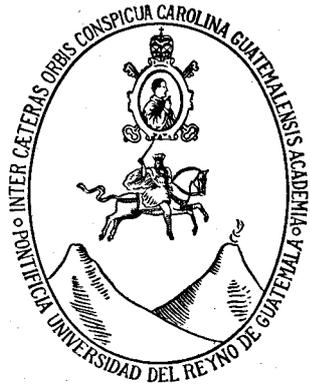


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
REPUBLICA DE GUATEMALA. CENTRO AMERICA



CONCEPTO ACTUAL SOBRE
EL TRATAMIENTO DE LA TORSION
DEL CORDON ESPERMATICO

TESIS

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

POR

RODOLFO NERI VALDES S.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

NOVIEMBRE DE 1951

PLAN DE TESIS

- I — Sinonimias
- II — Definición
- III — Historia
- IV — Reseña Histórica en Guatemala
- V — Etiología
- VI — Anatomía Patológica
- VII — Síntomas
- VIII— Diagnóstico Diferencial
- IX — Tratamiento
- X — Algunos Casos
- XI — Conclusiones y Resumen
- XII — Bibliografía

I.—SINONIMIAS

Torsión del testículo, Vólvulus del Testículo, Vólvulus del Cordón espermático.

II.—DEFINICION

La torsión del cordón espermático, es la rotación de éstos en su eje longitudinal, y que provoca secundariamente la extrangulación aguda de los vasos sanguíneos que se dirigen al testículo y epidídimo.

III.—HISTORIA

La primera descripción de torsión del Cordón espermático que se conoce, es la de Delasiauve en el año de 1840. Luego se conocen otras descripciones en el siguiente orden: En el año de 1904, Van Verts describe 44 casos; luego siguen O'Conor en 1919 con 124, Donovan en 1930 con 163, Abeshouse en 1936, con 350 y Kreutzmann y Strauss en 1939 con 451. De 1939 a la fecha actual hay muchos casos reportados. Además de los casos antes mencionados hay muchísimos que no han sido reportados o no han sido aceptados.

IV.—RESEÑA HISTORICA EN GUATEMALA

En Guatemala hemos tenido oportunidad de recoger algunos casos que han sido tratados, tanto en el Hospital General, como en la clientela particular de algunos médicos. Dichos casos serán mencionados al final de esta tesis. Sin embargo tenemos la seguridad, que hay muchos otros que por diversas razones no los hemos podido tomar en cuenta.

V.—ETIOLOGIA

En la etiología de esta enfermedad, podemos considerar dos clases de factores: a) Factores Predisponentes y b) Factores Determinantes.

a) Factores Predisponentes:

Factor Congénito en testículos descendidos:

“Un testículo con estructura, tamaño e inserciones normales nunca rota”. Los factores congénitos que predisponen a la rotación son los siguientes: Movilidad anormal, que es debida a que el testículo está libre en ambos lados y suspendido en el saco vaginal por un cordón espermático muy largo.

Esta anomalía se adquiere en la siguiente forma: Durante el desarrollo fetal, el gubernáculo va sufriendo un acortamiento progresivo que ejerce tracción sobre el testículo tratando de llevarlo a su lugar normal. Cuando la glándula llega al escroto, es sostenida por el ligamento escrotal, situado entre la parte más baja del escroto y la túnica vaginal. La vaginal recubre el testículo y parte del epidídimo, del cual queda la parte posterior fuera del saco vaginal y adherida a la pared escrotal interna. Muschat, demostró que en caso de torsión, la vaginal no solo reviste el testículo sino también el epidídimo y cordón por encima de la inserción del testículo y por tanto quedan el testículo, el epidídimo y la porción distal del cordón, envueltos en la vaginal y formando un cuerpo extra vaginal que cuelga libre en el saco escrotal, y sin inserción en la pared del mismo. Cuando en el curso del desarrollo desaparece el proceso vaginal a nivel de la porción superior del cordón, el saco del testículo se hace por completo independiente. Al corte se ve, en lugar de un revestimiento parcial, que el testículo y el epidídimo, están incluidos completamente en la vaginal y por lo tanto sujetos a torsión.

Las condiciones que favorecen la torsión son:

- a) Túnica vaginal demasiado grande.
- b) Túnica vaginal que no cierra por completo.
- c) Ausencia de gubernaculum testis y de mesorchium posterior.
- d) Ausencia de ligamento escrotal.
- e) Inserción anormal del mesenterio común y de los vasos al polo inferior del testículo y al globo menor del epidídimo de tal modo que el testículo queda fijo por una delgada cinta en lugar de la ancha normal.
- f) Alargamiento del globo menor.
- g) Longitud anormal y fijación laxa de la porción intravagina del cordón.
- h) Los tejidos que unen testículo y epidídimos son laxos.
- i) Anormalidad de fijación del epidídimo al escroto.
- j) Criptorquidismo.
- k) Tumores del testículo.
- l) Combinación de estas anomalías con un descenso imperfecto.

