

NOTAS CLÍNICAS

TRAUMATISMO CERRADO DEL CORDÓN SEMINAL. ACLARACIONES

A. TORRA HUBERTI.

Jefe de la Sección de Urología.
Instituto Policlínico de Barcelona.

La rareza con que son observados en la práctica los graves traumatismos cerrados del cordón seminal, especialmente los netos, es decir, los que no van acompañados de lesiones traumáticas de tejidos extragenitales vecinos, nos incita a exponer el siguiente caso clínico con el deseo de poner en claro ciertas dudas anatomo-patológicas y clínicas que se presentan frecuentemente en la especial observación de estos accidentados.

En marzo del pasado año 1956, reclamado urgentemente con motivo de un accidente de motocicleta ocurrido al hijo de un estimado y competente compañero, nos informaban que aquél tuvo lugar violentamente en la región del cordón seminal derecho al ser contusionado entre el objeto contundente y el pubis. A tal nivel, raíz de la bolsa escrotal, existía una pequeña herida cutánea, así como otras insignificantes heridas superficiales estaban distribuidas por las extremidades inferiores.

Referían que después del accidente, llegado el interesado a casa, intentó sentarse a la mesa para comer, pero que en este momento la pequeña tumoración que soportablemente llevaba en la región contusionada empezó a crecer de una manera brusca y con ello aumentáronse los dolores, que por su intensidad pronto hicieron mella en el equilibrado temple nervioso del físicamente atlético deportista.

Se ordenó la inmediata colocación en posición horizontal y a la exploración se apreciaba un cordón seminal doloroso y notablemente aumentado de tamaño en toda su extensión y una tumoración globulosa bastante uniforme que a partir del cordón se extendía por todo el hemiescrotal derecho, rechazando y combando el tabique interescretal hacia el lado opuesto, con lo que el testículo izquierdo, de aspecto completamente normal, quedaba desplazado hacia arriba en dirección al cordón correspondiente. Tanto el cordón como la tumoración tenían una consistencia pastosa a la palpación.

Como a las tres horas de una rigurosa clinopostura y aplicación de una bolsa de hielo en el sitio de la contusión cedían notablemente el nervosismo y el dolor, así como dejaba de aumentar la tumoración, se desistió de toda intervención quirúrgica de urgencia y se recomendó la continuación del tratamiento médico.

A los dos días la tumoración funículo-escrotal era aproximadamente del mismo volumen y la consistencia algo más dura, pero en cambio se hacían cada vez más intensos los equimosis y edemas hacia las regiones inguinal y perineal derecha, así como en dirección al pene, que aparecía edematosamente deformado con tendencia al cierre del orificio prepucial. Como los dolores volvían a aumentar y se hacía molesta toda movilización de las bolsas, tuvo que recurrirse, con poca fortuna, a los analgésicos. Asimismo aparecía una febrícula y una zona fluctuante al nivel del sitio primeramente traumatizado.

Para combatir las molestias subjetivas del paciente se recurrió a un tratamiento de onda corta que lograba calmar al enfermo permitiendo un mejor manejo terapéutico de la zona afectada, pero pronto apareció un nuevo síntoma desagradable, manifestado por erecciones frecuentes y un nocturno priapismo, que impedían el descanso del interesado, desmejorándole en su aspecto y tono general.

Ante el atascamiento de la sintomatología general, y especialmente de la local, y el fracaso de un intento de heparización, se propuso el traslado a la clínica, donde se llevó a cabo la punción exploradora de la zona fluctuante antes mencionada, que reveló la presencia de plasma sanguíneo, descartando todo proceso infeccioso.

