



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
República de Guatemala, Centro América.

**TRATAMIENTO QUIRURGICO  
DE LAS ORQUITIS  
INFECCIOSAS AGUDAS**

**TESIS**

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR**

**OSCAR CHAJON ANTONCICH**

Ex-practicante de la Consulta Externa de Niños y Ex-interno de los siguientes servicios del Hospital General: Segunda Sala de Medicina de Hombres, Cuarta de Medicina de Mujeres, Medicina de Niñas, Cirugía de Niñas, Sala Cuna N° 1, Sala Cuna N° 2, Urología Sección A y Urología Sección B. Ex-practicante externo del Servicio de Ginecología del Hospital San José y Ex-practicante del Consultorio de la Cruz Blanca de la Colonia Progreso.

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE  
MEDICO Y CIRUJANO**

**FEBRERO DE 1950.**

GUATEMALA, C. A.  
TIP. SÁNCHEZ & DE GUISE.  
8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30.—TELÉFONO 2707.

# PLAN DE TESIS

Resumen Histórico.

Orquitis:

Definición.

Etiología.

Cuadro Clínico:

Síntomas Generales.

Síntomas Locales.

Patogenia.

Resumen Histo-Patológico.

Diagnóstico.

Pronóstico.

Tratamientos:

Médico.

Quirúrgico.

Tratamiento Quirúrgico:

Anestesia.

Técnica Operatoria.

Indicaciones.

Contraindicaciones.

Observaciones.

Resumen de Observaciones.

Conclusiones.

Bibliografía.

## RESUMEN HISTORICO

El primer reporte que se conoce del tratamiento quirúrgico de las orquitis consecutivas a parotiditis epidémica, es debido a Henry Smith, quien en el año de 1864, hizo con éxito múltiples punturas en la albugínea.

En 1904, Schottmüller recomendó la incisión a través de la vaginal para la extracción del líquido hidrocélico.

En 1912, Georges Smith cita dos casos tratados por incisión de la túnica vaginal, seguida de pequeñas incisiones de la albugínea y hace un estudio histo-patológico.

En 1920, Ballenger y Eldor recomiendan una incisión de la albugínea en forma de H.

Después, Wesselhoeft y Vosel reportan diez casos de pacientes con severa orquitis, que fueron tratados con éxito por un método similar, es decir, incisión de la albugínea.

En 1932, Manca describe la histo-patología de un caso, nueve días después de haber pasado el cuadro agudo de la orquitis por parotiditis epidémica, aprovechando la pieza, por fallecimiento del paciente a consecuencia de insuficiencia cardíaca.

Robert A. Burhans, en 1945, escribe sobre el tratamiento de las orquitis secundarias a parotiditis epidémica y es partidario de la incisión del escroto durante el proceso agudo. Nixon y Lewis escriben sobre lo mismo en 1946.

Este es el resumen histórico que se tiene respecto al tratamiento quirúrgico de las orquitis, que lo hacen exclusivamente en las producidas secundariamente por parotiditis epidémica; pero llegamos al año de 1945, y en Guatemala el Doctor Alejandro Palomo presenta, en el mes de Octubre, en un sábado clínico en el Hospital Militar, los primeros casos de orquitis secundarias a la entidad de lo cual venimos hablando, tratadas quirúrgicamente y el éxito

obtenido; más tarde generaliza el tratamiento quirúrgico a las orquitis infecciosas agudas, cualquiera que sea su origen, siempre que la intervención esté indicada.

Y es con este tratamiento que se alivia y se calma un dolor que es martirizante y angustioso para el paciente, que se evita la atrofia de una glándula en la que el individuo escuda toda su hombría, y queda apto para reproducirse. Por tal motivo, siendo la técnica operatoria que se describirá más adelante, sencilla, su uso se ha generalizado en los Servicios de Urología de los Hospitales General y Militar de Guatemala, siendo practicadas por Jefes y Practicantes Internos, con buenos resultados.

## ORQUITIS

*Definición.*—Inflamación aguda o crónica de los testículos.

*Etiología.*—Menos frecuentes que las epididimitis, las orquitis agudas, que son las que nos interesan en este trabajo, son consecutivas o secundarias a procesos infecciosos generales o locales.

De las enfermedades que se colocan en primer término, tenemos a las Parotiditis Epidémicas y las Uretritis Blenorragias, produciendo las Orquitis por Parotiditis Epidémica (mal llamadas ourlianas), y las Orquitis Gonocócicas, respectivamente.

Además de estas dos entidades que son las más frecuentes y mejor estudiadas, se citan las siguientes:

*Orquitis Variolosa.*—Esmonet (1903). Según este autor, no hay atrofia testicular y la *restitutio ad integrum* es frecuente.

*Orquitis Tifoica.*—Sobreviene en la convalecencia de los atacados de tifoidea, se resuelve lentamente y cura sin dejar vestigios.

*Orquitis de la Escarlatina y el Sarampión,* son excepcionales.

*Orquitis Reumática,* que se pone en duda.

*Orquitis Palúdica,* muy discutida.

*Orquitis de las Septicemias y Piohemias,* estudiadas por Quenú.

Otras variedades:

*Gripal.*—(Feissinger).

*Neumónica.*—(Priotou).

*Melitocócica.*—(Cataloube).

*Colibacilar.*—(Sastre).

*Esporotricócica.*—(Gougerot).

Orquitis secundarias debidas a causas de infección local: Amigdalinas por osteomielitis, sinusitis, abscesos, etc.

