

Hospital Ramos Mejía. Servicio de
Urología, Dr. GILBERTO ELIZALDE

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI
y ROBERTO A. RUBÍ

E P I D I M I T I S CRONICA DOLOROSA

ENTRE el número de enfermos portadores de lesiones epididimias de carácter crónico que desfilan por los servicios de la especialidad, han reclamado nuestra atención en los últimos tiempos, varios casos cuya sintomatología dominante era el dolor y cuya lesión está dada por una alteración sifilítica del pedículo vascular del epididimo.

El último de estos casos es el siguiente:

J. P. 39 años, argentino, soltero.

Antecedentes personales. — Siempre sano. No ha tenido blenorragia, ni proceso uretral alguno.

A los 22 años adquiere un chancro, sin bubón inguinal; al decir del enfermo, en aquel entonces las reacciones serológicas fueron negativas.

Enfermedad actual. — Se inicia hace 5 años, con dolor a nivel del testículo izquierdo, lo que le obliga a guardar cama durante 15 días; el órgano afectado aumenta gradualmente de tamaño hasta adquirir el de una naranja. Bajo la influencia del tratamiento instituido (vacunas, fomentaciones calientes, etcétera) disminuye de volumen, se hace menos doloroso y entra en un período de calma de año y medio, transcurrido el cual, comienza a sufrir de tarde en tarde, crisis dolorosas de tipo cólico, que iniciadas a nivel del testículo enfermo, se irradian hacia la región inguino-abdominal y flanco del mismo lado, abarcando, a veces, la región lumbo-sacra. Estas crisis duraban varias horas. No se acompañaban de modificaciones en el horario de las micciones, ni en el carácter de la orina. Radiografías del aparato urinario, practicadas entonces, fueron negativas en lo referente a litiasis.

Desde hace 6 meses un cuadro semejante se instala a la derecha, con los mismos síntomas, y desde entonces, las crisis se repiten, una vez de un lado, otra del otro, pero reduciéndose de más en más los períodos de reposo, hasta hacerse subintrantes. Anotemos que el lado más doloroso es el derecho.

Estado actual (Síntesis). — Orinas transparentes, sin filamentos en los dos vasos.

Uretra: nada de particular.

Hemi-escroto derecho: ligeramente aumentado de tamaño; hidrocele pequeño que no obstaculiza la semiología epidídimo-testicular. La glándula es normal. Epidídimo aumentado de tamaño en toda su longitud, con un nódulo caudal que engloba la porción inicial del deferente, doloroso espontáneamente y más a la presión; deferente, por arriba de ese nódulo, normal.

Hemi-escroto izquierdo: testículo, sin nada de particular. Epidídimo: aumentado, también, de tamaño, pero menos que el del otro lado, de superficie irregular, de consistencia dura, es muy sensible a la exploración. Cordón, normal.

Tacto rectal: próstata, nada digno de mención. Regiones vesiculares y ampular del deferente, libres.

En presencia de esta epididimitis crónica bilateral, con paroxismos dolorosos, discutimos el diagnóstico etiológico.

El enfermo niega toda afección uretral anterior. Sus orinas son ámbar. Cultivo de ellas previo masaje de próstata, negativo. Por ello descartamos la blenorragia.

La tuberculosis epididimiaria, a veces bilateral, se inicia, generalmente en forma insidiosa; localizada habitualmente en la cola, se extiende e invade en ocasiones todo el epidídimo, pero, coexiste casi siempre con lesiones análogas en el cordón, vesícula y próstata. Por otra parte, el síntoma dolor no es el que más se destaca en esta afección.

Dado el antecedente de su chancro se practica una reacción de Wassermann previa reactivación, que da resultado positivo, así como las Kahn standard y presuntiva.

Aleccionados por observaciones anteriores, teniendo en cuenta muy especialmente los caracteres del dolor, la negatividad del tacto rectal y el resultado de los exámenes serológicos, hacemos el diagnóstico de epididimitis sifilítica. Por ello se instituye tratamiento yodo mercurial, que proporciona al enfermo una notable mejoría que se mantiene durante tres meses, al cabo de los cuales, a pesar de no haber abandonado la medicación yodurada, reaparecen las crisis dolorosas del lado derecho, hasta constituir una verdadera invalidez. Se le propone, entonces, la epididimectomía, que el enfermo acepta.

El examen del líquido espermático muestra la ausencia de espermatozoides.

Intervenido, con anestesia local se hace una operación típica, reseándose un epidídimo, que fuera del aumento de tamaño y su mayor consistencia, no presenta nada de particular.

El examen anatomo-patológico muestra un intenso proceso de endoarteritis obliterante, de la mayoría de los vasos; al mismo tiempo hay arteritis y panarteritis de los vasos epididimiarios.

Numerosos acúmulos linfoideos se disponen en forma de creciente alrededor de esos vasos.

Ectasia de los conductos seminíferos de la cabeza y del cuerpo del epidídimo.

En síntesis, una neoformación inflamatoria sifilítica.

COMENTARIOS

La observación ya reptada de procesos sifilíticos localizados en los vasos epididimarios nos decide a presentar esta comunicación, ya que creemos que el examen anatómo-patológico sistemático de las piezas resecaadas demostrará su mayor frecuencia.

Como prueba de ello, recordaremos nuestra primera publicación al respecto; blenorragico y sifilítico antiguo, bien tratado, con una epididimitis crónica dolorosa de 2 años de evolución, con reagudizaciones repetidas, nuestro enfermo es intervenido con el diagnóstico de epididimitis crónica gonococcica.

El estudio del órgano extirpado, realizado por el Dr. Vivoli, nos depara una sorpresa al enviarnos el diagnóstico histo-patológico de "meso-epididimitis y paquivaginalitis crónica sifilítica".

En otro caso presentado al Ateneo de Urología, se trata de un colibacilar crónico, que en el curso de su enfermedad hace una epididimitis aguda muy dolorosa, rebelde a los tratamientos comunes y que se reagudiza en tres oportunidades en el curso de un semestre. Se interviene con el diagnóstico de epididimitis colibacilar. El examen anatomopatológico realizado por el Dr. Marano prueba que es idéntico al anterior.

En lo que se refiere a la conducta terapéutica seguida, creemos justificada la epididimectomía en estos casos, ya que el tratamiento antisifilítico aún prolongado y con las más diversas sales se muestra impotente y sólo da, a veces, calmas transitorias.
