

ENCARCELAMIENTO DE EPIPLON EN EL ESCROTO

Por los Dres. JULIO A. MARQUEZ BUSTOS y CARLOS M. AGUIRRE

Lo imprevisto de un hallazgo quirúrgico nos faculta a presentar esta breve comunicación cuyo único valor, ya que de por sí es sencilla, radica en no haber sido expuesta en la literatura a nuestro alcance; máxime en la región escrotal tan rica en datos semiológicos que conducen con mucha probabilidad a un diagnóstico de certeza.

Se trata de un internado en nuestro servicio. Hist. clínica 2525, de 68 años de edad, cuyo único antecedente de interés es el haber sido operado hace 2 años de una hernia inguinal izquierda, que cree ser de la misma época de su operación, pero que ahora le trae mayor malestar durante la marcha. La forma de aquélla es la de una pera grande, blanda, abollonada, ligada al testículo ,pero no así a los planos superficiales, mate, opeca, irreductible, sin disminuir de tamaño con la posición de Trendelenburg ni aumentaba con los esfuerzos ni la mipedestación.

Los orificios inguinales demostraban su continencia.

El testículo aunque formando parte de esa tumoración, podía palpase, en la parte inferior de la bolsa, con sus caracteres normales, ocurriendo cosa similar con el epidídimo y deferente.

Los análisis rutinarios, la reacción de Galli Mainini negativa nada nos clarifican procediendo en consecuencia a la intervención quirúrgica con un diagnóstico probable de lipoma, sabiendo que éstos se hallan asentados casi siempre en el cordón inguinal. Un hematoma organizado se descartó por la falta del antecedente traumático y su consistencia discordante. El paciente no lo podemos en definitiva encasillar en forma absoluta en ninguno de los cuadros descriptos exhaustivamente en el trabajo de los Dres. Brea y Lucano.

Con una incisión inguino-escrotal se opera el 4 de noviembre 1961 y nos hallamos ante un tumor de caracteres semejantes a los descriptos en el examen externo, constituido por varios lóbulos que adheridos a los vasos del cordón le dan cierta fijeza y la apariencia de formar parte del testículo como dijéramos al comienzo. Debemos dejar constancia que al segundo día de operado presenta un gran hematoma que es necesario drenar. Luego de un mes de internado se va de alta sin ningún otro contratiempo.

La pieza quirúrgica es la que presentamos a continuación, cuyo informe histopatológico efectuado por el Dr. Enrique Rivero manifiesta: "el material corresponde a un tejido conjuntivo fibroso pobre en núcleos y célula adiposo, con numerosos vasos sanguíneos dilatados, congestivos y algunos rodeados de infiltrados linfocitarios. En otros campos el tejido conjuntivo es laxo y en zonas edematoso. En resumen se trata de tejido de origen herniario, epiplocele".

En lo concerniente a sus dimensiones son de 15 cm. altura por 10 de ancho.

De lo que antecede surge un comentario raro pero elocuente, durante la hernioplastia se dejó por causas ignoradas un resto del contenido herniario y que no sufrió como sería lo normal el esfacelo probablemente por una rica red de vascularización permitió su supervivencia, constituyendo como es dable observar una evolución distorsionada que impidió por su rareza el diagnóstico acertado.