

TESTICULO NO DESCENDIDO

Tratamiento y oportunidad operatoria

Discusión

Pregunta.—El Dr. Vaccarezza al Dr. Grosso, ¿cuántas biopsias paralelas entre testículo vector y testículo normal ha efectuado en la etapa prepuberal, puberal y postpuberal?

Respuesta.—En el Instituto de Endocrinología se acostumbra, a todo enfermo que se va a operar, a hacerle la biopsia del testículo ectópico y del normal.

En la época prepuberal, para llegar a estas conclusiones tan radicales, hemos tomado sobre todo el grupo de las llamadas criptorquidias enfermedad o criptorquidia primaria, o sea aquellos en los que no hay una lesión asociada demostrada. El Prof. Navarro hizo hincapié en este segundo grupo, y mostró las dificultades que podía haber en hacer ese diagnóstico antes de la pubertad. Después de la pubertad no hay problema.

Antes de la pubertad, la única oportunidad que tenemos de ver alguna lesión, es en la falta de gono, que vemos en algunos casos, sobre todo en criptorquidia bilateral. Partiendo de la base de que puede escaparse al estudio morfológico algún caso de lesión intrínseca, lo que vemos es que en la inmensa mayoría de los casos no hay diferencias entre el testículo criptórquido y el testículo normal. Por eso decimos que es un testículo potencialmente capaz de madurar si se le lleva a las condiciones óptimas al escroto en una época que tiene que ser siempre antes de la pubertad.

A partir de la pubertad, y ya es lo mismo la pubertad que la postpubertad, tiene que ser de inmediato. Es el caso muy demostrativo que presentamos, que estaba en el momento inicial, cuando ese testículo está recién iniciando la fabricación de la serie germinal y llega solamente a los espermatocitos de primer orden; mientras que en el otro, en el escrótico, no había iniciado ninguna proliferación del tubo.

Se manifiesta la pubertad en los dos y paralelamente en la línea intersticial; es exactamente igual lo que pasa en el normal y en el criptórquido, pero en la línea seminal no; en el pique ya, en el comienzo de la pubertad, se ve el atraso. Y ese atraso va a ser progresivo.

De modo que hacemos dos grupos: uno, antes de la pubertad; allí, salvo que haya disgenesia, no encontramos lesiones ni diferencias entre el testículo ectópico y el normal. Cuando se inicia la pubertad, de inmediato se advierte la diferencia.

Pregunta.— Al Dr. Curbelo Urroz le pregunta el Dr. Otero, ¿cuál es su experiencia en la evolución alejada de las criptorquidias bilaterales que han sido operadas correctamente en tiempo oportuno?

Respuesta.— No puedo contestar estrictamente el espíritu de la pregunta, porque los enfermos que yo estoy controlando de más-cerca, se refieren a un último período de cinco años, en los cuales hemos procedido con un criterio ya definido y siempre el mismo.

En los casos que tenemos operados, bilaterales, operados de los dos lados, son apenas cuatro o cinco, de los cuales ninguno ha alcanzado la pubertad, por lo menos la pubertad completa.

Había uno de ellos que estaba entre los 15 ó 16 años, que había sido operado tardíamente; pero lamentablemente ese chico falleció de una cuestión aguda.

Por el momento, y respecto a los otros casos, puedo decir que no todos tienen biopsia; por lo menos no tienen biopsias progresivas, como debíamos tener, para disponer de un elemento anatómico. Pero sí podemos decir como apreciación clínica, es que los chicos han desarrollado las glándulas testiculares en forma muy deficiente. Creo que podemos decir que no se ha alcanzado un 30 ó 40 % del volumen normal, a pesar de que están correctamente colocadas en el fondo de las bolsas, con cordones que se palpan, móviles; es decir, en condiciones que se podían considerar óptimas y máximas en el tratamiento quirúrgico.

En dos oportunidades tuvimos atrofia total y definitiva del testículo, que desapareció prácticamente del todo.

