

## GRANULOMA ESPERMÁTICO

Dres. Medardo E. Ocariz y Adolfo H. Mosto.

Es una enfermedad del epidídimo ocasionada por la invasión del intersticio por el espermatozoide. Aparentemente es poco frecuente pues no se halla descrita en la mayoría de los libros de urología y según la literatura consultada, el primer trabajo sobre el tema lo publicó Oberndorfer en 1931, presentando un caso; le siguieron dos observaciones de Orsos en 1941 y de Steinberg y Strauss (1 caso) en 1947. En el año 1956 la exhaustiva revisión bibliográfica realizada por Glassy y Mostofi, arroja un total de 26 casos, pero estos autores asegurando que no es una patología tan rara como parecía hasta entonces, presentan 61 granulomas espermáticos hallados en 60 pacientes del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de E. E. U. U. de Norteamérica.

Por otra parte, en 350 autopsias rutinarias del Milwaukee County Hospital se encontraron 5 granulomas espermáticos y Sundarasivarao presenta 2 casos hallados en un grupo de 50 autopsias.

En la bibliografía urológica argentina que se consultó, no ha sido publicado hasta el momento ningún caso de granuloma espermático del epidídimo.

**Caso Clínico:** E. E. de 37 años, casado, 2 hijos. Sin antecedentes patológicos dignos de mención.

**Enfermedad actual:** Comienza una semana antes de la consulta, en forma brusca, con intenso dolor de tipo punzante, localizado en el contenido escrotal derecho e irradiado a la región inguinal homolateral, que apareció inmediatamente después de un coito. Toda la enfermedad transcurrió afebril.

**Examen físico:** Se trata de un paciente en buen estado general y cuyo examen no revela patología alguna, excepto a nivel de sus órganos genitales:

Pene normal. Escroto normal. Testículo, epidídimo y cordón izquierdos normales. El epidídimo derecho tiene en la región de la cola una tumoración muy dolorosa redondeada, de 3 cm. de diámetro, dureza elástica y superficie lisa, que hace cuerpo con el polo posterior del testículo, que es de caracteres normales. Próstata normal y vesículas seminales no palpables.

Análisis de sangre y orina normales.

Como el dolor no cedió con el tratamiento instituido (antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios) y la tumoración persistía con iguales caracteres que los del primer día, impidiendo al paciente la realización de sus tareas, se resuelve explorarlo quirúrgicamente con el diagnóstico de tumoración de cola de epidídimo de origen no determinado.

**Operación:** Se efectúa con anestesia infiltrativa regional de la raíz de las bolsas. Se disecciona una tumoración blanquecina que asienta en la unión epidídimo-deferencial, adherida a la albugínea del polo posterior del testículo (fig. 1-A). Se efectúa sección entre ligaduras del deferente y del epidídimo y se reseca un casquete de albugínea (fig. 1-B) que permite comprobar la indemnidad de la sustancia testicular; la albugínea se sutura luego con algunos puntos separados (fig. 1-C). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

**Anatomía Patológica:** Se observa: epidídimo constituido por tubos con epitelio cilíndrico y estroma fibrilar colágena mostrando en su interior abundantes acúmulos de espermatozoides. La invasión estromática de espermatozoides provoca reacción celular reparativa, en forma de infiltrados de histiocitos, linfocitos y plasmacélulas, más evidentes en los sectores periféricos.

Los tubos epididimarios no presentan alteraciones parietales previas. Su epitelio exhibe células iguales y regulares apoyadas sobre basal uniforme.

## GRANULOMA ESPERMÁTICO

En zonas alejadas de la lesión no se encuentran otros focos inflamatorios ni lesiones cicatrizales. Asimismo, no hay dilataciones tubulares.

**Diagnóstico histopatológico:** Granuloma espermático relativamente reciente.

En este caso la respuesta inflamatoria es de tipo subagudo con la particularidad de su limitación periférica y la presencia de células histiocitarias y monocitos en gran cantidad, todos con tendencia a la disposición folicular. Las tinciones para bacterias y hongos fueron negativas.

