

Servicio de Urología del Hospital
Alvear; Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por los Doctores

C. COMOTTO y MENDOZA

TORSION DEL CORDON ESPERMATICO Y COLICO NEFRETICO

LA primer observación bien documentada de la afección que nos ocupa, data de 1840, son pues casi cien años que esta entidad nosológica tiene carta de ciudadanía propia. Desde entonces los casos se han ido sumando, pero conservando siempre su carácter de poca frecuencia, tan es así que en 1904 André Lapointe, sólo encuentra en la bibliografía mundial 36 observaciones.

A partir de la segunda década del siglo actual, las observaciones se hacen más numerosas y en nuestros días los casos publicados se multiplican hasta distar mucho de ser raros.

Entre nosotros, según las estadísticas del Dr. Grimaldi de 1924, existían estudiados y documentados 19 casos; en la actualidad no podemos mencionar cifras pero creemos que se ha doblado la cantidad citada, a juzgar por la frecuencia de las observaciones; seguramente porque se piensa más en esta afección y se la diagnostica mejor.

Sólo haremos breves consideraciones sobre la patogenia; en general se acepta como causa predisponente, la movilidad anormal del órgano, debida a alteraciones del mecanismo embriológico del descenso testicular, que traerían como consecuencia la falta del ligamento escrotal o su laxitud excesiva, que permitiría la rotación sobre el eje funicular, y alrededor de un punto fijo constituido por bridas, ya sean restos del mesorchium embrionario, como quiere Nicoladoni, o de otra formación embriológica. En la variedad intravaginal, la rotación se hace como su nombre lo indica dentro de la cavidad serosa y así pasa en la inmensa mayoría de los casos; en la extravaginal, que es rarísima, la rotación la efectúa el aparato

fibroso con su contenido, separándose de las capas superficiales, gracias a la laxitud de la capa celulosa, mecanismo que se pone en práctica en la castración incruenta de ciertos animales y que lleva el nombre de "bistournage". Como causa ocasional se acepta la contracción brusca del cremaster, ya por esfuerzos violentos de la prensa abdominal provocados por vómitos, tos, cólicos, defecación, coito, etcétera. La estrangulación del funículo se haría sentir sobre todo en las venas, lo que traería, por el aporte arterial que continúa, la apoplejía sanguínea del órgano y el infarto hemorrágico consecutivo.

El cuadro sintomatológico no es característico; no existe ningún síntoma verdaderamente patognomónico; por lo general se inicia por un dolor brusco e intenso de la región escrotal o inguino-escrotal, que casi siempre se irradia hacia la región lumbar, con muchos de los caracteres del cólico nefrético, a veces con los mismos reflejos gástricos de éste; estado sincopal, parálisis intestinal, etc., síntomas dependientes de la irritación de los plexos simpáticos y parasimpáticos correspondientes. Más o menos rápidamente se instala una tumefacción inflamatoria del escroto o de la región inguinal, si se trata de un órgano ectópico: las cubiertas se ponen rojas, infiltradas y edematosas y en el curso de pocas horas el tamaño de la tumoración aumenta rápidamente, afectando el conjunto un aspecto francamente flegmonoso, con los caracteres de una orquiepididimitis aguda, o de una hernia estrangulada si es un ectópico testicular; estos síntomas son más o menos marcados, según el grado de la torsión funicular y según los individuos. En algunos sujetos, los accidentes se esbozan más o menos intensos y todos entran en orden en más o menos horas, son los casos de torsión espontánea; en otros se atenúan gradualmente en algunos días, pero las lesiones han sido irreparables, se ha constituido el infarto hemorrágico que lleva a la necrobiosis del testículo en forma rápida. Si por alguna circunstancia general o local el medio se hace séptico, se desarrolla una gangrena supurante, que elimina al órgano por abcedación exterior, en lugar de la necrobiosis que el primer caso produce.

El diagnóstico es difícil, y sólo por eliminación es posible llegar a él. Hay que excluir las epididimitis agudas, gonocóccicas, gripales, urlianas, por un cuidadoso examen clínico. La confusión más frecuente se hace con la epididimitis tuberculosa aguda, dada la

falta de reacción febril y la posible limpidez de las orinas en esta última afección, y muchísimos casos catalogados dentro de ésta, se comprobó luego haberse tratado de vólvulus testicular. Creemos que la mejor conducta a seguir ante una duda bien fundada es la intervención rápida, que no tiene mayores consecuencias y que permite salvar un órgano perdido irremediamente por poco que se espere. La anormal movilidad del testículo del lado sano, la existencia de otros episodios semejantes en el mismo enfermo, son signos positivos de mucho valor. En los criptorquídeos, el diagnóstico es delicado sobre todo en los niños y debe hacerse con la hernia estrangulada, con el epiplocele o con la torsión de la hidátide de Morgagni, aunque en cualquiera de estos casos, siendo la indicación de intervención inmediata, no tiene mayor importancia la precisión diagnóstica previa.