En el aspecto de la masculinidad, no hay problema. Chicos que hemos vigilado después de la pubertad, poseen todos los caracteres secundarios, sexualidad perfecta y normal. Y en el poco tiempo que llevamos de observación postpubertad, se han comportado dentro de un lineamiento que podemos considerar normal.

Pregunta.— El Dr. Otero al Dr. Curbelo Urroz, ¿qué juicio le merece el procedimiento de fijación y si es correcto usarlo actualmente?

Respuesta.— Durante mucho tiempo en nuestros primeros años de actuación en la Clínica, seguíamos el procedimiento de Ombredane. Era una fijación relativamente fácil, de resultados cosméticos no muy brillantes, y el resultado a lo largo parecería relativamente bueno.

Pero después que aprendimos la técnica que nos enseñó el Prof. Surraco, que parecería que llena totalmente todas las indicaciones desde todo punto de vista, no volvimos a emplear la técnica de Ombredane. Lamento decirlo por-

que el Prof. Surraco está presente, pero prácticamente hemos visto realizar todas las técnicas, y realmente la única que a nuestra modesta opinión nos parece inobjetable, es la que él nos ha enseñado. Por eso, a pesar de creer que el procedimiento de Ombredane era una técnica buena, debo decir, contestando la pregunta de si "es correcto usarla actualmente", que no considero que sea incorrecto el utilizarlo; pero cuando a pesar de haber una cosa buena aparece otra mejor, es indudable que debemos decidirnos por aquello que entendemos mejor.

Y el procedimiento que utilizamos lo consideramos inobjetable y superior, y entendemos que debe ser empleado por todos los cirujanos que se dedican a este tipo de cirugía.

Dr. FOLCO ROSA.—No habiéndose formulado más preguntas, se va a entrar a la discusión general.

Dr. SURRACO.—Debo al Dr. Folco Rosa el honor de la invitación para venir a esta reunión, donde se ha tratado un problema interesante de la clínica, y donde me he encontrado algunos discípulos viejos.

El problema es serio; lo conozco por haber escrito y haber fundamentado el conocimiento en un trabajo publicado en 1936. La operación a que ha hecho referencia el Dr. Curbelo es de alrededor de 1938, y es conocida en el mundo, al punto que en mi último pasaje hace dos meses por las clínicas francesas, oí decir: "vamos a hacer la operación del Prof. Surraco". Y agradezco al Dr. Curbelo que me haya dado la oportunidad de decir esto.

Y bien: el concepto de testículo ectópico y el tratamiento es una cosa seria, más seria de lo que se traduce de las exposiciones hechas por quienes han hablado. Y es seria porque no se sabe bien lo qué es el testículo ectópico, no se sabe cuál será su terminación, y no se sabe cuáles son las consecuencias del acto operatorio. El acto operatorio es una operación grave, muy grave, y no tiene que hacerla sino quien sepa operar muy bien la bolsa. No es para cualquiera el testículo ectópico. Debe ser un buen cirujano de niños y un buen cirujano de adultos, pero que además sepa manejar muy bien la bolsa. De lo contrario, que no lo haga, porque echa a perder el testículo.

El testículo ectópico es frecuente; el 12 % de los niños que nacen tienen testículo ectópico. Pero en la edad adulta, como máximo hay un 1 %. Y ahí está la base de todo. Ha descendido el 14 % sólo. Y teniendo en cuenta ese dato, no se olviden de esta afirmación: entre un testículo que ha bajado solo y un testículo al cual un cirujano supongamos lo baja bien, que es excepcional que se baje bien, el testículo descendido solo es testículo que vale.

De manera que hay que pensar cien veces antes de operar un testículo, porque él puede bajar solo. Y ahí está el problema.

Y, ¿qué criterio se puede tener? El criterio del desarrollo en la pubertad. Hay dos pubertades para el testículo: la pubertad somática y la pubertad germinal, y hay que saber cuándo empieza y cuándo termina una, y cuándo empieza y cuándo termina la otra. Lo importante es, en principio, respetar las dos pubertades; pero la pubertad somática empieza al nacimiento, natu-

ralmente, y se prolonga hasta el fin de la segunda adolescencia. Mientras que la pubertad germinal empieza al principio de la primera adolescencia y cuidado que llegue a los 9 años.

