

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA
DE LA TORSION DEL CORDON EN EL
TESTICULO ECTOPICO

Tesis de doctorado

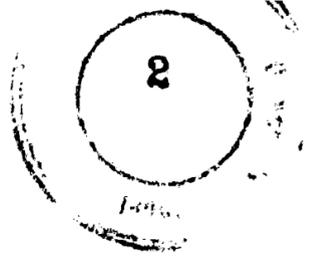
de

RENE JUAN LEUNDA

PADRINO DE TESIS
PROFESOR TITULAR Dr.
FEDERICO E. CHRISTMANN

1 9 5 1

- -



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Prof. Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr. Pedro G. Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don Rafael G. Rose

CONTADOR GENERAL:

Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Corvini

- " " Rodolfo Rossi
- " " José F. Molfino
- " " Pedro G. Paternosto
- " " Carlos María Herispe
- " " Horis del Prete
- " " Eugenio Mordeglija
- " " Silvio Mangarúello
- " " Arturo Cambours Ocampo
- " " Obdulio F. Ferreri

Ingeniero Carlos Pascali

Ing. Ag. René R. E. Thiery

" " José María Castiglioni

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial mayor a cargo de Prosecretaría

Sr. Rafael Lafuente

CONSEJO DIRECTIVO

Prof. Dr. Alberto Gascón

- " " Inocencio F. Canestri
- " " Roberto Gandolfo Herrera
- " " Julio R. A. Obiglio
- " " Rómulo R. Lambre
- " " Víctor A. E. Bach
- " " Victorio Necif
- " " Enrique A. Votta
- " " Herminio L. M. Zatti

4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

- Dr. Rophille Francisco
" Greco Nicolás V.
" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

- Dr. Arguello Diego M. - Cl. Oftalmológica
" Baldassarre Enrique C. - F. F. y T. Terapéutica
" Bianchá Andrés E. - Anatomía y F. Patológicas
" Casero José A. - Patología Quirúrgica
" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria
" Carratalá Rogelio F. - Toxicología
" Carreño Carlos V. - Higiene y M. Social
" Cervini Pascual R. - Cl. Pediatría y Pueric.
" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.
" Christmann Federico E. B. - Cl. Quirúrgica IIa.
" D'Ovidio Francisco R. E. - P. y Cl. de la Tuberc.
" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica
" Echeve Dionisio - Física Biológica
" Florianí Carlos - Parasitología
" Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica
" Gascón Alberto - Fisiología y Psicología
" Girardá Valentín C. - Ortopedia y Traumatología
" Gonzalez Hernan D. - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.
" Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal
" Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.
" Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica
" Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.

- Dr. Maciel Crespo Fidela A. - Semiología y Cl. Prop.
- " Manso Soto Alberto E. - Microbiología
- " Martínez Diego J. J. - Patología Médica IIa.
- " Mazzei Egidio S. - Cl. Médica IIa.
- " Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica
- " Montoverde Victorio - Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.
- " Sepich Marcelino - Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FAULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. - Cl. Pediatrica y Pueric.
- " Acevedo Benigno S. - Quimica Biologica
- " Andrieu Luciano M. - Cl. Medica Ia.
- " Bach Victor Eduardo A. - Cl. Quirurgica Ia.
- " Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria
- " Bails Mario Raúl - Cl. Medica IIa.
- " Barani Luis T. - Cl. Dermatosifilografica
- " Bellingi Jose - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilografica
- " Briosco Flavio J. - Cl. Pediatrica y Puericult.
- " Caino Hector V. - Cl. Medica Iam
- " Calzetta Raúl W. - Semiologia y Cl. de la Tuberc.
- " Cabarro Arturo - Cl. Medica Ia.
- " Carri Enrique L. - Parasitologia
- " Cartelli Natalio - Cl. Genitourologica
- " Casteo Cesar - Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumatologia
- " Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiatrica
- " Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilografica
- " Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmologica
- " Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica
- " Chescotta Nestor A. - Anatomia Ia.
- " Dal Lago Hector - Ortopedia y Traumatologia
- " De Lena Rogelio F. A. - Higiene y M. Social
- " Dobric Beltran Leonardo L. - Pat. y Cl. de la Tub.
- " Dragonetti Arturo R. - Higiene y M. Social
- " Dassaut Alejandro - Medicina Operatoria

- Dr. Fernández Audicio Julio César - Cl. Ginecológica
- " Fuertes Federico - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.
- " Garibotto Román C. - Patología Médica IIa.
- " García Olivera Miguel A. - Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
- " Gorostarzu Carlos Mario - Anatomía IIa.
- " Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica
- " Guixé Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Imbriano Aldo Enrique - Fisiología
- " Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- " Lascano Eduardo Florencio - Anatomía y F. Patológicas
- " Logascio Juan - Patología Médica Ia.
- " Loza Julio César - Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.
- " Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Manguel Mauricio - Cl. Médica IIa.
- " Marini Luis C. - Microbiología
- " Martínez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Prop.
- " Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica
- " Martusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica IIa.
- " Morano Brandi José F. - Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio - Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo - Patología Médica

- Dr. Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto - Embriología e H. Normal
- " Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica Ia.
- " Polize Amleto - Medicina Operatoria
- " Roselli Julio - Cl. Podiátrica y Puericult.
- " Ruera-Juan - Patología Médica Ia.
- " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
- " Schaposnik Fidel - Cl. Médica IIa.
- " Tau Ramón - Semiología y Cl. Propedéutica
- " Taylor Gorostiaga Diego J. J. - Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl - Cl. Quirúrgica IIa.
- " Tropeano Antonio - Microbiología
- " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
- " Tosí Bruno - Clínica Oftalmológica
- " Vanni Edmundo O. U' F. - Semiología y Cl. Prop.
- " Vazquez Pedro C. - Patología Médica Ia.
- " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
- " Zabluđovich Salomón - Cl. Médica IIa.
- " Zatti Herminio L. M. - Cl. de Enf. Inf. y P. Trop.

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE Y HERMANOS

AL Dr. ATILIO REGGIANI

A MIS AMIGOS

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA
TORSION DEL CORDON EN EL TESTICULO

Observación personal.

M.R.D.

Edad: 15 años

Ingreso en una clínica particular el día 9-VII-1950.

Alta 14-VII-1950.

Antecedentes familiares: Abuelo materno fallecido a los 50 años por ictus apoplético, padecía lúes. Madre con reacción de Wassermann positiva durante el segundo embarazo, con tratamiento la reacción se negativizó. Tiene un hermano mayor, afectado de criptorquidia unilateral, que es débil mental.

Antecedentes personales: Segundo en orden de embarazo. Deambulación, locuela y dentición en épocas normales. Sarampión y varicela. En cuanto a sus genitales, ha tenido la bolsa izquierda siempre deshabitada. En zona inguinal del mismo lado pequeña tumoración que correspondería seguramente al testículo.

Enfermedad actual: Diez días antes de su internación a raíz de una maniobra violenta para descender su tumoración, acusa dolor en la misma (según relato posterior a la intervención quirúrgica) Mantuvo ocultos los pormenores de su afección siendo medicado por un

familiar facultativo sin mayor examen pues el enfermo se mostró reacio al mismo.

Internado se constata tumefacción de la región inguinal izquierda acompañada de intenso dolor que se mantiene con algunas intermitencias en su intensidad a pesar del tratamiento antiálgico y antiespasmódico que se instituye. No hay repercusión en tránsito intestinal ni en emisión de orina. No hubo fiebre, discreta taquicardia.

Estado actual: Enfermo con manifiestos signos de sufrimientos. Solamente se ve una tumoración del tamaño de una mandarina con algo de rubefacción en piel. Calor y edema, muy dolorosa y de consistencia firme.

Con el diagnóstico de presunción de torsión de pedículo en testículo ectópico es llevado a la mesa de operaciones 36 horas después de su internación.

INTERVENCION:

Cirujano Dr. Atilio Reggiani

Ayudante: René Leunda

Anestesia local con novocaína al 0.50 %. Incisión sobre el tumor. Aislamiento del testículo que se encuentra subcutáneo a nivel del orificio superficial del conducto. La abertura de la vaginal da salida a líquido serohemático. Se comprueba que el órgano ha girado dos vueltas completas alrededor de su pedículo. Tie-

ne manifiestos signos de infarto hemorrágico. Se considera que su vitalidad ha desaparecido y se lo extirpa. Cierre habitual.

Realiza un post-operatorio satisfactorio siendo dado de alta 4 días después.

El examen histopatológico del órgano extirpado realizado en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Fiorito certifica la necrobiosis testicular hemorrágica (Ficha nº 16.069).

Teniendo en cuenta la existencia de la ectopía testicular, el cuadro clínico presentado por el enfermo, el hallazgo operatorio de un testículo desvitalizado por un accidente mecánico a nivel de su cordón, así como el informe histopatológico de la pieza extirpada, podemos afirmar que estamos en presencia del Síndrome conocido con el nombre de "Torsión del Testículo" en este caso, ectópico. Es sobre esta variedad de torsión que versará la presente tesis, aunque en el desarrollo de la misma se harán consideraciones sobre todo desde el punto de vista etiopatogénico y del tratamiento, valederas para la torsión del cordón en general.

Nos impulsa a tratar este tema, el hecho de que su individualización precoz, no difícil si se tiene en la mente el cuadro, permite el único tratamiento ca-

pa de salvar la glándula: el quirúrgico.

Definición:

Lowsloy y Kirwin en su tratado de Clínica Urológica llaman "torsión del testículo" al accidente provocado por el brusco arrollamiento del cordón que determina la estrangulación aguda de los vasos sanguíneos que se dirigen al testículo y al epidídimo.

Priani y Mazzini consideran que la torsión del cordón es un proceso cuya etiología generalmente se explica por anomalías anatómicas congénitas, localizadas en el cordón o en el testículo, tanto se halle este en posición normal o ectópica.

Brenner afirma que la enfermedad es realmente una torsión del cordón y ocurre raramente.

Pujol y Anello denominan torsión del testículo o vólvulo al accidente que resulta de girar el testículo sobre su cordón. Consideran que sería más apropiado decir torsión del cordón espermático.

Considerando que la torsión del cordón determina los accidentes circulatorios, que el hecho se produce en presencia de anomalías congénitas o adquiridas como generalmente se acepta (sea en testículo en posición normal o ectópica), que la torsión aunque es brusca en la mayoría de los casos, puede no serlo, es que proponemos la siguiente definición: La torsión del cordón

espermático es un proceso cuya etiología generalmente se explica por anomalías anatómicas y consiste en el enrollamiento funicular que determina la estrangulación de los vasos sanguíneos que se dirigen al testículo y al epidídimo, condicionando el trastorno de la circulación venosa y el aflujo arterial que continúa la congestión hemorrágica e infiltración intersticial difusa de los órganos afectados.