Tratamiento. — Siempre debe ser quirúrgico, aun en aquellos enfermos que presentan crisis sucesivas de torsión testicular espontáneamente reductible y benigna, pues está probado que el órgano no sufre impúnemente, y a la larga marcha también a la atrofia. Intervención pues, lo más inmediata posible al debut de los accidentes; intervención conservadora, pues el hecho de que la gran mayoría van a la atrofia consecutiva y más o menos rápida, no debe hacernos sacrificar d'amblé un órgano de semejante importancia, salvo que las lesiones fueran de tal categoría que implicara un peligro la conservación del testículo. La intervención consiste en la detorsión del funículo, la destrucción de las bridas que se encontraran y la pexia del órgano en buena posición, y como acción preventiva la pexia del testículo adelfo cuya movilidad anormal se hubiera comprobado.

Pasaremos ahora a describir nuestra observación, haciendo de paso algunas consideraciones que creemos interesantes.

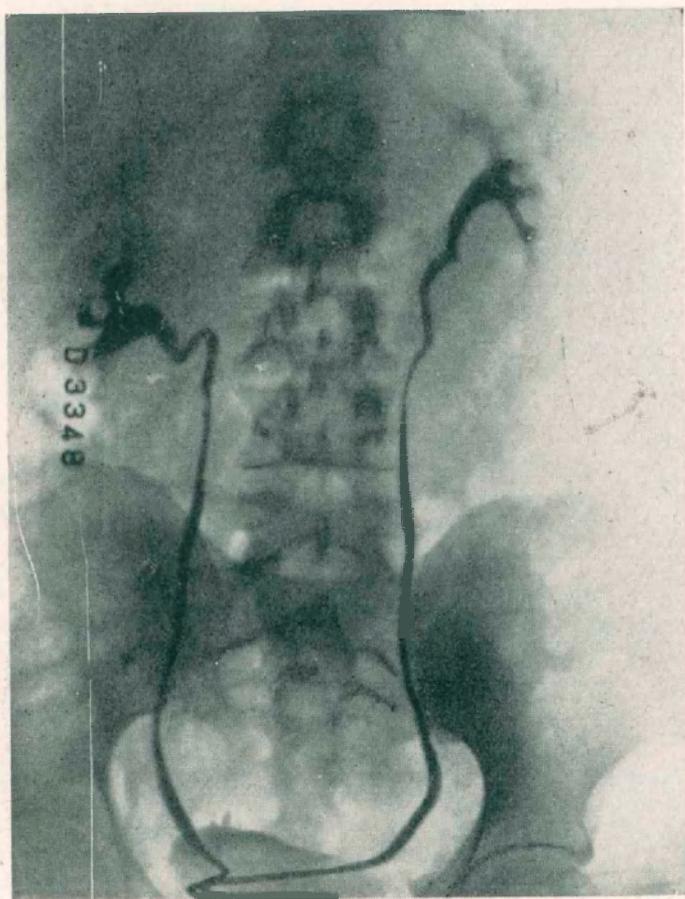
HISTORIA CLINICA

Nº 2418. J. B., de treinta y cinco años. Italiano. Soltero. Mucamo de profesión. Ingresa el 15 de junio de 1936.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Como no tienen mayor relación con la afección que nos ocupa, no los transcribimos y sólo diremos que ha sido palúdico intensamente tratado y que ha visto desaparecer sus accesos febriles desde hace varios años. Niega venéreos en absoluto.

Su afección actual se inicia hace siete meses. En plena normalidad y hallándose ya acostado, siente un intenso dolor en la región paraumbilical derecha, que se irradia hacia la región lumbar, región donde se localiza aumentando de intensidad hasta hacerse intolerable, necesitando la aplicación de morfina; no había vómitos, ni temperatura, ni polaquiuria, durando este estado unas veinte horas con algunas alternativas de alivio y sin que notara la menor particularidad en su aparato genital. En ese momento sintiendo sus dolores menos intensos, se levanta para dirigirse al baño y bruscamente, el dolor desciende para hacerse sentir in-