Si uno se encuentra con un testículo que está en condiciones que se acerca al principio de la segunda pubertad, no se pierda mucho tiempo. Mientras que si no se pierde ese tiempo, se puede llegar todavía al final de la segunda pubertad, y hay casos que se operan en adultos y el adulto conserva su poder endocrino, integral, pero ha perdido la pubertad germinal completamente.

Entonces, ¿qué hay que hacer? Uno se encuentra frente a un testículo ectópico, y la edad es determinante. La consideración de testículo criptórquido y no criptórquido es fundamental. Yo lamento que los que han hablado de este asunto aquí, desconozcan lo que yo digo en mis trabajos. Criptórquido es una cosa muy seria, no es solamente el testículo ectópico; es algo distinto. Criptórquido es un testículo que no se toea, que no está en el canal inguinal; es un testículo que si se le va a buscar, muchas veces está desviado.

De este tipo de testículo hay una categoría interesante. Recuerdo que fue en la Clínica del Prof. Navarro. El Prof. Navarro insistía en la acción del gubernáculo; decía que el gubernáculo tenía tres bridas. No sé si eso es cierto o no; una, en el fondo de la bolsa, otra que va a la espina pubiana y otra que va a la espina ilíaca. Y bien: en el testículo criptórquido está jugando el rol esta brida de la espina ilíaca, y el testículo no baja. La brida que va a la bolsa, esa no tiene importancia. La que lo detiene es la brida que va a la espina ilíaca.

Y, ¿cómo se hace? Se hace si es posible en ciertos casos buscando el reflejo controlateral. Y si ese individuo tiene un testículo bien, se ve una contractura de la pared tirando el plano abdominal en dirección a la espina ilíaca. El testículo no baja de ninguna manera; entonces es un criptórquido.

En el acto operatorio uno llega al testículo, adentro del canal inguinal, adentro del orificio interno, y se va a encontrar que esa brida existe y que hay que destruirla para que salga el testículo. Ahí está la cosa.

El testículo criptórquido tiene una indicación importante; hay que vigilarlo. Está en un medio caliente, se dice; poco importa. Se ha insistido demasiado sobre el medio caliente. Tanto es así que yo he visto en mi vida individuos criptórquidos con fertilidad al cabo de muchos años.

Y, ¿cómo se hace para distinguir un criptórquido? Los clínicos se han olvidado de las maniobras que hacían los viejos clínicos, de tratar de pasar suavemente la mano sobre el vientre y el canal inguinal para ver lo que aparecía. Mirando la bolsa y haciendo masaje sobre esa parte, sobre el plano abdominal inferior, se ve la situación del testículo ectópico, que muchas veces está cerca del canal inguinal; se puede palpar. Cuando no se palpa nada, es el testículo criptórquido que hay que vigilar. Y ese es el que hay que operar más pronto, pero nunca antes de 5 años y siempre antes de 9 años. Antes de 5 años el testículo se somete a una operación que es gravísima, operación muy difícil, y hay que dejarla hacer a una persona que sepa hacer esas cosas.

Colocado entonces el problema en estos términos, de separar los criptórquidos de los testículos criptórquidos que son los que uno puede palpar, si el esquema a aplicar es más o menos el mismo. El criterio de los 5 años para unos y de los 9 años para otros, debe regir para todos ellos.

Bien; estamos frente a un proceso de esa naturaleza. Estamos frente a un criptórquido, sabemos que del 14 % a los 15 años el 1 % no ha descendido, los demás han bajado todos. Entonces pensemos dos veces qué hacer antes del acto operatorio. Si se trata realmente de un criptórquido, la operación es delicada. Es delicada porque si el criptórquido no entró al canal es porque algo lo retiene antes de llegar al canal inguinal; y lo retienen no las adherencias que tiene por ahí; el asa externa del gubernáculo podrá pasar más tarde. Lo que lo retiene a ese testículo es la brevedad del plexo espermático. Ese es el problema. Y a ese testículo hay que vigilarlo.

