Técnica de Orquidopexia con Fijación del Testículo Criptorquídico al Fondo del Escroto

Por

Dr. Roberto A. Galva Jiménez * **Dr. Pablo Sibaja Porras ****

Desde que John Hunter describió en 1786 el problema del testículo incompletamente descendido (1) han sido numerosas las publicaciones que han tratado de su etiología aún no del todo aclarada y numerosas también las referencias terapéuticas propuestas para la corrección de dicha anomalía. Por qué el hombre debe tener sus gonadas fuera del resto de las vísceras abdominales? es algo que todavía no sabemos, ya que otros animales de sangre caliente, tales como el elefante y la ballena, tienen sus testículos permanentemente dentro del abdomen sin pérdida de fertilidad. Mientras que en el camello son inguinales y en el chancho de monte y jabalí son perineales.

Estudios anatómicos comparativos sugieren que el testículo incompletamente descendido o en situaciones ectópicas, debe tener una significación atavística, normal en animales inferiores (Wakeley 1963) (2).

En el hombre, la permanencia del testículo fuera de la bolsa escrotal produce cambios espermatogénicos importantes y de no ser solucionado el problema dentro de un límite relativamente temprano, se produce una atrofia testicular con lesiones irrever-

* Asistente Departamento de Cirugía. Hospital Nacional de Niños.
** Residente Departamento de Cirugía Hospital Nacional de niños.

sibles en la espermatogénesis, que de ser bilateral acarrearía la esterilidad definitiva del paciente.

De aquí la gran inquietud de internistas y cirujanos de corregir la posición anómala del testículo y así: Torek y Keetley (3) describen una técnica en la cual el testículo se fija permanentemente al muslo cubriéndolo con escroto. Estudios de la espermatogénesis de testículos así fijados mostró su ineficacia.

Ombredane (4) en su ingenioso método fijaba el testículo en el lado opuesto pasándolo a través de la parte alta del tabique.

Koop y Latimer (5) en 1957 exponen los pormenores de la fijación del testículo colocándolo en una "bolsa" creada entre el dartos y la piel del escroto. Esta técnica es de difícil realización ya que el dartos sobre todo en el niño, es muy delgado y la disección del mismo hasta formar una bolsita resulta engorrosa.

Una de las técnicas más aceptadas y difundidas es la atribuída a Jewett y Gross (6) en la cual una tracción de seda pasada a través del polo inferior del testículo, se utiliza para el anclaje del mismo en el muslo del lado opuesto usando una banda de goma, con el objeto de traccionar continua y progresivamente sobre el testículo.

En 1965 Luke W. Able de Houston (7) hace referencia a una técnica de fijación del testículo directamente al dartos con lo cual omite la engorrosa disección de Koop y evita la tracción sobre el testículo con las ventajas que esto representa como veremos más adelante.

El propósito de este trabajo es el de describir una técnica de fijación que hemos usado con muy buenos resultados en el Hospital Nacional de Niños desde 1966 y que combina las ventajas del método anterior al no usar tracciones, con la de colocar el testículo sobre una superficie cruenta del dardos refrescada adecuadamente para este propósito y de la cual surgirán firmes adherencias que mantendrán la gonada en posición en el fondo del escroto.

TECNICA:

Con el paciente en decúbito supino se hace una incisión transversal en el pliegue de flexión abdominal situado sobre el canal inguinal. Se disecan los tejidos por planos hasta llegar al testículo el cual se libera ampliamente de los elementos circunvecinos y

si es necesario se continua esta disección retroperitoneal hasta el polo inferior del riñón. Es preciso insistir en la importancia de una disección amplia que permita el descenso de la gonada sin ninguna tensión.

Una vez liberados los elementos testiculares se procede a la preparación del conducto inguinal usando los índices de ambos manos como se muestra en la figura Nº A.

Nosotros no hemos encontrado ni de ninguna utilidad el pasar el testículo y los elementos del cordón por debajo de los vasos epigástricos, sino que seccionando el anillo que forma la fascia transversalis situada debajo de los mismos, estos vasos pueden ser fácilmente desplazados hacia abajo sin necesidad de seccionarlos ni de colocar los elementos del cordón por debajo de ellos.

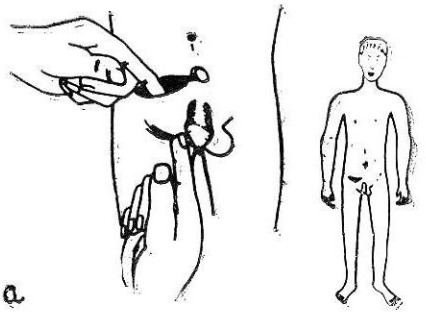
Para la preparación del dartos se hace la eversión del escroto como se muestra en la figura B., limpiando el tejido graso hasta encontrar una zona poco vascularizada, en la cual se hace, cuidando de no abrir la piel distendida por el dedo, una incisión transversal, figura C., de unos dos centímetros de longitud. Seguidamente usando una pinza de mosquito curva como se ve en la figura D., se eleva el labio proximal de la incisión anterior de manera que pueda usarse para anclar el testículo mediante puntos separados, figura E.

El testículo así anclado, yaciendo sobre la superficie refrescada del dartos se deja descender hacia la bolsa escrotal como se ve en las Figuras F. y G., donde permanece en la posición más declive. La incisión se cierra por planos.

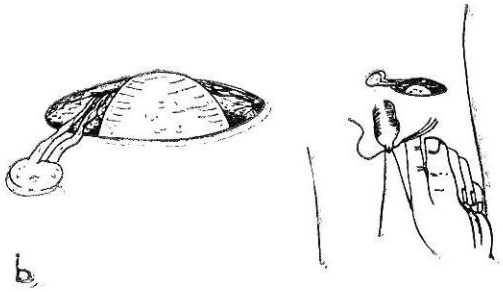
COMENTARIOS.