tensísimo en la bolsa escrotal derecha, que aumenta rápidamente de tamaño hasta hacerse grande como un grueso puño en el término de dos o tres horas, volviéndose roja y tumefacta, desapareciendo de paso toda molestia lumbar. Este estado dura hasta el día siguiente, no agregándose ningún otro síntoma a los descritos; y sintiéndose aliviado en cuanto al dolor, con la aplicación de un suspensor, reinicia su trabajo. Conserva así su tumoración roja y edematosa, pero casi indolora durante unos ocho días, al cabo de los cuales empieza a decrecer de volumen hasta alcanzar el tamaño actual poco mayor que una avellana. El enfermo nos refiere que desde su síndrome doloroso nota un aumento considerable de la

diuresis, hasta llegar a orinar hasta unos tres litros en 24 horas como término medio, sin otra molestia concomitante, salvo la mayor frecuencia de las micciones. Pocos días antes de internarse, sufre un cólico testicular del lado izquierdo, que pasa en pocas horas sin llegar a modificarse el aspecto del órgano, episodio que lo decide a consultarnos.

Se trata de un sujeto armónicamente constituido, sin particularidades en sus aparatos respiratorio, circulatorio, nervioso y digestivo. Puntos reno-ureterales indoloros salvo el costo-lumbar derecho un poco sensible; palpación renal negativa del lado izquierdo y positiva en el lado derecho, donde se palpa el polo renal en la inspiración profunda. Orinas límpidas con una diuresis media de 3000 centímetros cúbicos en las 24 horas, con una densidad urinaria de 1009, con 11,50 gramos por mil de urea y 5,60 gramos por mil de cloruros; sin glucosa ni albúmina ni nada de particular en el sedimento urinario. Próstata y vejiga sin nada de anormal, tanto al examen manual como al examen instrumental. Al palpar bolsas y contenido nos encontramos en el lado izquierdo con una glándula de caracteres normales, pero extremadamente móvil y como suelta de sus envolturas, llevándosela fácilmente, hasta bien adentro del conducto inguinal, refiriéndonos el enfermo que el frío o una impresión brusca reproduce nuestra maniobra; la palpación del conducto inguinal nos revela impulsión herniaria. En el lado derecho palpamos en lugar del testículo, un muñón grande como una avellana, indoloro, de consistencia elástica y firme, al que continúa el funículo sin particularidades, muñón que es perfectamente movable y que se lo puede llevar hasta casi perderlo dentro del conducto inguinal. Nuestro examen clínico del aparato genital, junto al relato que nos hizo el enfermo de su enfermedad, nos permitió sentar el diagnóstico de atrofia del testículo derecho, consecutiva a un vólvulo testicular del mismo lado, y la presencia de causas predisponentes en el aparato testicular del lado izquierdo para la producción de un accidente similar al de su congénere. La iniciación de los accidentes que nos refirió el enfermo con los caracteres de un cólico nefrítico y el comienzo desde entonces de una poliurea bastante marcada, junto a la palpación sospechosa de su región lumbar derecha, nos impulsó a llevar más lejos nuestro examen clínico. Se practica una radiografía simple que no revela nada de particular, salvo la visualización del bazo seguramente por estrumitis palúdica. Practicamos un análisis de orina por separado, cuyos detalles no transcribimos por no presentar nada de notable y aprovechando los catéteres, efectuamos una pielografía ascendente que nos muestra: en el lado izquierdo, pelvis renal sin mayores particularidades y uréter un poco flexuoso. En el lado derecho, aparece una imagen piélica descendida en más de una vértebra, con un ligera dilatación del cáliz superior y uréter acodado en su extremidad próxima al riñón, seguramente provocada por el catéter. El examen pielográfico nos lleva al diagnóstico de ptosis renal derecha de 2º grado, que explicaría la producción de un cólico renal por una retención piélica que hace tan posible esta anormalidad. Con estos datos nos permitimos sentar una hipótesis que creemos bien fundada y que nos explicaría la génesis del síndrome de nuestro enfermo. Pensamos que el accidente inicial que nos fué descrito se debió a un cólico nefrítico, por retención piélica, que provocando la contractura

abdominal habría preparado el mecanismo necesario como causa ocasional de un vólvulo, en un testículo predispuesto por su disposición anatómica a dicho accidente.

El enfermo sigue aún internado y pensamos practicarle una orquidopexia izquierda como prevención de un accidente que inutilizaría casi con seguridad el único testículo que le queda. En cuanto a la ptosis renal constatada, dado la ausencia actual de molestias, no pensamos tratarla.

Con nuestra observación sólo pretendemos agregar un caso más que sirva para insistir sobre la necesidad de pensar siempre en esta afección que trae consecuencias tan funestas para una función esencial de la vida.