En esta definición, algo extensa, se tiene en cuenta de una manera somera el mecanismo etiopatogénico, el sitio inicial de la afección y las alteraciones anatómicas que determina.

Historia:

Delasiauve en 1840 observó por primera vez este cuadro junto a una estrangulación herniaria-inguinal y lo llamó "Tortillement du Cordón" siendo considerada como una afección determinada únicamente por la ectopía testicular estudios posteriores demostraron que también se producía en testículos en posición normal.

En 1900 es tratado en el Congreso de Cirugía de Bucarest; más tarde, Lapointe, citado por Ombrédanne logra reunir 37 casos.

En 1913 Ombrédanne en una comunicación a la Sociedad de Cirugía de París actualiza el tema. Describe en pocas líneas el cuadro "en plena salud, dolor en



"bolsa, tumefacción, discreta fiebre, el cordón a veces engrosado y doloroso, pérdida de apetito y náuseas". Con reposo y hielo curaba en pocos días atrofiándose secundariamente la glándula o se formaba un absceso que al ser incindido eliminaba el testículo. Se trataba de las Orquitis Agudas Primitivas y el Profesor Ombrédanne se hacía esta pregunta: "¿Cuál es la naturaleza de esta variedad tan particular de orquitis de terminación unas veces atrofiantes y otras supurativas?" La descripción era asimilable a la que Gosselin llamaba Orquitis de los Masturbadores y también al Síndrome descrito por Hutinel y Deschamps con el nombre de Inflamación Aguda de la Tuberculosis testicular. Los cuadros eran superponibles. El hecho de haber comprobado una torsión funicular en un caso de orquitis aguda a Koch hizo que tratara después quirúrgicamente por incisión inmediata y abertura de la vaginal las orquitis primitivas que se presentaron en su Servicio. Intervino a 9 enfermos; en 5 casos la torsión era evidente, dudosa una vez por insuficiente exploración y en 3 no se encontró torsión pero las lesiones podrían explicarse por una torsión del cordón espontáneamente destorcido. Las comprobaciones posteriores en operaciones realizadas a propósito de Or -

quitis Agudas Primitivas pusieron en evidencia que estas "orquitis" eran debidas a una torsión del pedículo vascular.

Este síndrome clínico puede ser producido por la torsión de la Hídáide de Morgagni, del epidídimo y del órgano de Giraldes. Hay otros accidentes mecánicos capaces de realizar la misma sintomatología. Olry, citado por Bianchi, presenta entre otros casos un quiste inflamado de la cabeza del epidídimo, un absceso central aséptico del testículo de causa desconocida.

Campbell menciona 120 casos publicados hasta 1920.

Hasta 1935 se han recopilado según Kinney 250 casos de torsión.

Abeshouse, según Pierini, reúne hasta 1936, 350 casos de torsión del cordón, 24 de los cuales eran bilaterales.

Entre nosotros, Grimaldi en un trabajo de descripción, reúne 19 casos de torsión publicados en el país, hasta el año 1928.

Como puede observarse el número de casos ha ido en continuo ascenso, quizás porque se piensa más en esta afección y se la diagnostica mejor como afirman Comotto y Mendoza. Meltzer asegura que la rareza de

2

este accidente es más aparente que real. Su frecuencia sería mayor que lo que generalmente se cree, pues es grande el número de casos que se confunden con orquitis ó epididimitis (Cabot citado por Sánchez Sañudo y Lebrón Pagano).

Frecuencia:

En cuanto a la frecuencia de la torsión del cordón en el testículo ectópico la mayoría de los autores están conteste en afirmar que es superior a la que acontece en los testículos normalmente descendidos.

Firstater cita una estadística realizada por O'Connor donde sobre 124 casos recopilados, en 72 la torsión se había producido en testículo incompletamente descendido.

Pierre Bon en su tesis de doctorado hace mención a Lapointe quien sobre 37 casos de torsión, en 18 la afección se presentó en testículos en ectopía.

Sánchez Sañudo y Lebrón Pagano refieren que sobre 32 casos observados por Scudder el 47 % correspondía a testículos ectópicos. A igual conclusión llegaron Howard y Rigby.

Wallenstein sobre un total de 150 casos de torsión en 90 de ellos, o sea en el 60 % , estaban asociados a un imperfecto descenso del testículo.

Por su parte Castagno y Muñoz afirman que más

del 50 % de los casos de torsión se producen en testículos no ectópicos.

Chevasu, citado por Fon, sostiene que la torsión se produciría con mayor frecuencia a nivel de testículos en posición normal.

Ombrédanne basándose en 9 comprobaciones personales, en que la torsión en testículo ectópico solo ocurría en un caso, afirma que el papel de la ectopía en la génesis de la torsión es despreciable.

Grimaldi en 19 casos recopilados comprueba existencia de ectopía en 7 de ellos, es decir, en un 36.8%

Como puede observarse a través de las estadísticas publicadas, los datos dan razón a aquellos que ven en la ectopía testicular una causa que predispone en alto grado a los accidentes de torsión. Esta conclusión no tiene un mero interés teórico sino que debe ser tenida en cuenta cuando pensemos en los medios para hacer la profilaxis de esta afección.

Si consideramos el número de criptórquidos en relación a aquellos con normal implantación de sus órganos genitales las cifras adquieren mayor relieve. Wallenstein cita a Marshall quien encuentra 12 criptórquidos en 10.800 sujetos examinados o sea 0.11 %. Hempel revisó las fichas de siete millones de austríacos encontrando 14.000 afectados de criptorquidia, es decir, 0.2 %. De 12.5000 adm-

tidos en The Brody Urological Institute hubo 60 criptorquidos es decir, alrededor de 0.50 %.

Brenner asegura que existe un caso de criptorquidia por cada 30 jóvenes con menos de 14 años. La anomalía es encontrada una vez cada 250 sujetos por encima de los 21 años. (Hemos considerado con Lowsley y Kirwin a la criptorquidia como la retención del testículo en algún punto de su descenso normal y ectopía testicular al desplazamiento de la glándula de su curso normal de descenso. Usaremos indistintamente ambos términos, haciendo la diferencia cuando lo consideremos necesario).

En cuanto al predominio de un testículo sobre otro, Sanchez Sañudo y Lebrón Pagano guiándose por la estadística de Scudder afirman que el derecho es el afectado con más frecuencia. En el mismo trabajo citan a Ordman quien sugiere que el hecho se debería a los tironeamientos del peritoneo cecal, a ello se imputaría la rareza de las torsiones de los testículos, colocándose en posición anormal en el lado izquierdo. Wallenstein afirma que la proporción a favor del testículo derecho es de 3 a 2 en las torsiones en general. En su serie de 8 casos de torsión de testículos en ectopía intraabdominal, en 6 oportunidades el afectado era el derecho.

Estas afirmaciones no concuerdan con lo que nosotros hemos comprobado en la literatura médica argentina. Sobre 15 casos de torsión de cordón en testículos en ectopía, incluyendo el motivo de este trabajo, el lado afectado fué el izquierdo en 7 oportunidades, el derecho en otras 7 y de un caso no tenemos datos.

Edad:

La torsión del cordón en general, puede ocurrir en cualquier edad (desde el lactante al anciano-Matthis) pero es más frecuente en la pubertad (Wallens-tein).

Bertolasi y Sanchez Sañudo extraen de la serie de Scudder (32 casos) el siguiente dato: en el 75% el accidente se produjo antes de los 24 años, 20 de los 32 ocurrieron entre los 13 y 23 años.

De los 37 casos reunidos por Lapointe, según Ombredanne, en 27 oportunidades la edad del sujeto era inferior a los 25 años. Ombredanne que da mucha importancia al onanismo en la génesis de la torsión. ~~se pregunta~~
(Pero no es de los 15 a los 20 años la edad de la masturbación?).

Campbell en un estudio que realiza sobre 15 casos, comprueba que las $\frac{3}{4}$ partes de los afectados eran jóvenes adultos, la mayoría de los cuales tenían menos de 20 años.

En cuanto a la edad que se produce la torsión del cordón en el testículo ectópico, el estudio comparativo de la serie que presenta Fon en el trabajo ya mencionado, en relación a la serie de Wallenstein y la nuestra, pone en evidencia lo siguiente:

Pierre Fon presenta 9 casos de torsión de cordón en testículo en ectopías ocurridos en el lapso 1930-1936, incluyendo 1 del año 1925. Se observa que cuatro de los afectados tenían menos de un año, 4 entre 1 y 10 años, por último 1 de 25 años (el examen de la pieza constató, en este caso, degeneración maligna de la glándula).

Por su parte Wallenstein registra 8 casos de torsión intraabdominal de testículo publicados en la Bibliografía médica mundial entre los años 1897 y 1927. En ellos la edad oscila entre 15 y 42 años. En 4 de los afectados (de 18-21-28 y 39 años respectivamente) el testículo presentaba degeneración cancerosa.

En nuestra serie de 14 casos como puede verse en el esquema adjunto 3 no alcanzaban el año de edad, en 3 la edad era inferior a 8 años, en 5 estaba comprendida entre los 10 y los 20, incluyendo en estos el caso de Salvio que a pesar de ser intervenido a los 47 años, el primitivo fenómeno de torsión lo padeció

a los 17 años. Finalmente 3 entre los 20 y 30 años. En ninguno de ellos el accidente se había producido en posición intraabdominal ni tampoco presentaban degeneración maligna.

Del estudio de las tres serie y relacionándolas con la torsión finicular en general podemos sacar que los accidentes en los testículos ectópicos se producen a una edad sensiblemente inferior a la que ocurre en los testículos normalmente descendidos. En la torsión del cordón en la ectopía intraabdominal es poco frecuente, habiéndose observado según Wallenstein solamente ocho casos en la literatura mundial. Navarro publicó en el Uruguay en el año 1923- un caso de torsión intraabdominal en un hombre de 29 años, pero se trataba de un testículo en ectopía inguinal con tal amplia movilidad que la torsión se produjo en el abdomen; se podría incluir entre los llamados testículos flotantes por Ombredanne. No contiene referencias sobre examen histológico.

Un último hecho resalta de este estudio y es la frecuente relación entre la degeneración cancerosa y la torsión del testículo en ectopía ilíaca o intraabdominal. Josa citado por Pierre Ron ha llamado la atención sobre casos de torsión de testículos sobreviniendo a nivel de glándulas con degeneración neoplásica.

