

## EPIDIMITIS COLIBACILAR. SUS FACTORES REGIONALES Y ESTACIONALES

Por el Dr. A. FRENKEL

Creo interesante traer al seno de esta sociedad las observaciones hechas a través de una estadística de 201 casos de epididimitis durante estos últimos tres años.

Existe por lo general el concepto de que todos los procesos inflamatorios piógenos del epidídimo son secundarios a afecciones de uretra posterior, vesículas seminales, próstata, etc. Si bien esto es cierto en algunas oportunidades creemos que es patrimonio más de las epididimitis específicas, y al decir específicas me refiero casi exclusivamente a las gonocócicas, que con el advenimiento de los antibióticos prácticamente han desaparecido quedando solamente en nuestro medio las tuberculosas.

Se sabe que los gérmenes que con mayor frecuencia las provocan son los bacilos del grupo coli, bacillus lactis aerógenos, pudiéndose encontrar asociados también el estafilococo y en menor escala al estreptococo.

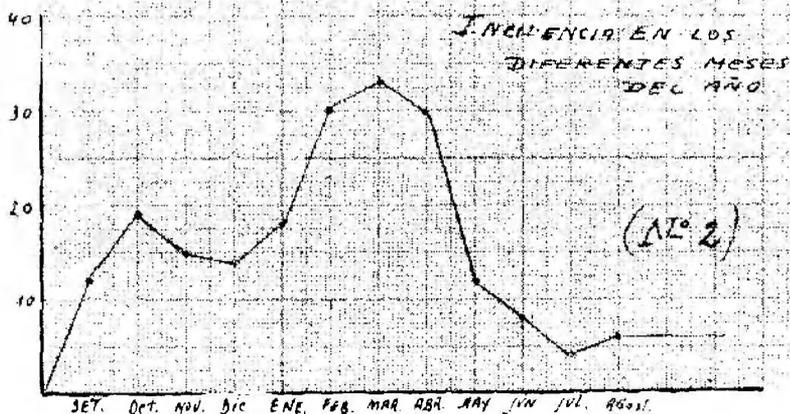
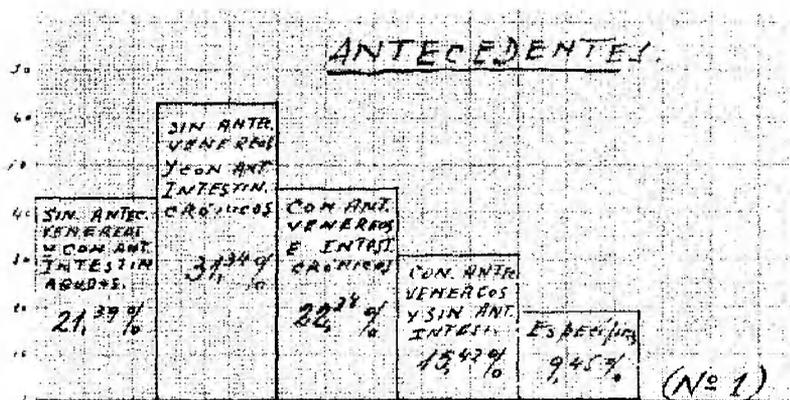
Las infecciones no específicas del epidídimo son muy frecuentes en nuestro medio y en forma muy especial en esta ciudad. Cabe preguntarse si es debido a una mayor virulencia de los gérmenes del grupo coli o si son determinadas cepas de esos gérmenes que más inciden por aquí: lo que se supone es que debemos tener en cuenta un factor desencadenante de importancia como lo es el gran número de afecciones intestinales en esta zona.

Sabemos perfectamente que el colibacilo es huésped habitual del intestino y que también pasa en cantidades variables a la orina, que vive en un estado más o menos saprófito, pero que por procesos agudos o crónicos del intestino exacerbando su virulencia, invaden el torrente circulatorio y como epílogo da los variados procesos inflamatorios localizados en diferentes lugares, en nuestro caso el epidídimo.

Es por todos conocido que la capacidad de resistencia que el individuo tiene contra la infección no es ilimitada, la infección se produce de acuerdo a la cantidad y calidad de los gérmenes y a factores predisponentes en el orden local y general, siendo necesario desde el punto de vista práctico tener en cuenta las fuentes infectantes, pues muchas veces las epididimitis colibacilares no son más que el resultado obligado de la persistencia en el intestino de un proceso de infección permanente. Por eso es necesario insistir en la importancia que tienen para nosotros las enfermedades endémicas de origen intestinal que en

nuestro medio están bastante diluidas por factores propios de la zona y los prestados por toda esa población flotante durante la época estival.