A los once días del accidente se procedió a la operación bajo anestesia general (doctor BRUGUERA), incindiendo el distendido hemiescrotal derecho en toda su extensión para llegar a un plano celular laminado que permitió la total enucleación, previa sección y ligadura del ligamento escrotal, del testículo con todas las envolturas que lo rodeaban en forma de bolsa globulosa. Abierta la misma por una incisión superficial empezaron a evacuarse espontáneamente gran cantidad de coágulos sanguíneos, pero no bastando esto se tuvo que recurrir a la ayuda de compresas de gasa y al chorro de suero fisiológico para terminar la limpieza de la herida. Enpequeñecida en tal forma la bolsa, se pudo observar claramente a la inspección ocular del campo operatorio un cordón seminal grueso e intensamente hemorrágico por infiltración sanguínea en todo su espesor y extensión que terminaba en otra pequeña bolsa de envolturas en torno al testículo, que al ser manejada dejó escapar asimismo coágulos en mucha menor cantidad, que perseguidos hasta su nido de retención resultó ser la propia cavidad vaginal. Vaciada ésta se pudo observar un testículo pálido, algo disminuido de tamaño, montado en su borde superior por una cabeza y cuerpo epididimario de aspecto casi normal y quizá más bien hipervascularizados; a la vez fueron visibles y sin modificaciones exteriores las hidátides, tanto del testículo como del epidídimo. Contrastaba el aspecto normal del testículo y parte visible del epidídimo, que se incluían dentro de la cavidad vaginal con la cola del último órgano—localizada por fuera de la vaginal—, que se presentaba completamente desfigurada a causa de la estancada infiltración sanguínea de aspecto vinoso que aumentaba considerablemente su tamaño y le hacía perder sus propios límites. La vaginal estaba también infiltrada y se presentaba exangüe al corte como asimismo lo eran todos los otros tejidos hemáticamente infiltrados. Finalmente se procedió a la resección de la vaginal, drenaje de la herida y sutura exterior.

Después del esfacelo de una pequeña parte de la herida defectuosamente irrigada, todo entró en normalidad con perfecta cicatrización de los tejidos.

A fin de mejor comprender la manera cómo se distribuye la hemorragia en tales traumatismos, precisa recordar algunos indispensables conocimientos anatomoquirúrgicos generales.

En la bolsa escrotal hay que distinguir un continente y un contenido.

El continente está constituido por la piel escrotal y el dartos, que vienen a ser la continuación, previas las modificaciones regionales características de la piel y el tejido celular subcutáneo abdominal. La túnica dartos contribuye

a la formación del tabique que divide la bolsa en dos hemiescrotos: derecho e izquierdo.

El contenido está formado por el cordón seminal o funículo espermático y el testículo con sus envolturas.

El cordón se presenta como constituido por una vaina semiaponeurótica envolviendo a diferentes estructuras anatómicas. La vaina corresponde a la túnica vaginal común, que se considera genéticamente como la continuación de la aponeurosis transversa del abdomen a partir del anillo inguinal interno. La citada túnica se pierde a nivel del polo inferior del testículo y en su interior contiene el deferente, el rudimento del proceso peritoneo-vaginal, vasos arteriales (espermática interna y deferencial), vasos venosos (plexo pampiniforme), linfáticos, nervios, tejido conjuntivo laxo y racimos aislados de tejido adiposo continuación de los correspondientes al tejido preperitoneal.

Inmediatamente por fuera de la mencionada túnica se hallan fibras musculares pegadas a la misma que corresponden al cremaster, como representación de parecidas fibras del llamado tendón conjunto en la región inguinal, y todavía por fuera del cremaster, menos perceptible por su tenuidad, se halla la fascia de Cooper, que viene a representar la continuación del oblicuo mayor del abdomen.

En cuanto al testículo y epidídimo, estos órganos están protegidos por una serosa, la vaginal propia que los envuelve totalmente—a excepción de la cola del epidídimo—, y se fija en el escroto mediante ligamento escrotal, secuela de lo que fué el gubernáculo de Hunter. En el límite posterior de la vaginal correspondiente al polo inferior del testículo y en el pliegue de paso de la hoja visceral a la parietal junto a la superficie lateral interna del epidídimo, tiene lugar la íntima adherencia de las dos vaginales, la propia y la túnica vaginal común, terminada ésta, como hemos manifestado, a nivel del polo inferior del testículo.

