

Hospital Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco

INFARTO TESTICULAR SIMULANDO CLINICAMENTE UNA NEOPLASIA DEL ORGANNO

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y FERNANDO J. MARQUEZ

La semiología de las bolsas, tan a mano para su estudio depara a veces sorpresas que son reveladas recién por el examen microscópico. El caso que presentamos a continuación confirma lo dicho.

J. R. — 22 años, soltero, albañil, concurre al C. E. de nuestro Servicio acusando dolor en la bolsa izquierda, que no es influenciado por el trabajo ni la relación sexual, permanente e insidioso desde hace unos tres meses.

Refiere el enfermo, que hace un año, sufre, mientras hacía el Servicio Militar, una cox de caballo que le produce fractura de antebrazo izquierdo y traumatismo abdominal del mismo lado. La primera se trata de acuerdo a las reglas ortopédicas, evolucionando normalmente, pero el segundo, presenta una evolución tal, que obliga, en febrero de 1949, es decir, a los siete meses del trauma a intervenir quirúrgicamente.

No hemos podido conseguir en el Hospital Militar Central la historia detallada de la intervención efectuada, solo referimos lo que el enfermo nos manifiesta, y es que lo operan por la formación de un hematoma organizado, presentando una cicatriz abdominal, supraumbilical paramediana izquierda de 12 cms. de largo.

A este cuadro de dolor testicular, se agrega aumento de desarrollo de los caracteres secundarios, y entre ellos lo que más llama la atención es el aumento de pelos de la barba y del abdomen, no habiendo modificaciones de libido.

En el examen clínico se encuentra testículo, epididimo y cordón derechos semiológicamente normales.

En el lado izquierdo palpamos el testículo situado en la región funicular, duro, pesado, del tamaño de un huevo de paloma, doloroso especialmente en el polo superior, no encontrándose el límite epididimo testicular, ni pellizcamiento de la vaginal.

Respecto al cordón en la historia figura textualmente "se palpa deferente algo irregular, sin características precisas, pero también hay venas romboidales y organizadas, que llegan hasta orificio inguinal interno.

El resto de los exámenes clínicos es completamente normal, la reacción de W. y K. (s y Pr.) negativas, la Friedman negativo, la eritrosedimentación es de 2mn. en la primera hora y de 4 en la segunda, y solo encontramos en los estudios de laboratorio una modificación en el recuento globular donde hay 10.000 glóbulos blancos con una fórmula de: 72 neutrófilos — 22 linfocitos— 3 eosinófilos y 3 monocitos por ciento.

El día 6/8/1949, intervenimos quirúrgicamente a nuestro enfermo, con anestesia general, pues pensamos que podía ser una intervención quirúrgica comentada.

Efectuamos incisión inguino escrotal y se exterioriza testículo que muestra la vaginal perfectamente adherida en sus dos hojas, viéndose por transparencia un testículo de color

amarillo verdoso suave, siendo difícil diferenciar el epididimo del testículo. Se abre y libera la vaginal parietal que está profundamente adherida y se observa entonces en la cabeza del



Figura 1

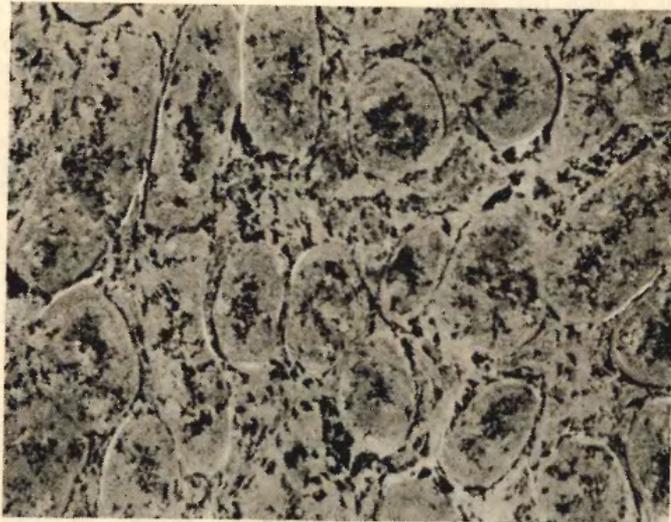


Figura 2
Tubos yuxta-epididimarios.

epidídimo un proceso del tamaño de una avellana chica, de color verde amarillento, duro e irregular que invade el cuerpo Highmore y funiculitis marcada. Se aísla el campo y se incide la cabeza del epidídimo mostrandonos un proceso que macroscópicamente impresiona como

una neoplasia. Esto nos resuelve a ampliar la incisión hasta espina iliaca superior izquierda y se reseca la totalidad del cordón extra abdominal, pues por encima del orificio inguinal interno ya no había lesiones.

