

LAS FORMAS CLINICAS DE LA TORSION DEL TESTICULO

Por el Dr. ROLANDO C. HEREÑU

La torsión testicular es una entidad que se tiene por infrecuente, y en la cual por lo tanto, y particularmente fuera de los ambientes especializados, suele no pensarse siendo corrientes las confusiones de diagnóstico y, por consiguiente, de tratamiento.

En el Servicio de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de Rosario, hemos tenido en los últimos dos años, seis casos bien ilustrativos. Creemos que la frecuencia de este proceso es injustamente considerada escasa, y pensamos que siendo una afección capaz de curarse e incluso de prevenirse, debe insistirse sobre ella para lograr su adecuado conocimiento. Por eso nos parece muy importante ordenar las formas clínicas de manera clara, a fin de que el diagnóstico correcto comporte la inmediata valoración pronóstica y la indicación terapéutica, que por otra parte debe enfocarse con criterio integral y no limitarse el tratamiento exclusivo del lado en que se manifiesta de manera ruidosa.

La distinción entre torsión extra e intravaginal, que es clásica, carece de valor práctico. No es nuestro propósito en este momento entrar a considerar este punto. Sólo diremos que se discute la legitimidad de muchos de los casos considerados extravaginales, y que no son numerosos los aceptados como tales. Además, en última instancia, ni la conducta a adoptarse ni el pronóstico podrían variar según esta distinción de orden anatómico puro, cuya evidencia se tendría sólo en el momento de la intervención.

Tampoco tiene valor fundamental distinguir la torsión exclusivamente testicular, de la torsión del cordón, que involucra testículo y epidídimo juntos, y que es la situación más corriente. En cualquiera de las dos eventualidades, no cambiará el temperamento quirúrgico sino en detalles mínimos.

Por su parte, la edad de presentación del cuadro, que llega a abarcar ambos extremos, ya que existen torsiones prenatales como también de la vejez, no puede constituir un argumento que sirva para una clasificación práctica.

Finalmente, el hecho de que el accidente ocurra en un testículo eutópico o en uno ectópico o mal descendido, hace variar algunos detalles clínicos, como así también ciertos aspectos de la técnica quirúrgica.

Pero el criterio que debe hacer decidir la conducta, se refiere en realidad, en todos los casos, al grado evolutivo de la lesión en el momento en que el paciente llega a la consulta. Es según la evolución, cómo pueden distinguirse las verdaderas formas clínicas, cada una de las cuales indica un pronóstico y una manera de actuar en cierto modo particular.

Por ello hemos adoptado la siguiente clasificación, que propusimos en la Sociedad de Cirugía de Rosario, durante el año anterior, el presentar nuestros cuatro primeros casos.

Torsión aguda inicial. Torsión aguda prolongada. Torsión irreversible abscedada. Torsión irreversible crónica escleroatrófica. Torsión remitente recidivante crónica.

1) *Torsión aguda inicial.* Es la forma de comienzo, que se inicia bruscamente: la contracción súbita del cremáster, como así también acaso la ingurgitación de las tortuosas venas epididimotesticulares, actuando sobre un órgano congénitamente predispuesto, es lo que desencadena el proceso. La predisposición, como es sabido, consiste en una anomalía de fijación: ausencia de ligamento escrotal asociada a una reflexión anormalmente alta de la túnica vaginal, o una unión pediculada entre epidídimo y testículo, pudiendo hacerse así la torsión del cordón (lo más frecuente), o exclusivamente del testículo.

El cuadro inicial, por lo general es consecutivo a algún esfuerzo muscular más o menos brusco, o a sacudidas violentas del cuerpo. Es común la referencia a la práctica de deportes diversos; otras veces ha habido intensos golpes de tos, o excesos genitales, etc. Sin embargo, incluso durante el sueño puede producirse el accidente, como en uno de nuestros casos, pero es imposible descartar el papel de algún movimiento realizado inconscientemente.

Pasados unos minutos del episodio causal, a veces algo más lentamente, en unas pocas horas, se manifiesta un intenso dolor local, que merece el nombre de "cólico testicular" que se le ha dado, y que suele acompañarse de distintos signos vegetativos: náuseas o vómitos, a veces ileus reflejo, con meteorismo intestinal, dolor irradiado hacia el cordón, a la región inguinal y fosa ilíaca de su lado. La temperatura corporal puede ascender unas décimas.

Localmente hay calor y rubor. El cremáster se halla en espasmo, y por ello y por el acortamiento del pedículo testicular al estar arrollado sobre sí mismo, el testículo se observa sobreelevado y proyectado un poco hacia adelante, en relación al adelfo.

Pero sobre todo, lo que generalmente domina el cuadro, salvo a veces en el niño muy pequeño, es el dolor, el cual impide una palpación prolija si no se practica bajo anestesia.