La técnica descrita es de fácil ejecución y permite movilizar al paciente al siguiente día de la operación sin el inconveniente de las tracciones e inmovilizaciones que usan otras técnicas.

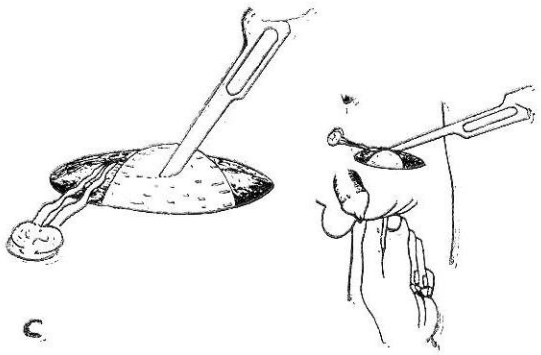
Es condición sine quanon para cualquier tipo de orquidopexia que se efectúe, que la disección de los elementos del cordón espermático sea tan amplia que el testículo repose en el fondo del escroto sin ninguna tensión. De aquí que toda fijación del testículo al muslo mediante tracciones debe ser deshechada, ya que cuando el testículo alcanza el fondo del escroto, dicha tracción resulta innecesaria y si no lo hace fácilmente, la tracción sobre los elementos del cordón puede comprometer irreversiblemente la circu-



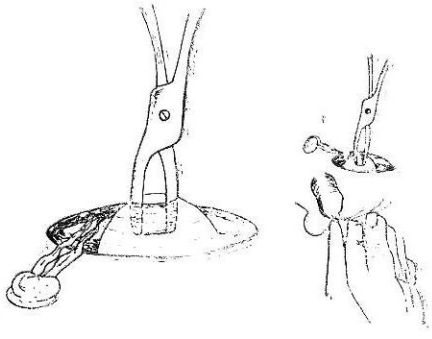
a



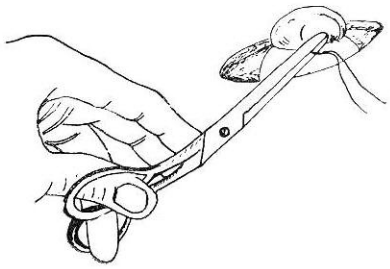
b



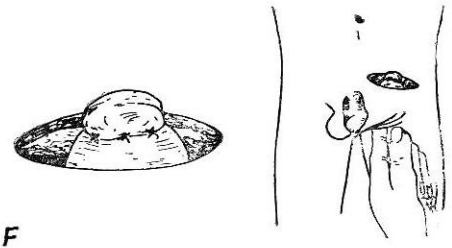
c



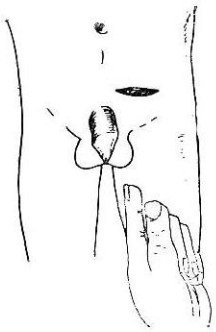
d



E



F



G

lación Es preferible tener un testículo vascularizado en la parte superior del saco escrotal, que uno isquémico en el fondo del mismo.

Fowler y Stephens en 1963 (8) enfatizan la importancia de descender el testículo sin ninguna tensión y reafirman las experiencias de Bevan (9) quien concluyó demostrando que la irrigación del testículo se hace satisfactoriamente, con la circulación del conducto deferente únicamente. Así pues la división de los vasos espermáticos es permisible si esto conduce al descenso completo del testículo, siempre y cuando esta división se haga suficientemente alta para preservar al máximo las comunicaciones colaterales entre ambos sistemas vasculares. Ocasionalmente de quedar el testículo ligeramente a tensión en la técnica expuesta, el escroto permitirá cierta invaginación, formando un "camanance" con lo cual se disminuye la tracción isquemiante de otras fijaciones, sin alterar en absoluto el resultado final de la corrección, como lo hemos comprobado clínicamente.

R E S U M E N:

Se hace la descripción de una técnica sencilla que utiliza la formación de adherencias normales y de puntos separados de crómico, para fijar el testículo al fondo del escroto sin tracciones al muslo.

Se enfatiza la necesidad de descender el testículo sin ninguna tensión y de colocarlo en la posición más declive del escroto.

Finalmente se analizan las fijaciones del testículo mediante tracciones algunas veces excesivas, que comprometen la circulación del órgano dando lugar a atrofias testiculares post-operatorias.

Se describen como innecesarios las tracciones en aquellos testículos llevados sin tensión al escroto y peligrosas aquellas que hacen uso de la tracción para "tirar" del órgano dentro de la bolsa escrota.

Bibliografía:

BIBLIOGRAFIA

1.— BENSON, MUSTAR, RAVICH Y SNYDER Pediatric Sugery.
2.— Perianel Testis 1953 Lancet 1,1025.
3.— The technique of Orchidopexya 1909 N.Y., Med. Journal 90, 948
4.— OMBREDANE L. Chirugie Infantile.
5.— KOOP PLATIMER An Improved Tecnique of Orchidopexy, 116:379-89 Surg. Gync. Obs.
6.— GROS, R. E. and JEWETT T. C., 1956 Surgical Expirences from. 1222 Operations of undescended testis Journal, Ame. Med. Ass. 160,634.
7.— Meeting of The Amer. College of Surg. and Physi. Atlantic City 1965
8.— The role of testicular vascular anatomy inthe salvage of high undecended testis. Fowler and Stephens 1963, Congenital Malformations of the rectus anus and genito-urinary tracts.
9.— The Surgical treatment of undescended testicle: a further contribution. J. Amer. Med. Ass. 41:718.
10.— The undescended testis. Arch. Of. Dis. in Child. 90,948 April, 1965.