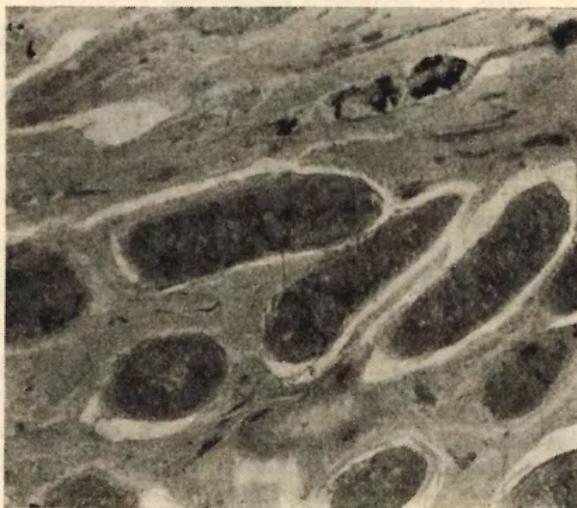


Figura 3
Tubos de zona media de testículo.



Figura 4
Hialinización total de la zona marginal del testículo.

Se hace la síntesis suturando la pared abdominal en dos planos, y la piel con algodón, dejando sulfamidas y drenaje con lámina de goma.

Se procede luego a fijar la pieza en formol al 10%. El examen ulterior nos revela macroscópicamente que la pieza está compuesta por un pedículo funicular que sostiene en su extremo la masa testicular y epididimaria. El funículo está formado por un conjunto de vasos que rodean al cordón espermático, adheridas entre si y no pudiéndose hacer disección

prolifa de sus elementos, no presentando el deferente elementos que denoten procesos tumorales o inflamatorios activos.

El conjunto de estos elementos entra en la masa testicular confundiendo en el hilio sin diferenciación.

El testículo del tamaño de un huevo de paloma se presenta liso, regular, de color amarillento, con algunas zonas bien limitadas, redondeadas u oblongas de color marrón y se confunde con el epididimo sin solución de continuidad.

Al corte se nota una masa epididimaria separada del testículo por un tabique conjuntivo en la parte superior y confundiendo con el testículo en la parte inferior. Este epididimo tiene una marcada formación esclerógena maciza en la cabeza y en el centro una zona marrón organizada. No se observa allí ninguna clase de tubos. En la parte inferior, por el contrario, pero de color marrón también, se observa una zona cribosa de formación netamente tubular.

El testículo presenta un parénquima de color amarillo oro, virando al marrón en la zona de contacto con el epididimo. No se observan los tabiques característicos y parecería que las formaciones tubulares seminíferas se desprenden fácilmente del órgano.

En el examen microscópico podemos ver una cápsula fibrosa con marcada reacción inflamatoria crónica y elementos de neoformación. Los tubos seminíferos totalmente necrosados están rodeados también por tejido de necrosis intersticial, habiendo desaparecido aún las células de Leydig.

En la zona testicular próxima al epididimo se encuentra dentro de los tubos de cromatina nuclear diseminada, mezclada con la necrosis protoplasmática y algunos elementos sanguíneos aún no alterados. En esta zona el espacio intersticial está lleno de sangre con hemoderina con estado globular en franca alteración.

Diagnóstico anatomopatológico: Infarto funículo testicular en vías de organización.

El post-operatorio fué normal, dándose de alta al enfermo el 25 de agosto de 1949.

CONSIDERACIONES

El enfermo fué llevado a la mesa de operaciones con diagnóstico de tumor testicular probablemente neoplásico. Este diagnóstico está basado en los caracteres objetivos de la tumoración, dureza leñosa, libertad en las bolsas, etc., evolución de tres meses y caracteres sexuales secundarios exacerbados. En la discusión de la intervención quirúrgica dudábamos de si se tratara o no de un tumor, el color amarillento, no bien característico de los adenomas y adenocarcinomas a células intersticiales. ¿El aumento de los caracteres sexuales no estaría de acuerdo en esta formación? Claro está que no hicimos dosajes hormonales, la dificultad de este examen es obvia. Hubiéramos debido hacerlo, pero no pudimos.

Por suerte para el enfermo el examen anátomo patológico hizo rectificar totalmente el diagnóstico.

Ahora bien, ¿cuál ha sido la causa de dicho infarto?, es muy probable que el traumatismo recibido haya provocado la trombosis de los vasos del cordón, pero debe de haber producido especialmente el estallido y la ruptura también de la arteria espermática en el conducto inguinal, de ahí el gran hematoma abdominal, de ahí también que el testículo se presente pálido, es decir, que se haya producido un verdadero infarto anémico testicular, se puede objetar que hay aún dos arterias que podrían suplir la nutrición testicular, pero también podemos pensar que la violencia del estallido y la magnitud del hematoma determinaron por compresión la anemia testicular y por ende la falta de elementos objetivos evidentes en aquel momento.