Podemos asegurar que el 53,72 % (cuadro N° 1) de afectados de epididimitis colibacilar presenta entre sus antecedentes trastornos intestinales crónicos ya sea con o sin antecedentes venéreos, y el 21,39 % antecedentes intestinales agudos. Dentro de los 108 enfermos con antecedentes intestinales

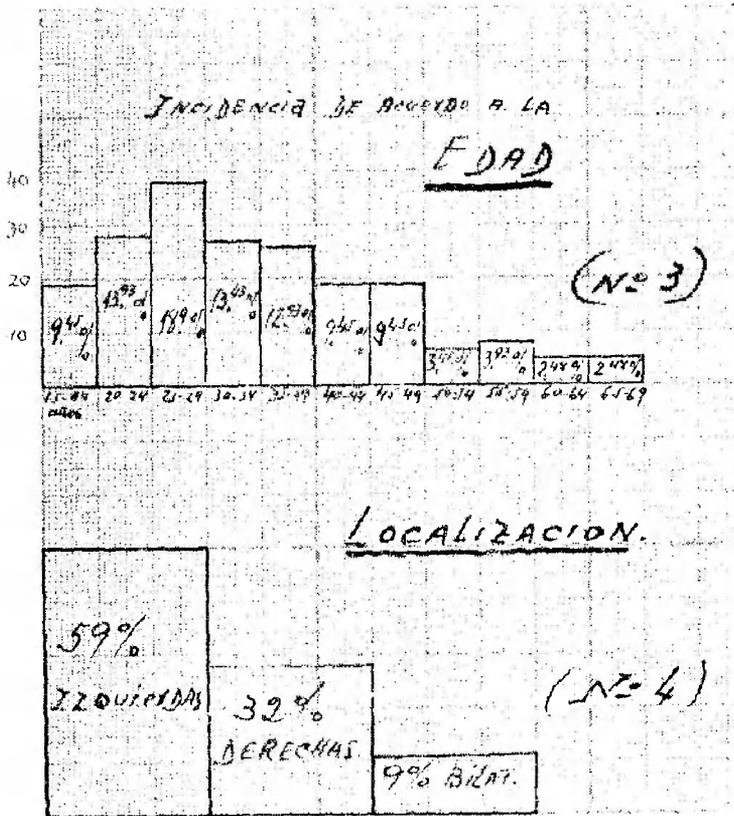


crónicos he practicado el examen de materias fecales en 42 casos, dando un 39 % con amebiasis u otras parasitosis.

Conjuntamente con esos análisis se realizaron cultivos con material de punción del epidídimo como también la investigación bacterioscópica y bacilosscópica del sedimento de orina con lo que se obtuvo la prueba científica de la etiología del proceso epididimario.

Teniendo en cuenta los trabajos de M. R. Castex y D. Greenway que demostraron el grado de contaminación de nuestra población por amebiasis en un 13 %, jugando un rol importante los portadores de quistes como transmisores directos de la enfermedad.

Sin olvidar que hay alrededor de 70 a 80 mil personas que manipulan de una u otra forma los productos alimenticios tanto de la población estable como de la transitoria se llega a la conclusión de que más de 8.000 personas son portadoras de quistes, con el agregado del rol que juegan otros agentes vectores como las moscas etc. Tenemos en nuestro medio un porcentaje elevado de población infectado, y unido a esto todos los otros procesos intestinales agudos propios de la estación.



La incidencia de acuerdo a los meses del año va en aumento paulatino durante la primavera y verano para culminar en el final de esta estación y principios del otoño (Nº 2).

La invasión bacteriana al epidídimo puede hacerse por vía sanguínea, linfática, o por el conducto deferente; aunque siendo la primera la más frecuente, siguiendo la opinión de Duvergey en la observación del mayor número de casos el proceso se localiza originariamente en la cabeza del epidídimo. claro está que a muchos de los afectados los examinamos cuando todo el epidídimo está ya más o menos comprometido, por eso debemos recurrir a la orientación por medio del interrogatorio minucioso para descartar la primacía de la vía deferencial tan sostenida por algunos autores, exceptuando las gonocócicas.

Comparo estas conclusiones con lo que sostiene Iacapraro en las epididimitis brucelosas: localización predominante en la cabeza, ausencia de tuniculitis y deferentitis, ausencia de lesiones uretropróstato-vesiculares y limpieza de las orinas.

En cuanto a la edad se manifiesta en su mayoría entre los 20 y 40 años, pareciera que el período de mayor actividad del individuo lo hace ms receptivo, sin olvidar que es mayor el núcleo de población o dentro de esas edades. (N° 3).

Referente a la localización en las izquierdas reunimos el 59 % y en las derechas el 32 % y en las bilaterales el 9 % (N° 4).

He de resumir sus formas clínicas y tratamientos:

a) Formas subagudas, que son la mayoría con poco dolor, está comprometido solamente el epidídimo, sin repercusión en el estado general y muy poca modificación local.