El diagnóstico en este momento suele no ofrecer grandes dificultades, exceptuando la diferenciación con la torsión de la hidátide o con algún caso de infarto por oclusión vascular sin torsión. Los procesos inflamatorios no tienen la brusquedad de comienzo que aquí es característica.

En las primeras horas, probablemente cuando el grado de torsión es escaso, puede espontáneamente ocurrir la destorsión, sin consecuencias mayores. Episodios de este tipo, con dolor de aparición brusca, tumefacción local y vuelta rápida a la normalidad, se encuentran a menudo en los antecedentes de estos pacientes, como verdaderas "crisis menores" previas. Su reiteración constituye una forma clínica particular, que consideramos aparte: la torsión remitente recidivante crónica.

Si la destorsión no se produce, rápidamente se va haciendo un edema local, un proceso de tumefacción y exudación, que a la vez que ocasiona un gran aumento de volumen, fija la glándula en su posición anormal, impidiendo toda posibilidad de regresión no quirúrgica.

El plazo necesario para que la torsión pase a ser definitiva de esta manera, es variable según los casos. Consideramos que para fijar ideas puede estimarse en unas cinco horas, y es a este período de las cinco primeras horas al que comprendemos en la denominación de "torsión aguda inicial".

La cirugía en este momento de comienzo, puede decirse que tiene el éxito asegurado. Por otra parte aún cuando haya ocurrido la destorsión espontánea, no se puede hablar sin embargo de "curación", ya que persistirán las condiciones anatómicas que predisponen a un nuevo accidente, que es necesario prevenir adecuadamente.

En estos casos, indicamos la urgente exploración quirúrgica transescrotal que confirmará el diagnóstico, seguida de la destorsión y la fijación mediante una simple eversión de la vaginal, con o sin puntos tutores al escroto.

Por lo tanto desde el punto de vista pronóstico para la glándula afecta, esta forma clínica acusa: las mayores posibilidades.

Con respecto a la conducta: quirúrgica inmediata, de urgencia, destorsión y fijación.

2) *Torsión aguda prolongada.* — Así llamamos a la torsión que perdura por encima de las cinco primeras horas. Ya la destorsión espontánea se ha hecho imposible, la tumefacción aumenta ahora más lentamente, mientras que la sintomatología dolorosa por el contrario va cediendo hasta desaparecer en un plazo de 24 a 48 horas, o luego de unos días. El aumento de tamaño sigue casi sin cambios en los días subsiguientes, agregándose un discreto derrame seroso o serohemático intravaginal, y cierta fijación de la piel a la profundidad. Los límites entre epidídimo y testículo se borran, y el cordón se nota infiltrado hasta un nivel no muy alejado del epidídimo, a partir del cual los elementos se palpan libres, sin engrosamiento, en particular el deferente. Los tejidos, que se necrobiosan en un plazo estimado variadamente por los distintos autores, pero que se cuenta en horas, suelen dar a la palpación una falsa sensación de fluctuación líquida al cabo de unos días de evolución. La temperatura a veces llega a los 37,5° a 38°, pero suele ser normal.

En estas condiciones ya se hace más fácil la confusión con un proceso infeccioso. El borramiento de los límites epididimotesticulares, la pronta adherencia de la piel escrotal, los caracteres del proceso flogístico, que en esta etapa se ha hecho tórpido, poco o nada doloroso, hacen pensar muchas veces en la tuberculosis, cuando no en algunos otros cuadros (colibacilares, etc.).

Sin embargo, los datos del comienzo, y los signos negativos para una etiología infecciosa, deberán hacer pensar en la torsión. Las posibilidades de éxito de la cirugía, van disminuyendo marcadamente a medida que transcurren las horas una vez configurada esta forma clínica.

La exploración quirúrgica se justifica cuando clínicamente hay evidencias en pro de este diagnóstico. Si ella lo confirma, se plantea el problema de estimar si la torsión es o no reversible. Puede recurrirse al clásico método de la aplicación de compresas húmedas calientes una vez hecha la destorsión, observando si vuelve el color normal y decidir entonces si se fija en posición correcta o se extirpa. Trabucco y colaboradores prefieren ser "conservadores a ultranza", por haber observado (como nosotros en uno de nuestros casos) la persistencia de células de Leydig de apariencia activa luego de varios días de torsión, en órganos de aspecto macroscópico nada prometedor. A este respecto sin embargo, se cita la posibilidad de embolia al destorcer vasos trombosados de un testículo torcido.

Es el sentido común y la valoración meticulosa de todos los hechos en cada caso en particular, lo que dictará el temperamento final a seguir.

Vale decir: el pronóstico es: posibilidades dudosas, en relación al tiempo transcurrido.

La conducta: operación exploradora, y decisión condicionada al caso, con criterio preferentemente conservador.