Para él esta complicación sería muy frecuente en los testículos en ectopía intraabdominal, ella misma sería una causa de torsión. La estadística de Wallenstein parece confirmar la frecuencia de dicha asociación. Ombrédanne en su tratado Clínico y Operatorio de Cirugía Infantil se pregunta cual es la causa de la degeneración testicular, que según Félizet sería el resultado de una aplasia congénita. Otros lo imputan al retardo del desarrollo, por falta de movilidad. La orquidopoxia al hacerla descender y restituirle la movilidad permitiría el desarrollo ulterior de la glándula. A favor de la teoría de Félizet hablaría el hecho de que a pesar de que los testículos en posición ilíaca, por lo común móviles, presentan tendencia a la degeneración. Tendencia que se acentúa con la edad, especialmente después de la pubertad. Los 5 casos citados ocurrieron a partir de los 18 años es decir, a una edad en que la torsión en general, es menos frecuente. Esto afirmaría la opinión de Josa de que la torsión en ectopía abdominal estaría favorecida por la presencia de una neoplasia y ésta debida a una aplasia congénita. Con todo son hipótesis que investigaciones posteriores confirmarán o desecharán.

✓ Para terminar mencionaremos la relativa frecuen



cia con que se presenta en los lactantes, tanto en la serie de Ron como en la nuestra el síndrome de torsión en testículo ectópico. Ombrédanne en 10 años afirma no haberlo hallado en el lactante en ninguna oportunidad.

ETIOPATOGENIA

La mayoría de los autores están de acuerdo en aceptar la presencia de condiciones anatómicas previas que posibilitan la torsión del cordón. Owen, según Campbell, ha demostrado que un testículo normalmente colocado, con un normal mesorchium, no puede ser torcido. (el gubernaculum testis como el mesorchium se unen al testículo para continuar siendo órganos extraperitoneales. En la cavidad escrotal los encontramos con el nombre de ligamento escrotal que partiendo de la glándula va extravaginalmente a fijarse en la túnica fibrosa de la envoltura escrotal).

Para que la torsión se produzca serían necesarias la existencia de anomalías o malformaciones congénitas. Varios autores entre los que podemos citar a Meltzer, Kinney, Lowsley y Kirwin, Howards y Rigby etc. hacen una larga enumeración de esas anomalías que consideran factores predisponentes importantes favorecedores de la torsión:

- 1º - Una túnica vaginal excepcionalmente grande.
- 2º - Una túnica vaginal que no se cierra por completo.
- 3º - Ausencia de gubernaculum testis y del mesorchium posterior.
- 4º - Ausencia del ligamento escrotal.
- 5º - Inserción anormal del mesenterio común de los vasos del polo inferior del testículo y al globo menor del epidídimo; de tal modo que el testículo en lugar de estar fijado por una ancha cinta lo está únicamente por un delgado tallo.
- 6º - Alargamiento del globo menor.
- 7º - Longitud anormal y fijación laxa de la porción intravaginal del cordón.
- 8º - Laxitud y flacidez de los tejidos que unen el testículo y el epidídimo.
- 9º - Anomalía de la fijación del epidídimo al escroto.
- 10º - Combinación de estas anomalías con un descenso imperfecto.

Según Muschat, citado por Lowsley y Hirwin el factor etiológico primario en la torsión del cordón es un revestimiento alto del testículo y de sus anexos. El testículo no puede torcerse a menos que sea comple-

tamente móvil. Lugones dice que casi todos los autores están de acuerdo en afirmar que los testículos ectópicos tienen una movilidad anormal y cuando bridas fibrosas impiden su descenso no es raro observar que el testículo tiene movilidad semejante a la del ovario merced a su meso. De tal modo se podría aceptar que la pediculización del testículo es causa indispensable para su torsión; y continúa Lugones: en la ectopía, cualquiera sea su grado, es frecuente observar que aunque el testículo no puede descender a causa de la impropriamente denominada brevedad del cordón goza de una anormal movilidad dentro de la vaginal y que una vez incindida se los puede exteriorizar completamente por falta de todo medio de fijez a del testículo a la vaginal. Tan frecuente resulta el vólvulo en las anomalías de posición de la glándula que aún en aquellos casos en que la anomalía no se menciona- sería prudente decir, que el testículo giró fuera de toda anomalía actual de posición desde que la migración sería producida por antes del accidente patológico ha sido mencionada por Lexer, Van de Poel y por Tuffier quien publicó en 1903 un caso de torsión del cordón con gangrena consecutiva del testículo en un joven que 5 meses atrás había hecho descender el testículo mediante masajes.

En el curso del descenso, el meso testis permite a la glándula una cierta movilidad dentro del abdomen que desaparece una vez que penetra dentro del canal inguinal. Al llegar el testículo a las bolsas se produce normalmente una desinvaginación parcial del epidídimo y la glándula se fija a la vaginal que adquiere su posición definitiva. De modo que la pediculización del testículo es una disposición anormal frecuente en la ectopía.

La glándula está provista de un pedículo más o menos desarrollado cuyo origen es una regresión incompleta del mesorchium. Para Lapointe la ectopía y la pediculización del testículo representan dos consecuencias de un mismo vicio original: insuficiencia o ausencia de los agentes normales de descenso del órgano (factor hormonal, gubernaculum testis, crecimiento real y relativo del cuerpo en relación con el de los testículos, aumento de la presión intraabdominal).

Si el descenso se produce, ocurre lo siguiente: durante el desarrollo fetal, el gubernaculum testis por su acortamiento progresivo ejerce una tracción sobre el testículo. Cuando la glándula ha alcanzado el escroto, es sostenida firmemente "in situ" por el resto del gubernaculum (ligamento escrotal, aunque su existencia no es constante) el cual forma una unión

fibrosa densa entre la parte más declive del escroto y la túnica vaginal. Finalmente el testículo queda envuelto por la túnica vaginal, pero el epidídimo no está nunca revestido por completo permaneciendo su porción posterior por fuera del saco vaginal y adherida a la pared escrotal interna. Por ello cuando el desarrollo ha seguido las líneas normales, la torsión es imposible; pero el saco de reflexión de la vaginal en el borde posterosuperior puede no existir lo que determina la existencia de un orquiepidídimo en badajo de campana: todo el epidídimo y el testículo son intravaginales. Para Brachetto Brian es la única causa de la torsión intravaginal del cordón en el testículo normalmente descubierto. Para él, es esta parte extravaginal orquiepidídima el medio de fijación más importante del aparato glandular, cuya ausencia determina fatalmente la disposición en badajo de campana, libre dentro de la vaginal. Ha practicado disecciones para estudiar el valor del ligamento escrotal en sujetos normales pero su resultado lo ha decepcionado llevándolo a la convicción de que el verdadero medio de fijación del aparato orquiepidídimo está asegurado por la manera misma de reflexión de la vaginal a nivel del borde posterosuperior. Una consecuencia de la posición intravaginal del aparato orquiepidídimo

es el alargamiento de la porción intravaginal del cordón hecho que facilita la producción del vólvulo.

En la génesis de la torsión Ombredanne tiene en cuenta la disposición anatómica del orquiepidídimo y la congestión venosa pasajera producida en los casos por él observados durante la masturbación. Explica los hechos de este modo: el testículo está suspendido por su extremidad anterosuperior de la fibra común que desempeña el papel de un ligamento de suspensión. Por otra parte su extremidad inferior descansa sobre el escroto. Así pues los movimientos del testículo cuyo eje mayor es oblicuo hacia arriba y adelante no pueden realizarse más que alrededor de un eje vertical que pasa por este ligamento, es decir, en el tercio o en el cuarto anterior de la glándula. Con relación a este ligamento el epidídimo es lateral. Por otra parte la mayoría de los vasos destinados a la glándula se dirigen hacia la cola del epidídimo y penetran en este órgano muy excéntricamente con relación al eje vertical de los movimientos. Supongamos una congestión pasajera de estos vasos flexuosos que se dirigen al epidídimo. Los vasos tendrían tendencia a alargarse y provocarían una impulsión testicular que será excéntrica con relación a este ligamento suspensorio y al eje de rotación ver

tical de esta glándula, de aquí un posible desplazamiento del testículo alrededor de su eje. La contracción por reflejo cremasteriano que eleva al testículo mientras los vasos aferentes están ingurgitados de sangre pondría en juego el mismo fenómeno. La hipótesis de Ombrédanne al explicar la torsión por un hecho mecánico, la poca importancia que da a las anomalías anatómicas y el valor casi exclusivo que da a la masturbación como papel etiológico se explicaría en razón de que cuando la expuso reunía una pequeña casuística y en ella se habían dado tales características.

Pierre Fon como todos los autores se refiere a las causas determinantes dividiéndolas en:

a) traumatismo directo: choque, compresión a toda causa que lo determine.

b) traumatismo indirecto, aumento de presión abdominal, contracción de los músculos de la pared etc.

c) de una manera más general se ha incriminado a los movimientos de todo o parte del cuerpo.

En cuanto al mecanismo de la torsión vale la pena transcribir sus aseveraciones: todos los casos por el examinados parecen haber seguido un mismo mecanismo: la congestión (activa o pasiva). La congestión

ción que se acentúa provoca un aumento muy rápido del volumen del testículo y contribuye a fijarlo en una posición desfavorable, irreductible espontáneamente. Esta explicación válida para los testículos normales, lo es más para los en situación ectópica. Los testículos en ectopía se encuentran situados en una loge más restringida que lo normal. Si existe una causa congestiva, el aumento de volumen del órgano mayor, por la falta de derivación venosa (en los testículos normales hay venas que comunican la circulación venosa del escroto y del cordón; estas venas de seguridad faltan en caso de ectopía) lo obliga a buscar el máximo de lugar y los movimientos de lateralidad son los únicos posibles (hacia abajo no por las causas mismas de la ectopía). Podría descender por el exceso de presión, esto explicaría casos de descenso y torsión. En los casos estudiados por Ombrédanne la causa congestiva en la mayoría de los enfermos fué la masturbación.

La congestión en los recién nacidos sería explicada por una pubertad pasajera manifestada por el aumento de volumen del testículo. Este hecho habría sido comprobado en el 3% de los casos.

Entre nosotros Vilar y Rebello emiten la hipótesis siguiente para la torsión en general: Coinciden

en que se observan siempre anomalías y que la ausencia del gubernaculum testis nunca falta (la ausencia del gubernaculum testis es muy frecuente en las torsiones, pero no podemos aceptar las opiniones de dichos autores al afirmar que es imprescindible su ausencia para que el vólvulo se produzca. Campbell sobre 15 casos encontró ausencia del gubernaculum en 4 oportunidades, en otras ⁴ era inusitadamente largo y laxo. Priani y Mazzini dicen que la falta de ligamento, su presencia en estado rudimentario o por el contrario su exceso de longitud, son factores que permiten al testículo girar dentro de la serosa vaginal; es decir, que sus afirmaciones concuerdan con las comprobaciones de Campbell.)