## COMENTARIOS

Del estudio de los casos presentados por diversos autores, se deduce que es una patología de los hombres jóvenes (alrededor de la tercera década en su mayoría), aproximadamente un tercio de ellos tenían antecedentes de epididimitis, otros habían sufrido intervenciones de cirugía urológica y algunos recibieron traumatismos. No hubo predominio apreciable entre el lado derecho o el izquierdo y muy pocos fueron bilaterales. Los síntomas observados con mayor frecuencia fueron: dolor y tumoración. La forma de aparición en algunos pacientes fue aguda, mientras que en otros se trataba de formas crónicas. Los diagnósticos con que se operó a estos enfermos, fueron en orden de frecuencia: epididimitis, tumor de testículo o epidídimo, hidrocele y espermatocele.

## ANATOMIA PATOLÓGICA

a) **Macroscopía:** El tamaño puede variar entre 3 mm. y 3 cm. de diámetro. La localización más frecuente es la cabeza del epidídimo, le siguen la cola y el cuerpo. Es nodular, elástico, superficie de corte blanquecina, con áreas amarillentas más blandas que el resto.

b) **Microscopía:** Las lesiones difieren según el tiempo de evolución, desde un granuloma pobremente formado (formas agudas), hasta una densa reacción hialina del estroma rodeando pequeños focos de esperma (que permanecen morfológicamente intactos por largo tiempo) y pasando por las formas intermedias típicas granulomatosas similares a la tuberculosis pero sin necrosis central. Condición fundamental para un diagnóstico correcto, es haber descartado la presencia en las lesiones, de bacterias, hongos y parásitos.

## FISIOPATOLOGIA:

El mecanismo por el cual el esperma invade el intersticio del epidídimo no está aún plenamente aclarado, pero hay que considerar dos factores predisponentes: 1) lesión del epitelio tubular (inflamatoria o traumática) y 2) aumento de la presión intraductal. La reacción granulomatosa del estroma ante la presencia extraña del esperma ha sido confirmada por estudios experimentales que parecen demostrar la responsabilidad específica de ciertos lipoides, subproductos de la desintegración espermática, muy parecidos a los hallados en el bacilo de Koch, lo cual explicaría en parte la similitud de apariencia de ambas reacciones granulomatosas.

## RESUMEN:

Se presenta un caso de granuloma espermático del epidídimo, efectuando consideraciones sobre su frecuencia, caracteres clínicos, anatomía patológica y fisiopatológica.

