

Hospital Alvear - Sala 6a.
Jefe: Prof. Dr. JUAN SALLERAS

Por el Doctor
IGNACIO V. ALBORNOZ

FUNICULITIS FLEGMONOSA

HISTORIA CLINICA.

L. G. 24 años, desocupado, checoslovaco.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega enfermedades de la infancia. Blenorragia hace un año que trató con inyecciones uretrales de permanganato de potasio, persistiendo gota matinal.

Desde hace un mes y medio a raíz de exceso genital reagudiza la infección uretral, que a los veintitrés días complica de epididimitis izquierda, muy dolorosa, con deferentitis. Se atiende en consultorio externo y se le prescribe el tratamiento habitual a base de revulsivos, autohemoterapia, etc.

Como los cuidados que le pueden proporcionar los compañeros son escasos y tiene él mismo que procurarse los alimentos, no puede guardar reposo y su epididimitis no cede.

Nota así que en región hipogástrica e inguinal, aparece inflamación: el deferente está muy engrosado. Simultáneamente tiene fiebre alta, anorexia y síntomas urinarios caracterizados por polaquirria diurna cada 30 minutos y nocturna de seis a siete veces, con ardor al final de sus micciones.

Por eso se interna.

ESTADO ACTUAL.

Sujeto febril, lengua saburril. Riñones y uréteres, examen físico negativo. Orinas globales: turbias con grumos. Uretra no se explora. Próstata: aumentada de volumen sin ser muy dolorosa. Vesículas seminales no se palpan. Genitales externos: bolsa izquierda aumentada de tamaño, tumefacta. Dolorosa a la menor presión. Cola del epidídimo está muy aumentada de tamaño y es muy dolorosa, continúase con un deferente del grosor de un dedo índice en toda la extensión, llegándose a tocar hasta en el conducto inguinal a través de los tejidos superficiales que están infiltrados, lo mismo que parte de la región hipogástrica. Temperatura 39°. Evolución: se le prescribe reposo y hielo. La zona infiltrada se va extendiendo hacia la pared anterolateral del abdomen. Llega a ocupar toda la región inguino-abdominal, sin presentar franca fluctuación.

A los seis días el estado general es igualmente malo. Localmente la defensa muscular dificulta la palpación que por otra parte es muy dolorosa. Parece, no obstante, percibirse profundamente, sensación de fluctuación. La punción resulta positiva y se resuelve drenar ampliamente.

OPERACION.

Anestesia local. Se practica incisión paralela al borde externo del recto anterior del abdomen y a un través de dedo por fuera y a la izquierda y a dos traveses por encima de pubis. Se seccionan piel y tejido celular. Por debajo de la aponeurosis de inserción de los músculos derechos del abdomen se encuentra una cavidad ocupada por pus y extendida casi hasta los límites de la región. Por debajo se comunicaba la parte externa con el conducto inguinal. Los elementos contenidos en él estaban muy aumentados de volumen pero conservaban aparentemente su integridad anatómica.

Se coloca tubo de drenaje y se aproximan los labios de la herida.

POST-OPERATORIO.

La temperatura desciende. Las curaciones son empapadas por pus amarillento de escasa fetidez y muy abundante los primeros días.

Después de quince días la herida se halla cerrada. El estado general mejorado y es dado de alta a los 22 días.

RESUMEN.

Es un hecho poco frecuente que la infección del deferente, propagada a los tejidos vecinos, tome una extensión tan grande. La infección se ha propagado en este caso por la pared posterior del conducto inguinal que, como sabemos, en su parte media está formado solamente por la fascia transversalis. Luego se ha extendido entre ésta y el músculo transverso hasta llegar a ocupar toda la región inguino-abdominal.

Por eso para llegar al absceso fué menester abrir la aponeurosis de inserción de los músculos transversos y oblicuo menor que forman el tendón conjunto.