Siguiendo a Vilar y Rebello, estos autores consideran que no basta la movilidad del testículo para que el vólvulo se produzca al girar éste, creen necesario el punto de apoyo, la adherencia o brida que determine la estrangulación del cordón al girar este alrededor de su eje. La brida puede ser congénita o adquirida. En el caso por ellos estudiado, dicha brida estaba presente. Allende al operar una torsión comprobó que el cordón había girado 360° . Practicó la detorsión y vio que espontáneamente volvía a torcerse. Por vía experimental, por tres veces consecutivas y

"como por resorte" vió reproducirse, después de destorcerle cada vez, el fenómeno de la rotación del testículo, casi espontáneo como que bastaba mantener el órgano suspendido por el extremo de un catgut el cual al estar un poco tirando en la prolongación del polo inferior de la glándula formaba como un eje con el cordón espermático en la prolongación de su polo superior alrededor de cuyo eje se realizaba la torsión. Para destorcerlo había que obrar directamente sobre el testículo. En el curso de estas maniobras cayó en la cuenta que sobre el polo superior de la glándula en el punto de reflexión de la vaginal parietal sobre el cordón, epidídimo y testículo existían unos tractos fibrosos que como riendas hacían relieve por dentro de la cavidad vaginal. Estos tractos o riendas lo solicitaban de arriba abajo, de adelante atrás y de afuera a dentro; es decir, en el sentido en que se había realizado la rotación. Seccionados estos tractos vieron patentemente liberarse el cordón y el testículo de toda tracción y que desde ese momento la rotación del testículo no se reproducía "como por un resorte". Este caso es un ejemplo que apoya solidamente la idea de la necesidad de la existencia de la brida para que pueda producirse la torsión pero es de creer que el mecanismo no ha de ser único

que la situación anatómica no ha de ser siempre la misma. Por otra parte no son muchos los protocolos operatorios que mencionen los citados tractos fibrosos. Podríamos considerarlos como un mecanismo demostrado en los casos relatados y algunos otros.

Isnardi se apoya en la que podríamos llamar "teoría de la brida" y en la concepción de Ombrédanne y hace una analogía entre los tubos elásticos que sometidos a una fuerte presión interna sufren un alargamiento y tienden a torcerse sobre sí mismo y lo que ocurre en los vasos cuando por cualquier circunstancia una brida fibrosa o una contracción del dartos ocasiona un obstáculo a la circulación de retorno del testículo. En tal caso las venas se ingurgitan de sangre, su presión interna crecerá violentamente y siendo tubos elásticos y tenues han de tender a elongarse pero estando el testículo retenido por las arterias de paredes más gruesas e inextensibles y otros elementos igualmente fuertes no podría alejarse del anillo inguinal más que lo que tales elementos le permitieran. En tales condiciones las venas harán su alargamiento torciéndose alrededor de dichos elementos, su extremo distal tenderá a girar y en ausencia del gubernaculum testis arrastrarán el testículo en su torsión. Según esto, la rotación del testículo sería se-

cundaría a la torsión del cordón y esta a su vez sería la consecuencia de la ingurgitación venosa ocasionada por un obstáculo a la circulación de retorno.

Como puede apreciarse esta explicación del mecanismo de la torsión quizás algo esquemática sería válida en alguna oportunidad en que estén presentes las circunstancias que hacen posible su producción.

Como hemos visto a través de los diversos mecanismos que pretenden explicar la patogenia de la torsión, no hay uno que satisfaga plenamente y esta conclusión explica el porqué siguen proliferando las hipótesis sobre el tema.

En resumen todos aceptan la existencia de anomalías anatómicas como factores predisponentes. Como causas determinantes se consideran traumatismos, esfuerzo muscular; coito, masturbación, etc. Las posibilidades son muy numerosas pero para que se realice la torsión del cordón es necesario como hemos dicho, la presencia de anomalías. Esto tiene importancia también en su aspecto médico-legal. Philibert, citado por Mathis, opina que "ni el esfuerzo ni el traumatismo son capaces de provocar una torsión sino existe una malformación predisponente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Examen Macroscópico: De acuerdo al sitio de la torsión se consideran dos tipos:

a) Torsión alta o torsión extravaginal o supravaginal o bistournage.

b) Torsión baja o torsión intravaginal o vólvulo del testículo.

En la torsión supravaginal se realiza la torsión de la glándula conjuntamente con el cremaster, el saco fibroso, la serosa, el epidídimo y la porción yuxtatesticular del cordón.

En la torsión intravaginal solo participan el testículo y el epidídimo (hay excepciones - Fon).

Según Pierre Fon la torsión del testículo en ectopía presenta en la mayoría de los casos el tipo supravaginal. Nosotros sólo lo hemos encontrado en el caso de Sarmiento Laspiur en que la torsión era doble, incluyendo las dos variedades y en el de Viviani Pizzi en que se trataba de una torsión supravaginal.

El número de torsiones es variable, de media a cuatro vueltas como en el caso de Galíndez. Por lo general se realizan en el sentido de las agujas del reloj. Dicen Lowsley y Kirwin que una torsión aunque ligera provoca por lo común atrofia y que probablemente muchos casos de atrofia espontánea del testículo sean

debidos a una torsión anterior que provocó solo pequeñas molestias. La desaparición de las células testiculares es rápida en todos los casos según afirman y Howards (Sanchez Sañudo-Lebrón Pagano).

Es digno de señalar que el infarto hemorrágico puede no involucrar toda la glándula, condicionando esta situación en unas ocasiones, la laxitud de la torsión y en otras el hecho de que la torsión no sea completa como en el caso de Salvio en que había una torsión de media vuelta (a veces son suficientes para determinar lesión total) comprobándose macroscópicamente atrofia parcial del testículo. La observación histológica permitió reconocer zonas glandulares bien conservadas lo cual indica que la torsión del cordón nunca fué lo suficientemente grave como para determinar la necrosis total del órgano seguida de su atrofia.

También cuando la torsión es ligera o incompleta, situación poco frecuente, la circulación puede estar solamente dificultada, observándose una ingurgitación marcada y tumefacción de los órganos comprometidos que a la larga determinarían la atrofia de los mismos. Esto es importante tenerlo en cuenta cuando se presente el dilema de intervenir o no frente a un caso de varios días de evolución. Teniendo en la mente esas posibilidades creemos que tal dilema no tiene ra-

zón de existir. Veremos más adelante que son varios los factores que condicionan la reversibilidad o no de un infarto hemorrágico.

En el vólvulo la torsión está localizada por lo general en la porción libre del cordón, situado dentro de la cavidad vaginal, inmediatamente por encima del testículo. La vaginal puede encontrarse engrosada, a veces se halla reducida a una lámina delgada que por transparencia deja ver su contenido. Al incidirla da salida a un líquido cuya coloración depende del tiempo transcurrido: seroso al comienzo, luego hemático y hasta negruzco. Este hecho que al decir de Campbell algunos autores consideran patognómico, lo hemos podido comprobar en todos los protocolos operatorios considerados. En el bistournage por el contrario suelen hacerse sinequias precoces por extravasación de fibrina.

El testículo en los casos recientes está aumentado de tamaño, túrgente y su coloración varía del rojo oscuro al epizerrado o negruzco. La hidátide de Morgagni puede presentar alteraciones y en ocasiones verdaderas torsiones como en el caso relatado por Goñi Moreno en que se trataba de una torsión en testículo ectópico, de epidídimo e hidátide de Morgagni, o el caso de Villafañe; citado por Pierini, en que había

torsión de hidátide de Morgagni en un testículo también en ectopía. Pierini publicó en 1946 otro caso de torsión de hidátide Morgagni en testículo descendido.

Abrimos un paréntesis para referirnos someramente a la torsión de la hidátide y para ello nos remitimos a Ledd y Gross quienes en su tratado "Abdominal Surgery of Infancy and Childhood" afirman que el hecho puede existir frecuentemente. Su sintomatología se confunde con la de la torsión del cordón espermático aunque los síntomas locales y generales son menos intensos. Alertan en el sentido de no practicar la orquidectomía sin una previa y minuciosa exploración, frente a un problema alrededor de la patología que se investiga lo mejor es abrir la túnica e investigar la hidátide. Si está torcida e infartada puede ser rápidamente extirpada y el testículo salvado. En un caso refieren haber hecho orquidectomía pues frente al edema e ingurgitación venosa creyeron en la torsión del testículo. El examen de la pieza mostró que la afección estaba confinada al hidátide. Desde entonces la prolija investigación permitió comprobar la torsión de la hidátide en 5 oportunidades, salvándose el testículo.

Siguiendo con el estudio de las lesiones que pue-

de mostrar el testículo, roste afirmar que los mismas pueden terminar en la apoplejía de la glándula y aún en el absceso con esfacelo cuando sobre un tejido mortificado se hace presente la infección.

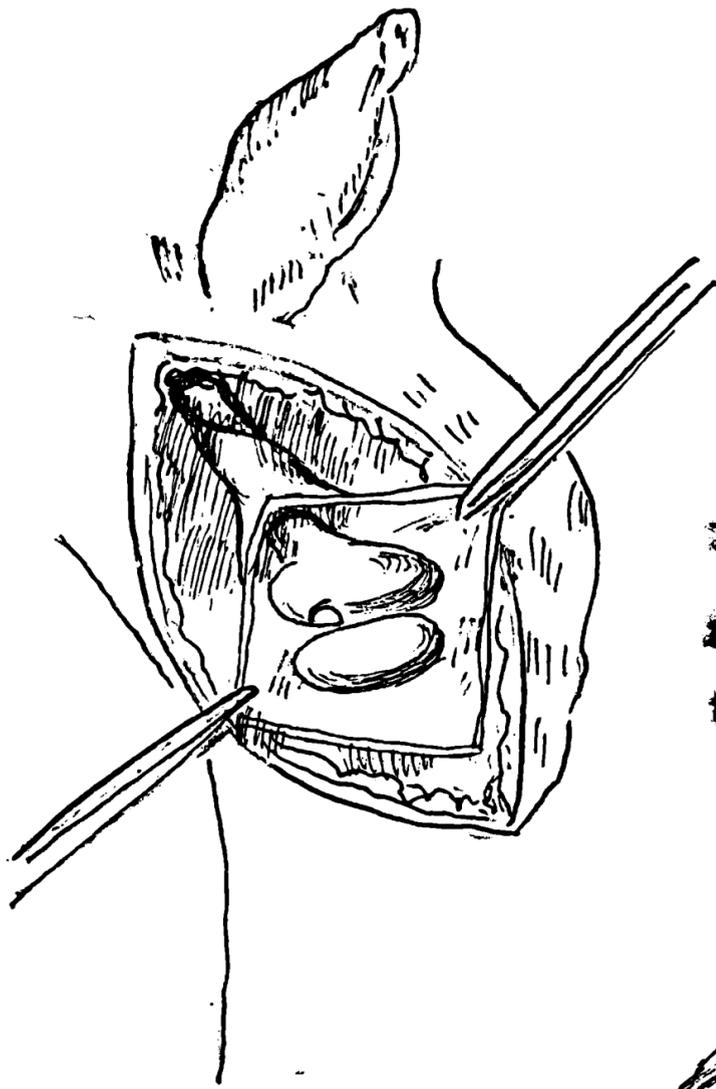
Las lesiones que hemos visto se han producido por trastornos circulatorios. La torsión completa condiciona la detención de la circulación venosa. El flujo sanguíneo continúa por poco tiempo haciéndose por las arterias, en consecuencia se produce una congestión hemorrágica e infiltración intersticial difusa del parénquima glandular. Macroscópicamente encontramos que hay intenso edema en los órganos situados por debajo del sitio de la torsión. Tumefacción, color rojo vinoso, dilatación de los vasos superficiales.