Llegamos a los 5 años; no se nota absolutamente nada. Hay que hacer un tratamiento hormonal. Y hay que distinguir fundamentalmente si ese tratamiento hormonal es del hipófisis o si es fundamentalmente del testículo. No es fácil distinguirlo. El estudio de la gonadotropina, inferior a 5 unidades standard, es un dato importante, aun cuando los 17-esteroides sean muy poco superior a 3 miligramos. En ese caso está en juego la parte gonadotrópica directamente. En los casos en que los datos gonadotrópicos son suficientes y ya están en déficit los 17-cetoesteroides, entra en juego la parte testicular. En un caso conviene hacer el tratamiento gonadotrópico; en otro caso hay que hacer las dos cosas: éste y el tratamiento testicular al mismo tiempo, para colocar el testículo en la parte genital y para que ayude a crecer al mismo tiempo.

Pero hay que saber graduarlo. Empiezan, por ejemplo, arriba de 5 años, nunca antes de 5 años porque es muy peligroso. Y control. Y si las bolsas no tienen modificación, si las bolsas no cambian de color, si los pliegues transversales no se acentúan en color y no se acentúan en movimiento, el proceso es complicado, es delicado. Pero en este caso nunca esperen en un criptórquido para bajarlo a los 9 años; 6 ó 7 años es la edad para intervenir. Nunca antes de los 5 años, y nunca después de los 9. Empiezan por uno, ven lo que va a pasar, y después al poco tiempo de observación, si están decididos, operen. Pero el problema siempre es serio. Seguramente ese testículo llega al fondo de las bolsas, bajado en esa forma, pero con el proceso germinal detenido. Es el proceso somático solamente el que se va a conservar.

Sin embargo, hay casos raros que están libres de esas consideraciones. En mi larga práctica he tenido casos de criptórquidos que yo los bajé de un lado, después se bajó del otro, y los he visto con paternidad a los 20 años. Quiere decir que estos casos hay que considerarlos con beneficio de inventario. Pero lo interesante es que no hay que pasar de los 9 años para operar; siempre hay que operar después de los 5 años. Y luego diré por qué.

Vayamos al otro caso, al testículo ectópico, ese que uno palpa a distancia en el canal inguinal el orificio interno, y vemos que el orificio interno baja. La hernia es soberana entonces. La hernia grande puede impedir que baje; pero facilita después para que baje. Es cuando se separa mejor el

cordón de saco largo. El sujeto que tiene un testículo ectópico y tiene una hernia muy chica, dificulta mucho para bajar el testículo. Y la hernia grande a veces impide que el testículo descienda hasta el fondo de la bolsa.

Sentada esta premisa: nunca antes de 5 años, nunca después de 9 años en los dos casos. Pero siempre sobre todo en los testículos ectópicos, no hay que olvidarse de ese dato: 12 % son ectópicos al nacimiento; 1 % cuando llega a los 15 años.

La explicación del proceso operatorio está en esto. Se va a intervenir. La operación es muy delicada, muy delicada, mucho más delicada de lo que han dicho todos los que han hablado esta mañana. Tienen más suerte que yo, porque yo le tengo mucho miedo a la operación de testículo ectópico. Se nota esto que es fundamental: entre un testículo que ha bajado solo y un testículo operado, no hay disección posible; es muy superior el testículo que ha bajado solo. Y es superior en tamaño, y es superior en consistencia, y es superior funcionalmente. Y si es un testículo doble en el que pasa eso, un espermatoograma está bien para ese caso, es positivo.

¿Y por qué es difícil el testículo ectópico de bajar? Es difícil porque no son solamente los elementos con los cuales tiene contacto al detenerse, con el peritoneo y las adyacencias; no está ahí la cuestión. Está el problema en los elementos intrínsecos. En testículo que le cuesta bajar no bien separado del peritoneo, no es indiferente que esté en juego otro elemento; es el plexo espermático que se podrá bajar seccionando algo importante, seccionando las bridas del cremáster interno. Pero, ¿a costa de qué? De cortar los linfáticos y el simpático. Y entonces el testículo sufre. Ahí está la cuestión. Si uno corta el pedículo muscular, de fibras lisas, del cremáster liso, ¿qué pasa? Hay que bajarlo arrastrando todo el plexo simpático. De manera que el proceso del espermático va a sufrir enormemente.