Estas regresionan con tratamiento médico de antibióticos no dejando aparentemente secuelas secundarias, sin dejar de practicar el tratamiento de la afección intestinal si la hubiere.

b) Formas Agudas: Felizmente menos frecuentes, aparecen con intenso dolor, por lo general el testículo está siempre un poco comprometido, hay modificación local de las bolsas, y en el estado general aparte de la fiebre es la faz psicológica del paciente lo más llamativo. Aquí a pesar del tratamiento que al principio le prescribíamos con antibióticos, reposo, sobrelevación de las bolsas, frío o calor local, el dolor y el proceso inflamatorio no se modificaba por varios días, por eso traigo a colación algo que no es nuevo y que siempre ha sido preocupación de urólogos: la sedación del dolor. Se preconizó la inyección de diferentes sustancias, como la solución fisiológica publicada por Castaño, Suriano, etc., la autohemoterapia, Iacapraro y Rolón, etc., infiltración con novocaína e inclusive los diferentes métodos quirúrgicos desde la punción a la epididimotomía. En mis casos después de efectuar la punción aspiradora para hacer los cultivos inyecto  $\frac{1}{2}$  gr. de estreptomina diluidos en 3 cc. de suero, un poco en el propio epidídimo y el resto infiltró la porción periepididimaria, con resultados muy halagadores no sólo en la regresión del dolor, sino también en el proceso flogístico, sin dejar de hacer el tratamiento general. Con eso cremos evitar los métodos cruentos que dejaríamos solamente para los procesos supurados y para tratar las secuelas como la obstrucción de los canales epididimarios y conducto deferente, accidentes que veríamos muy reducidos en número. A este respecto, recientemente he operado tres pacientes haciéndoles la vasoepidídimo-anastomosis lateral intraepididimaria como la preconiza el prof. Trabucco y tengo en preparación otros dos más cuyos resultados comunicaré próximamente a esta sociedad.

c) Formas Crónicas: Por fortuna también raras, son secundarias a las formas agudas mal tratadas o en las recidivantes, éstas van por lo general a la supuración por lo que el drenaje se impone.

Generalmente la epididimitis colibacilar no es grave, sin embargo se exige un diagnóstico y tratamiento precoz, para que no pasen de su faz subaguda con restitución "ad integrum" porque a menudo dichas infecciones ocuyen la luz del canal epididimario y conducto deferente con la secuela de la esterilidad parcial o total si es bilateral.

## CONCLUSIONES:

1) El 75,12% de los enfermos de epididimitis colibacilar tienen entre sus antecedentes afecciones intestinales agudas o crónicas.

2) Culminación de la afección en la época estival, acentuada en esta ciudad de una población abultada en esa estación precisamente con un alto porcentaje de portadores de afecciones intestinales.

3) Evitar en lo posible todo tratamiento cruento, resolverlo en forma precoz con antibióticos local y general que trae aparejado el alivio del enfermo y nos permite una solución más cómoda de cualquier secuela que hubiera quedado.

## BIBLIOGRAFÍA

- Castaño*. — Rev. Arg. de Urol. Año III. Pág. 94.  
*Castos y Greenway*. — V Cong. Arg. de Medic. Año 1935.  
*Dacevqeg*. — Journal D. Urologie. 1948. Vol. 54.  
*Crimaldi y Rubí*. — Rev. Arg. Urol. Año III. Pág. 348.  
*Graces y Engel*. — Journal Of Urology. Año 1950. Vol. 64. Pág. 601.  
*Iacaprato y Rolón*. — Rev. Arg. de Urol. Año III. Núm. 3 y 4.  
*Iacaprato*. — Rev. de la A.M.A. 1951. Pág. 629.  
*Surtaco*. — Rev. Arg. de Urol. Año II. Núm. 11 y 12.  
*Salleras*. — El Día Médico. 1936. Pág. 900.  
*Salleras*. — La Semana Médica. 1936. Pág. 1665.  
*Salleras*. — Rev. Arg. de Urol. Año V. Pág. 142.  
*Trabucco*. — Rev. Arg. de Urol. Año XVI. Pág. 488.  
*Trabucco y Bottini*. — Rev. Arg. de Urol. Año XX. 284.  
 The treatment of epididymitis by infiltration of spermatic cord With procaine hydrochloride  
 The Journal of Urol. Vol. 46. Pág. 748.

## DISCUSION

*Dr. Irazu*. — Cree en la importancia de la terapéutica gastrointestinal y en el estudio de la espermatogénesis.

*Dr. García*. — En la patogenia de las formas recidivantes conviene estudiar la existencia de lesiones prostáticas.

*Dr. Frenkel*. — Coincide con el Dr. Irazu. No se encuentra con tanta frecuencia lesión prostática.