Cuando se llega a tiempo es suficiente destorcer el cordón y al reanudarse la circulación la glándula adquiere su color normal característico. En caso de que no haya destorsión espontánea, o que la intervención sea tardía o no se haga, el infarto hemorrágico se produce con la necrosis consecutiva del testículo.

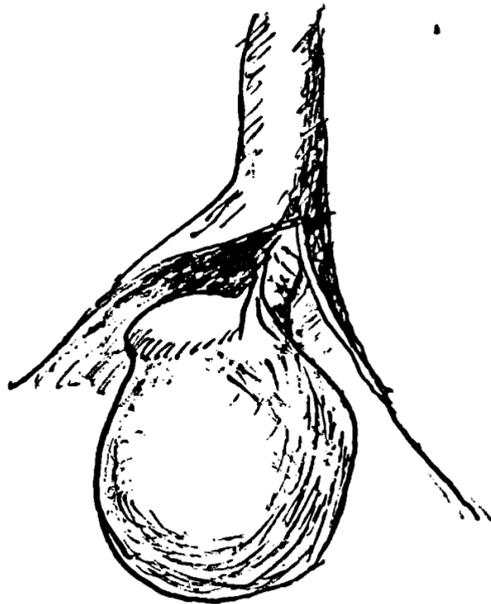
El cordón a nivel de la torsión presente una serie de surcos helicoidales que aún destorcidos no se borran debido a que el edema los fija por un tiempo.

Examen microscópico: Toda la glándula (si la lesión es total, hemos visto que puede no serlo) está infiltrada ^{por} sangre extravasada. Por lo común esta infiltración es más intensa en la porción cortical por debajo de la albugínea o en el cuerpo de Higmoro. Los tubos seminíferos, rechazados y apretados por la sangre, presentan lesiones degenerativas cuya intensidad depende del tiempo transcurrido, del grado de torsión etc. El epitelio de revestimiento puede desaparecer, y cuando algunas de sus células persisten tanto sus núcleos como su protoplasma pierden su afinidad cromática. Espesamiento y hialinosis de su estroma.

Es decir la glándula muestra una transformación difusa y total debida a la intensa congestión pasiva lo que determina una verdadera disociación de los tubos seminíferos que se encuentran como sumergidos en la sangre extravasada. Los vasos y capilares pueden presentar unos fenómenos de trombosis, otros de intensa dilatación.



Torsion alta o supra-vaginal del testículo (Embriónne)



Torsión baja, intra-vaginal o vólculo del testículo (Embriónne)

SINTOMATOLOGIA

El estudio de los síntomas en los casos de torsión funicular en el testículo ectópico, publicados en el país, permite observar la presencia de tres hechos que unidos nos conducirán al diagnóstico en la mayoría de los casos: niño u hombre joven, ectópico que en plena salud presenta tumoración do-

lucrosa en el lado correspondiente a la bolsa deshabitada. Estas tres situaciones estuvieron presentes prácticamente en todos nuestros enfermos. Además se presentaron otros síntomas aunque con menos regularidad como febrícula, taquicardia, náuseas, vómitos, constipación etc.

El cuadro clínico varía según sea el sitio de ectopía. Siguiendo a For podemos considerar las dos eventualidades siguientes:

1º - Torsión del testículo en ectopía inguinal:

Síndrome doloroso que aparece súbitamente a raíz de un esfuerzo, una caída, durante la marcha y a veces sin causa aparente. Si se trata de un lactante exterioriza su dolor mediante el llanto, la agitación y a veces vomitando precozmente. Si es un joven señala el lugar donde se localizan sus trastornos: la región inguino abdominal.

El examen permite extraer los siguientes datos de orden general: facies de sufrimiento, estado nauseoso, en ocasiones vómitos y detención de materias fecales. La detención de gases es poco frecuente. Ligero colapso, la taquicardia puede alcanzar las cifras de 130°. Discreto peritonismo. Febrícula, es rara la hipertermia acentuada.

En cuanto a las características del dolor, su

intensidad puede tener todas las gradaciones, desde la pequeña molestia hasta el dolor violento cuya intensidad puede llevar a la pérdida del conocimiento como en el caso de Navarro ya citado. En este enfermo se presentó un síntoma que no hemos visto en otros: retención de orinas o incontinencia de materias fecales de causa refleja. Los trastornos en la diuresis son poco comunes, pero hay que tenerlos presentes, como ejemplo citaremos el caso que refiere Marion; se trataba de un enfermo que presentó el cuadro de la torsión de cordón, además de los signos comunes existía cistalgia y polaquiuria y agregado a ello el hecho de que el sujeto era un tuberculoso, hizo el diagnóstico de orquitis bacilar. En el acto quirúrgico se comprobó la torsión funicular.

Enfocada nuestra atención en la zona dolorosa encontramos que se trata de un sujeto con bolsa descupada que presenta una tumoración ovoídea, de gran eje oblicuo hacia abajo y adentro, paralela a la arca crural, inmediatamente por encima de ella a una altura variable, de consistencia firme o resistente, muy poco movilizable o inmóvil, dolorosa espontáneamente y a la palpación. Los tegumentos que la recubren se infiltran de edema. Piel con rubefacción y calor. En ocasiones el dolor obliga a mantener los

muslos flexionados.

La pediculización del tumor es de difícil comprobación. La coexistencia de ectopía y hernia (cuya frecuencia algunos niegan y otros aceptan) aumenta la posibilidad de error en la apreciación de los detalles.

2º) Torsión del testículo en ectopía abdominal:

Como hemos visto al leer la estadística de Wallenstein es muy poco frecuente y una edad casi siempre por encima de los 20 años. Su situación profunda explica su sintomatología abdominal. Su comienzo es progresivo aunque puede presentarse bruscamente. En el primer caso hay dolores vagos situados en el lado de la ectopía con irradiación variable, lumbar o crural. Los signos se acentúan, el dolor persiste con accesos paroxísticos. Los signos reflejos se hacen presentes, náuseas, vómito, discreto ulcus. De ser palpable, el tumor es doloroso.

FORMAS CLINICAS:

Según Mathis pueden presentarse 3 formas distintas:

- 1º - Forma aguda
- 2º - Forma subaguda
- 3º - Forma recidivante.

Pujol y Anello las divide en:

- a - Forma sobreagregada

b - Forma subaguda

c - Forma frustras con accesos o repetición

Tettamanti las ordena del siguiente modo:

I - Forma sobreaguda

II - Forma subaguda

III - Formas a pousées sucesivas

Como vemos la terminología para las 2 primeras formas clínicas es semejante en los tres autores. En cuanto a la tercera la diferencia consiste unicamente en su denominación, sea recidivante, sea frustra, o sea a pousées sucesivas, el cuadro es idéntico en las tres situaciones. Es por ello que adoptaremos la clasificación siguiente que prácticamente engloba a las tres:

Forma aguda.

Forma subaguda

Forma recidivante.

En esta clasificación consideramos a la forma subaguda como la enuncia Tettamanti: "torsión del cordón con sintomatología atenuada pero que lleva a la atrofia de la glándula, y ^{no} como la considera Mathis que la hace patrimonio de los casos de torsión de la hidátide de Morgagni o de otros restos embrionarios.

Forma Aguda

Los síntomas de comienzo son los de una hernia

estrangulada o de una perforación: en plena salud, frente a las causas determinantes conocidas, o sin causa aparente, dolor de comienzo brusco, violento, a veces sincopal, localizado en región inguinoabdominal, irradiándose a la región lumbar y aún a todo el vientre. El dolor es intenso y progresivo, se exagera por la palpación. Impide o dificulta la deambulación y hace adoptar al enfermo posiciones determinadas; por lo general coloca sus muslos en abducción. Palidez, sudores, taquicardia, discreto íleus, náuseas, vómitos, hipotermia, a veces febrícula, es muy rara la hipertermia alta.

Acompañando a este cuadro, los signos objetivos no tardan en aparecer y son los que hemos visto anteriormente al describir la sintomatología.

Forma subaguda:

La iniciación es insidiosa, discreto dolor, ausencia de síntomas reflejos o su presencia muy atenuada. La tumoración que se presenta en la región inguinoabdominal no es muy grande ni muestra signos exteriores flogísticos. Según la expresión de Chevassu, citado por Tettamenti, reviste el aspecto de una "orquitis a progresiva atenuación" pero que por lo común conduce a la atrofia de la glándula.

Según Mathis la forma subaguda sería más frecuen-

te en los adultos en caso de torsión de la hidátide, quistes y restos embrionarios. Si bien es cierto que en estos casos la sintomatología aunque parecida es menos intensa que en caso de torsión del cordón, es innegable también que se producen torsiones funiculares son síntomas tan poco acusados que son erróneamente diagnosticados como torsión de hidátide de Morgagni.

Forma recidivante:

Se caracteriza por accidentes dolorosos de torsión que se presentan a intervalos variables y que desaparecen rápidamente por destorsión espontánea. Esta modalidad, por su breve duración, no tiene la gravedad de las anteriores pero existe siempre la amenaza de que el accidente se presente de modo irreversible con la consiguiente lesión de la glándula. La torsión de cordón a forma recidivante se presentaría más frecuentemente en los testículos normalmente descendidos.

EVOLUCION

Afirma Mathis que cualquiera sea su forma el proceso se realiza en tres etapas sucesivas siendo la primer faz la única reversible

- a) Período de torsión y fenómenos vasculares
- b) Período de infarto hemorrágico.

c) período de gangrena aséptica que puede evolucionar hacia la reabsorción o eliminación por abscesación.

Como la destorsión espontánea es un hecho que muy raramente ocurre, lo común es el infarto hemorrágico que podrá hacerse de dos maneras:

- 1ª) Necrosis aséptica con reabsorción
- 2ª) Eliminación por supuración, que puede ser: a) aséptica (por infección agregada y b) aséptica.