Lo que hay que hacer es tratar de conservar en lo posible el plexo espermático del cremáster liso, interno, que son fibras lisas. Y esa es la vaina que protege el cordón en su descenso.

De acuerdo con esas dos premisas, que fundamentalmente es el plexo que está en juego, y que el testículo sufre enormemente al bajar porque el plexo está muy detenido, muy acortado, y que la técnica operatoria es completamente distinta en los dos casos, el criterio que debe tener el clínico es este: operar cuando ve que es completamente necesario. No aproximarse a la edad de la primera juventud de la adolescencia; peligroso, muy peligroso operar entonces. Muy fácil es meter la mano, pero una vez que se han tocado cosas delicadas, es difícil reconstruirlas. Se trata de un testículo que sufre enormemente al bajar. No pasarse de los 9 años, porque entonces la juventud está terminada y continúa la otra.

Entonces, revisar el problema en esa forma sistemática respetando las orientaciones que existen dentro de los criptórquidos y dentro de lo que es ectópico solamente, y adaptar el procedimiento que he seguido y que ha descrito el Dr. Curbelo, y que es bajar el testículo y que es colocarlo en la bolsa. No basta con colocarlo en la bolsa; no. El testículo sube otra vez, y una vez que subió es ineficaz el procedimiento. Porque hay una cuestión fundamental por la cual hay que fijarlo a la bolsa: porque el testículo y el

cordón no precisa que lo dejen quieto y muerto, sino que lo muevan; es el cremáster, el cremáster lo han sacado, el cremáster externo. El error grande es colocar el testículo y dejarlo que se mueva, que vaya para arriba; o dejarlo fijo. La intervención americana por eso no merece mi respeto. Eso de dejar durante quince días el testículo fijo a una pierna, es contranatural para la vida del testículo. No estoy de acuerdo con eso. Mientras que si se coloca en el espacio entre la piel y el dartos, en la bolsa, que está defendido entonces por un tabique, y está oscilando y moviéndose la bolsa, ese masaje es suficiente para darle rigidez al testículo y para hacer reintegración de grasa, del sistema endocrino interno. En cuanto al sistema endocrino externo, es otra cosa completamente distinta.

Entonces: testículo ectópico diferenciarlo del criptórquido, que es peligroso. En principio hay un porcentaje enorme de 12 a 1% que bajan solos antes de los 15 años. Si es criptórquido, hay que tener en cuenta el peligro que existe y empezar el tratamiento antes de los 5 años. Pero operación, no; esperar un poco más, y hacer primero uno y después el otro, y ver qué pasa. Si no es criptórquido, y es ectópico, como acabo de decir hace un rato, se puede iniciar el tratamiento un poco después de los 5 años, no muy intenso: controlarlo por las reacciones hormonales que puede tener el enfermo. Por ejemplo; se trata de un sujeto que estamos tratando con hormonas gonadotropas, y empieza a tener desarrollo de pelos en la región pubiana. Cuidado con eso; se está produciendo una aceleración del sistema orgánico muy importante. Hay que detener inmediatamente el tratamiento hormonal.

No olvidar que se trata siempre de un proceso muy difícil desde el punto de vista clínico y más difícil todavía desde el punto de vista operatorio.

Es lo que tenía que decir.