También las orquitis pueden ser debidas a exploraciones de la uretra, cateterismos, litotricias y cistoscopías.

*Edad.*—Ninguna edad está exenta; pero es más frecuente durante el período de actividad sexual.

*Cuadro Clínico.*—Se presenta con síntomas generales y síntomas locales.

*Síntomas Generales.*—El comienzo es por lo regular súbito y se acompaña de fiebre, cefalea y debilidad general. Al mismo tiempo puede haber diarrea, náuseas, vómitos y a veces delirio.

*Síntomas Locales.*—El testículo se inflama rápidamente (la orquitis es por lo regular unilateral, a veces bilateral), alcanzando un tamaño dos a tres veces mayor que el normal; está tenso, duro, doloroso, es muy sensible a la palpación. El dolor varía; puede ser un dolor suave, tolerable, hasta un dolor agudo y lancinante que angustia y desespera al enfermo. El dolor a veces está localizado sólo en la región del escroto; pero con frecuencia se irradia al periné, regiones inguinales, muslos, región sacro-iliaca y al abdomen.

*Patogenia.*—La infección puede hacerse por vía hematógena o linfática. Como ya se dijo en la etiología, la orquitis se presenta con más frecuencia en la Parotiditis Epidémica que en cualquier otra enfermedad. La orquitis aparece de tres a siete días después que la infección en la Parótida ha alcanzado su máximo; esto no es absoluto y puede presentarse en la tercera semana.

También es posible que la infección generalizada determine una localización uretral, los microbios pasarían secundariamente por la vía deferencial al testículo y al epidídimo.

La atrofia del testículo se observa en más de la mitad de los casos; afortunadamente no es frecuente la infección bilateral.

La Patogenia, en el sentir de Burghans, tiene el siguiente proceso: 1º—Los pacientes no desarrollan primeramente una orquitis, sino un hidrocele agudo que causa la compresión del testículo, al contrario de la formación lenta de un hidrocele corriente no infeccioso. 2º—Este proceso agudo que causa compresión, determina el edema agudo inflamatorio. 3º—La última etapa produce fibrosis y atrofia testicular.

Pero para Nixon y Lewis, la patogenia de las orquitis por parotiditis epidémica todavía no se ha aclarado; para estos autores primero se produce edema, aumento y endurecimiento de la glándula e hidrocele y por último atrofia.

En un punto están todos de acuerdo: en que la intervención quirúrgica previene la atrofia.

## RESUMEN HISTO-PATOLOGICO

El estudio histo-patológico de las orquitis, complicación de las Paperas, no habla de las otras orquitis infecciosas agudas, según Charny y Meranze, ha sido visto con indiferencia en los textos de Urología y Patología; las referencias en la literatura médica, son vagas e indefinidas.

Hay dos excepciones. En 1912 Georges Smith describe el cuadro histológico durante dos días del proceso agudo. El material de tejido fue obtenido con la ayuda de múltiples incisiones en la cápsula de los testículos. Hizo otro estudio en un segundo caso, durante cuatro días de proceso agudo, cuyo cuadro no lo describe con detalles.

En 1932, Manca describe el cuadro histológico de los testículos después de nueve días de haber pasado el proceso de orquitis por parotiditis epidémica, en un enfermo que falleció a consecuencia de insuficiencia cardíaca. Ambos patólogos, Smith y

Manca, reportan lo siguiente como fundamental: la presencia de un proceso inflamatorio agudo, caracterizado por infiltración intersticial e intra-tubular, por elementos leucocitarios de la serie neutrófila y mononuclear, depósitos fibrinosos y edema.

Según Charny, los artículos más recientes a este propósito todavía hablan en términos de Edema y Atrofia.

En conclusión a todos estos trabajos podemos subrayar como resumen histo-patológico, lo siguiente: a) La orquitis por parotiditis epidémica es un proceso agudo caracterizado por infiltración leucocitaria; b) El proceso aparece supurativo. Hay resolución, pero no hay tejido de reparación; c) El epitelio germinal, incluyendo las espermatogonias, es de una pérdida irreparable; las únicas células que sobreviven son las de Sertoli; d) Los túbulos que han escapado a la inflamación pueden sobrevivir y continuar su función normal; e) Las células intersticiales de Leydig parecen no afectadas o ligeramente dañadas; pero sobreviven; f) y como última conclusión: si el drenaje de hidrocele o la incisión de la albugínea se hace después de tres días de comenzado el proceso, no previene la destrucción ulterior y la agudeza inflamatoria del túbulo.

## DIAGNOSTICO

La historia clínica ayuda al diagnóstico, porque si un paciente se presenta refiriendo que recientemente ha padecido de paperas, de Uretritis Blenorragica o ha sido cateterizado por cualquier motivo, teniendo signos locales: dolor, inflamación, tensión del escroto, etc., el diagnóstico de una orquitis se hace fácilmente; lo mismo si el proceso agudo localizado aparece como complicación de una enfermedad infecciosa de las citadas en la etiología.

A veces es difícil diferenciar una orquitis aguda de una torsión del cordón, de una hernia estrangulada o una epididimitis aguda. Desde luego, hay que insistir en la historia, que cuando se trata de enfermedades venéreas, los enfermos por una mala costumbre o concepto errado de pudor, tienen tendencia a ocultar o tergiversar la verdad, creyendo engañar al médico, y éste debe saber apreciar los síntomas para llegar al buen diagnóstico.