La contracción del músculo cremaster, marca el principio de la torsión.

Factor Congénito en testículos ectópicos:

A pesar de su escasa o nula movilidad, la torsión del testículo se presenta en ectópicos. En este caso es muy fácilmente confundida con hernia estrangulada con la que muchas veces coexiste. Uffreduzzi en 80 casos, el 60 por ciento eran en ectópicos.

b) Factores Determinantes.

Un esfuerzo, por ejemplo: La tos, el esfuerzo de la defecación, levantar un peso y otros traumatismos menores son factores determinantes para la producción de la torsión.

La Edad: Es más corriente en los adolescentes (75%) más escasa en recién nacidos y adultos y no se presenta en las personas de edad avanzada.

Localización: Más corriente en el lado derecho que en el izquierdo.

VI.—ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomopatologicamente, podemos describir dos clases de torsión que son: Intravaginal y Extravaginal.

En la intravaginal la torsión está en la porción del cordón situada dentro de la túnica vaginal. Es la más corriente.

En la extravaginal, está por fuera de la vaginal la torsión del cordón.

Respecto a los grados, podemos considerar varios grados en la forma siguiente: De suave intensidad, en los cuales se pueden incluir los casos recurrentes, los cuales se caracterizan porque espontáneamente se desenrollan desapareciendo la sintomatología.

Además pronto retorna la circulación y no quedan lesiones en las envolturas.

Si la torsión es mas prolongada, aparecen alteraciones en la circulación funicular, y la patología depende entonces del grado de esta interferencia. Si en este momento no se opera, el aflujo de sangre al testículo y epidídimo disminuye y el testículo se atrofia, palidece y se edematiza. Luego viene la hemorragia y congestión o sea el infarto he-

morrágico. Las venas situadas por arriba de la torsión están distendidas y aplanadas. En cambio la arteria generalmente está permeable.

En un grado más avanzado se llega a la estrangulación completa, que dá la gangrena del testículo y epidídimo. En el saco hay líquido seroso al principio y hemorrágico después. Si esta estrangulación va acompañada de infección, se presenta la supuración de todo el contenido escrotal.

La torsión se acompaña generalmente de hidrocele y dá lugar a adherencias que fijan en la posición de torsión y no lo dejan desenrollarse.

VII.—SINTOMAS

El cuadro sintomatológico varía con el grado y duración de la torsión. En los casos benignos recurrentes se puede confundir fácilmente con una epididimitis subaguda. En estos casos es muy difícil dar un diagnóstico exacto.

En casos más avanzados, el cordón en torsión eleva el testículo y dá el aspecto de que todo el contenido escrotal ha sido llevado hacia arriba a la ingle. Se establece el edema y se pueden presentar a la vez nauseas, vómitos y escalofríos. También hay dolor intenso en forma de calambre e hiperestesia cutánea.

Cuando hay gangrena, la fiebre se eleva, la leucocitosis es moderada y el dolor disminuye bastante.

En los casos en que la torsión se efectúa en un testículo ectópico, retenido dentro del canal inguinal, dá una sintomatología muy parecida a la de hernia inguinal estrangulada. Estos síntomas aparecen repentinamente con dolor inguinal seguido de hinchazón en la línea del canal inguinal; hay aumento de los reflejos abdominales, náusea y vómitos.

VIII.—DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico se hace por la sintomatología antes descrita, pero es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial en la mayor parte de los casos.

El Diagnóstico Diferencial se hace con las siguientes enfermedades:

a) —Epididimitis Aguda. Los cuadros son muy semejantes y se han ideado algunos signos para facilitar este

diagnóstico, por ejemplo: el signo de Prehm's, que consiste en lo siguiente: Al elevar el testículo con la palma de la mano, se alivia el dolor en caso de epididimitis, no así en caso de torsión en el cual con esta maniobra se aumenta el dolor.

b)—Orquitis Aguda: Presenta un ataque gradual con gran elevación de la temperatura y leucocitosis, el dolor es menor, y la hinchazón es más extensa.

c)—Hernia inguinal extrangulada: Los síntomas son característicos y no se le confundirá más que en el caso de torsión en testículos ectópicos. Se observan vómitos progresivos que no se ven en caso de torsión. En uno y otro caso es necesaria la inmediata intervención.

d)—Hematocele e hidrocele traumático: En este caso, se debe guiar por la historia de traumatismo directo sobre el testículo, (en caso de torsión el trauma es indirecto). Además el testículo no se encuentra alto en el escroto. En el caso de que se trate de un hematocele, la presencia de equimosis ayuda a establecer el diagnóstico.

e)—Torsión de la Hidátide de Morgagni: Los síntomas son menos severos que en la torsión del cordón y la piel del escroto no está afectada.

f)—En los casos de testículos ectópicos, debe hacerse el diagnóstico con: Apendicitis aguda, Cálculo ureteral y Divertículo de Meckel.

