

Por los Doctores

JOSE S. DOTTA y
TOMAS DELPORTE

S O B R E U N C A S O D E H E M A N G I O M A E P I D I D I M A R I O

EN contraposición a la gran frecuencia con que se observan lesiones inflamatorias agudas o crónicas del epidídimo, la localización en ella de procesos neoplásicos es extraordinariamente rara, y más aún la existencia de tumores de naturaleza benigna.

Scalfi había reunido hasta el año 1936-58 casos de observaciones publicadas de tumores epididimarios, de los cuales sólo 18 eran benignos; desde entonces hasta la fecha hemos reunido 14 publicaciones de tumores epididimarios de las cuales 8 se refieren a tumores benignos.

Nuestra observación se trata de un tumor angiomatoso del epidídimo, habiéndose publicado hasta la fecha tres casos más de tumores de esta naturaleza —los de Ardouin en 1911, Hosford en 1932 y el de D'Avreu en 1936.

Historia Clínica. — A. V. 16 años. Argentino. Soltero. — H. C. N° 9 T. 111 (Hosp. Italiano).

Ingreso. — 1-XI-39. Alta: 13-XI-39.

Antecedentes personales. — Sarampión en la 1ª infancia. Operado hace dos años de "quiste de cordón" del lado derecho.

Enfermedad actual. — Desde hace más o menos 7 años nota una tumoración en el testículo derecho, indolora espontáneamente y a la presión, que ha aumentado de tamaño muy lentamente. Hace dos años se internó por ese motivo en un servicio hospitalario de esta ciudad, donde se le sometió a una intervención quirúrgica. El paciente manifiesta que al ser dado de alta, la tumoración persistía. Concorre al consultorio externo de nuestro servicio donde se le indica la conveniencia de internarse.

Estado actual. — A nivel de la zona correspondiente al epidídimo derecho, se palpa una tumoración de tamaño de un huevo de paloma, indolora espontáneamente y a la palpación, de superficie irregular, abollonada, de consistencia elás-

tica, y que está adherida a los planos superficiales. Ella ocupa totalmente la zona correspondientes al epididimo, el que no se palpa en ninguno de sus segmentos. Está perfectamente delimitada, pudiéndose diferenciar bien del parénquima testicular. El cordón no se palpa en su trayecto intraescrotal.

El testículo y epididimo izquierdos se presentan de caracteres normales. El resto del examen clínico es negativo.

Análisis de orina: nada de anormal.

Diagnóstico clínico. — Tumor de epididimo.

Se aconseja la intervención para practicar la epididimectomía.

Operación. — (3-XI-39) Bajo anestesia local se practica una incisión



Microfotografía N° 1. — (Prep. N° 8519, aumento 7, 8 D)
A pequeño aumento, cavidades angiomasas. En un extremo,
restos de tubos epididimarios.

ínguino-escrotal. Se libera el cordón con todos sus elementos a nivel del orificio externo del conducto inguinal y se exterioriza el testículo. La tumoración ocupa la cara pósterio-superior del testículo, siendo imposible la disección en la zona del hilio, pues allí está íntimamente adherida a los vasos. Como no se logra extirpar la tumoración viniendo de abajo arriba, buscamos un plano de clivaje, siguiendo el trayecto del conducto deferente, pero ya poco antes de llegar al hilio testicular, los vasos han ido disminuyendo de calibre, se han hechos más numerosos, hasta tomar el aspecto de un tejido esponjoso, que cubre como casco a la parte pósterio-superior del testículo. Dada una imposibilidad de disecar los vasos del hilio, de la tumoración, sin menoscabar su integridad circulatoria, nos vemos obligados a practicar la ectomía de dicho testículo. La disección de la tumoración, la hace sangrar abundantemente.

Cierre total de la herida por planos.

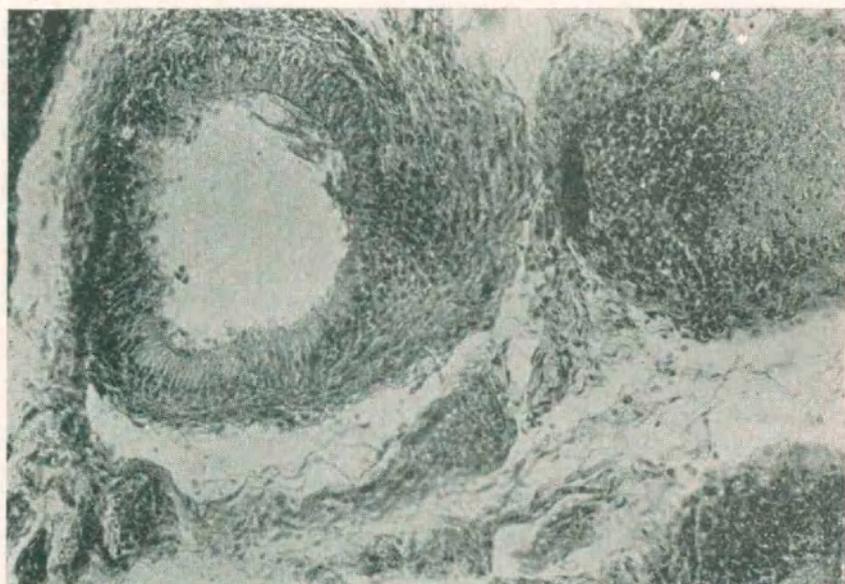
Post-operatorio. — Normal.