Conocidos el continente o sistema tisular de origen cutáneo y el contenido o sistema derivado, en parte, de la estructura anatómica del anillo inguinal, cabe imaginar un espacio entre los dos sistemas, relleno de un tejido conjuntivo laxo que se distribuye alrededor y a lo largo del cordón seminal y de la vaginal propia hasta alcanzar y rodear el ligamento escrotal. De esta capa celular laxa es de la que se sirve el cirujano para separar el contenido del continente en el acto operatorio de esta región, cosa nada difícil en la región inguinal, pero algo más difícil en la escrotal por su poco espesor y carácter laminar.

Con estos previos conocimientos fácil resulta la comprensión de la extensión del derrame hemorrágico por el cordón seminal en los diferentes grados traumáticos del hematoma extravaginal. Sin embargo, y en líneas generales, podremos distinguir dos variedades clínicas de

este hematoma: el del cordón propiamente dicho y el del cordón con hematoma del escroto, es decir, con extravasación sanguínea retenida entre láminas de la capa celular del escroto.

Cuando el hematoma tiene lugar en el cordón, o por mejor decir, dentro de su túnica vaginal común, la sintomatología clínica dependerá de la importancia de la extravasación por el tejido laxo del interior del funículo. En los casos graves, el hematoma puede extenderse hacia arriba y llegar a la propia fosa ilíaca infiltrándose por encima del músculo del mismo nombre, pero sin pasar del borde de la pequeña pelvis o excavación pelviana, que de esta manera será respetada, mientras que hacia abajo el derrame se propagará al polo inferior del testículo, y para más concretar, llegará hasta la cola del epidídimo y origen del deferente, donde se acumulará en cantidad por ser el sitio más declive de la región. En tales casos la exploración clínica revelará el gran infiltrado pastoso del cordón que, aparecido bruscamente tras el accidente, se extiende desde la fosa ilíaca y zona hipogástrica a la cola epididimaria, permitiendo sin embargo con una cuidadosa palpación apreciarse el testículo y la parte delantera del epidídimo como órganos intravaginales respetados en el proceso extravaginal infiltrativo.

Existen otros casos todavía más graves con rotura de la túnica vaginal común y vaciamiento difuso del derrame hemático por la capa celular antes descrita, formándose el hematoma globuloso del escroto, que puede llegar a ser de gran tamaño dada la laxitud de la mencionada capa. En estas condiciones es frecuente el diagnóstico, equivocado, de hematoma intravaginal por la forma que adquiere la tumoración. Además conviene recordar que en todos los casos de infiltración hemática del cordón es posible la maceración de la superficie de unión de la vaginal común con la propia, al nivel ya descrito, de la cara lateral interna del epidídimo y la invasión de la cavidad vaginal por el derrame sanguíneo procedente del cordón hasta formarse el hematoma intravaginal, generalmente de poco volumen y de carácter secundario, que acompaña al importante hematoma extravaginal.

En nuestro caso de hematoma extravaginal del cordón con hematoma del escroto, la tumoración primitiva formada en el acto traumático creció bruscamente de tamaño al estar en posición ortostática y aumentar la presión hemodinámica de la columna sanguínea intravenosa o al excederse la presión en la prensa abdominal. Establecido el hematoma del escroto, ya no es posible la palpación del testículo y epidídimo, incluidos dentro de la tumoración; pero pronto aparece en la raíz del pene y en la región perineal continua la coloración debida a la extravasación sanguínea con sus metamorfosis de color en los días sucesivos, durante los cuales las mismas regiones se hacen edematosas. El rechazamiento del tabique interesrotal hacia la

bolsa indemne del lado opuesto hace desplazar el testículo y epidídimo correspondiente en dirección a la región inguinal respectiva, al tiempo que su hemiescroto parece retraído en comparación con el distendido del lado afecto.

La infiltración sanguínea de las mallas del tejido celular en toda su extensión, funicular y escrotal, da al tacto una sensación de pastosidad que endurece en el transcurso de los días y no es raro que aparezca alguna zona fluctuante, por acumulación de plasma, una vez entrada la retracción de los coágulos sanguíneos retenidos. La misma infiltración explicaría el tono mate a la percusión de la región interesada y los dolores en aumento experimentados por el accidentado durante el crecimiento de la tumoración.