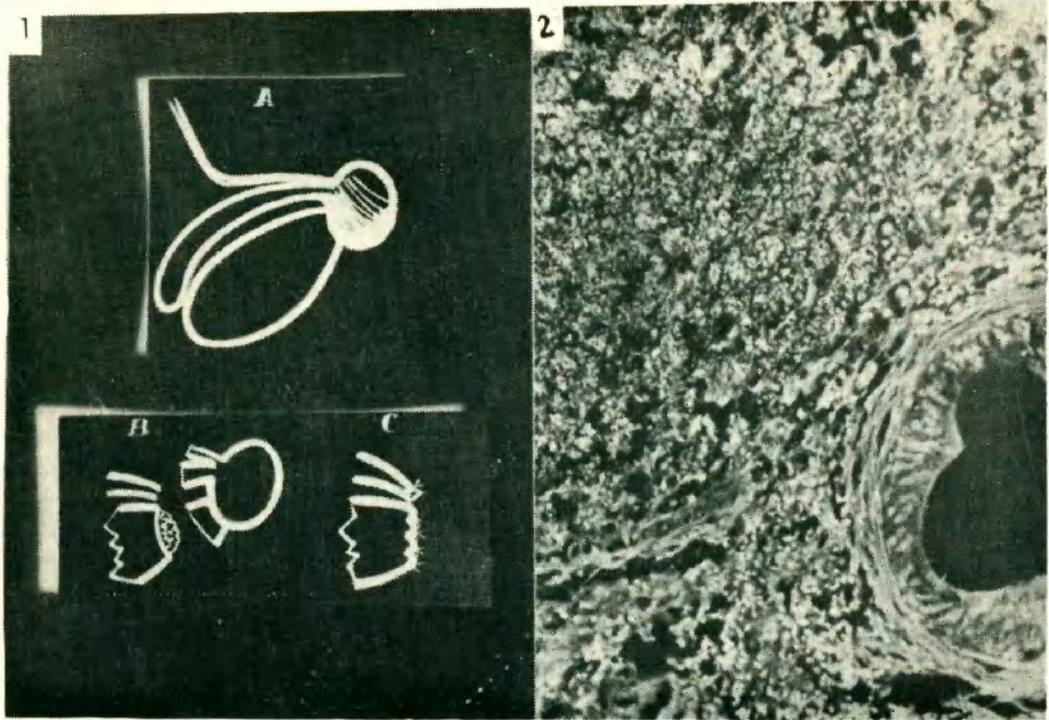


Fig. 2 - Pared de tubo epididimario normal; en el interticio hay una importante infiltración de espermatozoides rodeado de elementos de reacción inflamatoria.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Bayle, H.: Masculine Sterility, Latero-lateral Epididymo Deferens Anastomosis in Azoospermia by Obliteration. *Urol. and Cutan. Rev.* 54: 129, 1950.
- 2) Cronqvist, S.: Spermatic Invasion of the Epididymis. *Acta path. et microbiol. Scandinav.* 26: 786, 1949.
- 3) Friedman, N. B. and Garske, G. L.: Inflammatory Reactions Involving Sperm and the Seminiferous Tubules; Extravasation, Spermatic Granulomas and Granulomatous Orchitis. *J. Urol.* 62: 363, 1949.
- 4) Glassy, F. J. and Mostofi, F. K.: Spermatic Granuloma of the Epididymis. *Am. J. Clinic Path.* 26: 1303, 1956.
- 5) Graves, R. S. and Engel, W. J.: Experimental Production of Epididymitis with sterile urine. *J. Urol* 64: 601, 1950.
- 6) Lyons, R. C., Petre J. H. and Lee C. N.: Spermatic granuloma of Epididymis. *J. Urol.* 97: 320, 1967.
- 7) Orsos, F.: Die Spermainvasion. *Virchows Arch. path. Anat.* 307:352, 1941.
- 8) Rieger, I. T. and Fuller, R. H.: Spermatic Granuloma of Epididymis: Case Report. *J Urol.* 69: 89, 1953.
- 9) Russell, M. and Friedman, N. B.: Studies in General Biology of Sperm: Experimental Production of Spermatic Granuloma. *J. Urol.* 65: 650, 1951.
- 10) Steinberg, J. and Straus, R.: Sperm Invasion of the Epididymis. *J. Urol:* 57: 498, 1947.
- 11) Sundarasivarao, D.: Spermatozoal Granuloma of the Epididymis. *J. Path. and Bact.* 69: 324, 1955.

## Tercera Sesión - 27 de junio de 1968

**ASUNTOS ENTRADOS**

Sr. Secretario (Dr. Rubí). Comunican la constitución de sus nuevas comisiones directivas la Sociedad Uruguaya de Urología, la Sociedad Brasileña de Urología y la Sociedad Argentina de Broncoesofagología.

El Secretario de la Sociedad Chilena de Urología informa que durante los días 5 a 7 de diciembre próximo se realizarán las Jornadas Chilenas de Urología. Acompaña el programa de reuniones y temas.

En el Hospital Rawson, en la cátedra a cargo del Prof. Lisandro Sánchez Sañudo, todos los viernes a las 9,30 se realiza un Ateneo de Urología.

Las Primeras Jornadas Argentinas de Microbiología se realizarán en la Facultad de Medicina, del 24 al 28 de noviembre próximo.

La Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Bs. As. solicita se contemple la posibilidad de confeccionar de común acuerdo un calendario científico urológico para las actividades del año y evitar así la superposición de congresos, reuniones, etc. La mesa directiva ha estudiado esta propuesta y está de acuerdo en la realización de esas reuniones.

El Dr. César Alberto Leonardelli ha presentado su solicitud como miembro adherente. Estando en condiciones reglamentarias, se lo acepta.