3) *Torsión irreversible abscedada.* — Los tejidos en necrobiosis pueden infectarse secundariamente con gérmenes piógenos diversos, ocasionando la abscedación. Más rara vez hay participación de anaerobios que dan lugar a una verdadera gangrena. En estos casos el diagnóstico diferencial entre torsión u otros procesos tiene valor como dato para el enfoque terapéutico final, pero la indicación quirúrgica de orquidectomía es la regla, salvo raras excepciones. Es necesario por todos los medios determinar, pieza en mano, si hubo o no torsión.

Pronóstico: testículo afecto, perdido.

Conducta: exéresis quirúrgica.

4) *Torsión irreversible crónica escleroatrófica.* — Cuando una forma primitivamente aguda, no abscedada, queda librada a su evolución espontánea, poco a poco se van perdiendo los caracteres agudos, evolucionando a la esclerosis y atrofia de los órganos comprometidos, luego del lento transcurso de algunas semanas o meses desde el episodio inicial. Reducidos, testículo y epidídimo a una pequeña masa, a veces dura, otras blanduzca, el diagnóstico no puede hacerse sino mediante un prolijo interrogatorio retrospectivo. El examen clínico que demuestre la movilidad exagerada del testículo sano, podrá dar más argumentos para la interpretación correcta.

Pronóstico: Testículo afecto, perdido.

Conducta: Espectante respecto del lado atrófico.

5) *Torsión remitente recidivante crónica.* — Calificamos así a aquella en que se suceden varias "crisis menores", episodios de torsión y destorsión espontánea, repetidos a intervalos variables, en ocasión de diversos esfuerzos o movimientos bruscos. Algunas veces, después de dos o tres cuadros de este tipo, se llega a una torsión definitiva que ya no remite, o incluso puede suceder que aún sin llegar a ello, las sucesivas oclusiones transitorias lesionen los vasos y lleven sin aparatosidad pero con igual perjuicio, a la atrofia por esclerosis. Esta forma clínica debe tratarse quirúrgicamente sin demora, ya que es necesario hacer la profilaxis de lesiones ulteriores, practicándose la fijación en la forma descrita. En general, si los episodios anteriores no han ido comprometiendo ya la vitalidad del órgano, la intervención le ofrece las mejores perspectivas de correcta supervivencia.

Pronóstico: favorable, tanto más cuanto menos torsiones previas haya habido.

Conducta: quirúrgica, fijación sin mayor demora.

Además de todo lo dicho con respecto al tratamiento quirúrgico del lado enfermo en cada caso, es necesario destacar, y lo haremos también aquí, que siendo la anomalía de fijación con gran frecuencia bilateral, debe procederse a la exploración quirúrgica del otro lado, a fin de hacer la fijación profiláctica del mismo si se comprueba en él la anomalía predisponente. Esto es particularmente importante y urgente cuando el paciente ya ha perdido un testículo a raíz de un accidente de torsión.

RESUMEN

Se propone una clasificación de las formas clínicas de torsión testicular, que permita ordenar el pronóstico y la norma de conducta para cada caso.

BIBLIOGRAFIA

- Angulo, R. J.* — Torsión del cordón espermático. *Rev. Arg. Urol.* 8:53, 1939.
- Comotto, C.; Mendoza.* — Torsión del cordón espermático y cólico nefrético. *Rev. Arg. Urol.* 5:384, 1936.
- Deming, C. L.; Clarke, B. G.* — Torsion of the spermatic cord. *JAMA*, 152:520, 1953.
- Ewert, E. E.; Hoffmann, H. H.* — Torsion of the spermatic cord. *J. of Urol.* 51:551, 1944.
- Firstater, M.* — Torsión del cordón espermático. *Bol. Trab. Soc. Cir. Córdoba*, 5:174, 1944.
- Hereñú, R. C.* — Torsión testicular. *Bol. Soc. Cir. Rosario*. 23:421, 1956.
- James, Th.* — Torsión of the spermatic cord in the first year of life. *Brit. J. Urol.* 25:56, 1953.
- Kimbrough, J. C.; Furst, J. N.; Worqan, D. K.* — Torsion of the spermatic cord. *Urol. and Cut. Rev.* 52:15, 1948.
- Livermore, G. R.* — Torsion of the testicle and its appendages. *Urol. and Cut. Rev.* 52:1, 1948.
- Moulder, M. K.* — Bilateral torsion of spermatic cord. *Urol. and Cut. Rev.* 49:354, 1945.
- Trabucco, A.; Borzone, R.; Corea, E.* — Tratamiento conservador en las torsiones testiculares. *Rev. Arg. Urol.* 22:1, 1953.
- Truc; Guillaume; Candon; Cazalis.* — Infaretus epididymaire por torsion. *J. d'Urol.* 59:249, 1953.
- Vilar, G.; Rebello, A.* — Vólvulus doble de los testículos. *Rev. Arg. Urol.* 4:261, 1935.
- Weyeneth, R.; Clerc, R.* — Sur trois cas de torsion du testicule chez l'adulte. *J. d'Urol.* 58:846, 1952.
- Wolfrohm, G.* — Trois cas de torsion du testicule. *J. d'Urol.* 60:563, 1954.