## PRONOSTICO

El pronóstico en las Orquitis consecutivas a Parotiditis Epidémica no tratadas a tiempo, según los autores, en el 60 por ciento de los casos hay atrofia del testículo que ha sufrido la infección. En las otras orquitis el pronóstico para la conservación del testículo afectado por la infección es bueno.

En resumen, se puede decir que el diagnóstico de las orquitis es fácil y que el pronóstico es benigno, porque hasta la fecha no he sabido que un paciente fallezca de orquitis.

## TRATAMIENTOS

- a) Médico.
- b) Quirúrgico.

### Tratamiento Médico.

Reposo en cama. Suspensorio. Aplicaciones calientes o aplicaciones frías. Aplicaciones calmantes. Auto-hemoterapia. Bacteriostáticos y anti-bióticos. Analgésicos por vía oral o inyectados.

*Discusión.*—Los resultados con tratamiento médico son buenos si el paciente responde a seguir estrictamente las prescripciones, pensando siempre que el organismo reaccione favorablemente. El inconveniente es que tarda más tiempo en curar; la resolución del proceso inflamatorio es lento y tardío, lo que se subsana con el tratamiento quirúrgico precoz; pero no debemos ser radicales ni absolutos y conviene a veces ser eclécticos.

### Tratamiento Quirúrgico.

- a) Anestesia.
- b) Técnica operatoria.
- c) Indicaciones.
- d) Contraindicaciones.

## Anestesia.

La anestesia local se puede aplicar, pero se prefieren otras clases de anestesia para evitarle al enfermo el temor y el sufrimiento de la introducción de la aguja en una región inflamada y dolorosa.

La anestesia general por vía endovenosa—Pentotal Sódico—es buena si las condiciones del enfermo lo permiten. Lo mismo que la anestesia general con éter.

La raqui-anestesia es la usada en nuestro Servicio de Urología y la que nosotros preferimos. En caso de que no se pueda aplicar, aconsejamos Pentotal o éter.

### Técnica Operatoria.

*Instrumental.*—2 Bisturíes corrientes.

- 2 pares de tijeras curvas.
- 1 Porta-agujas.
- 4 pinzas de Koher o de Kelly.
- 2 pinzas de Allis.
- 6 pinzas Mosquito.
- 2 separadores de Farabeuf.

Catgut simple número 0.  
Hilo de lino para la piel.  
Pen-rose para drenaje.  
Antiséptico: Metaphen o Merthiolate.

*Anestesia.*—Aguja de Raqui número 22.

Raqui en el cuarto espacio lumbar.  
Local: Novocaína al 1% o Procaína-Efedrina.  
Intra-Raquidea: Procaína al 10%, 1 c. c.

*Operación.*—Posición: Decúbito dorsal.

- 1º—Antisepsia de la región.
- 2º—Colocación de campos.
- 3º—Incidión recta, de 3 a 4 centímetros de longitud, de la piel del escroto.

4º—Incisión de la Vaginal, y aspiración del líquido hidro-célico.

5º—Incisión de la Albugínea, de  $\frac{1}{2}$  a 1 centímetro de longitud, y hemóstasis de los vasos que sangran.

6º—No se sutura la Albugínea, se sutura la Vaginal.

7º—Colocación de Pen-rose.

8º—Sutura de la piel.

9º—Antisepsia de la herida operatoria.

10º—Colocación de curación y suspensorio.

### Indicaciones.

Tres son las indicaciones que inducen al tratamiento quirúrgico de las Orquitis Infecciosas Agudas.

a) Fiebre.

b) Dolor.

c) Edema.

La *Fiebre* a veces es moderada, no siempre la temperatura llega a los 39.5° ó 40° centígrados. Se observan orquitis muy desarrolladas con 38°.

El *Dolor* en la mayoría de los casos es agudo, intenso, insupportable.

El *Edema* evidente, agudo, inflamatorio, que junto con el dolor son los dos factores dominantes en la escena del cuadro clínico.

### Contra-indicaciones.

a) Cuando la fiebre es baja, el dolor es suave y el edema discreto.

b) Cuando es sólo el epidídimo el que está atacado y el testículo indemne.

c) Cuando han transcurrido más de tres días desde que comenzó el proceso agudo.

## OBSERVACIONES

Cuarta Sala de Cirugía de Hombres.

Urología Sección "A."

Hospital General.

Jefe de Servicio: Doctor Alejandro Palomo M.

Jefe de Clínica: Doctor Julio Fuentes Novella.

Médico Asistente: Doctor Federico Schmid.

## Observación Número 1.

F. M., 21 años de edad. Soltero. Jornalero. Originario de Morán. Reside en esta capital. Ingresó al Servicio el 26 de Noviembre de 1945.

*Historia.*—El día 21 de Noviembre, principió con paperas. Le dió fuerte temperatura; a causa de su trabajo no guardó reposo en cama. El día 23 comenzó con dolor en el testículo izquierdo, dolor que se acompañó de “hinchazón”; a los dos días aparecieron los mismos síntomas en el testículo derecho, continuando con fiebre.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Examen físico.*—Aspecto general: regularmente nutrido. Piel morena. Facies indiferente. Temperatura 38.5°. Pulso 76 por minuto. P. A. 140/80.

*Región enferma.*—Organos genitales. Pene normal. Penil escaso. Escroto: rojizo, aumentado de volumen. Palpación superficial: temperatura local aumentada. Contenido escrotal: testículos aumentados una vez su volumen. El derecho duro, doloroso, epidídimo grande, cordón doloroso. Testículo izquierdo: menos duro, doloroso; epidídimo y cordón, dolorosos en menor grado que el derecho. Ganglios inguinales: duros, movibles, hipertrofiados.

