

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXVIII

JULIO - SEPTIEMBRE 1959

Números 7-9

Sociedad Argentina de Urología

5ª Sesión científica ordinaria — 27 de agosto de 1959

Presidente:.... Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario:.... Dr. Juan A. Goldaracena

Hosp. P. Fiorito. Serv. de Urología.
Jefe: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

RUPTURA TRAUMÁTICA DE AMBOS TESTÍCULOS

Por los Dres. Prof. RICARDO BERNARDI y JOSE P. AGUGLIARO

Los testículos, a pesar de su movilidad, están expuestos a diversos traumatismos: contusión, laceración, punción o desplazamiento, siendo comunes las lesiones leves que afectan a una sola glándula. En cambio, resulta de excepcional incidencia la lesión simultánea de ambos testículos por un traumatismo aparentemente leve, como lo demuestra la circunstancia de que uno de nosotros (R. B.) lo haya observado por primera vez, en más de 28 años de práctica urológica, precisamente en el caso que comunicamos.

En el mismo se produjo la ruptura bilateral de testículo, por un accidente de trabajo, presentándose el paciente a nuestro servicio del Hospital Fiorito con manifestaciones dolorosas solamente discretas, además de un hematoma escrotal izquierdo y un hematocele derecho.

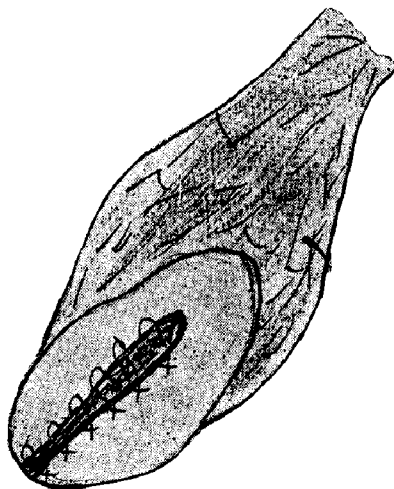
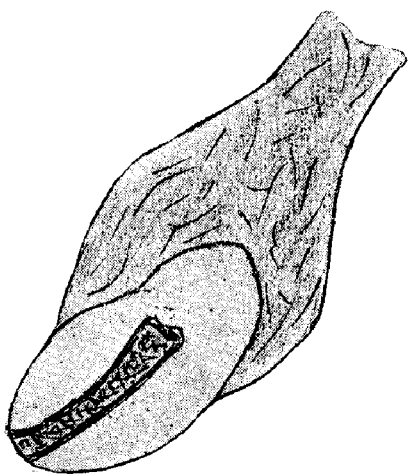
S.S.C. — 37 años, casado, con tres hijos, argentino, Glew. Mientras se hallaba trabajando sufrió un traumatismo sobre la región escrotal, de tipo latigazo, que le causó en el momento discreto dolor. Al notar posteriormente hinchazón en aumento del lado correspondiente al

testículo derecho decidió consultar a un facultativo, quien le indicó la internación en nuestro servicio para su mejor estudio y tratamiento, ingresando al mismo el 5-III-59.

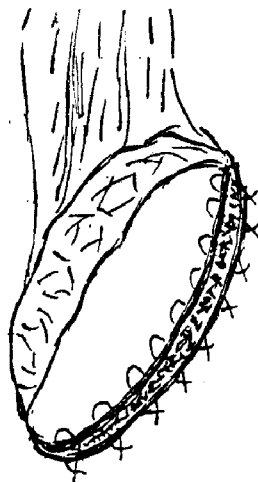
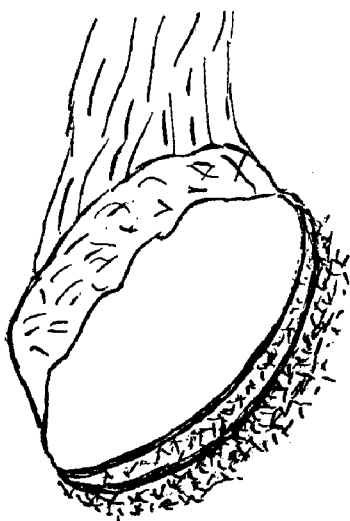
Enfermo con buen estado general, prácticamente indoloro, lo que nos llama poderosamente la atención.

Región escrotal: se nota un hematoma del lado izquierdo y una pequeña laceración de piel lado derecho.

Testículos: a) derecho: no se palpa, por enmascararlo en gran parte un hematocele



Testículo derecho.



Testículo izquierdo.

que lo cubre, impidiendo tal maniobra. Se confirma tal diagnóstico por transluminación; b) izquierdo: se palpa algo aumentado de tamaño, con un epidídimo muy engrosado en toda su extensión y muy doloroso al tacto.

Se le indica reposo, hielo y antibióticos. Se lo prepara para operar.

Operación: incisión trasversal izquierda del escroto: atravesando todos los planos se llega al testículo de ese lado, al que encontramos con un desgarro de su capa albugínea que deja al descubierto sustancia glandular. Epidídimo muy edematoso.

Tratando de introducir la sustancia glandular sin traumatizar, se cierra con puntos de U de cátagut simple OO la albugínea y se elimina a tijera la sustancia glandular que no se pudo invaginar. Se deja tubo drenaje en fondo de saco y se cierran las capas del escroto con cátagut O. Piel con algodón. (Dibujo número 1).