Necrosis aséptica con reabsorción: Al cabo de un período agudo doloroso, el cuadro se atenúa, la glándula se transforma en una masa dura, fibrosa, desapareciendo en absoluto la sensibilidad testicular. Dicha masa va disminuyendo día a día de tamaño y 20 días o un mes más tarde afirma Massonet solo queda un pequeño nódulo duro, indoloro, en la extremidad de un cordón adelgazado y poco perceptible. Como la torsión se acompaña comúnmente de hidrocele se producen adherencias que fijan el testículo en la posición de torsión.

Eliminación por supuración: Adquiere caracteres la tumoración, francamente inflamatorios; adhiere a la piel, se roblandeca y se abre un absceso con la característica de los abscesos fríos. Queda una fístula

por lo que en los días siguientes podrá reconocerse la eliminación de restos de conductos seminíferos y después de un tiempo variable pero nunca largo la glándula queda reducida a un pequeño nódulo. Esta evolución explica el porque durante tanto tiempo se lo haya confundido con el cuadro de orquitis tuberculosa de Hutinel y Deschamps (Mathis).

DIAGNOSTICO

El positivo con los síntomas vistos. De acuerdo a las estadísticas revisadas el diagnóstico de torsión del cordón en situación ectópica ofrece menos dificultades que el producido en testículo normalmente descendido. Esto reza para las ectopías inguinales no así para las intraabdominales pues si observamos la serie de Wallenstein vemos que sobre 8 casos solo se hizo el diagnóstico correcto en 2 oportunidades.

El diagnóstico precoz dicen Lowsley y Kirwin es imperativo, los casos ligeros no se diagnostican algunas veces hasta que han conducido a la atrofia del testículo.

Asegura Pierre Fon que el diagnóstico es difícil cuando el médico no piensa en él; a igual conclusión llega Campbell quien para demostrarlo cita

dos médicos que habían observado algunos de sus casos de torsión en Bellevue, quienes posteriormente en su práctica privada hicieron diagnóstico correcto en 2 oportunidades.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hernia estrangulada - Dice Mathis que el diagnóstico diferencial es imposible en la mayoría de los casos. La noción de la ectopía no aclara la situación ya que es la regla la persistencia de un saco herniario en esta anomalía. Ombrédanne no está de acuerdo con esta opinión y asegura que la coexistencia de hernia con ectopía es mucho más rara que lo que generalmente se admite. La ausencia de síntomas por parte del aparato digestivo, la falta de reacción peritoneal (aunque puede existir un discreto peritonismo) hablarían en contra de la estrangulación. En ocasiones la sintomatología puede ser muy semejante. La falta de hernia anterior no es decisiva. El cuadro de hernia estrangulada es de progresiva severidad. El antecedente de una ectopía en el lado del tumor es un dato más a favor de la torsión. Para Mathis el problema solo tiene un interés teórico; en ambos casos el tratamiento es quirúrgico y lo más precozmente posible.

Orquiepididimitis en testículo ectópico: El diagnós-

tico es delicado. El antecedente de una enfermedad infecciosa aguda (fiebre urliana, varicela, blenorragia, oscarlatina, gripe) es importante. La gonorrea en niños y adolescentes es infrecuente. Debe ser buscada minuciosamente. Se practicarán urocultivos para despistar infección urinaria anterior. La intensidad y brusquedad de su iniciación es menor. No hay repercusión refleja importante. La ocurrencia de un cuadro de orquiepididimitis en un joven con ectopía testicular que no presenta evidencia de lesión uretral nos orientará hacia la torsión del cordón.

Adenitis inflamatoria banal: Secundaria a proceso infeccioso de miembros inferiores u órganos genitales. Su lugar de elección es el ganglio de Cloquet. Para hacer el diagnóstico diferencial entre estas adenitis, las orquiepididimitis y la torsión en el testículo ectópico se podría realizar una punción sobre el tumor con aguja de inyección común. Nos mueve a sugerir este medio diagnóstico el hecho de la existencia de líquido serohemático en la cavidad vaginal, en la inmensa mayoría de los casos. Si la punción es positiva, podrá plantearse la duda de si no se ha punzado un vaso, pero en este caso la sangre coagula, cosa que no ocurre si se trata de líquido.

serohemático cuya presencia certificaría la existencia de una torsión.

Si la punción resultara negativa este síndrome no podría ser descartado.

Estos problemas de diagnóstico diferenciales podrían plantearse en medios no quirúrgicos. En otra situación que no sea ante la duda hay que operar siempre y precozmente, pues como dice Ombredanne "la intervención precoz no impide que la orquitis cure en diez días y salve la existencia de los testículos retorcidos cuando el accidente no es demasiado antiguo".

Orquiepididimitis debida a colibacilo: Evolucio-

na de una manera aguda en un enfermo crónicamente constipado, con trastornos digestivos anteriores. Hay fiebre elevada. El proceso puede regresar o ir a la obscuración (ante la duda no se pueden esperar estas eventualidades). Hay colibacilos en orina.

Las orquitis y epididimitis agudas primitivas del testículo ectópico pueden ser tuberculosas pero son muy raras. Mucho más frecuente son las formas crónicas o subagudas. El cuadro no es de comienzo

agudo y se acompaña de otras lesiones bacilares, en particular en próstata y vesícula. Por lo que sabemos de la etiología de las lesiones tuberculosas genito urinarias, haremos un examen completo del sujeto, en especial pulmonar. El cáncer del testículo o epidídimo es de lenta evolución.

Adenitis venérea: La infección venérea por lo común, es conocida y los caracteres de las lesiones son diferentes.

Las adenitis cancerosa primitiva o secundaria es de comienzo lento, muy dura o indolora, lobulada, evolución progresivamente y no tiene caracteres inflamatorios.

Apendicitis aguda: La noción de la ectopía es fundamental. Ambos casos son tributarios de la cirugía.

El diagnóstico diferencial con la torsión de la hidátide de Morgagni, sobre todo en los niños y la torsión intrasacular de una franja de epiplón, tiene poco interés práctico; la intervención se impone en ambos casos.

En la ectopía abdominal el cuadro de torsión funicular ofrece como ya dijimos, mayores dificultades diagnósticas, pues, puede simular todos los síndromes dolorosos abdominales crónicos o agudos. La noción

de la ectopía, la iniciación brusca, la falta de otros síntomas abdominales, nos orientarán. En la mayoría de los casos hay que tener en cuenta la noción de la ectopía, y el modo de comienzo: coito, marcha, esfuerzo, equitación, etc. que han sido considerados como motivos determinantes de la aparición del síndrome, aunque este puede hacerse presente sin causa aparente.

TRATAMIENTO

Todos los autores coinciden en que el tratamiento quirúrgico es el único lógico y capaz de salvar la glándula. Mouchet, citado por Mathis, dice que hay que operar, y operar precozmente, con el fin de destorcer el cordón y conseguir la restitución total o parcial del testículo.

Lowsley y Kirwin afirman que la torsión debe considerarse una afección de urgencia y el tratamiento debe ser rápido. Ombrédanne dice que como en el caso de hernia estrangulada o torsión de quiste de ovario, ^{la} intervención quirúrgica lo más pronto posible, es el tratamiento que se impone, pues el porvenir del testículo depende de la precocidad de la intervención.

Las lesiones aparecerían según Enderben, citados por Tettamenti y Kon, a las 24 horas, otros dicen a las $\sqrt{6}$ horas. Iacapraro dice que en 10 ó 12 horas

se pierde la integridad del testículo. Pujol y Anello aseguran que se puede intentar un tratamiento quirúrgico conservador hasta 48 horas de producido el accidente después de dicho lapso entraríamos en los límites dudosos en que la conservación del testículo dependería del criterio del cirujano, pasados 4 a 5 días debe practicarse la orquidectomía.

Mathis por su parte declara que es preciso no diferir la operación so pretexto de que ya han pasado varios días y para corroborar tal afirmación cita el caso de Blanc en que el testículo fué salvado después del quinto día. Brenner es partidario de operar rápido en los casos recientes, pero en los tardíos desde que el daño se ha producido la cirugía debe ser diferida esperando que desaparezca la reacción inflamatoria en el testículo con eventual atrofia de la glándula.

A través de las distintas opiniones vemos que hay unanimidad en seguir el tratamiento quirúrgico inmediato en los casos recientes que no hayan pasado por lo general 48 horas. Cuando ha pasado ese término, qué debe hacerse? Las opiniones de Mathis y Brenner resumen las dos posiciones más extremas. Mathis sustenta el temperamento de que hay que intervenir aunque hayan pasado varios días, pues no hay signos que permitan sa-

ber si se llegará a tiempo, ya que la rapidez de la necrobiosis depende de varios factores, el principal de los cuales es lo apretado de las vueltas de torsión y los trastornos vasculares consecuentes. También tiene gran importancia el número de vueltas de la torsión y el tiempo transcurrido. A este último factor Brenner le da primacía y por esto en los casos tardíos preconiza la abstención.

El factor tiempo es de real importancia pero puede no ser decisivo por eso creemos que el criterio de operar aunque hayan pasado varios días y las molestias persistan, es el que puede traer mayores beneficios al enfermo. Tal temperamento permitirá salvar algunos testículos que aún mantienen vitalidad, fijar testículos en correcta posición en caso que se hayan producido la destorsión espontánea (hecho que no hay que esperarlo nunca pero que puede ocurrir como en la forma recidivante) previniendo de este modo la repetición del accidente.

Las maniobras de destorsión externa prácticamente han sido prescriptas; citaremos a título de curiosidad que en nuestro país a Surra Canard en una ocasión la practicó con éxito en una torsión de cordón en testículo no ectópico. De todos modos no se aconse-

jan por ser maniobras ciegas que a veces pueden traer más prejuicios que beneficios.

Decidida la intervención esta se hará con anestesia local o general según el caso. La incisión será inguinal sobre el tumor si la ectopía ocupa esa región. Si la ectopía es abdominal se practicará incisión de Jalaguier o una mediana infraumbilical. Si la glándula no puede ser descendida deberá extirparse (Pierre Fon).

El aspecto de los órganos involucrados variará según el grado de torsión, tiempo transcurrido etc. Si la intervención ha sido precoz o la torsión no muy intensa al practicar la destorsión el testículo recobra su coloración blanquecina característica. En este caso se mantiene la destorsión y se hace una orquidopexia.

Cuando la vitalidad de la glándula es dudosa se presenta el dilema de realizar tratamiento conservador o practicar la castración.

Dice Fon que la constatación de latidos a nivel de las arterias del cordón permiten sospechar la revitalización.

Jorge dice que al examen macroscópico es difícil juzgar sobre el estado del testículo y cree la

castración debe reservarse sólo para aquellos casos en que la necrosis del órgano sea evidente, haciendo siempre que sea posible, cirugía conservadora.

Brachetto Brian aún en el caso de que la glándula aparezca irremediablemente perdida no aconseja la castración "a outrance" pues en el futuro la presencia de un testículo esclerocicatrizal aunque privado de función, puede tener en ciertos sujetos su razón de ser desde el punto de vista moral.