*Examen general.*—Boca: dentadura en mal estado. Cuello: no se observa nada anormal en las parótidas. El paciente ya había pasado su proceso de parotiditis.

*Diagnóstico.*—Orquitis aguda derecha, consecutiva a parotiditis epidémica.

*Tratamiento.*—Incisión de la albugínea.—El 28 de Noviembre fue operado con la técnica ya descrita. Además se le hizo Prostectomía. Tratamiento post-operatorio: Sulfatiazol 4 grs. diarios durante 5 días. El 30 de Noviembre se le quitó el Pen-rose. 3 de Diciembre: a la palpación los testículos se encuentran suaves, tamaño normal, la herida operatoria cerrada. Se le da alta y sale curado el 12 de Diciembre de 1945.

## Observación Número 2.

P. M., 23 años de edad. Soltero. Agricultor. Originario de Oratorio, Departamento de Santa Rosa. Reside en Oratorio. Ingresó al Servicio el 22 de Diciembre de 1945.

*Historia.*—Hace quince días hizo una fuerza cargando una bestia; a los tres días notó que el testículo izquierdo se le estaba “hinchando.” A veces siente un dolor suave en la ingle del mismo lado, al presionarle el testículo siente también un poco de dolor.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo. Hace tres años orquitis del testículo izquierdo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Regularmente nutrido. Temperatura 37°. Pulso 70. P. A. 125/80.

*Región enferma.*—Organos genitales. Testículo derecho normal. Testículo izquierdo, a la inspección: aumentado de volumen. Palpación: testículo un poco doloroso, renitente, superficie lisa. El tamaño igual que a la inspección, tres veces más grande que su tamaño normal. Epidídimo: duro, un poco noduloso, doloroso y aumentado de volumen. El cordón está grueso y a la presión el enfermo acusa dolor; siente dolor en la ingle del mismo lado.

*Diagnóstico.*—Orquitis izquierda.

El paciente estuvo sometido primero a tratamiento médico: reposo, hielo, suspensorio, etc.; como la enfermedad no cedió, a los 19 días se decidió el tratamiento quirúrgico, incisión de la albugínea.

9 de Enero de 1946.—Pre-operatorio: enema evacuador, nembutal, morfina. Anestesia: raquí, procaína. Operación: incisión de la albugínea, con la técnica ya descrita.

10 de Enero: temperatura 38°. 11 de Enero: temperatura 37.5°. Se le quita el drenaje. No hay dolor espontáneo, pero sí un poco a la presión. 13 de Enero: el tamaño del testículo persiste como antes de operado. El día 18 ha disminuído un poco, consistencia renitente, doloroso a la presión. Piel cicatrizada.

En este caso se piensa en el fracaso del tratamiento quirúrgico; pero no es así, porque a partir de esta fecha la glándula va disminuyendo de volumen, hasta el 21 de Enero que adquiere su tamaño normal. Al paciente se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 3.

E. A., 30 años de edad. Soltero. Agricultor. Originario de Villa Canales. Reside en "Los Verdes." Ingresa al Servicio el 3 de Enero de 1946.

*Historia.*—En los últimos días del mes de Diciembre de 1945, el enfermo salió del Servicio de Urología en donde estuvo en tratamiento por blenorragia que estaba padeciendo desde hacía un mes. Al día siguiente de su salida sintió dolor en el testículo derecho y notó que se le comenzaba a "hinchar." Estuvo en su casa cuatro días durante los cuales el dolor fue aumentando de intensidad y el testículo creciendo hasta llegar a tener un volumen cuatro veces más grande que su tamaño natural, al mismo tiempo le volvió a aparecer la supuración uretral.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo y orquitis hace un año.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Bueno. Temperatura 36.5°. Pulso 80. P. A. 110/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Testículo derecho: aumentado de volumen, muy doloroso espontáneamente y todavía más a la presión; enrojecimiento de la piel del escroto. Por el meato uretral hay supuración amarillenta, viscosa. Testículo izquierdo normal. El resto del examen general: normal.

*Examen complementario.*—Secreción uretral: gonococo intra y extra-celulares, *positivo*.

*Diagnóstico.*—Gonorrea crónica y orquitis blenorragica aguda derecha.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea.

*Tratamiento médico.*—Del 4 al 13 de Enero de 1946, sulfatiazol 4 gramos diarios. Pre-operatorio: enema; nembutal; morfina. 4 de Enero: incisión de la albugínea.

*Evolución.*—Día 5, dice tener poco dolor espontáneamente. Temperatura 37° en la mañana; 38° por la tarde. Día 8, el enfermo dice estar aliviado. Temperatura 36°. Día 11, no hay dolor espontáneamente, sí hay a la presión. El testículo ha disminuido de volumen. Día 12, el enfermo acusa poco dolor a la presión; cuando su ingreso no soportaba ni que le tocaran. Día 14, no hay dolor espontáneamente. El tamaño de la glándula se redujo, su consistencia quedó un poco dura y se espera que con el tiempo adquiriera su consistencia normal. Este día se le da alta y el paciente sale *curado*.

### Observación Número 4.

F. G. M., 52 años de edad. Soltero. Agricultor. Originario de San Juan de Arana, Santa Rosa. Reside en el mismo lugar. Ingresa al Servicio el 3 de Enero de 1946.

