

Asociación Médica Argentina

# Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXVII

ENERO-MARZO 1958

Números 1-3

Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Urología  
Buenos Aires, 2, 3 y 4 de Diciembre de 1958

*Presidente* . . . . . Dr. Constante Comotto

*Secretario* . . . . . Dr. Raúl J. Borzone

## TEMAS LIBRES

Servicio de Urología del Hospital Militar Central  
"Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich"  
Jefe: Dr. Luis M. Brea

### SIFILIS TESTICULAR

Por los Dres. JULIO A. MARQUEZ BUSTOS y RAUL GOYENA

Si bien aseguran Herman y Klander la existencia del *treponema pallidum* en el testículo de casi todos los sifilíticos, no es menos cierto que en la actualidad, las manifestaciones anatómicas y clínicas en dicha glándula son raras, debido fundamentalmente a la precocidad e intensidad de los tratamientos instituidos en el período primario. Con todo, cuando éstos son irregulares, es posible observar que sus lesiones luéticas radicadas en el testículo presentan un cuadro atípico si a esto se agrega la posibilidad de infección concomitante; es decir que se desvía de la sintomatología clásicamente descrita, para adquirir caracteres que pueden hacer confundir el diagnóstico etiológico.

La evolución crónica y la escasez de manifestaciones dolorosas son las premisas casi necesarias para asegurar ante un enfermo con pasado sifilítico y desde el punto de vista clínico, la existencia de una orquitis específica. Claro está, que no consideramos hasta ahora y ex-profeso, los elementos de juicio

que aportan el laboratorio y el tratamiento de prueba que serán en definitiva los que confirmarán o no nuestra presunción.

Según Mracek y Emery la entidad nosológica que estamos comentando presenta habitualmente una forma mixta, esclero-gomosa, aceptando aunque excepcionalmente la iniciación aguda.

El enfermo que motiva esta comunicación refiere que comenzó su padecimiento hace 8 días atrás, con aumento del contenido escrotal derecho y con dolor intenso que se irradiaba siguiendo la trayectoria de los nervios del cordón inguinal. Fué medicado en la iniciación de su proceso, fuera de este hospital, con distrepticina a la dosis de un frasco ampolia cada 24 horas. Como no obtuviera mejoría concurre a nuestro servicio donde se comprueba el siguiente estado actual:

Núcleo situado en parte media del borde posterior, del tamaño de un carozo, de superficie irregular, de límites poco precisos, de consistencia dura, exquisitamente doloroso a la palpación, que hace cuerpo con el testículo pero no con el epidídimo al cual rechaza.

No se comprueba líquido en la serosa vaginal.

Deferente libre. Próstata normal para la edad del enfermo, 40 años. Debemos agregar como antecedentes, pleuresía derecha a los 8 años de edad.

Mientras llegan los análisis solicitados al laboratorio se indica dihidroestreptomocina un gramo diario durante diez días.

Ocho días después volvemos a ver al enfermo habiendo calmado en parte su dolor, pero permaneciendo estacionarias sus manifestaciones físicas.

Los análisis de laboratorio son los siguientes:

Reacción de Hudlenson negativa.

Galli Mainini negativa.

Kahn positiva (presuntiva) Bacteriol directo negativo.

Interrogado nuevamente, orientándonos hacia una infección sífilítica recuerda haber tenido una lesión erosiva en el glande, hace 20 años que ha dejado una mácula hipercrómica y que se trató en forma discontinua con iodobismutato de quinina.

En base a estos nuevos elementos de juicio, se le medica con 1.000.000 de unidades de penicilina por día y dos inyecciones semanales de canfo-carbonato de bismuto.

Fueron suficientes 25 días de tratamiento para borrar por completo las lesiones antes descritas y negativizar la Reacción de Kahn. Se continúa con el bismuto como consolidación de su terapéutica.

Como se ve hay dos elementos que resaltan en esta historia clínica: proceso agudo y dolor. Interpretamos el síntoma dolor como consecuencia de una infección agregada ya que se atenuó con la administración de dihidroestreptomocina, antibiótico de amplio espectro que, como sabemos, no influye en el proceso luético. También puede pensarse que el dolor fué debido a un incipiente infiltración del epidídimo, no demostrable por la palpación.

En cuanto a la iniciación aguda ya hemos citado anteriormente, que hay autores que la aceptan aunque en forma excepcional.