

SOBRE UN CASO DE TORSION DEL CORDON ESPERMATICO

Por los Dres. ENRIQUE CASTAÑO y HECTOR DANIEL MUÑOZ

La torsión del cordón espermático es una afección de relativa rareza. La literatura médica no registra muchos casos. En un trabajo de **Kretschmer** publicado en 1930, registra 135 casos; esta estadística debe haber aumentado hoy día. Entre nosotros hay un caso publicado por el Dr. **Pagliari** en 1925 en la Sociedad de Cirujía, y en 1927 otro caso de los Dres. **Priani y Mazzoni**, en esa misma Sociedad.

Esta afección se presenta en cualquier edad; se han visto casos en recién nacidos y en hombres de 70 años, pero la edad más frecuente en que se observa es por debajo de los 20 años.

Es común observarla en las ectopias testiculares, pero existen entre las estadísticas publicadas más de un 50 % de casos en testículos no ectópicos.

ETIOLOGIA. — Es indudable que en la etiología de esta afección se deben considerar dos elementos: una disposición anatómica y una causa ocasional que la provoca.

En lo referente a la disposición anatómica se ha atribuido a la forma discoide del testículo, brevedad del cordón, bifurcaciones

del cordón, y sobre todo pediculización con motilidad anormal del testículo.

Entre las causas ocasionales se han descrito el esfuerzo abdominal provocado por el salto, carreras, defecación, coito, tos, vómitos, es decir, en toda causa que provoque una contractura abdominal brusca seguida de relajamiento.

La torsión del canal deferente puede hacerse intra o extra vaginal, siendo las primeras como en nuestro caso, las mas frecuentes. **Nicoladini** que ha sido uno de los primeros que han escrito sobre esta afección, atribuye la torsión a la ausencia del mesorchium, lo que hace que el testículo flote libremente dentro de la vaginal; en otros casos se ha observado la ausencia del meso vagino-parietal, lo que permite también al testículo quedar libre en la vaginal.

Lapointe que ha estudiado la patogenia de esta afección cree que la torsión del cordón puede producirse en dos casos: o bien el testículo y el cordón rotan con el saco fibroso que los contiene en el espacio escrotal, tal cual se practica en la castración de ciertos animales por torsión, o bien el testículo y el cordón debido a una disposición anormal de la vaginal, como meso muy largo o ausencia de meso que permite flotar al testículo libremente, y la torsión se produciría por un mecanismo análogo al volvulus de un ovario o de un anexo quístico.

La explicación del segundo caso es dada por **Lapointe** como una anomalía de la migración; la migración normal es lo contrario de la pediculización.

El mesorchium que da al testículo abdominal una cierta motilidad, desaparece progresivamente, cuando la glándula inicia su recorrido inguinal del descenso. El mesorchium se despliega seguido de una desvaginación parcial del epididimo; la hoja parietal de la vaginal atrae hacia ella una prte de la envoltura peri-epididimaria y el fenómeno no termina sino cuando el testículo ha tomado sus dimensiones definitivas.

Cuando el testículo no ha llegado al fondo del escroto, en el tiempo habitual o sino porque ha habido un retardo en los tiempos de la migración, un detenimiento total de dichos tiempos, no hay descenso por el mecanismo ordinario, pero el testículo quizá por su mismo paso, ayudado por la contractura abdominal, termina su migración sin perder su posición retro-serosa; pero si el mesorchium primitivo ha persistido o su desplegamiento normal es incompleto, el testículo alargará su meso, constituyendo un pedículo largo y delgado de suspensión, quedando flotando en el interior de la vaginal.

SINTOMATOLOGIA. — La torsión del cordón puede manifestarse de diversas maneras, o bien el caso mas común: la iniciación es brusca o bien aparece insidiosamente; en este último caso llama la atención del enfermo una tumefacción situada en la región inguinal o en el escroto. La bolsa se hace dolorosa o se constata un pequeño hidrocele, otras veces la inflamación es progresiva e indolora, el cordón se encuentra engrosado ligeramente, doloroso a la presión.

En el niño, el comienzo se inicia por decaimiento, agitación o pérdida del apetito, al mismo tiempo que se ve el escroto o la región inguinal aumentar de volumen. El dolor se acentúa, llegando a ser intolerable.

En los casos a iniciación brusca que es lo mas común el enfermo siente un gran dolor; a veces con tendencia al síncope, primero localizado al nivel de la tumefacción para irradiarse luego a la fosa ilíaca interna o al bajo vientre. Sobrevienen náuseas, vómitos o cólicos. El estado general es bastante bueno, algunas veces hay temperatura. Otras veces en los casos muy agudos, el cuadro es francamente peritoneal, simulando una hernia estrangulada, con la que puede confundirse. Estos síntomas abdominales son probablemente debidos a la torsión de los nervios del plexus espermático y a la irritación consecutiva del simpático abdominal.

Los signos objetivos varían, ya se trate de un testículo ectópico o en su posición normal.

En el testículo ectópico se nota una tumefacción ovalar siguiendo el trayecto inguinal, la piel es roja, el tejido celular se encuentra infiltrado edematoso.