Se efectúa el mismo procedimiento del lado derecho, evacuando el hematocele, encontrándonos con un estallido de testículo que ocupa todo su borde anteroinferior, con evaginación de sustancia glandular y hematomas en la misma, motivo por el cual se extirpa $1/3$ de la glándula y luego se sutura la albugínea con puntos de U de cágut OO.

Se deja drenaje —capas de escroto con cágut O—. Piel con algodón (*Dibujo número 2*).

Posoperatorio: el enfermo continúa en buen estado general, apirético. Se da de alta el 18-III-59. El 5-IV-59, testículos de tamaño y forma casi normales, indoloros. 8-IV-59, espermatoograma: azoospermia. 16-VII-59, nuevo espermatoograma: cantidad: 4 c.c.; color: blanco grisáceo; aspecto: turbio; recuento: 12.800 por c.c.; necrozoospermia.

Conclusiones: se refiere un caso con ruptura doble traumática de testículo, en donde se efectuó sutura de la albugínea y resección del tejido glandular necrosado, con resultados aceptables hasta la fecha.

DISCUSION

Dr. A. E. Trabucco. — El traumatismo de testículo, sobre todo el doble, reviste gran significación desde el punto de vista médico legal porque la evaluación del valor testicular es muy importante, no desde el punto de vista endocrinológico, o sea, sobre la parte viril del sujeto, sino sobre el aspecto de la procreación que es el más afectado.

Acerca de esto quisiera hacer una pequeña crítica al tratamiento instituido.

En realidad, este sujeto debió haber sido precozmente tratado con sustancias antiescleróticas para evitar la esclerosis cicatrizal. Se le debió haber dado, a los 10 ó 15 días de haberse asegurado la cicatrización de la albugínea, alfatocofeol y cortisona para recuperar más rápidamente el epitelio germinal que no se haya ahogado con ese tejido fibroso de cicatriz y que inhibe la espermatogénesis en el resto del testículo. No obstante, a pesar de haber transcurrido 3 meses, sería muy importante para este hombre la iniciación de un tratamiento con corticosteroides para evitar la progresión de la esclerosis y hacer que la espermatogénesis pueda desarrollarse más rápidamente.

Dr. R. Bernardi. — Acepto de buen grado la enseñanza del doctor Trabucco porque aquí estamos todos para aprender pero quiero agregar un pequeño dato sobre el accidente.

Se trataba de un paciente que sufrió un tipo de contusión muy rara. Al producirse la ruptura de una polea, éste le golpeó de abajo hacia arriba sobre el testículo. Llamó la atención su escasa sintomatología. Prueba de ello es que en el examen médico consideramos que había un pequeño derrame vaginal debido a algún vaso. Lo dejamos con el tratamiento clásico y reposo, pero como a los seis días todavía acusaba dolor, decidimos intervenirlo y con gran sorpresa, hallamos esas lesiones. Este hombre, felizmente, antes del accidente, ya había tenido dos hijos. Esperamos que a raíz del tratamiento a instituirse mejore la línea espermática, que es la que interesa.

Dr. L. Rebaudi. — A comienzos de mi carrera he visto un caso. Un hombre estaba parado al lado de una máquina, la polea se rompió, saltó y como si fuera un cohete, lo impulsó desde abajo arrancándole la piel del escroto y del pene. Pero los testículos no sufrieron absolutamente nada.

Dr. C. Comotto. — Un caso muy similar al presentado por el Dr. Bernardi fué provocado por el trauma intenso de un proyectil, no sabemos si se trataba de una esquirla de granada o de una bala. Se produjo un gran hematoma 3 ó 4 días después, no pensamos en un traumatismo de gravedad. Como las cosas no se aclararan, lo intervenimos y encontramos un estallido total del testículo derecho y del izquierdo, la albugínea evertida hacia arriba colgando del testículo. No hicimos más que evertirlo conservando un pequeño muñón. Después, la herida cicatrizó rápidamente, se redujo el tamaño de las bolsas y con gran sorpresa nuestra, en un examen de esperma encontramos de 10 a 12.000 espermatozoides en la eyaculación. Ese enfermo está en observación y pensamos seguir en él la sugerencia del doctor Trabucco.

Dr. T. Schiappapietra. — Estando en el servicio del Hospital Durand, recuerdo el caso de un guarda de ómnibus que por ayudar a subir a los pasajeros, cayó debajo de la rueda trasera del vehículo, amputándose el pene. Uno de los testículos fué encontrado en medio de la ropa deshecha y el otro colgaba del cordón deferente. Como no quedaba nada de escroto, colocamos injerto en la porción suprapúbica. Este hombre que promovió una

demanda judicial, no quiso que se le practicara una plástica hasta tanto no terminara ese pleito.

Lo seguí durante un tiempo, comprobé la presencia de espermatozoides y luego lo perdí de vista.

Dr. J. P. Agugliaro.—Es muy oportuna la observación del doctor Trabucco ya que en nuestro caso, un análisis demostró la presencia de 12.800 espermatozoides por c.c., si bien algunos laboratoristas me expresaron que era difícil determinar con precisión su número. Por ello, pedí la realización de un nuevo espermatograma.