IX.—TRATAMIENTO

La torsión del Cordón espermático, debe ser considerada como una enfermedad grave, ya que en la mayoría de los casos, por leves que sean los síntomas, pueden llevar a la atrofia y esterilidad del lado afectado.

El tratamiento de la torsión funicular es esencialmente quirúrgico en la actualidad, y toda la atención debe estar dirigida a que este tratamiento sea lo más precoz que fuere posible.

Solamente una intervención en las primeras horas, permite en algunos casos favorables, la detorsión del testículo, pudiendo así en muy raras ocasiones salvarse dicho órgano, aunque más tarde se presenten fenómenos de atrofia más o menos considerables.

La mayoría de enfermos llegan al médico después de algun tiempo, horas o bien días, y en dichas circunstancias las lesiones sobre el testículo son definitivas, y no queda otro recurso que la Orquidectomía.

Es nuestra opinión que los factores que han provocado la torsión de un cordón espermático, existen frecuentemente del lado sano por lo que consideramos muy importante practicar la fijación del otro testículo a los tejidos circunvecinos para evitar los fenómenos de torsión en dicho lado.

La conducta seguida en las salas de Urología del Hospital General de Guatemala, es la anteriormente enunciada, basados en las ventajas obtenidas prácticamente.

X.—ALGUNOS CASOS

R. V.—1949.—Un niño de tres meses de edad, de sala Cuna, enviado por el Dr. Neri Flores a consulta con el Dr. Alejandro Palomo, con diagnóstico de Hernía estrangulada.

Historia: Súbitamente le apareció hinchazón en la región inguino escrotal izquierda; el niño con las piernas flexionadas llora continuamente, no come y vomita.

Se hizo diagnóstico de torsión del testículo por el examen clínico.

Tratamiento: Bajo anestesia general se hizo una exploración quirúrgica, encontrándose el testículo gangrenado por la torsión del cordón espermático; se extirpó. Curó en 5 días sin complicaciones.

M. O.—1949—Niño de 7 meses enviado a la misma Sala por el Dr. Juan Wiss con Diagnóstico de Torsión del testículo izquierdo.

Historia: Endurecimiento brusco del testículo y escroto izquierdos; el escroto estaba rojo, edematizado, con dolor exquisito a la palpación, fiebre alta, el niño lloró en un principio, pero no cuando se le vió en consulta. Se le intervino con el diagnóstico de Infarto del testículo izquierdo.

A la exploración quirúrgica se encontró un testículo gangrenado por torsión del cordón espermático.

Tratamiento: Orquidectomía. Dr. Alejandro Palomo.

C. G.—1948—Adulto de 27 años de edad, con un escroto más largo de lo normal.

Historia: Durante un esfuerzo por un acceso de cólera tuvo una torsión súbita del cordón espermático izquierdo, que fué diagnosticada e intervenida, 6 horas más tarde; se pudo destorcer el cordón y fijar la albuginea del testículo a la vaginal. Se extirpó una porción del testículo en apariencia destruida, pero que anatomopatológicamente dió por resultado tener edema y equimosis.

Hasta la fecha no se le ha repetido la torsión y el paciente usa suspensorio todo el tiempo. — Dr. A. Palomo.

C. S.—1950—Adulto de 38 años de edad, con escroto largo y varicocele marcado. Sufre de torsión del cordón espermático durante la eyaculación, especialmente cuando ésta se efectúa estando en posición de lado. Ha llegado a perder el conocimiento. Con maniobras manuales puede volverse el testículo a su posición normal.

Se le hizo tratamiento de su varicocele y se fijó el testículo a la vaginal. Desde entonces el escroto se redujo mucho y no ha vuelto a tener ninguna molestia. No usa suspensorio. — Dr. A. Palomo.

M. N.—1942—Enfermo de 32 años. — Historia: Se presentó a la clínica del Dr. Ortega, por dolor brusco en la región inguino escrotal derecha, irradiado a la región lumbar; acompañado de sensación sincopal. En el primer momento se pensó en Cólico Nefrítico, pero un examen detenido mostró el testículo turgente doloroso y el epidídimo engrosado y con surco de separación neta con el testículo. Cordón doloroso y tumefacto. Había tenido dolores leves pasajeros, pero no tuvo ni fiebre, ni traumatismo anterior.