*Historia.*—Hace cuatro meses que le comenzó supuración por el meato uretral; secreción blanquecina, espesa, poca cantidad. Se presenta en forma de gota únicamente por la mañana al levantarse. Hace cinco días que el testículo derecho se le "hinchó" en ocasión que hizo una fuerza considerable, y que todavía lo tiene aumentado de volumen. Se le puso rojo y le dió temperatura alta, el dolor es intenso hasta imposibilitarle la marcha y cuando se lo presiona le duele más.

*Antecedentes patológicos.*—Gonorrea a la edad de 18 años. Paludismo. Paperas. Disentería.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Regularmente nutrido. Facies de angustia. Temperatura 37°. Pulso 80 por minuto. P. A. 130/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Piel del escroto enrojecida, mucho dolor espontáneamente y a la presión. Testículo derecho aumentado de volumen como dos veces y media más de lo normal. Testículo izquierdo, normal. Resto del examen general, normal.

*Diagnóstico.*—Gonorrrea crónica y orquitis blenorragica aguda derecha.

*Tratamiento médico.*—Del 4 al 8 de Enero, sulfatiazol 4 gramos diarios.

*Tratamiento quirúrgico.*—9 de Enero, temperatura 37.5°. Pulso 98. Dolor intenso en el testículo enfermo. Incisión de la albugínea.

*Evolución.*—10 de Enero: temperatura 36° en la mañana; 39.5° por la tarde. 11 de Enero: temperatura 38°. Se le quita el drenaje. 12 de Enero: temperatura 37°. Pulso 80 por minuto. El enfermo no acusa dolor espontáneamente, el tamaño del testículo ha disminuído. Del 13 al 18, temperatura 36°. El 18 de Enero, el testículo operado está indoloro espontáneamente. A la presión, “una nadita” más doloroso. Falta por cicatrizar una mínima parte de piel de la herida operatoria. 19 de Enero de 1946: testículo disminuído de volumen, que casi se acerca al tamaño normal, muy poco dolor a la presión, su consistencia tiende a ponerse suave. Indoloro espontáneamente. Se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 5.

J. Y. R., 37 años de edad. Soltero. Agrilcultor. Originario de la Aldea Ojo de Agua, Santa Rosa. Reside en ese lugar. Ingresa al Servicio el 7 de Enero de 1946.

*Historia.*—Desde hace dos meses que le sale secreción purulenta por el meato uretral. Hace cuatro días que se le comenzó a “hinchar” el testículo derecho, acompañado de dolor agudo.

*Antecedentes patológicos.*—Gonorrrea hace 17 años. Paludismo. Parasitismo intestinal.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Regularmente nutrido. Temperatura 37°. Pulso 80. P. A. 120/80.

*Región enferma.*—Organos genitales. Testículo derecho aumentado tres veces más grande que su tamaño natural, doloroso a la presión y espontáneamente.

*Diagnóstico.*—Blenorragia crónica y orquitis blenorragica aguda derecha.

*Tratamiento médico.*—Sulfatiazol 4 gramos diarios del 7 al 12 de Enero.

*Tratamiento quirúrgico.*—9 de Enero: incisión de la albugínea.

*Evolución.*—10 de Enero: Temperatura 38°. Pulso 90. 11 de Enero: Temperatura 37°. Pulso 85. No hay dolor espontáneo, un poco de dolor a la presión. El volumen del testículo ha disminuído. Se le quita el drenaje. 15 de Enero: se quitan los puntos. 18 de Enero: Temperatura 36°. Pulso 70. Testículo renitente y doloroso a la presión. 20 de Enero: el volumen del testículo va disminuyendo y se acerca a su tamaño natural, falta un centímetro de piel por cicatrizar en la herida operatoria. No hay dolor.

Complicación de este caso: infección de la herida operatoria. El 29 de Enero de 1946, se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 6.

A. M., 38 años de edad. Soltero. Albañil. Originario de Guatemala. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 16 de Febrero de 1946.

*Historia.*—Desde hace quince días, supuración en el meato urinario. Hace varios días, no precisa cuántos, se le “hinchó” el testículo izquierdo acompañado de fuerte dolor espontáneo y a la presión.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Bien nutrido. Temperatura 37°. Pulso 90 por minuto. P. A. 120/75.

*Región enferma.*—Organos genitales. Pene, normal. Por el meato uretral y a la presión sale pus. Testículo izquierdo aumentado de tamaño, rojo, caliente, doloroso. El resto del examen general, normal.

*Diagnóstico.*—Blenorragia y orquitis blenorragica aguda izquierda.

*Tratamiento médico.*—Sulfatiazol 4 gramos diarios durante cinco días. 16 de Febrero: dolor intenso; temperatura 39°.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea. 19 de Febrero: temperatura 37°; se le quita el drenaje. 22 de Febrero: se le quitan los puntos; ligero dolor espontáneo; la glándula va disminuyendo de volumen. 25 de Febrero: muy mejorado. 4 de Marzo: se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 7.

L. M., 25 años de edad. Soltero. Jornalero. Originario de Guatemala. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 28 de Febrero de 1946.

*Historia.*—Hace quince días tuvo paperas, guardó poco reposo por tener que seguir en su trabajo; hizo fuerzas cortando madera y, según dice, le brincó un trozo en la región genital, ocasionándole dolor y algo de “hinchazón” en el testículo izquierdo que le fue creciendo. Dos días después le comenzó fiebre moderada.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Facies de angustia. Temperatura 40°. Pulso 112 por minuto. P. A. 110/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. El escroto aparece muy aumentado de volumen. Piel gruesa, dura, edematizada. Palpación: se percibe el testículo derecho poco aumentado de volumen. El testículo izquierdo muy aumentado de volumen, cuatro veces más grande que su tamaño normal, tenso, renitente, muy doloroso. El resto del examen general, normal.

