

Por los Doctores

HECTOR D. BERRI
y LEON D. ARRUES

SIFILIS Y NEOPLASIA DEL TESTICULO

LA asociación de un proceso luético y degenerativo genital es relativamente raro, máxime que como en la presente observación, el intervalo entre ambas afecciones, para su comprobación diagnóstica, fué únicamente de 2 meses.

Se trata de D. B. de 50 años de edad, de estado: casado, de profesión: pintor, que ingresa al Servicio de Vías Génito Urinarias del Hospital Alvear con fecha 26 de mayo 1941, ocupando la cama N° 18 y cuya historia Clínica figura en la ficha División 4 N° 9.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido de hemorragia cerebral, madre por síncope cardíaco. Varios hermanos sanos a excepción de uno de ellos que ha presentado una parálisis facial, de la que aún no ha curado por completo.

Antecedentes personales. — Sarampión en su segunda infancia. Manifiesta no haber tenido otra afección que la que presentó a los 23 años de una pequeña ulceración en el surco balano prepucial, que curó aproximadamente en un mes de tratamiento, sin poder precisar otros datos semiológicos posteriores.

Enfermedad actual. — Se inicia hace un año por haber observado un discreto dolor en la región escrotal izquierda y que el enfermo precisa en la parte posterior del testículo que dice ha aumentado de volumen.

Estado actual. — Se trata de un sujeto en buen estado general, con mucosas húmedas y rosadas y discreta adenopatía inguinal bilateral.

Aparato circulatorio. — Focos auscultatorios normales, salvo el reforzamiento del 2° tono aórtico. Pulso regular, rítmico e igual. Presión arterial: Mx: 17; Mn: 10.

Aparato respiratorio. — Bronquitis asmática desde hace unos 8 años.

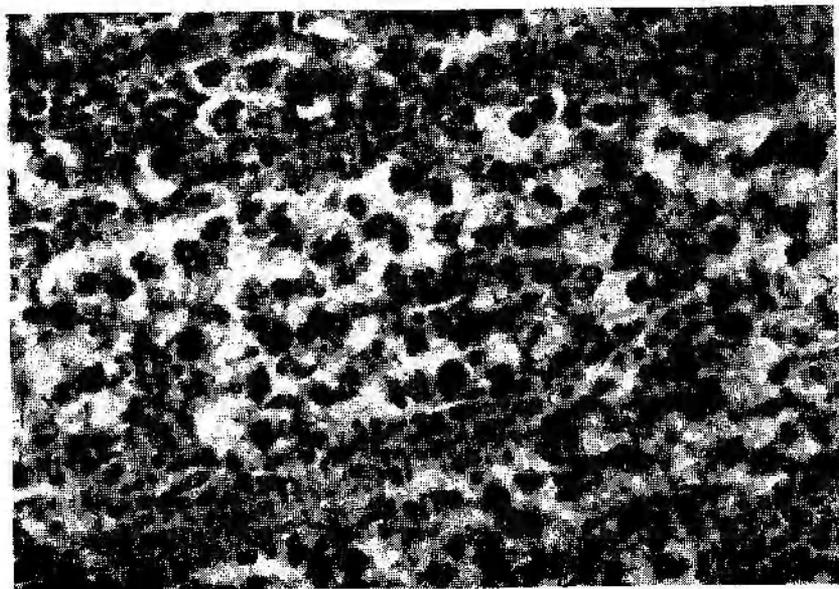
Aparato nervioso. — Normal.

Aparato urinario. — Examen clínico: normal. Examen Radiográfico: radiografía simple: no hay sombras anormales. Riñones en posición y con morfología normal. Urograma de excreción: vías de excreción normales, con buena eliminación de la substancia opaca en ambos riñones. Orinas: límpidas.

