

teral uni o bilateral (9,5 %), en 3 signos de pielonefritis crónica (4,1 %), igual número con distensión vesical (4,1 %), 2 con diverticulosis (2,7 %), 1 con uronefrosis (1,3 %), siendo las 57 restantes normales 77,4 %).

En las uretrografías retrógradas y miccionales se observó dilataciones preestricturales, sobre todo en las niñas, donde se observa la característica forma de remolacha.

Consideraciones

La forma de la uretra es tubular, pudiendo su luz disminuirse por causas internas, parietales y externas.

He observado entre las primeras: litiasis endouretral.

En el segundo grupo se encuentran las: 1) Congénitas, dadas por anomalías de su evolución embriológica, totales o parciales (meáticas, retromeáticas o próximas al cuello); 2) Adquiridas: a) de origen inflamatorio —bacterianas, micóticas o parasitarias. b) de origen endócrino —granulomas en la uretritis senil y prolapso uretral. c) traumáticas, por partos prolongados o distócicos y como secuela de intervenciones quirúrgicas de fistulas o divertículos uretrales. d) tumorales —benignos y más raramente malignos.

Y finalmente las externas o compresivas, siendo aquí la patología ginecológica el factor condicionante más importante de esta localización. He registrado tumores de vulva y de cuello uterino; fibroma cervical; histerocele (que en un caso llegó a la retención completa de orina). En este grupo como hecho curioso de destacar por su rareza citaré un hematocolpos en una niña de 13 años y un fecaloma en una persona mayor que hacía varios días era sondada periódicamente a fin de evacuar su vejiga.

Resumen

Se presenta el estudio de 73 pacientes del sexo femenino, con diagnóstico de estrechez uretral y se hace referencia a su estudio, tratamiento y resultado de los mismos.

Servicio de Urología
Hospital Italiano

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 41 - Año 1972

TORSION DE LA HIDATIDE DE MORGAGNI

Por los Dres. JUAN JOSE SOLARI, JOSE MARIA CASAL y ALBERTO MUZIO.

En nuestro país debemos considerar los aportes de Grimaldi en 1928; Mathis en 1944; Trabucco y Ortiz en el mismo año; Claret y Goldaracena en 1950; Alvarez Colodrero y Goldaracena en 1954; las consideraciones sobre el tratamiento conservador en las torsiones testiculares realizadas por Trabucco, Borzone y Correa en 1953; Goldaracena y Fazio presentaron un caso en 1959. El trabajo más reciente pertenece a Casal, Muzio y Solari que data de 1969 y al cual remitimos para la bibliografía extranjera.

La hidátide de Morgagni presente en el 90 % de los hombres, es llamada también apéndice testicular; es una formación de aproximadamente 2 a 8 mm. de diámetro muy vascularizada.

Breve repaso embriológico

1) Testículos: Se originan a partir de la masa epitelial profunda de la cresta genital, cuyo origen es el epitelio celómico diferenciado.

2) Conductos de Müller: corren en el hombre a lo largo de la superficie externa del mesonefros. Los conductos de Müller comienzan a desaparecer en el hombre alrededor del tercer mes y sólo quedan sus dos extremos: a) el cefálico que se fija al testículo y da origen al "apéndix testis" o hidátide de Morgagni. b) El caudal formará el utriculo prostático y el veru-montanum.

Por su parte el mesonefros dará origen al apéndice epididimario o vasa aberrans y al paradidimo u órgano de Giraldes.

Histología

La hidátide de Morgagni está formada por tejido fibroso vascular que contiene en su interior un canal, o lo que es más frecuente, fragmentos canaliculares tapizados por epitelio cilíndrico simple, en ocasiones ciliados.

Macroscópicamente se puede observar un pedículo de longitud variable, entre 5 y 6 mm. y hasta 3,5 cm. Raras veces se la encuentra íntimamente adherida al polo superior del testículo.

Existen otras formaciones embrionarias que son: el apéndice pediculado del epididimo, que es un vestigio de la porción cefálica de los túbulos colectores mesonefricos; el órgano de Giraldes o paradidimo, que es la porción caudal de los mismos túbulos y generalmente se encuentra en la parte inferior del cordón espermático; por último, el órgano de Haller o vasa aberrans del mismo origen, ubicado en el surco epididimo-testicular.

Cuadro clínico

La torsión de la hidátide de Morgagni es un cuadro de comienzo brusco, asociado generalmente a un traumatismo de las bolsas o región inguinal de pequeña intensidad. Asimismo el origen puede ser el caminar o el cruzarse de piernas; finalmente se han descrito casos espontáneos en los cuales no existe antecedente traumático alguno.

El síntoma constante es el dolor localizado en el escroto o región inguinal; raras veces en hipogastrio. Es un dolor continuo, de comienzo brusco, intenso y progresivo. Se le agregan enrojecimiento de la piel de la zona, sensibilidad dolorosa muy aumentada del escroto y cabeza de epididimo, edema del escroto y en la mayoría de las veces, luego de un período de tiempo que varía entre 2 y 3 días, se desarrolla un hidrocele de tipo reaccional de moderada magnitud.