*Diagnóstico.*—Orquitis izquierda aguda, secundaria a parotiditis epidémica.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea, el 2 de Marzo de 1946.

*Tratamiento médico.*—Reposo, hielo, suspensorio. Sulfatiazol 4 gramos diarios, del 28 de Febrero al 8 de Marzo. El 5 de Marzo se normalizó la temperatura a 37°. El 1° de Abril de 1946, se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 8.

J. U., 23 años de edad. Soltero. Agricultor. Originario de El Quiché. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 10 de Julio de 1946.

*Historia.*—Gonorrrea desde hace dos meses. Hace una semana, “hinchazón” del testículo derecho, dolor y fiebre.

*Antecedentes patológicos.*—Gonorrrea hace tres años.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Regularmente nutrido. Temperatura 37°. Pulso 80. P. A. 115/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Pene, normal. Meato uretral con secreción amarillenta poca cantidad, a la presión sale pus. Testículo derecho globuloso, aumentado de volumen, muy doloroso a la palpación, de consistencia regular. Epidídimo aumentado de volumen, cabeza dura. Cordón normal. Testículo izquierdo, normal. El resto del examen general, normal.

*Diagnóstico.*—Gonorrrea crónica y orquitis blenorragica aguda derecha.

*Tratamiento.*—12 de Julio: incisión de la albugínea. 13 de Julio: penicilina 100,000 unidades. 14 de Julio: penicilina 100,000 unidades; temperatura 38°. 15 de Julio: se le retira el drenaje. 17 de Julio: sulfatiazol 3 días 4 gramos diarios. Se le hace frote para investigar hematozoarios del paludismo. Resultado: negativo. 18 de Julio: temperatura 37°. Día 19: temperatura 39°. Días 20 y 23: temperatura 37°. El 22 de Julio de 1946, se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 9.

J. P. M., 24 años de edad. Casado. Agricultor. Originario de Lavarreda. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 18 de Julio de 1946.

*Historia.*—Hace mes y medio que tuvo supuración en el meato de la uretra, se le quitó con cien mil unidades de penicilina. Hace tres días le dió fuerte frío y en seguida fiebre, inmediatamente se le “hinchó” el testículo derecho que se le puso doloroso y caliente.

*Antecedentes patológicos.*—Niega antecedentes venéreos.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Bien nutrido. Temperatura 38°. Pulso 80 por minuto. P. A. 110/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Pene: meato uretral de labios rojos, pegados, que a la presión da pus blanco-amarillento. Bolsas de color rojo, aumentadas de volumen, piel distendida, de forma asimétrica, mayor aumento del lado derecho, edema de la parte inferior. Palpación: se siente caliente, doloroso el testículo derecho, aumentado de volumen, consistencia renitente; epidídimo grande, doloroso. Cordón un poco grueso y doloroso. Adenopatía inguinal bilateral: numerosos ganglios aumentados de volumen, duros y libres. El resto del examen general, normal.

*Diagnóstico.*—Gonorrea crónica y orquitis blenorragica aguda derecha. 18 de Julio: temperatura 39°; pulso 90. Comel y Cibalgina. 19 de Julio: incisión de la albugínea; penicilina 100,000 unidades. 20, 21 y 22 de Julio: temperatura 38°; sulfatiazol 4 gramos diarios. El 22 se le quitó el drenaje. El 25 se le quitaron los puntos; piel de la herida operatoria cicatrizada; temperatura 37°. El 25 de Julio de 1946, se le da alta y sale *curado*.

### Observación Número 10.

J. E. D., 21 años de edad. Soltero. Plomero. Originario de Guatemala. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 20 de Julio de 1946.

*Historia.*—Hace cuatro meses gonorrea, tomó sulfatiazol con lo que mejoró. Hace un mes quince días que se le hinchó el testículo derecho, dolor agudo. El sábado 20, dolor e “hinchazón” del testículo izquierdo.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Región enferma.*—Organos genitales. Inspección: el testículo izquierdo está cubierto por bolsa de color rojizo, aumentado de volumen. A la palpación las bolsas están calientes, el testículo está grande y duro, muy sensible, dolor agudo. El epidídimo y el cordón están gruesos y dolorosos. El testículo derecho se siente suave y en vía de atrofia. Meato uretral a la presión sale secreción purulenta en pequeña cantidad, de coloración amarillenta.

*El examen general.*—Normal.

*Diagnóstico.*—Gonorrea crónica y orquitis blenorragica aguda izquierda.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea. 21 de Julio: temperatura 38°; dolor agudo. 24 de Julio: se le quitó el drenaje. 26 de Julio: se le quitan los puntos; herida operatoria cicatrizada; temperatura 37° centígrados. 29 de Julio de 1946, se le da alta y sale *curado*.

Este caso es interesante, porque estando en vía de atrofia el testículo derecho y habiendo aparecido con orquitis aguda el testículo izquierdo, la incisión de la albugínea evitó la atrofia de esta glándula y, por consiguiente, la esterilidad absoluta del paciente.

### Observación Número 11.

A. T., 25 años de edad. Soltero. Albañil. Originario de El Jocotillo, Villa Canales. Reside en ese lugar. Ingresa al Servicio el 21 de Julio de 1946.

*Historia.*—Desde hace un mes que está con gonorrea. Hace seis días que se le comenzó a “hinchar” el testículo izquierdo, dolor al principio suave, después muy intenso.