Dr. YANNICELLI.—Aquí se separan en las concepciones los cirujanos de niños de los cirujanos que manejan niños y adultos. Es probable que sea porque manejamos material distinto. El conocimiento que nosotros tenemos de la región inguinoescrotal del lactante, nos da una concepción distinta del acto quirúrgico, y por eso abordamos con esa esperanza y con esa aparente facilidad que nosotros hemos visto contradicha con la clínica y que esperamos no sea contradicha con los estudios ulteriores. Porque todo este material, que por lo que veo coincide con lo que hace el Dr. Curbelo en el Hospital Visca, podrá ser analizado a su tiempo. El hecho de que no hagamos biopsias en estos niños chicos cuando operamos —y no es en todos— no quiere decir que no se pueda hacer en su oportunidad. Esa oportunidad, ¿cuándo será? Cuando pase la pubertad, ya que podremos entregar al histólogo y al endocrinólogo esos enfermos para después hacer un análisis retrospectivo relacionado con la fecha en que cada intervención se hizo.

Quiere decir que estamos aportando material a la solución del problema. Si se llegara a comprobar que el mayor número de los casos descendidos en épocas anteriores a la fecha clásica de los 9 ó 10 años, tiene los testículos con un desarrollo aceptable desde el punto de vista endocrinológico, superior a los que por distintos motivos se han descendido quirúrgicamente más arriba, habría un elemento de juicio para poder seguir en una técnica.

Digo que dentro de la profesión clínica de tantos años, no consideramos agraviar en absoluto al testículo con esos descensos. Y lo comprobamos porque todos los días estamos operando hernias.

Estamos de acuerdo con lo que dice el Dr. Surraco; nosotros no utilizamos los procedimientos de fijación en el muslo. Nos pareció en principio que fijar algo tan importante, significaba someter a tensión en última instancia al testículo. Y utilizamos, antes el procedimiento de Ombredane, y luego el procedimiento que divulgó el Dr. Surraco, que no sé si es original de él o no, pero que nosotros aprendimos con él. Y, ¿qué condiciones exigimos nosotros y les exigimos a todos nuestros colaboradores? Les exigimos que no se preocupen por una fijación demasiado fija; es decir, que la contraprueba de si está hecha una fijación adecuada o no, es que el testículo tiene la posibilidad en esa misma técnica de ascender, si la tracción llega a ser excesiva, porque no lo para nadie. Puede subir por la contracción; si el testículo está demasiado traccionado, es indicado volver otra vez a la posición ectópica.

En estos 135 casos, hay dos en que se comprueba en la historia clínica que el testículo volvió a posición ectópica, aunque un poco más baja. Esa es la demostración de que la técnica fue vigilante de lo que se puede hacer en materia de descenso y de hasta donde no se puede ir más. Si hubiéramos fijado ese testículo al muslo, lo tendríamos en el escroto, pero probablemente atrofiado.

De modo que esa técnica permite una tracción suave, dejar el testículo con su pedículo allí, y tiene la posibilidad de volver a su sitio en el caso de que se ejerza una tracción exagerada. Así que el material de la Clínica del Dr. Curbelo va a poder ser analizado, y esperamos entonces ofrecer a través de un estudio endocrinológico y de la histología, la realidad de lo que nosotros estamos presumiendo.

Dr. CURBELO URROZ.—Queremos aclarar al Prof. Surraco que nosotros tenemos el concepto de que es una operación difícil y grave; grave no por el riesgo vital que corre el enfermo, sino grave por las consecuencias futuras. Y precisamente los conceptos que acaba de vertir, son los que nos guían en la realización de la técnica. Y respecto a las críticas que se han formulado contra las técnicas que mantengan al testículo en tensión, las hacemos nuestras y las rechazamos en forma absoluta.

Queremos formular una aclaración sobre lo que aquí se ha dicho en relación con los plazos. Por otra parte, como presentamos un número bastante elevado —creo que son 26— de operaciones antes de los 2 años, debemos aclarar que ninguno se operó por el problema de la ectopia en sí; todos fueron operados en función de la hernia concomitante. Y considerando que la presencia de una hernia importante facilita la disección y el deslizamiento de los elementos nobles del testículo, es que nosotros no le tememos grandemente a operar un lactante o un niño pequeño, cuando una hernia voluminosa, que esa sí puede comprometer el desarrollo y la vitalidad del testículo, acompaña una ectopía. No nos crea grandes problemas y dificultades técnicas. Desde

luego que son operaciones que deben ser realizadas con la máxima delicadeza; por eso todos quienes han realizado estas operaciones reconocen la extrema fragilidad de todas las estructuras.