Cuando el cuadro es de iniciación reciente se puede palpar en la porción ánterosuperior del testículo una tumoración de 1 cm. de diámetro, muy dolorosa, que corresponde al apéndice infartado. Generalmente no hay repercusión sobre el estado general y si no se efectúa tratamiento el cuadro cede espontáneamente, pero nunca antes de una o dos semanas.

Existen otras formas clínicas, no tan infrecuentes como se cree, con poca o ninguna sintomatología: son las llamadas formas frustras.

El diagnóstico semiológico de certeza es prácticamente imposible, salvo que se palpe la tumoración infartada. La secuencia cronológica dolor-hidrocele-falta de repercusión testicular del proceso es muy orientadora, pero en casi todos los casos el diagnóstico final de certeza es quirúrgico.

Los diagnósticos diferenciales más comunes se deben hacer con: 1) Epididimitis aguda. 2) Torsión del cordón espermático 3) Orquitis aguda 4) Absceso central del testículo 5) Torsión de los otros apéndices embrionarios

(prácticamente imposible) 6) hernia inguinal estrangulada o atascada 7) apendicitis herniaria aguda.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico es de elección, ya que desaparece el dolor inmediatamente, produce la rápida rehabilitación del paciente, representa una mínima intervención y constituye la profilaxis de recidivas.

Se abre la bolsa escrotal, se localiza el apéndice infartado, se procede a su exéresis previa ligadura y cierre del escroto dejando drenaje.

Algunos autores preconizan eliminar quirúrgicamente todos los apéndices embrionarios que se encontraren bilateralmente. Por último, si existiera hidrocele e inclusive aunque no lo hubiera se puede realizar la inversión de la vaginal y también orquidopexia.

El tratamiento médico se efectúa elevando las bolsas con el agregado de frío local antiinflamatorios y analgésicos. Puede ser efectivo, pero no previene recidivas.

Historia Clínica

L. R. D. H. Cl. 29.111.

Se trata de un niño de 9 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares ni personales de importancia. El cuadro había comenzado 5 días antes de la consulta; en forma brusca y luego de un movimiento rápido, con dolor y tumefacción de contenido escrotal derecho.



Al examen físico el paciente se mostraba afebril. El hemiescrotó derecho estaba aumentado de tamaño, edematizado y rubicundo; a la palpación era imposible reconocer elementos normales. Contenido duro, regular, sin aparente hidrocele; el cordón espermático se encontraba engrosado y doloroso. Entre los análisis de rutina lo único destacable fue la eritrosedimentación de 35 mm. en la primera hora. Se decide intervención de urgencia, bajo anestesia general. Incisión que desde la raíz del escroto llega a la región inguinal derecha; se libera el cordón y se exterioriza el testículo derecho con sus envolturas que parecen engrosadas; al abrir la vaginal se constata la presencia de discreta cantidad de líquido y la hidátide de Morgagni grande, de aspecto infartado, color rojo vinoso. Testículo y epididimo normales. Se procede a resecar la hidátide infartada, inversión de la vaginal y fijación del testículo a escroto. A continuación se efectúa incisión en hemiescrotó izquierdo y se exterioriza el testículo; se invierte la vaginal, ligadura y resección de la hidátide izquierda, fijación del testículo y cierre del escroto dejando drenaje. A los seis días el paciente fué dado de alta.

Anatomía Patológica

La pieza quirúrgica fue enviada al Dr. José María Monserrat quien nos informó: Infartamiento hemorrágico de hidátide de Morgagni. Ficha Nro. 38.467.

Conclusiones

Presentamos a vuestra consideración un caso más de torsión de la hidátide de Morgagni sacando las siguientes conclusiones:

1º) En nuestro caso el diagnóstico de certeza se realizó por medio de la intervención quirúrgica.

2º) Es digno de remarcar que al igual que en casos anteriores, la duda en cuanto al diagnóstico diferencial, se planteó fundamentalmente con una epididimitis.

3º) Ratificamos una vez más la necesidad y el valor de la exploración quirúrgica en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

SUMMARY

We offer to your consideration a case of torsion of Morgagni's hydattide that permits the following conclusions:

Ist.: It was the surgical intervention what permit us the certainty of diagnostic.

IIInd.: We must remark that as well as in former cases, the doubt regard to differential diagnosis was fundamentally with acute epididimytis.

IIIrd.: We ratify once more the necessity and importance of surgical exploration for the diagnostic and treatment of this pathology.

DISCUSION

Dr. Fazio. — Quisiera preguntarle cuánto tiempo de evolución llevaba ese paciente.

Dr. Casal. — Desde comienzos del año 1956.

Dr. Fazio. — Formulo esa pregunta porque me llama la atención la flogosis que presenta. Hemos tenido oportunidad de ver algunos casos de torsión de hidátide y hemos llegado al