*Antecedentes patológicos.*—Tos ferina. Paludismo. Gonorrea hace 6 años.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Facies de angustia. Temperatura 39°. Pulso 98. P. A. 130/80.

*Región enferma.*—Organos genitales. La bolsa del testículo izquierdo se encuentra ocupada por una tumefacción, piel enrojecida, distendida, lisa, sensación de calor local, ligero edema. Testículo izquierdo aumentado de volumen, unas cuatro veces más grande que del tamaño natural, duro, doloroso; el epidídimo se confunde con el testículo, sólo la cabeza se puede diferenciar. El cordón ligeramente aumentado, muy doloroso. El meato uretral enrojecido, a la presión aparece un poco de secreción purulenta.

*Examen general.*—Normal.

*Diagnóstico.*—Gonorrea crónica y orquitis blenorragica aguda izquierda.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea, el día 22 de Julio.

*Evolución.*—23 de Julio: temperatura 39°-38°. 24 de Julio: se le quita el drenaje. 25, 26 y 27 de Julio: sulfatiazol 4 gramos al día. 28 de Julio: se le quitan los puntos. 30 de Julio de 1946: se le da alta y sale curado.

### Observación Número 12.

J. M., 27 años de edad. Soltero. Jornalero. Originario de Mataquescuintla. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 6 de Enero de 1947.

*Historia.*—Hace más o menos ocho días que tuvo paperas. No guardó reposo en cama por tener que seguir trabajando. A los tres días sintió dificultad para andar por haberle aparecido un dolor fuerte en los testículos. Notó que el izquierdo había aumentado de volumen; dos días después le creció el derecho.

*Antecedentes patológicos.*—Disentería.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Bueno. Mucosas rosadas. Temperatura 38°. Pulso 70. P. A. 115/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Testículo izquierdo: a la inspección se nota aumentado de volumen, unas tres veces más

grande que su tamaño natural. Escroto de color rojizo. Palpación superficial: dolorosa, la piel desliza sobre los planos profundos. Palpación profunda: testículo duro y muy doloroso. Epidídimo no palpable. Conducto deferente doloroso. Testículo derecho un poco aumentado de volumen, poco doloroso.

El resto del examen general, normal.

*Diagnóstico.*—Orquitis aguda derecha, secundaria a parotiditis epidémica.

*Tratamiento médico.*—Reposo, suspensorio, hielo.

*Tratamiento quirúrgico.*—10 de Enero de 1947: incisión de la albugínea.

Post-operatorio: sulfatiazol 4 gramos diarios durante 3 días. El 11 de Enero se le quitó el drenaje. El 16 de Enero de 1947, se le da alta y sale curado.

### Observación Número 13.

J. F., 48 años de edad. Soltero. Jornalero. Originario y reside en la Finca "San José", Morán. Ingresa al Servicio el 14 de Enero de 1947.

*Historia.*—De Gonorrea. Hace 12 días comenzó a "hincharse" el testículo izquierdo, por lo que decidió hospitalizarse.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Bueno. Temperatura 38°. Pulso 80. Respiración 20. P. A. 120/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Bolsas aumentadas considerablemente de volumen, principalmente la izquierda, donde se percibe el testículo, que mide 15 centímetros de largo por 8 centímetros de ancho, duro, doloroso. Cordón indurado, aumentado de volumen como del grueso de un dedo. Epidídimo izquierdo aumentado, muy doloroso a la presión. Testículo derecho: normal. Pene: meato uretral, labios rojos, sale pus a la presión. Ganglios inguinales: palpables.

*Exámenes complementarios.*—Gonococo de Neisser: intra y extra-celulares, positivo.

*Diagnóstico.*—Orquitis blenorragica aguda del testículo izquierdo.

*Tratamiento médico.*—Sulfatiazol 4 gramos diarios durante 3 días.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea, el 17 de Enero de 1947. Pre-operatorio: enema, nembutal, morfina. Anestesia: raquí, procaína. Técnica operatoria: la descrita. Post-operatorio: 4 gramos de sulfatiazol diariamente durante 4 días. 19 de Enero: penicilina 100,000 unidades. 22 de Enero: se le quitan los puntos. El día 27 de Enero de 1947, se le da alta y sale *curado*.

#### Observación Número 14.

M. V., 40 años de edad. Casado. Carpintero. Originario del Puerto de Ocos. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 16 de Enero de 1947.

*Historia.*—Cuatro días antes de ingresar al Servicio de Urología, es decir, el 12 de Enero, principió a sentir dolor en la región esterno-cleido-mastoidea, y luego en el testículo derecho. El dolor del cuello, región parotidea, que se le inflamó era fuerte, acompañado de fiebre, que según el paciente le llegó a 40°. El dolor del testículo es mediano, constante.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo. Uretritis blenorragica.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Regularmente nutrido. Piel morena. Raza ladina. Membranas mucosas rosadas. Respiración 28 por minuto. Temperatura 39°. Pulso 90 por minuto. P. A. 130/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Testículo derecho: tres veces más grande que su tamaño natural; aumento de temperatura local, descamación de la piel del escroto, dolorosa la palpación. Cordón normal. Testículo izquierdo: normal. Adenopatía inguinal bilateral, ganglios pequeños, movibles, dolorosos.

*Examen general.*—Normal.

*Diagnóstico.*—Orquitis aguda derecha, secundaria a parotiditis epidémica.

*Tratamiento quirúrgico.*—Incisión de la albugínea.