Aparato genital. — A la inspección, nada de particular; a la palpación se percibe en la región escrotal derecha, un testículo de tamaño disminuído. En la escrotal izquierda, un testículo aumentado de tamaño con muy discreto derrame vaginal que permite palpar un epidídimo irregular, con un núcleo en la cabeza del mismo que ocasiona dolor a la palpación algo pronunciada. Cordón deferente, engrosado en su trayecto hasta el orificio externo del conducto inguinal.

Reacción serológica. — Wassermann positiva.

Tratamiento médico. — Se somete al enfermo al tratamiento específico: Cianuro 10 inyecciones. Yodo bismutato de quinina: 10 de 0.30 y Neosalvarsán:



Protocolo 4379. Epididimitis específica.

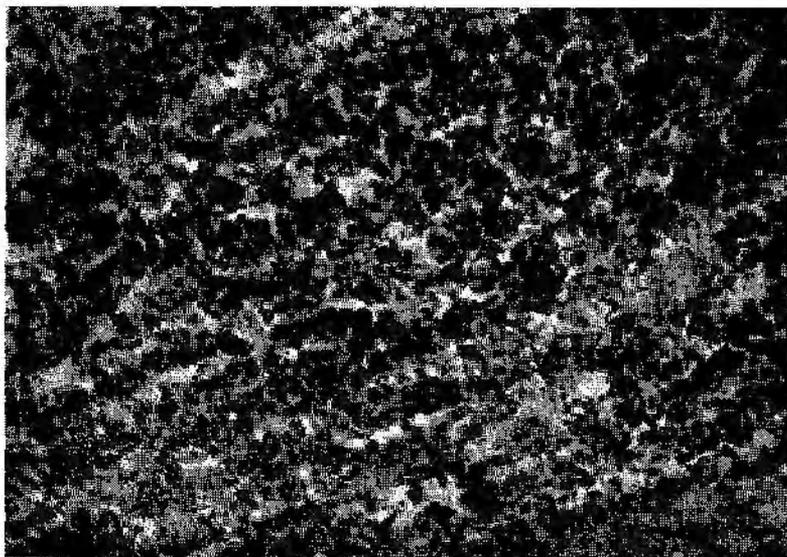
5 gramos. Mejora algo el proceso local, la Wassermann se hace negativa, pero el dolor lento y persistente, le dificulta su trabajo por lo que solicita se le intervenga.

Tratamiento quirúrgico. — Operador: Dr. Berri; Ayudante: Dr. Arrues. Anestesia local con novocaína al medio por ciento, se incinde en el sitio de elección para las operaciones sobre el testículo. Se corta piel y tejido celular hasta el plano de clivaje que lo separa de la vaginal. Se efectúa presión de abajo arriba y se consigue exteriorizar la masa testículo epididimaria. Se incinde vaginal que da salida a poca cantidad de líquido citrino, se desprende el epidídimo y se secciona el deferente. Como el testículo presentaba un aumento de tamaño, se efectúa una incisión exploradora: la albugínea es normal y el órgano es macroscópicamente sano. Se sutura la albugínea, se evierte la vaginal suturándola alrededor del pedículo vascular y fijándola a la fibrosa del mismo. Se restituye el órgano a la bolsa y se cierra piel con crin. Apósito con tela adhesiva.

Anatomía patológica. — El examen efectuado en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Alvear por el doctor Behr, Protocolo N° 4379, dice lo siguiente: El tejido del epidídimo se caracteriza por una intensa infiltración monocitaria entre cuyos elementos abundan los plasmacélulas, así como elementos fibroplásticos. Se observa asimismo numerosos vasos neoformados y las paredes vasculares se hallan espesadas. Obsérvase necrobiosis de los epitelios tubulares. Estos elementos nos hacen pensar en una afección específica.

Diagnóstico anátomo-patológico. — Epididimitis sífilítica.

Post-operatorio. — A los 7 días es dado de alta con su herida cicatrizada.



Protocolo 3273. Seminoma.

