

Servicio de Urología del Hospital
Salaberry, Jefe Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

ALEJANDRO ASTRALDI

J. P. TORROBA y L. M. BREA

TRAUMATISMO DEL CORDON

LA rotura traumática de las venas varicosas del cordón es un hecho de observación raro, si se le compara con el mismo accidente, que pueden sufrir las demás dilataciones varicosas del organismo, como ser: las várices de miembros inferiores, de esófago, hemorroidales, etc.

Quizás la explicación la debemos buscar en el abundante tejido celular subcutáneo de la región, si lo comparamos con el que rodea a las demás várices y también a que no está expuesto, como aquellas, a las injurias traumáticas directas o a las derivadas de actos como son la deglución y la defecación.

Pero el hecho evidente, es que sólo de tanto en tanto, nos llegan referencias de la afección que tratamos.

Así, en lo que se refiere a nuestro país, la primera publicación se remonta a 1926, en que uno de nosotros, en colaboración con Castaño, comunica a la Sociedad Argentina de Urología, bajo el título de "A propósito de la repetición en el mismo enfermo, de la rotura traumática de un varicocele", un caso que, como su nombre lo indica, se presentaba en un enfermo que había tenido el mismo accidente, y que fué publicado en aquel entonces, año 1923, por el Astraldi en los "Archives Urologiques Clinique Necker" con el título de "Rotura traumática de un varicocele".

La segunda publicación nacional pertenece a Gálvez y Monserat, que en el año 1933, presentan a la Sociedad Argentina de Urología un caso de hematoma difuso de cordón con hidrocele supurado, sobrevenido en un prostático, como consecuencia de un esfuerzo en el acto de la micción. Queremos llamar la atención aquí, pues

sus autores decían en ella, que con anterioridad, no había sido presentado ningún caso similar en dicha Sociedad.

Posiblemente, debido a la diferencia de título de ambos trabajos, dejaron de mencionar la comunicación, que con 7 años de prioridad, habían presentado Castaño y Astraldi.

El hecho es que hasta la fecha, figuran sólo estos dos trabajos en nuestro país.

En lo que respecta al tratamiento de esta afección, creemos que el temperamento debe ser quirúrgico, por lo menos cuando el hematoma es enquistado, como sucede en nuestro caso y en los otros dos, observados por uno de nosotros. La conducta expectante, propiciada por algunos, no es de aconsejar a nuestro parecer, y si alguna indicación tiene, élla es en los casos de hematomas difusos.

Las razones por las cuales nos inclinamos al tratamiento quirúrgico en los casos de hematomas enquistados, podemos resumirlas en los siguientes puntos:

1º La tendencia a la reabsorción de existir es muy lenta; así en nuestro enfermo, después de 2 meses, el proceso se mantenía estacionario.

2º Con ello evitamos una complicación frecuente en todo derrame sanguíneo, cual es la supuración del mismo, con sus ingratas consecuencias.

3º Se trata de una intervención sencilla, en que los elementos nobles del cordón son rechazados por el hematoma y en esa forma la enucleación se facilita enormemente.

HISTORIA CLÍNICA.

R. C., 24 años, argentino, herrero. Hist. N° 118. Cama 7. Entrada: 6 de noviembre de 1937.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Escarlatina a los doce años. Niega venéreas.

Enfermedad actual. — Hace dos meses, jugando al foot-ball, recibe un golpe de pie a nivel de la región escrotal izquierda. Sintió en ese instante un fuerte dolor, sobre el cordón del mismo lado. A la media hora del accidente aparece una equimosis que ocupaba todo el escroto, la verga, ambas regiones inguinales e hipogástrico. Vióse obligado a guardar cama inmediatamente y, por prescripción médica, le aplican hielo en la región equimótica. A los 15 días desaparece la equimosis. Tuvo que seguir en cama 10 días más, pues la deambulación era muy penosa, acusando un fuerte dolor sobre el cordón izquierdo.

Deja el lecho a los 25 días, pero el dolor, aunque menor, no desapareció hasta hace 15 días. Cuando hubo desaparecido la tumefacción, el enfermo notó sobre la parte superior de bolsa izquierda, una tumoración del tamaño de un huevo de gallina, dolorosa en un principio, pero que, a los 15 días, se hizo indolora. Desde entonces hasta la fecha no ha variado de forma ni de tamaño. No acusa en la actualidad molestia alguna.

Examen clínico general. — No acusa nada de particular en ninguno de sus aparatos y sistemas.

Sangre. — Recuento globular: Hematies: 4.860,000. Leucocitos: 7.600.

Fórmula leucocitaria:

Neutrófilos	69 %
Eosinófilos	1 „
Basófilos	0 „
Linfocitos	28 „
Monocitos	2 „

Tiempo de sangría: 2' 40''.

„ „ coagulación: 10'.

Reacciones de Wassermann y Kahn: negativas.

Examen urológico clínico e instrumental:

Riñones. — No se palpan ni comprueban puntos dolorosos. Examen radiológico, no se hizo.

Ureteres. — Nada de particular.

Uretra. — Semiología normal. Pasa un explorador N° 22 fácilmente.

Vejiga. — No se palpa ni se percute. Sonda: no hay retención. Contractibilidad y sensibilidad conservadas. Capacidad fisiológica.

Próstata. — Normal al tacto.

Vesículas seminales. — No se alcanzan a tectar.

Bolsas. — Inspección: escroto del lado izquierdo más descendido y aumentado de volumen, pudiendo observarse que lo es a expensas de los dos ejes, más en sentido vertical. Piel que conserva sus arrugas. Palpación: lado derecho: epidídimo y testículo con caracteres normales. A nivel de cordón pequeños paquetes varicosos, que se hacen más pronunciados en la estación de pie. Lado izquierdo: testículo y epidídimo un poco más pequeños que los del lado opuesto. Disposición y caracteres normales. Por encima de él y separado francamente por unos dos centímetros, se palpa una tumoración alargada en el sentido vertical, del tamaño de un huevo de gallina; dura, lisa, indolora, no renitente, que está adherida a la piel por su parte anterior y libre en el resto, salvo sus dos polos que se continúan con los elementos del cordón. Este lo aborda en el polo superior por su parte posterior y da la impresión de adosarse a la pared posterior de la

tumoración, para abandonarla en el polo opuesto y llegar normalmente a epidídimo. Diafanoscopia negativa.

MARCHA DE LA ENFERMEDAD

16 de noviembre: operación. Operador: Prof. Dr. Astraldi. Ayudante: Dr. Torroba. Anestesia local infiltrativa. Se concluye con general (éter).

Hecha incisión de escroto se llega de inmediato a la tumoración por su cara anterior. Con cuidado se libera en todo su perímetro. Primero por su polo inferior y luego el superior, previa ligadura de un paquete de vasos que provenían del cordón. Este estaba adosado a la pared posterior en toda la extensión del hematoma y se pudo aislar completamente. Sutura de piel con puntos hemostáticos del Dr. Astraldi.

20 de noviembre. Herida operatoria en perfectas condiciones.

22 de noviembre. Se quitan los puntos. Comienza a deambular.

26 de noviembre. Alta, curado.