Se planteó el diagnóstico de posible torsión y se operó 8 horas más tarde. Anestesia local. Se encontró un testículo tumefacto, y al nivel del cordón una torsión como se ve en la figura inserta.

No se pudo destorcer por las adherencias, por lo que se supuso que la torsión era anterior al apareamiento de los síntomas agudos con que ingresó. Se hizo Orquidectomía del lado enfermo y fijación del testículo del lado sano preventivamente. — Dr. Ortega.

E. H. A.—1951—14 años. Sala Urología B. Doctor Medrano. Diag. Torsión del cordón espermático Der. Trat. Detorsión y fijación al escroto del testículo Der.

M. C.—1947—Urología Sec. B. Dr. Medrano. Torsión del cordón izquierdo con necrosis. Trat: Orquidectomía izquierda.

A. G.—1951—18 años. Urología Sec. B. Torsión del cordón izquierdo. Trat. Orquidectomía izquierda. — Dr. Medrano.

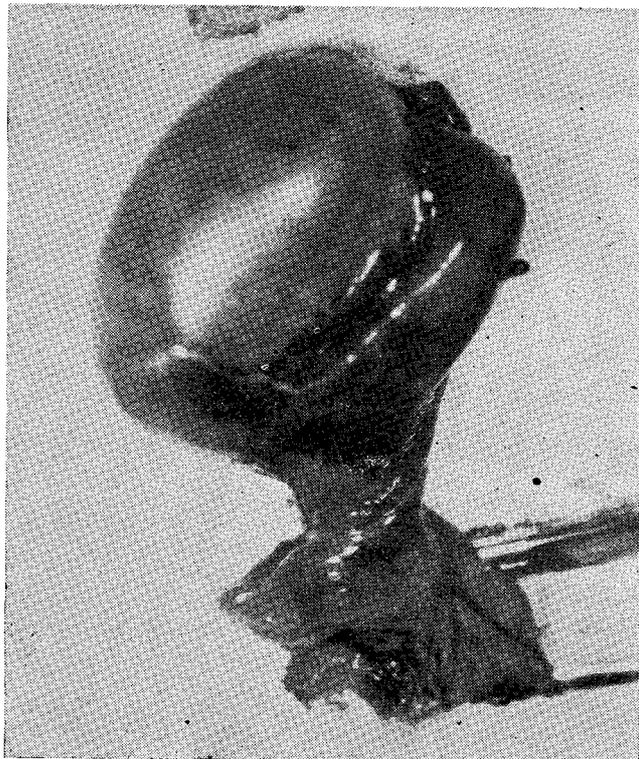
G. D.—1951—Urología Sec. B. Torsión del testículo derecho. Trat: Orquidectomía derecha. — Dr. Medrano.

L. N.—1951—Urología B. Torsión del testículo Der. con necrosis 17 años. Trat: Orquidectomía derecha y fijación del otro lado. — Dr. S. Ortega.

J. L. V.—1951—Urología B. Torsión del testículo derecho. Trat. Orquidectomía derecha. — Dr. Ortega.

Estos dos últimos casos son curiosos pues se presentaron al servicio el mismo día con horas de diferencia. Uno por traumatismo y otro por un esfuerzo.

J. O.—1951—Emergencia. Dolor agudo en el testículo derecho. Trat: Detorsión por maniobras manuales. — Dr. Rodolfo Solís.



XI.—CONCLUSIONES Y RESUMEN

- 1.—La torsión del cordón espermático siempre debe ser considerada como una enfermedad grave.
- 2.—Debe hacerse intervención quirúrgica lo más precoz que sea posible.
- 3.—Debe tratarse por todos los medios de salvar el testículo lesionado.
- 4.—Siempre hay que hacer tratamiento profiláctico, que consiste en la fijación del testículo del lado sano a las envolturas circunvecinas para evitar la torsión de ese lado.
- 5.—Aconsejar a todos los varones que hagan esfuerzos, el uso de suspensorios, por ser también parte del tratamiento profiláctico.

RODOLFO NERI VALDES S.

Vº Bº

Dr. ALEJANDRO PALOMO

Imprímase:

Dr. CARLOS MAURICIO GUZMAN
Decano.

XII.—BIBLIOGRAFIA

- 1.—Leon Herman — The Practice of Urology.
- 2.—O. S. Lowsley y Th. J. Kirwin. — Clínica Urológica.
- 3.—Hamilton Bailey. — Cirugía de Urgencia.
- 4.—Lowsley. — Yearbook of Urology 1946.
- 5.—Yearbook of Urology 1939, Cunningham.
- 6.—The Journal of Urology. November 1949.
- 7.—The Journal of Urology. May, 1944.
- 8.—Thoreck. — Cirugía de Urgencia.