

ABERRANCIA ESPLENICA Y ECTOPIA TESTICULAR

Por los Dres. NATALIO CARTELLI y J. A. MOCELLINI ITURRALDE

Un joven de 22 años concurre a la consulta, por ectopía testicular bilateral. Ha sido sometido en repetidas oportunidades a tratamiento hormonal, por esta su afección congénita, sin obtenerse resultado. Los caracteres sexuales secundarios están conservados, no presenta retardo en el desarrollo somático.

Su examen semiológico nos permite comprobar la ausencia del contenido escrotal.

La glándula izquierda es palpable durante los esfuerzos a nivel del orificio interno del conducto inguinal, la derecha no se encuentra a pesar de repetidos exámenes.

Se le indica la intervención quirúrgica que se realiza el día 21-IV-59. Cirujano: Dr. Mozellini Iturralde. Ayud.: Dr. Eraso.

Se incide la región inguinal izquierda y se encuentra obstruyendo el orificio inguinal una formación fusiforme de 6 cms. en su diámetro mayor, de superficie lisa, la mitad inferior con aspecto de testículo recubierto de una membrana albugínea típica, sólo hace relieve el epididimo, arrollado de forma tal que su cola, habitualmente próxima al polo inferior de la glándula, está aquí sobre la línea media y la cabeza sobre el polo inferior de la formación por probable rotación insuficiente.

La parte superior, morfológicamente similar a la anterior, es de color pardo rojizo, el límite entre ambas está dado por la coloración que diferencia el órgano en dos partes casi simétricas.

Toda la formación intraabdominal está recubierta por peritoneo que le forma un meso en el cual transcurren los vasos, independientes para ambos segmentos.

Se procede a la desperitonización de la mitad superior, se ligan los vasos, y se extirpa este segmento en su totalidad, quedando en la superficie cruenta, la albugínea testicular despulida, se controla la hemostasia y se recubre el peritoneo previamente liberado.

La pexia no puede completarse por cortedad del cordón, y queda la glándula conservada en el conducto inguinal para un posterior tratamiento complementario.

El examen histológico del segmento resecado, lo efectuó el Profesor Monserrat quien informa:

Macroscopía: Se recibe para el examen una formación nodular redondeada que mide 16 mm. de diámetro. La superficie es lisa, con una cápsula mateblanquecina; se efectúa un corte medio y nos muestra una superficie de sección rojiza, con caracteres morfológicos que permiten identificar como bazo.

Técnica: Cortes por congelación para efectuar técnica de impregnación argéntica según técnicas de Río Hortega. Inclusión en parafina, coloreando los preparados con hematoxilina-eosina, métodos tricrómicos de Masson, y Mallory. Técnica de Mac Mannus.

Microscopía: La observación panorámica muestra una cápsula fibrosa con algunas fibras musculares y un parénquima en el cual se identifica claramente las estructuras que corresponden al tejido esplénico en una distribución citoarquitectónica normal, con formaciones infoideas y pulpa roja.

Diagnóstico: Bazo heterotópico, con estructura normal.

COMENTARIOS

La presencia de vasos supernumerarios no es infrecuente, se los encuentra localizados entre el lugar de origen embriológico y el de su posición definitiva o sus vecindades, es decir en el trayecto que media entre la curvatura mayor

del estómago, y el hipocondrio izquierdo. Para ser más precisos, en el epiplón gastro esplénico, pancreático esplénico, grasa perirrenal y epiplón mayor.

Su número y tamaño también varían, desde el único hasta los múltiples en este caso de tamaño semejante o dispar.

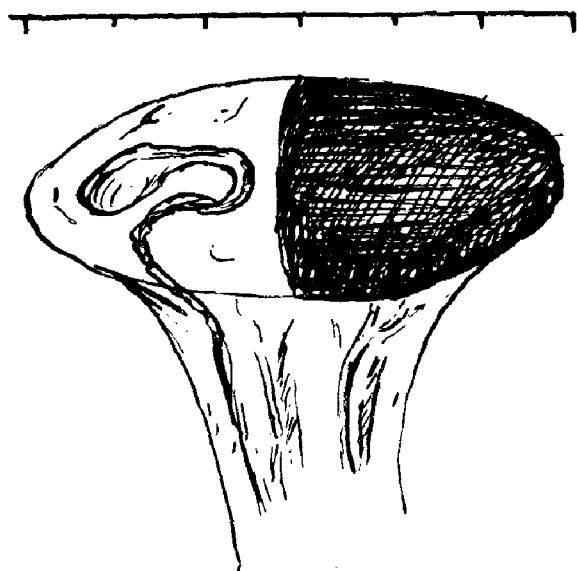


Figura 1

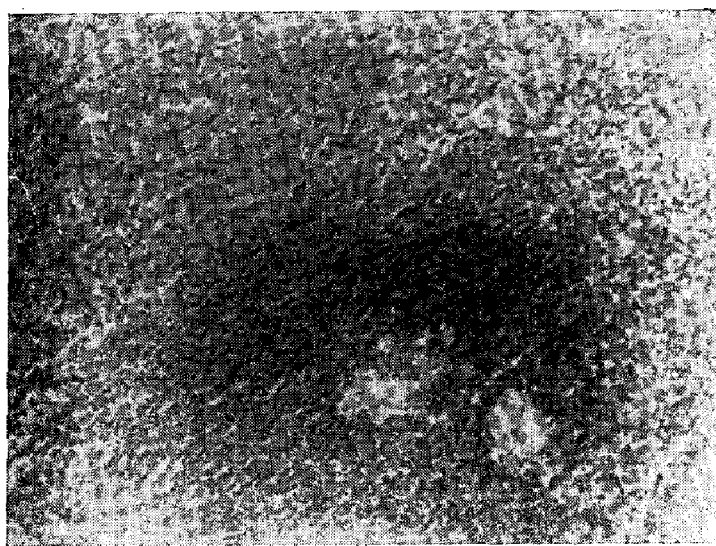


Figura 2

Pulpa blanca mostrando un corpúsculo linfoideo y en el centro la arteriola.

La malformación que presentamos es sin duda poco común; ni ontogénica ni filogenéticamente hay comunidad de origen o desarrollo entre bazo y testículo, lo que justifica la rareza de la misma. Se explicaría según Daniel, por una anormal adherencia entre la gonada con uno de los numerosos núcleos

del esbozo esplénico, el cual sería arrastrado por el testículo antes de que estos órganos, se transformen de retro a intraperitoneales. Perruchio en cambio expone una teoría de tipo vascular. En la literatura extranjera hay 30 casos de uniones espleno gonadales, 3 con ovario, el resto testiculares y de estos sólo 12 del tipo del descrito, es decir de unión entre ambos segmentos sin interposición de cordones fibrosos.

En la nacional el Dr. Alsina, presenta en esta sesión, uno similar al nuestro.

CONCLUSIONES

Se trata de una rara malformación que debe ser tomada en cuenta, su diagnóstico ha sido siempre operatorio o necrópsico.

En casos como el relatado no deben escatimarse esfuerzos en pos de la conservación del testículo, si es posible liberado del nódulo esplénico.

BIBLIOGRAFIA

1. *Fevre M.* — La chirurgie en cas de ectopies difficiles. *J. Chir.* 77:194/1959.
-