La palpación es muy dolorosa, el tumor es a veces renitente, a veces fluctuante, pero fijo e irreductible; en estos casos los síntomas subjetivos y generales son muy acentuados.

En el testículo en su posición normal, el escroto del lado enfermo se encuentra voluminoso, con la piel de color rojizo y con edema; la palpación muy dolorosa, no permite diferenciar el testículo, el epidídimo; la torsión no es posible diferenciarla. El cordón por encima de la torsión es bien palpable y de aspecto normal. Algunas veces, como en nuestra observación, el enfermo tiene varias crisis con largos intervalos.

El diagnóstico es muy difícil, se ha confundido, cuando está en el escroto con hernia estrangulada o con una epididimitis aguda, pero esta última puede descartarse en muchos casos por ausencia de toda afección uretral, o traumática. Cuando se produce en un testículo ectópico, se ha confundido con una apendicitis y hasta con cólicos ureterales.

El pronóstico siempre es grave, no porque ponga en peligro la vida del enfermo, sino por las consecuencias en lo que se refiere al testículo en sí, que llega a la atrofia total en poco tiempo. Aun en aquellos casos en que se ha intervenido precozmente se ha visto sobrevenir la atrofia; en otros casos el testículo no ha sufrido en su integridad y todo depende del grado de torsión o del cierre o compresión que haga el cordón sobre los elementos vasculares del testículo.

Hecho el diagnóstico o el solo hecho de pensar en la posibilidad de una torsión del cordón, debe operarse de urgencia; si al abrir el testículo aparentemente no está necrosado, debe conservarse como en nuestro caso; si en cambio se ve una zona de necrosis, debe practicarse la castración.

En nuestra observación el testículo durante el primer mes parecía no haber sufrido, pues conservaba su tamaño normal, dos meses después aparecía una atrofia bastante marcada, sin llegar a ser total.

HISTORIA CLINICA. — M.R. --- 16 años, argentino.

Niega todo antecedente venéreo. Dos meses antes de este último accidente tuvo un dolor agudo en el mismo testículo, el izquierdo, seguido de inflamación que desapareció espontáneamente a los tres días.

Hace dos días, estando en su casa siente de nuevo un dolor intenso en el testículo izquierdo con irradiación al flanco, acompañado de vómitos y náuseas, la intensidad del dolor y el recuerdo del ataque anterior lo deciden a internarse.

A su ingreso al Servicio la guardia lo interna como una epididimitis aguda, se le pone suspensor y bolsa de hielo, mejorando algo en el dolor, pero al ser examinado a las 24 horas por uno de nosotros, y ante la manifestación del enfermo que el testículo seguía aumentando de volumen y con unas manchas equimóticas en la piel del escroto, se resuelve intervenir de urgencia pensando en una probable torsión del cordón por la ausencia de todo antecedente uretral, e infeccioso así como traumático.

Operación Dr. Muñoz. Anestesia local. Incisión inguinoescrotal; para no tirar el testículo por estar muy sensible, gran vascularización de los planos superficiales; se abre la vaginal y se encuentra el testículo de color violáceo, con un pequeño derrame hemático entre el testículo y el epidídimo, este último de color violáceo. Se explora el cordón que se encuentra bien por encima, pero sobre la cola del epidídimo ha dado una torsión de dos vueltas y media. Se hace la inversión del testículo restableciendo bien el cordón, se invierte la vaginal y se deja un pequeño drenaje que se retira a las 24 horas.

El post-operatorio normal. El dolor desaparece enseguida, se lo mantiene con bolsa de hielo y en observación durante 20 días

por el temor que apareciera una gangrena del testículo, pero como no tuviera temperatura ni ningún signo de complicación sale de alta al mes con el testículo en apariencia normal. Vuelto a ver a los 2 meses; se nota una atrofia testicular, bien pronunciada, pero no total.

Grimaldi.

Dice que en un trabajo publicado en 1924, recogió 12 casos en la bibliografía nacional, así clasificados: 7 en testículos eclópicos y 5 en testículos descendidos; dos de estos últimos pertenecían a observación personal.

Hace aproximadamente un año, tuvo oportunidad de ver a un chico con un cuadro doloroso agudo.

A las 24 horas, el testículo es normal, como tratamiento se le había aplicado bolsa de hielo, interpretando el caso como una distorsión. Finochietto tiene observaciones de torsiones a repetición, pero al final hubo de operarse.

Rebaudi L.

Recuerda que a esta sociedad presentó una observación de torsión de testículo con la particularidad de que la torsión se hacía a repetición y el mismo enfermo lo destorsionaba, finalmente hubo de operarlo fijándolo a la vaginal.

Llanos M.

Expresa que a veces en casos semejantes al cirujano se le plantea el problema de conservar o extirpar al testículo y en una ocasión, en que lo conservo, éste se eliminó a los pocos días por necrosis.

Pagliariere S.

Con posterioridad a una publicación suya al respecto, observó varios casos, intravaginales, constatando el signo que describiera esto es, aumento del testículo y del epidídimo que están muy duros y tomando a toda la glándula.