Sin incidencias. el paciente es dado de alta el 13-XI-39.

Estudio histo-patológico de la pieza extraída, por el Dr. G. Fontana—

La pieza enviada para su estudio, consiste en una masa de forma irregularmente redondeada, de superficie abollonada y deshilachada, del tamaño aproximado de un huevo de paloma grande. Se continúa por una prolongación corta y acordonada. La consistencia es renitente, dando la impresión de tener en su interior cavidades irregulares.

Al corte se encuentran una serie de cavidades de tamaños variables, algunas



Microfotografía No 2. — (Prep. No 8518, aumento 150 D)
Epidídimo ectásico y atrofiado.

de las cuales contienen aún sangre; estas cavidades forman prácticamente toda la tumoración.

Al estudio histológico, estas cavidades son anfractuosas, con paredes de mediano grosor, con un contenido hemático las menos, porque en su mayor parte están vacías. Sus paredes son de naturaleza conjuntiva, en algunas con refuerzos musculares lisos y están revestidas en su parte interior por un endotelio igual al de los vasos sanguíneos; en algunas de ellas este endotelio ha caído posiblemente por las maniobras de preparación.

Buscando los tubos epididimarios, los vemos rechazados y disociados por estas cavidades. Observando uno de ellos a más aumento, se presenta ectásico y con las paredes adelgazadas, al lado de otros más pequeños que lo normal y atrofiados por la comprensión ejercida sobre los mismos.

No encontramos en ninguna zona de la tumoración elementos de tipo testicular.

Diagnóstico. — Hemangioma de la zona epididimaria.

Los procesos tumorales benignos del epidídimo no se acompañan de un cuadro clínico bien definido. Por lo general es el aumento de tamaño del testículo lo que llama la atención del enfermo o se pone de manifiesto ocasionalmente en un examen médico.

El dolor falta habitualmente, y cuando él existe se presenta como una sensación de peso o tensión sin llegar a tomar caracteres de mayor intensidad.

Estos tumores son en general primitivos, siendo muy raro que sean consecuencia de la prolongación de un proceso análogo testicular, o viceversa, que al tumor de epidídimo se propague al testículo. Puede ser que los tumores teratoides, originados en la rete-testis, invadan precozmente la cabeza del epidídimo dando clínicamente el aspecto de ser un tumor primitivo del epidídimo. En estos casos la reacción de Asheim y Zondeck, dará un resultado positivo.

Puede hacerse el diagnóstico basándose en sus caracteres de: consistencia, volumen, delimitación con las zonas vecinas y el testículo mismo, diferenciación neta entre la zona tumoral y las partes sanas del epidídimo, movilidad con respecto al testículo, con adherencia con los planos superficiales, evolución lenta, sin adenopatías, y en algunos casos la transiluminación positiva, como sucede con los linfangiomas y lipomas.

La posibilidad de una degeneración maligna es muy remota, siendo ella posible en los teratomas y los angiomas.

El tratamiento es puramente quirúrgico, practicándose en general la extirpación del epidídimo y sólo raras veces la castración, como sucedió en nuestro caso, que dado las dificultades técnicas insalvables nos vimos obligados a realizarla.

En lo referente a los hemangiomas en particular, podemos decir que se trata de tumores a estructura angiomatosa, alojados entre el ovillo de canalículos epididimarios y en un grado más avanzado ocupando todo el epidídimo. Los caracteres histológicos son los mismos al de todos los hemangiomas, sin tener características propias.

Parece ser que los vasos productores del tumor, son los vasos sanguíneos propios del epidídimo y no los correspondientes al sistema periepididimario perteneciente a la porción inferior del cordón espermático.

De los cuatro casos de hemangiomas que hemos podido recoger, el de D'Avreu era un enfermo de 28 años, con una evolución de seis semanas y al que se le practicó la castración. El caso de Hosford es un joven de 15 años, con un antecedente de traumatismo en el testículo, habiéndosele practicado también la castración. Nuestro caso se trata de un paciente de 16 años, con una evolución de 7 años, sin antecedentes de traumatismo, y al que también se le extirpó el testículo. Del último caso, el de Ardouin, no hemos podido recoger datos.

BIBLIOGRAFIA

- D'Avreu A. L.* — Hemangioma epididimario (Brit. J. of Surg. Abril, 1936).
Mathé Ch. P. — Quiste de paredes óseas y tumor a células intersticiales del epidídimo. (Am. J. of. Urol. V. 41. P. 188).
Scalfi A. — Tumores benignos del epidídimo. (Ann. Ital. di Chirur V. XV, p. 81).