La tendencia que hemos observado, es que se van bajando los plazos mínimos. Hasta hace unos años hablar de operaciones de ectopia a los 4, se consideraba un disparate. En cambio hoy en día vemos que cada vez son más numerosas las operaciones en niños más pequeños. No recuerdo la cita bibliográfica, pero hay cirujanos americanos que señalan que la ectopia hay que operarla aunque el enfermo tenga unos días de edad. Y en función de los datos estadísticos, se demuestra que una gran parte de los testículos no han cumplido su ciclo de descenso hasta los primeros años de la vida. Entonces lo primero que hay que hacer es esperar que todos los que están cumpliendo su ciclo con cierto retardo, lo hagan. Pero eso nosotros no lo consideramos en el rubro de ectópicos ni de testículos no descendidos. Son testículos que están en un retardo en su desarrollo de crecimiento y que lo cumplirán un poco tarde en la vida.

Dr. NAVARRO.— El Dr. Vaccarezza le había hecho una pregunta al doctor Grosso de orden anatómico, es decir, histopatológico. Y yo le quería contestar sobre la base del valor que puede tener en la apreciación de los resultados postpuberales, el tamaño, la consistencia testicular. Se admite hoy que ese dato no tiene valor para poder juzgar el resultado.

Hay estadísticas de las cuales yo leí una a este respecto, del año 1960, publicada en las "Actas del Congreso Mundial de Endocrinología". Hay referencias de Scott de los años 1961, 1962 y 1963, similares. Y personalmente tengo alguna experiencia. Una de las últimas es la de un enfermo que operó el Dr. Curbelo, que me envió a mí hace años, y que he tenido la suerte de seguir.

El Dr. Curbelo operó una criptorquidia bilateral antes de la edad puberal. El enfermo actualmente tiene 15 años y los testículos están ambos en el escroto y son ambos de tamaño normal, de consistencia normal y de sensibilidad normal. Lo que quiere decir que no alcanza de ninguna manera el dato clínico; pero diré más: en las grandes estadísticas realizadas sobre la base de los estudios que pedía el Dr. Vaccarezza, se ha demostrado que aun con una histopatología normal, puede haber azoospermia.

Dr. FOLCO ROSA.— La hora es ya avanzada y no vamos a hacer un resumen de todo lo dicho. Felicitemos a los ponentes por las brillantes exposiciones que se han formulado. Este es en realidad un tratamiento en función de equipo.

Como dijo muy bien el Dr. Navarro, hay tres tipos fundamentales: la pseudocriptorquidia, la criptorquia y el testículo ectópico.

La pseudocriptorquidia no tiene ningún tratamiento, y el testículo ectópico es de tratamiento quirúrgico. El quid está en la criptorquidia; la criptorquidia con déficit de la gónada es difícil de valorar. Allí siempre tendrá que haber una simbiosis entre el endocrinólogo y el cirujano. Y quizá quien deba hacer la indicación operatoria correcta sea el endocrinólogo; si hay que

hacer biopsia, cuándo y en qué momento hay que intervenir. Lo mismo en cuanto se refiere a la hormonoterapia; la experiencia que tengo es que la hormonoterapia la tienen que hacer quienes sepan manejar bien el problema. Hemos visto muchos desastres; testículos que nos han llegado primero fuera de tiempo, es decir, a los 11 ó 12 años, y tratados con hormonoterapia con el testículo sano, enorme de tamaño, duro como una piedra, y el otro testículo no descendido. De modo que la indicación de la hormonoterapia estaba mal y la operación y su indicación también estaban mal indicadas porque estaba fuera de época.

Creemos que en todo testículo ectópico y en toda criptorquidia, debe intervenir el endocrinólogo primero, y después el cirujano. El acto quirúrgico debe ser dirigido por el cirujano en el sentido de indicar la táctica y técnica a seguir.