**SESION QUIRURGICA**

Sr. Presidente (Dr. Borzone). Comentarios y disertación sobre las operaciones realizadas durante la sesión quirúrgica, por el Dr. Alberto J. Claret.

Dr. Claret. Agradezco a la mesa directiva la honrosa distinción que ha tenido hacia el Servicio de Urología del Policlínico de Avellaneda y a los distinguidos urólogos que esta mañana cruzaron el Riachuelo y nos acompañaron durante la mostración realizada en el Servicio.

El programa estuvo constituido por 4 casos, dos uronefrosis, una litiasis ureteral y una enferma portadora de una litiasis renal y una estenosis del meato ureteral.

El primer caso de uronefrosis me tocó resolverlo a mí. Se trataba de una bolsa uronefrótica, una bolsa piélica bastante grande pero con un riñón funcionando. El abordaje por vía lumbar, como acostumbramos a hacerlo, en el último espacio intercostal prolongado al abdomen mostró la bolsa piélica y la obstrucción que estaba determinada por un vaso arterial y un vaso venoso que cruzaban el polo inferior renal. Se clampeó estos elementos vasculares mostrándose su escasa irrigación y se procedió a la ligadura y sección de los mismos. La bolsa no desapareció y entonces, nos vimos abocados a abrir la pelvis para comprobar que ocurría a nivel del ostium piélico. Había un espólón mucoso, que fue necesario abrirlo y efectuar una exéresis bastante amplia de la bolsa y una plastia de la unión urétero-piélica, dejando un tutor que quedará allí alrededor de 7 días. Esperamos que la evolución de la enferma será satisfactoria y pueda resolverse en forma conservadora el problema de la uronefrosis.

El segundo caso era una uronefrosis en riñón izquierdo en un hombre que también era portador de un adenoma de próstata. Los exámenes realizados demostraban que ese riñón no funcionaba y en el renograma no había captación de yodo en el lado izquier-

do. Se practicó una exéresis mediante clampeo del pedículo y ligadura. Se trataba de un riñón lobulado muy largo, con aspecto de riñón fetal y no pudimos determinar la causa que había provocado la uronefrosis. La exéresis se hizo sin dificultades.

En el otro quirófano, el Dr. Aguirre resolvió un caso por vía endoscópica. Se trataba de una mujer que concurre a la consulta hace 18 meses, después de haberse asistido en otro medio hospitalario donde se le propuso efectuarle una plástica renal izquierda. El examen practicado por el Dr. Aguirre determinó una conducta totalmente diferente, por cuanto el urograma puso de relieve una estenosis puntiforme del meato ureteral derecho. El Dr. Aguirre, por vía endoscópica, resolvió el problema del lado derecho. Más adelante, se verá si es que se puede resolver en forma conservadora el problema que afecta al riñón del lado izquierdo.

El último caso de la mañana le correspondió también al Dr. Aguirre quién con gran habilidad trató un pequeño lito de uréter enclavado. Se trataba de una mujer joven, que desde hace dos meses está con cólicos subintrales. Se había intentado resolver el problema por vía endoscópica, con cateterismo, pinzas, etc. vale decir, en forma incruenta pero ante el fracaso de esa conducta, esta mañana se la intervino quirúrgicamente y se le extrajo un cálculo pequeño más chico que un grano de arroz.

Agradezco a todos su presencia, la incomodidad derivada de un largo viaje y la distracción de unas horas tan útiles para todos ustedes.

Sr. Secretario (Dr. Rubí). Acaba de llegar una comunicación de la Asociación Cooperatora del Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado invitando a un curso que sobre Rehabilitación del Parapléjico habrá de celebrarse del 10 al 17 de julio.

Sr. Presidente (Dr. Borzone). Presentación de enfermos, radiografías e instrumental.

- El Dr. Claret muestra las placas radiográficas de la enferma tratada por el Dr. Aguirre en la sesión quirúrgica de la mañana.

- El Dr. Pagliere proyecta diapositivas relacionadas con el trabajo que presentara en la sesión anterior sobre Aneurismas de la arteria renal.