A los 2 meses de ser dado de alta, se presenta nuevamente el enfermo y manifiesta que su testículo está más grande y pesado. Es examinado y se comprueba un órgano aumentado de tamaño, indoloro, de superficie irregular y consistencia en partes dura. Además se observa al examen general el síndrome testículo mamario de Chevassu (Ginecomastía izquierda) con discreto dolor en la mama hipertrofiada desde hace aproximadamente 1 mes.

Reacción de Friedman. — Franca positiva.

Se resuelve la intervención quirúrgica que se efectúa a radio bisturí, extirpando el órgano. (Operador: Dr. Berri; Ayudante: Dr. Arrues.)

El examen anátomo-patológico efectuado en el Laboratorio de Anatomía Patológica por el profesor Bianchi, Protocolo N° 3293, dice: Masa ovoide de $9\frac{1}{2} \times 6\frac{1}{2} \times 5$ en forma de pera que incindida en su diámetro transversal máximo, se muestra constituido por un tejido rosado amarillento, suavemente friable.

viéndose en su interior algunas ramificaciones vasculares. El estudio histológico dice que el tejido propio del órgano ha desaparecido, estando sustituido por una neoformación de aspecto difuso y homogéneo y en otras partes, de aspecto alveolar, mientras que en la zona capsular o albugínea estaba formado por travéculas delgadas que se insinúan entre los haces fibrosos conjuntivos de la misma.

Diagnóstico. — Seminoma.

Este diagnóstico fué también dado por el doctor Behr, Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Alvear, Protocolo N° 4467.

Post-operatorio. — La herida cierra en 12 días y al ser dado de alta se le aconseja efectuar aplicaciones de radioterapia profunda en el Instituto de Radiología y Fisioterapia a donde se le envía.

CONSIDERACIONES

Dos problemas se plantean en esta observación y ellos son:

- 1° se trata de una afección luética epididimaria y tal vez testicular que ha presentado más tarde un injerto, una conerización del testículo: o
- 2° se trata de una neoplasia testicular que ha evolucionado en forma solapada hasta que una causa cualquiera, el traumatismo, como sería una intervención, ha evidenciado acelerando el proceso preexistente.

El primero, es el que nosotros aceptamos en esta observación, pues los antecedentes hereditarios, personales, reacciones serológicas y proceso epididimario corroborado por la biopsia; son datos algunos de ellos de suma importancia diagnóstica, máxime cuando sabemos que es admitida la lues como factor primordial en la degeneración neoplásica del testículo.

El segundo podría admitirse si no hubiéramos tenido los antecedentes ya citados.

Es por esto que nos ha parecido conveniente presentar esta observación en la forma que se encabeza, aunque no dejamos de descartar la posibilidad de que el traumatismo operatorio y tal vez un proceso tuberculoso, se han sumado a la infección específica, para ser ambas causales que han despertado o evidenciado el proceso degenerativo, que ha tenido como característica en este caso su evo-

lución silenciosa, su desarrollo insidioso y una muy rápida y profunda difusión.

Incluimos entre los factores causales la infección bacilar por tratarse de un asmático antiguo y de acuerdo a los conceptos de Dean que ha encontrado en estos enfermos con neoplasias testiculares un 10 por ciento con antecedentes bacilares, y las diversas observaciones publicadas entre ellas la de los doctores Castaño y Astraldi en 1926 de un enfermo que presentaba simultáneamente ambos procesos.

DISCUSIÓN

Dr. Mosqueira. — *Quisiera preguntarle al Dr. Berri si no tiene por hábito cuando hace la castración en esos casos, hacer la extirpación de los ganglios pre-sacros, pre-aórticos, etc. en un mismo tiempo o en un segundo tiempo una vez confirmado el diagnóstico por el anátomo-patólogo.*

Dr. Berri. — *No, doctor. En otros casos lo hemos hecho, pero en este caso, nos hemos limitado a sacar el órgano.*

Ahora, este enfermo se está haciendo aplicaciones de radioterapia profunda. Lo hemos visto ayer: persiste su ginecomastia izquierda y el estado del enfermo es aparentemente bueno.