*Evolución.*—16 de Enero, día de su ingreso, temperatura 39°. 17 de Enero: pre-operatorio: enema, nembutal, morfina; temperatura 40° por la mañana; incisión de la albugínea, con la técnica

conocida; por la tarde temperatura 38.5°. Día 18 de Enero: bajó la temperatura a 37°; le subió por la tarde a 39°. Diariamente, hasta el día 21, que se normalizó la temperatura a 37°, se le dieron 4 gramos de sulfatiazol y se le pusieron 100,000 unidades de penicilina. 22 de Enero: temperatura 37°; se le quitó el drenaje. El 30 de Enero de 1947, el enfermo pide su alta y sale *mejorado*.

#### Observación Número 15.

N. H., 27 años de edad. Soltero. Originario de Barberena. Reside en esta capital. Ingresa al Servicio el 20 de Enero de 1947.

*Historia.*—Hace ocho días le principiaron paperas, estuvo en cama; pero a los cuatro días se levantó por la necesidad de ir a trabajar. Se le “deshinchó” la región parotidea, en cambio, se le comenzó a inflamar el testículo izquierdo. El testículo lo siente muy doloroso, no puede estar parado y le cuesta andar por el dolor intenso. El dolor se calma estando acostado. Tiene fiebre, insomnio y anorexia.

*Antecedentes patológicos.*—Paludismo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Aspecto general.*—Bien nutrido. Facies de angustia. Membranas mucosas rosadas. Temperatura 38°. Pulso 90. P. A. 115/70.

*Región enferma.*—Organos genitales. Bolsa del lado izquierdo aumentada de volumen, escroto de coloración rojiza, calor local. Bolsa del lado derecho, normal. Testículo izquierdo muy aumentado de volumen, duro, tenso, doloroso a la palpación. Epidídimo aumentado de volumen. Cordón normal. Testículo-epidídimo derechos, normales.

*Examen general.*—Normal.

*Diagnóstico.*—Orquitis aguda izquierda, secundaria a parotiditis epidémica.

*Tratamiento.*—Incisión de la albugínea. Del 21 al 27 de Enero: sulfatiazol 4 gramos diarios. El 30 de Enero de 1947, se le da alta y sale *curado*.

*Son auténticas:*

DR. ALEJANDRO PALOMO.

## RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES

De las 15 Observaciones presentadas en este trabajo, se puede resumir lo siguiente: edades de los enfermos, de los 21 a los 52 años; estado civil, 13 solteros y 2 casados; oficio, 6 agricultores, 4 jornaleros, y los restantes de diferentes oficios.

*Diagnóstico.*—Orquitis agudas consecutivas a parotiditis epidémica, total: 5, 3 del testículo derecho y 2 del izquierdo. De origen blenorragico, total: 9, pertenecen 5 al testículo derecho y 4 al izquierdo. 1 de origen indeterminado, testículo izquierdo. De donde se deduce, que de estos 15 casos, el testículo derecho fue atacado 8 veces sobre 7 del izquierdo.

Recordamos que a este respecto no hay nada absoluto y que se pueden encontrar afectados tanto uno como otro de los testículos o ambos a la vez.

Y por último, que con el tratamiento quirúrgico, nuestros enfermos salieron 1 mejorado, que pidió su alta, rehusando esperar el final de la curación; y 14 curados.

NOTA.—A 6 enfermos, que regresaron al año por diferentes causas, se les pudo hacer control y presentaban el testículo que había sufrido la afección, de tamaño normal y sin ningún vestigio de la herida operatoria.

Todos los pacientes de las observaciones presentadas, tienen la reacción de Wassermann o Kahn, negativa.

Contribuyeron a las observaciones de esta Tesis, los Bachilleres: Luis Alberto Samayoa, Bienvenido M. Michelen y Tomás Leal, ex-internos del Servicio de Urología, Sección "A."

## CONCLUSIONES

1º—Las enfermedades que más frecuentemente producen orquitis son la parotiditis epidémica y la uretritis blenorragica, pero no se excluyen otras enfermedades citadas en los tratados de Patología.

2º—De los estudios verificados, los autores sólo se han preocupado del tratamiento quirúrgico de las orquitis consecutivas a parotiditis epidémica previniendo la atrofia testicular.

3º—El objeto del presente trabajo es generalizar el tratamiento quirúrgico a todas las orquitis infecciosas agudas, según las indicaciones anteriores.

4º—La Técnica Operatoria es fácil y simple, pudiendo hacerla cualquier médico con limitadas habilidades quirúrgicas.

5º—Los resultados son buenos, quedando el paciente con una glándula de tamaño natural, si se interviene a tiempo.

6º—Es obligación del médico conocer esta simple técnica para evitar la esterilidad, principalmente en los pacientes que por cualquier causa patológica tienen alteración morfológica en un testículo y están expuestos a perder, funcionalmente, el otro.

7º—La operación se debe hacer en medio hospitalario o centro quirúrgico y nunca en casa particular del enfermo.

OSCAR CHAJÓN A.

Vº Bº,

DR. ALEJANDRO PALOMO.

*Imprímase,*

DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,  
*Decano.*

## BIBLIOGRAFIA

The Journal of Urology.—Volume 54, Number 6, December, 1945.  
Volume 56, Number 5, December, 1946. Volume 60, Number 1,  
July, 1948.

Compendio Abbott. 1949.

*Begouin.*—Tratado de Patología Quirúrgica. Edición española,  
1934.

*E. Forgue.*—Précis de Pathologie Externe. Huitieme Edition.