Tan pronto como se establezca el diagnóstico exacto o aproximado de la lesión, conviene ordenar la colocación en posición horizontal del enfermo, la suspensión alta de las bolsas y la aplicación de una bolsa de hielo en la región inguinal traumatizada.

Con estas simples disposiciones se logra que la tumoración no aumente ya más de tamaño y que sean menos intensos los dolores. Tal alivio temporal permite aplazar la operación para den-

tro de unos días, en una fase en que las lesiones están estabilizadas y no sangran y en la que el cirujano pueda orientar mejor su conducta a seguir. La operación de urgencia sólo es aconsejable en el caso de fracasar tales disposiciones, en que la tumoración continúa aumentando a pesar de todo, y hace suponer que la rotura de las venas del cordón es más importante de lo corriente, o bien, lo que es más raro, que exista simultáneamente una lesión arterial. De todos modos, conviene recordar que una operación de urgencia con vasos sangrantes no es fácil llevarla a cabo sin tener que recurrir involuntaria y fatalmente a la castración.

En cambio, cuando la operación se hace a su debido tiempo, es posible no sólo la salvación del testículo, al menos como unidad anatómica, sino también la fácil reabsorción de los infiltrados hemáticos tan pronto como sean vaciados los coágulos sanguíneos retenidos, reduciéndose los órganos a sus dimensiones aproximadamente normales y evitando que de persistir—los infiltrados y coágulos—en su anómalo sitio, los derrames se enquisten y sean el origen de otras enfermedades crónicas de las envolturas del testículo cuando no del mismo órgano.

LA DEHISCENCIA TARDIA DE LA SUTURA ESOFAGO-GASTRICA EN LA RESECCION POR CANCER DE CARDIAS

J. PEDRO R. DE LEDESMA.

Cirujano Provincial.

A. LUENGO R. DE LEDESMA.

Médico Agregado.

Clinica Quirúrgica del Doctor LEDESMA.
Cáceres.

Estimamos de interés la publicación de un caso de resección de esófago por carcinoma de cardias.

Son en total 15 los casos que llevamos intervenidos con muchos fracasos en el postoperatorio y algunas supervivencias, pero no han sido debidamente protocolizados ni seguidos con datos documentales objetivos, por lo que no es posible hacer un estudio estadístico del conjunto. Pero creemos que nuestra experiencia, en lo que se refiere al carcinoma de cardias, nos permite opinar sobre las circunstancias que en el orden clínico y técnico pueden influir en la reducción del índice de fracasos en esta clase de cirugía.

En nuestras observaciones se ha podido comprobar que en un porcentaje elevado de casos el cáncer de cardias se mantiene un tiempo muy largo como lesión limitada y sin provocar invasiones o metástasis, o sea que se mantiene lar-

go tiempo en condiciones anatómicas adecuadas para conseguir una exéresis eficaz.

Otro hecho bien comprobado en nuestras observaciones consiste en que el accidente mortal no se produce en el momento operatorio ni en fecha inmediata al mismo, sino en días posteriores, que en los tres últimos fallecidos han sido los 16, 20 y 32 días del operatorio. Tal accidente, comprobado en autopsia, ha consistido en una dehiscencia tardía de la sutura, en fechas que por lo alejadas del momento operatorio no eran ya de esperar ni cabe suponer que dependan de defectos técnicos en la ejecución de la misma.

También queremos constatar que son muchos los casos de cáncer de cardias cuyo crecimiento se hace casi exclusivamente por la zona de estómago, hallándose invadido el fundus en más o menos extensión. Estos casos pueden invadir cola de páncreas y exigir la extirpación conjunta de la parte invadida de este órgano y el bazo, lo que eleva la gravedad operatoria considerablemente.

Por fin ha sido bien patente en nuestras observaciones el hecho de que la dehiscencia tardía de la sutura gastro-esofágica ha ocurrido ante todo en los pacientes muy desnutridos y emaciados, muy especialmente en los que acusaban ligeros edemas de tobillos.

En uno de estos casos, que nos fué enviado con historia de un año de estenosis esofágica indagnosticada, era una mujer de 60 años y pesaba 27 kilos, tenía lige-