posibilidad, pero me parece que la misma no constituye un hecho tan importante, por su frecuencia, como para que cuando se llegue al período útil, no se haga la destorsión.

Una cosa que no se ha precisado aquí es el factor tiempo. Es muy difícil precisar en cuánto tiempo se produce la necrosis definitiva. No puedo citar cifras exactas, pero tengo entendido que después de una hora u hora y media, el testículo ya no es capaz, después de una torsión total, de reintegrarse con su normalidad fisiológica; de manera que el tiempo de seis horas me parece demasiado exagerado. Repito que no tengo el dato preciso del tiempo, pero creo que hay que proceder con mucha premura.

Yo, personalmente, tengo dos casos de testículos salvados. Uno, el hijo de un colega, que hizo una torsión, que se perdió el testículo y se planteó la posibilidad de hacer la cura del otro, porque aparentemente tenía un testículo móvil se sospechó que se pudiera producir la torsión. El padre no aceptó con muy buenas ganas la operación sobre el segundo testículo, pero la madre quedó impresionada, y entonces se dijo que podía hacer un accidente en cualquier momento; en una mañana el chico hizo un accidente serio: tenía el segundo testículo torcido, pero se salvó. El otro caso, es el de un chico que hizo un accidente de torsión, que después había pasado, del cual yo estaba en la duda del diagnóstico. Dije a la madre que si repetía el accidente, avisara de inmediato, cosa que hizo; tenía un testículo torcido que se había destorcido. De manera que frente a cualquier accidente en el niño, es importante la enseñanza a los padres, porque plantea la única posibilidad.

Otra cosa que señaló muy bien Yannicelli, que me parece necesario dejar como concepto, es que no hay que tener temor a operar: más vale equivocarse muchas veces, porque cuando uno se encuentra con una torsión que se ha operado y se salvó el testículo, es una situación que es rarísima, pero están ampliamente compensados los errores que pudo tenerse.

Dra. MURGUIA DE ROSSO.— Deseo preguntar, si cuando se habla de testículo salvado, se habla de impresión clínica o se han hecho estudios funcionales.

Dr. HUGHES.— La evolución del testículo torcido es típica. Es claro que es una impresión clínica.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.— Los dos casos de testículos salvados, ¿en cuánto tiempo fueron operados?

Dr. HUGHES.— Muy rápidamente; seguramente, antes de la hora y media; por eso, digo que lo de las seis horas me parece excesivo. Estoy de acuerdo con Boncarrère en que lo peor que le puede suceder al cirujano es, al no poder salvar el testículo, hacer la castración.

Dr. BONNECARRERE.— Es claro que el horario es una cosa muy difícil. Yo creo que es mejor a la hora, y aún antes, pero hay que poner un plazo; si decimos a los médicos que a la hora y media está perdido, no vamos a operar ningún testículo. Además, depende del grado de torsión, no es lo mismo una torsión de 360° que una de 90°. Creo que antes de las ocho o diez horas hay que operar; después, ya no.

Dr. YANNICELLI.— Yo creo que todo depende de la intensidad del grado de torsión, ya que la detención de la circulación y la isquemia que determina es completamente distinta.

Con respecto a dejar o no el testículo, el problema es distinto en el niño y en el adulto; el adulto, tiene un testículo grande, ya evolucionado, la atrofia deja algo dentro de la bolsa; en cambio, en un chico, en un lactante que tiene un testículo pequeño y que se va a atrofiar, nosotros hacemos en general la extirpación cuando la posición es sobre todo ectópica, y se entiende que el niño habituado a crecer con esa bolsa vacía, no tiene el síndrome síquico que tiene un adolescente o un adulto. Yo tuve oportunidad de ver un hijo de un colega, que parecía que tenía un testículo ectópico, pero indagando encontré un cordón espermático en la bolsa, y había antecedentes de torsión del testículo, había apenas una lentejita en el extremo; de manera que hubo una atrofia, y esa atrofia es la que se produce en el caso de torsión en el lactante; por eso no considero útil dejar, en esos casos, el testículo.

Dr. PEREYRA.— Vamos a agradecer las brillantes disertaciones de los ponentes de este tema y a hacer resaltar los datos principales que ellos han expuesto, expresando fundamentalmente —sobre lo que el Prof. Yannicelli hizo realmente énfasis— la necesidad del diagnóstico precoz, cosa importantísima en un tema como el de la torsión testicular: no esperar el pseudoflemon. Esto es una cosa esencial; es como en una apendicitis esperar la peritonitis o la perforación del apéndice para hacer el diagnóstico.

Hay necesidad de intervenir esos testículos no bien haya una verdadera sospecha de que puede haber una torsión. Ya que en toda cirugía, hoy en día, se tiende a hacer intervención exploradora, y se abre un vientre cuando se tiene una duda, mucho más indicado es abrir una bolsa, donde no se corre riesgo alguno, no bien se tiene la sospecha. La situación que se plantea muchas veces, una vez producida la torsión de uno de los testículos, es que pueda existir una anomalía anatómica del lado opuesto, ya que las torsiones bilaterales son relativamente frecuentes. La pérdida de un testículo es una desgracia bas-

tante grande, pero la pérdida de los dos testículos es algo terrible: entonces, es necesario ponerse a cubierto con intervenciones profilácticas cosa de fijar el testículo del lado supuesto sano.

El doctor Bonnacarrère sostiene una tesis muy aceptable. La cuestión del horario se ha aclarado debidamente que es una cosa muy elástica. En algunas torsiones se puede decir seis u ocho horas, pero hay otras en que a la hora se ha perdido el testículo, como nos ha descrito el Dr. Schunk, que a la hora había una torsión de 360°. De manera que la cuestión de los horarios es algo muy elástico: depende de cómo está apretado.

Con respecto a la espectación, cuando el testículo está perdido, es quizá algo diseutible, porque ese testículo perdido va a la fibrosis la mayor parte de las veces, pero muchas veces va también a la necrobiosis. De manera que siguen las molestias, sigue el pseudoflemón, se ulcera el escroto, se forma una fístula y es una cosa interminable; dura una, dos o tres semanas. Por eso es necesario precaverse de ese curso evolutivo, ir a una intervención sobre el testículo y evacuar esa bolsa.

Ser conservador presenta también sus ventajas no sólo en el hecho de que no se va a hacer una cosa útil (más vale no tocarlo), sino que también del punto de vista síquico es preferible, sobre todo si se trata de un adolescente, como ha dicho el Dr. Yannicelli. También, según he tenido ocasión de leer en gente que se ha ocupado de la anatomía patológica, si bien las células de la serie seminal se lesionan rápidamente, a veces en las primeras horas, en cambio las células de Leydig, las células realmente endocrinas, perduran mucho más que las seminales, de manera que muchas veces se tiene la ventaja de conservar del punto de vista endocrino, por lo menos en cierta parte, el testículo, y con esa terapéutica de espectación se ha logrado una gran ventaja.

No me queda más que felicitar a los ponentes y agradecer a los congresales la atención.