Para Mathis la conservación de un órgano que indudablemente irá a la necrobiosis no ofrece ningún inconveniente, fuera de prolongar el postoperatorio. Con esta conducta puede salvarse algún órgano.

Ruiz Moreno conserva la glándula con la esperanza de que si no se reintegra a su función total por lo menos conservarían su secreción interna. A nosotros nos parece dudoso que tal ocurra pues habiendo sufrido un infarto hemorrágico la evolución común es que se transforme en un nódulo escleroso.

Más radical en su procedimiento son otros autores como Meltzer quien una vez establecido el diagnóstico realiza la orquidectomía precoz que considera el mejor tratamiento. Ocasionalmente practica des-torsión y fijación del testículo que iría seguido por regla general de atrofia de la glándula.

Gutiérrez dice que en los casos de torsión de larga data lo mejor es recurrir d'emblée a la castración pues el órgano dejado "in situ", corre el riesgo de atrofiarse o gangrenarse definitivamente. A igual conclusión llegan Coppello y Lugones.

Ante la duda estamos de acuerdo en seguir la conducta que preconizan entre otros Ladd y Gross, quienes cuando no están seguros del estado de la circulación observan 5 ó 10' para ver cuando mejora el color, si el testículo está extremadamente dañado deberá ser extirpado.

Para conocer el estado de la circulación se pueden bañar los órganos interesados con suero fisiológico tibio o practicar una inyección de adrenalina sobre cordón que haría aparecer latidos arteriales. El test fluoresceínico puede ser útil cuando se quiere determinar en el acto operatorio la viabilidad del testículo, dando al cirujano la seguridad objetiva de su buena o mala vascularización lo que indica se debe dejar la glándula sin peligro de una gangrena posterior o debe resecarla. Para realizar el test fluoresceínico se necesitan 2 elementos fundamentales: la fluoresceína y una fuente de rayos ultravioletas filtrados con un filtro de wood. La fluoresceína endovenosa se usa en solución al 20 % 3 cc; al 5 y 10% 15 a 20 cc. En niños y lactantes se usa la solución al

5 % en cantidad de 0.07 cc. por kilo de peso. El profesor Christmann como fuente de rayos ultravioletas usa en su servicio una lámpara de fabricación inglesa llamada Osira a vapores de mercurio de alta presión que posee un filtro de Wood que deja pasar únicamente en cantidades apreciables los rayos ultravioletas largos. El uso de este test se basa en lo siguiente "Si iluminamos la piel de una persona o de un conejo con la luz de Wood adquiere una coloración que varía del púrpura violáceo e al verde azulado oscuro. El mismo color dentro de esta gama adquieren las mucosas y los tejidos o vísceras recubiertas de una lámina serosa. Si se observan los tejidos después de la inyección de fluoresceína que ha llegado a ellos por la circulación sanguínea toman un color verde amarillento oro bien distinto del color que tenían sin fluoresceína. Esta coloración aumenta progresivamente de intensidad en los primeros minutos mientras la fluoresceína pasa de los capilares a los espacios tisulares.

Hay variación de intensidad en la coloración y se debe a que la luz de Wood penetra en los tejidos en una profundidad de 2 a 3 mmts. Por lo que se ve el test permite juzgar la circulación superficial. Esto no disminuye su valor porque la circulación superficial está armonía con la circulación o vascularización profunda correspondiendo un órgano o sistema

aislamiento".

Christmann aplica el test fluorescénico en sus 4 aspectos fundamentales:

- 1º - En cirugía-plástica
- 2º - En la "estrangulación intestinal"
- 3º - En la medición de la velocidad circulatoria
- 4º - En las enfermedades vasculares periféricas.

A sugerión suya incluimos este método para comprobar la existencia o no de circulación en un testículo que ha sufrido la torsión del cordón.

En resumen este método consiste en inyectar por vía endovenosa una solución de fluorescénica y observar con luz de wood los cambios de coloración que se producen en la superficie del testículo al llegar a ella la fluorescénica vehiculizada por la sangre. En caso de infarto irreversible no se producen cambios.

De este modo comprobaremos si el infarto hemorrágico del testículo es irreversible o no al cambiar o no el aspecto de la glándula. En la casuística nacional en 9 oportunidades se practicó orquidectomía y en 6 se hizo tratamiento conservador. Podemos considerar que en modo general los enfermos fueron vistos tardíamente.

Para finalizar diremos que si el testículo recobra su color característico después de la destorsión (en forma espontánea o por el suero o la adrenalina) haremos cirugía conservadora practicando el descenso y fijando la glándula.

Ante la duda preferiremos ser conservadores:

18) con el objeto de salvar quizás una glándula,
 28) si no lo conseguimos, el nódulo esclerocicatricial que persistirá llenará una función desde el punto de vista moral, como lo quiere Brachetto Brian,
 38) el peligro de la abscedación del testículo infertado, hecho por lo visto algo remoto, ha disminuído con la presencia de los antibióticos modernos y de producirse no involucraría grandes riesgos, retardaría, eso sí, el post-operatorio. Cuando el testículo en necrobiosis sea una masa amorfa y su vitalidad esté descartada, realizaremos la orquidectomía.

PROFILAXIS:

El testículo en ectopía además de la torsión está expuesto a numerosas contingencias entre las que podemos citar: atrofia testicular, esterilidad y en algunos casos alcance imperfecto de los caracteres sexuales secundarios, traumatismos, hernia, degeneración maligna (en una estadística de Bland Sutton, citada por Christmann y colaboradores en ^{su} Tratado de Técnica Quirúrgica, encuentra 57 neoplasias testiculares, 48 de los cuales afectaban a testículos en ectopía, o sea un 85 %). En ocasiones desencadena verdaderas neurosis. Molestias durante la marcha en testículos enclavados en conducto inguinal. A veces algias testiculares intensas.

Considerando los trastornos funcionales que ocasiona y las complicaciones a que está expuesto un testículo en ectopía, la operación se impone. De esto se deduce que la intervención quirúrgica hay que practicarla sistemáticamente en todas las ectopías? De acuerdo a la clasificación que hace Ombrédanne surge que no siempre es así. Ombrédanne distingue en la ectopía dos tipos diferentes:

- a) testículos fijos
- b) testículos flotantes

En los testículos fijos la glándula está detenida, fija, no se puede movilizar, casi siempre se trata de una glándula de mal pronóstico desde el punto de vista funcional. Deberá ser descendida y fijada. Los testículos flotantes son por lo general más normales que los anteriores. Su cordón permite por lo común un descenso apreciable. Entre los testículos flotantes distingue:

1º) Testículos descendibles inmediatamente: tomados entre los dedos se dejan conducir sin esfuerzo hasta el fondo de las bolsas. Por si solo descenderán a su sitio normal en la pubertad. La operación en estos casos sería inútil. Se podría acelerar el descenso mediante el tratamiento hormonal, que según decir de algunos autores solo activaría el descenso

de aquellas glándulas que desenderían solas. Una vez en la bolsa si presentaran una movilidad anormal para prevenir su torsión se podría fijar el testículo suturándolo al fondo del escroto después de perforar e invertir la túnica vaginal para evitar el hidrocele como lo preconiza Campbell.

22) Testículos no descendibles inmediatamente: ^{no} se dejan desplazar por debajo del pubis. Los unos descenderán espontáneamente en el momento de la pubertad y los otros no. Un testículo en esta situación denota la presencia de alguna anomalía de modo que lo racional sería el descenso quirúrgico y fijación sin esperar la eventual acomodación en el escroto. En un sentido general, a que edad debe ser intervenido un ectópico? Hemos visto que algunos autores aguardan en la pubertad un descenso espontáneo. Otros prefieren operar en los primeros años (6 a 8 y 8 a 10 años) El temperamento de operar tempranamente cuenta con mayor número de defensores y la idea se afirma si se considera que un testículo que no ha descendido en la pubertad puede presentar lesiones degenerativas que lo anulen funcionalmente. En la ectopía bilateral la operación debe efectuarse más pronto, cuando la asepsia pueda ser mantenida gracias al control del niño en sus deyecciones (Christmann y colaboradores), obra citada).

Como tratamiento preventivo, frente a un caso de

torsión dicen Vilar y Rebello que sería muy conveniente fijar el testículo del lado opuesto. Ante la misma situación Lowsley y Kirwin fijan el testículo opuesto únicamente en caso de presentar una movilidad exagerada.

CONCLUSIONES

Se trata de un caso de torsión de cordón en un testículo ectópico. La afección se presenta con más frecuencia que lo que generalmente se considera. En su génesis participan factores predisponentes (anomalías anatómicas) y factores determinantes (traumatismo, esfuerzo etc.) Afecta sobre todo a niños y adolescentes. El tratamiento expectante conduce a la necrosis del testículo por infarto hemorrágico. El tratamiento quirúrgico lo más precozmente posible, es el único que puede salvar el testículo.

Ruiz de

BOLETIN DEL COMITÉ ARGENTINO DE LA ESCUELA ARGENTINA

al caso personal de torsión de cordón, motivo de este trabajo, se le agrega una síntesis de 14 casos publicados en la literatura médica argentina.

autor	año	edad	sexo	duración	síntomas	Diagnóstico	Diagnóstico definitivo
Leonardini	1914	18 añ.	derecho	horas	Tumor, dolor. Vómito	Hernia inguinal	Torsión intravaginal de testículo derecho en ectopía. Trat. Cons.
Lugones	1916	4 mes.	izquier.	?	?	?	Torsión intravaginal de cordón de testículo izquierdo lig. ectop. T. Rad.
Outierres	1926	11 añ.	derecho	5 días	Tumor, dolor. Náuseas piel edematosa	Torsión del cordón	Torsión intravaginal del cordón en test. ectópico con ganglios epididimo testic. Trat. Radical
Naraino Laspiur	1926	25 añ.	derecho	?	dolor - náuseas tumor	Torsión del cordón	Torsión del cordón supra e intravag. en test. ectop. Trat. Rad.
Jorge Gombos	1927	2 mes.	izquier.	?	tumor-dolor	Apendicitis a saco herniario. Tors. del cordón?	Torsión intravaginal de los cordones es, orast. Trat. conservador
Friani Massini	1927	27 añ.	derecho	4 días	tumor-dolor-febrícula	Torsión del cordón	Torsión intravaginal del cordón en test. ectop. trat. Radical
Allende	1927	3 e 4 años	derecho	1 día	náuseas contractura abdominal teguicard.	?	Torsión intravaginal del cordón test ectop. Trat. conservador
Fonso- Bianchi	1928	3 años	izquier.	9 días	tumor decaimiento dolor constitucio- nal-febrícula-tegui- cardia	?	Torsión intravaginal del cordón en test. ectop. Trat. Radical
Solinda	1930	22 añ.	derecho	4 días	tumor-dolor	?	Torsión del cordón test. ectop. Trat. conservador
Tottamenti	1941	17 añ.	izquier.	4 días	tumor-dolor-vómito febrícula	Torsión del cordón	Torsión intravaginal del cordón en test ectop. Trat. Radical
Salvio	1946	46 añ.	derecho	29 añ.	dolor-febrícula	Proc. inflam. del test. ectópico? Torsión del cordón?	Torsión del cordón en testículo en ectop. inguino intertic. T. Rad.
Pierini	1946	5 añ.	izquier.	2 días	tumor-dolor-náuseas vómito-ligero ileus crans.	Torsión	Torsión intravag. del cordón en test ectop. Trat. Radical
Viviani Piani	1957	7 mes.	izquier.	3 días	tumor-dolor-febri- cula	Torsión del cordón	Torsión suprainguinal del cordón en test ectop. Trat. Cons. (At. Secund.)
Foggiani	1951	15 añ.	izquier.	10 días	tumor-dolor-tegui- cardia-edema	Torsión del cordón	Torsión intravaginal del cordón en test. ectop. Trat. Radical
Rain Morca no	?	?	?	?	?	Hernia estrangulada	Torsión intravaginal del cordón en test ectop. Trat. Conservador

BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALLENDE CARLOS - Torsión del cordón espermático por rotación intravaginal del testículo. Revista de cirugía de Bs.As.. Año 1931. Pag. 435.
- 2 - BERRI Héctor - Vólvulus del testículo. La Semana Médica. T.I. año 1940. Pag. 153
- 3 - BERTOLASI A. - SANCHEZ SANUDO - Torsión espontánea del testículo y del cordón espermático. La Semana Médica. Año 1943. T.II-pag. 737.
- 4 - BRACHETTO BRIAN D. y G. PALACIOS - Torsión intravaginal del cordón espermático. Sociedad de Cirugía de Bs.As. Boletines y Trabajos T.XVIII. Año 1934 - pag. 1334.
- 5 - BRACHETTO BRIAN D. y PALACIOS G. - Torsión intravaginal del cordón espermático. El Hospital Argentino. T. VI. año. Año 1935. Pag. 175.
- 6 - BRENNER EDWARD C. - Torsión of the Testis. Pediatric Surgery. Chapter. XLIII.Pag. 732. Ed. Lee and Febiger. Philadelphia 1938.
- 7 - CAMPBELL MEREDITH: Torsión of the spermatic cord. Surgery. Gynecology and Obstetrics. Volume 44 año 1927 Pag. 31..
- 8 - CHRISTMANN F. OTTOLENGHI - RAFFO-VON GROLMAN - Ec-topía testicular. Técnica quirúrgica. T. II. año 1930-Pag. 518
- 9 - CHRISTMANN F. GRINFELD D. - El test fluoresceínico en la exploración de la circulación sanguínea. El Día Médico. T.II-año 1946-pag. 1547.
- 10 - CASCO CARLOS - Bisquertt José - Vólvulus del testículo. Acción Médica-T.IX-año 1939-pag. 169.

- 11 - CASTAGNO ENRIQUE - Sobre un caso de torsión del cordón espermático. Revista Argentina de Urología. T. V - año 1936-pag. 347.
- 12 - CASTAGNO E. MUÑOZ D.H. - Sobre un caso de torsión del cordón espermático. Revista Arg. de Urología T.III año 1934-pag. 177-
- 13 - GOMOTTO C. y MENDOZA - Torsión del cordón espermático y bólico nefrítico. Rev. Arg. de Urología T. V-año 1936-pag. 384.
- 14 - DUCHENEAU - Sobre torsión del cordón. Boletines de la Sociedad de Cirugía de Bs.As. T. V año 1922. pag.487
- 15 - FON PIERRE - Contribution a l'etude de la torsión du testicule en ectopie These pour la Doctorat en Medicine. Faculté de Medicine de Paris. año 1937.
- 16 - FIRSTATER M. - Torsión del cordón espermático Sociedad de Cirugía de Córdoba. Boletines y Trabajos año 1944 Pag. 174.
- 17 - GONI MORENO A. Torsión del epidídimo. Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Bs. As.T. XIV año 1930-Pag. 687.
- 18 - GRIMALDI Francisco - Torsión testicular (Trabajo de adscripción) La Semana Médica T.II-año 1928 Pag. 955.
- 19 - GUTIERREZ Alberto - Torsión del cordón espermático con gangrena epidídimo testicular. Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Bs. As. T. IX año 1925-pag. 105.
- 20 - IACAPRARO Guillermo - La torsión del testículo. Importancia del diagnóstico y criterio terapéu-

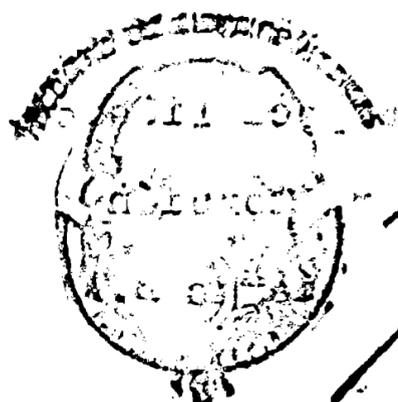
- tico precoz. El Méd. práctico. año 1945-Pag.3
- 21 - JORGE J.M. - GALBOA M. - Malformación del aparato epidídimo-testicular. Ectopía transversa del testículo izquierdo. Boletines y trabajos de la Soc. de Cirugía de Bs.As. T.XI-año 1927 pag. 672.
- 22 - KINNEY WILLARD H. - Torsión of the spermatic cord. The journal of Urology. T.XXXIV-año 1935 Pag. 470.
- 23 - LADD WILLIAM E. - GROSS Robert E. -Torsión of the testis and the appendix testis. Abdominal Surgery of infancy and childhood. Chapter. XXXII Pag. 382. W.B.Saunders Company. año 1941.
- 24 - LOWSLEY O.- KIRWIN T. - Clínica Urológica T.I. pag. 170, 383-418. Salvat Editores S.A. año 1935
- 25- LUGONES C. - Sobre un caso de torsión del cordón espermático. Revista de la Asociación Médica Argentina. T. XXV. Año 1916. pag. 369.
- 26 - MATHIS Rodolfo - El síndrome de torsión de los órganos genitales masculinos. La Semana Médica T. II- año 1943. pag. 58.
- 27 - Mc KAY HAMILTON - Torsión of the spermatic cord with gangrene of the testicle. Report of two cases. Surgery. Gynecology and Obstetrics. Volume XXXVII. Año 1923-Pag. 373.
- 28 - MALDONADO JOSE- Torsión del cordón espermático Rev. Arg. de Urología. T. IX año 1940 Pag. 481.
- 29 - MARION HENRI - Un cas de torsión du testicule. Journal D'Urologie. T.II. año 1937-pag.444.
- 30 - MAZZINI OSVALDO A. - A propósito de la "Torsión

- intravaginal del cordón". Boletines y trabajos de la Soc. de Cirugía de Bs.As. T. XIX año 1935 Pag. 7.
- 31 - MELTZER MAURICE - Torsión of testicles. The Journal of Urology. T. XV. año 1926. pag. 601.
- 32 - NAVARRO Alfredo - Una rara complicación de la ectopía testicular. Anales de la Facultad de Medicina del Uruguay. T. VIII año 1923. pag. 821.
- 33 - OMBREDANNE L. - Ectopía testicular pag. 673-696 Torsión testicular. Pag. 697-704. Tratado Clínico y operatorio de Cirugía infantil. Segunda Edición Francesa. Trad. Elías Ondiviela.
- 34 - POZZO F. BIANCHI A. - Síndrome de orquitis primitiva por torsión de testículo ectópico. Anales del Institutp de Clínica Médica. T.XI.año 1930.Pag. 261.
- 35 - PRIANI P. - MAZZINI O. - Torsión del cordón espermático en un testículo ectópico. Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Bs.As. T. XI año 1927-pag.793.
- 36- PAGLIERE L. E. - Torsión espontánea del cordón espermático. Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugía de Bs.As.- T. IX Año 1925. Pag. 85.
- 37 - PETRIGNANI Roger - A propos d'un cas de volvulus du testicule. Memoires de l'academie de Chirurgie.T. 62-nº 23-año 1936-pag.1432.
- 38 - PIERINI ALFREDO - Síndrome de torsión intravaginal (Torsión de testículo y de hidátide de Morgagni) La Rev. de Med. y Ciencias Afines.T.I. 1946-pag. 336

- 39 - PUJOL A. - ANRILLO V. - Vólvulo del testículo.
La Revista de Medicina y Ciencias Afines. nº
137-8 Año 1950. Pag. 432..
- 40 - REBAUDI L. - Sobre un caso de torsión del testículo. A.M.A. Rev. Especialidades. año 1931-Pag.38
- 41 - RUIZ MORANO - Sobre torsión del cordón Bol. y T.
de la Soc. de Cirugía de B.As.T. VI-1922-Pag.494
- 42 - SALVIO MARIO - Ectopía inguinal intersticial. Torsión
del cordón espermático. Sem.med.T.I.-1946-Pag.524.
- 43 - SARMIENTO LASPIUR - Un caso de torsión de cordón
en testículo ectóp. en adulto. Boletín y Trabajo
de la Soc. de Cir. de Bs.As. T.X-año 1926-Pa.34
- 44 - SANCHEZ SANUDO-LEBRON PAGANO -Torsión del testículo
y del cordón espermático. El Día Médico. Vol. XXI
año 1949-pag.10.
- 45 - SURRA CANARD R.- SAN MIGUEL J. - Torsión del cor-
dón espermático. Rev. A. de Urol. T. VI-1937-Pag.267
- 46 - TETTAMANTI J. C. - Torsión del testículo en ecto-
pía inguinal. R.A. de Urología T.X-1941-Pag.157
- 47 - TUFFIER - Gangène par torsion du cordon d'un tes-
ticule en ectopie inguinale. Bulletins et Memoires
de la Société de Chirurgie de Paris. T. XXIX-1903
Pag. 551
- 48 - VIVIANI - PIZZI - Torsión de testículo ectópico
en un lactante. Archivos argentinos de Pediatría
T. VIII. Año 1937. Pag. 314.
- 49 - VOLPI J. - Volvulo del testículo. Revista de la
Sanidad Militar. T.II.A. 1945- pag. 1179.
- 50 - VILAR G. REBELLO A. - Vólvulos doble de los tes-
tículos. Revista Argentina de Urología. T. IV año
1935-pag. 261-
- 51 - WALLENSTEIN S. -Torsión on intraabdominal testis.
The journal of Urology VolXXI-1929-Pag. 279

Revisado

Seu 74 folhas



[Handwritten signature]
FLAVIO J. ERIASCO
SECRETARIO

4/11/52
[Handwritten signature]