

Sociedad de Urología

(Sesión del 20 de Abril)

SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL ESPAÑOL

JEFE: DOCTOR ARTURO SERANTES.

HEMATOMA FUNICULAR

por

ISIDORO GALVEZ y JOSE L. MONSERRAT

Conceptuamos de interés la publicación del siguiente caso de hematoma del cordón espermático, tanto como contribución casuística al estudio de esta afección no muy frecuente, no habiendo sido presentado ningún caso en nuestra Sociedad, cuanto por haber seguido el enfermo una evolución distinta a la generalidad de los casos descriptos clásicamente como hematomas funiculares. (**Duvergey. Le Fur**).

La región funicular está constituida por el conducto deferente, por delante de él la arteria espermática y el paquete venoso llamado anterior. Por detrás, las arterias deferente y funicular, y el paquete venoso posterior. Constantemente se encuentra también un cordón de aspecto fibroso, más o menos desarrollado, ligamento vaginal de **Cloquet**, que es el resto del conducto peritoneo vaginal, obliterado en el adulto, aunque a veces persiste bajo su forma embrionaria, bien en toda su extensión, o bien en alguna de sus porciones.

Este conducto, que embriológicamente se oblitera después del descenso testicular, más o menos en la época del nacimiento, puede sufrir alteraciones en su proceso de coalescencia, dando lugar a los quistes por retención del funículo (hidroceles enquistados funiculares, hidroceles congénitos, hernias líquidas), procesos patológicos que, a semejanza de los hidroceles vaginales, pueden sufrir la ruptura de sus vasos,

dando lugar a la formación de una hemorragia (hematocele enquistado funicular).



Figura N° 1

Placa N° 809

Hemalumbre eritrosina.

Se observan a los vasos funiculares repletos de sangre al mismo tiempo que en el tejido celular del cordón se observa sangre en infiltración difusa.

Por otra parte, las venas del funículo, ampliamente anastomasadas entre sí, con frecuencia lesionadas por procesos de endo y periflebitis, sobre todo en las dilataciones varicosas, tan frecuentes en el lado izquierdo, pueden asimismo, por efecto de traumatismos externos o de esfuerzos abdominales exagerados (tos, etc.), dar lugar a la ruptura de sus paredes con extravasación sanguínea en el tejido celuloso que rodea y envuelve al funículo a modo de un manguito, originando la formación de un hematoma funicular.

Esta colección, puede ser más o menos enquistada o extenderse en casos de hematoma difuso (**Ziegler**) hacia el fondo del escroto y aún por el canal inguinal hasta el tejido subseroso peritoneal.

Otras veces, puede ser asimismo una várice muy localizada de las venas espermáticas las que, bajo la influencia de un esfuerzo o traumatismo, sufra su rotura con la consiguiente hemorragia. (**Duvergey**).

En los casos de varicocele antiguo, pueden producirse trombosis de los vasos venosos, y si esta es extensa, determinar el infarto hemorrágico y aún la necrosis del testículo.

Historia Clínica N° 3423.

M. S. de 62 años, casado, español, agricultor.

Entrada: Marzo 18 de 1932.

Alta: Junio 17.

Antecedentes urinarios: Blenorragia a los 22 años, sin complicaciones.

Enfermedad actual: Comienza su enfermedad hace alrededor de tres años, con molestias ligeras durante su micción; dificultad inicial, polakiuria nocturna y ardores, no realizando ningún tratamiento.

Desde hace cuatro meses sus molestias se acentúan notablemente, realizando grandes esfuerzos para iniciar su micción. Durante la noche, necesita levantarse cuatro o cinco veces para orinar. Hace quince días, a raíz de uno de sus esfuerzos para orinar, dice el enfermo tener la sensación de "que se le hubiese producido una hernia" en su región inguinal izquierda, indolora y con aumento de tamaño poco acentuado.

Pocos días después su testículo izquierdo aumenta de tamaño, haciéndose ligeramente doloroso. Hace fomentaciones calientes, pero el testículo, no disminuye.

Estado actual: Sujeto bien constituido y en discreto estado de conservación general. Temperatura: 37°6. Lengua seca, saburral.

Hipogastrio doloroso con las maniobras de exploración. No se palpa globo vesical. Por sondaje se extraen 150 c.c. de orina ligeramente turbia.

Uretra: Libre.

Testículo: Derecho, normal. Izquierdo: aumentado del tamaño hasta el doble de su adelfo. Piel rojiza, lisa, luciente, no caliente. La tumoración se propaga hacia la región inguinal izquierda, terminando a nivel del orificio inguinal interno. A la palpación la tumoración es lisa, con discreto grado de tensión; fluctuación poco acentuada. Las maniobras palpatorias ocasionan poco dolor.

Tacto rectal: Próstata aumentada de tamaño, lisa, indolora. Mucosa libre.

Diagnóstico clínico: Hipertrofia de próstata. Hematocele supurado.

Tratamiento. — Marzo 18. Incisión escrotal de cinco centímetros en porción anterointerna dando lugar a la salida de buena cantidad de pus sanguinolento, mal ligado, con escaso dolor, en cantidad de unos 100 c.c. Tubo de drenaje.

Como el estado general y local del enfermo no mejora, se interviene nuevamente en:

Marzo 21. — Se liga el conducto deferente derecho como tiempo preliminar de su prostatectomía. En el lado izquierdo se amplía en losanje la herida anterior, hacia la región inguinal haciendo una ectomía testicular y ligando el cordón a nivel del conducto inguinal. Por encima del testículo en región funicular, colección quística, fusiforme, midiendo 5 ctms. en su mayor diámetro, de coloración roja oscura vista por transparencia, que se retira también en block. Sección con termo. Tubo de drenaje.

Ocho días después se hace cistotomía con anestesia local. Marzo 30.

El enfermo tiene un post-operatorio accidentado haciendo una complicación erisipelatosa, saliendo del Servicio en junio 1°, con sus heridas bien cicatrizadas y en buen estado general.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Macroscopía: Testículo aumentado de tamaño especialmente por reacción de la vaginal que se encuentra espesada, dura, con focos de reblandecimiento, de los cuales fluye pus y sangre.

Epididimo con caracteres normales.

El cordón, muy aumentado de tamaño, de consistencia firme, elástica y de coloración rojo oscura. Al corte se observa que todo el tejido conjuntivo está infiltrado por líquido sanguíneo.

Microscopía: (folio Nº 1427 y 1965).

Técnica histológica: Inclusión en parafina y coloración con hemalumbre eritrosina. Mallory, hemalumbre-orceína.

Descripción histológica: Los preparados obtenidos del testículo nos muestran tubos azoospermicos sin indicios de un proceso inflamatorio. La zona del hilio testicular presenta una notable dilatación de los tubos aferentes y de los vasos sanguíneos y linfáticos.

La vaginal, muy espesada, formada por un tejido colágeno, del tipo adulto y en vías de degeneración hialina; en algunas zonas está muy ricamente vascularizada.

En una zona observamos una intensa infiltración del tipo flemonoso y con tendencia al reblandecimiento en focos múltiples, formando en conjunto un tejido de granulación en vías de reparación.

Junto a estas zonas inflamatorias, el testículo reacciona por una infiltración que separa a los tubos seminíferos, no extendiéndose el proceso más allá de una profundidad de medio milímetro.

El epidimio se presenta con caracteres normales.

Diagnosticamos para el testículo y epidídimo, vaginitis plástica.

El cordón, en los cortes nos muestra el conducto deferente con infiltración discreta de la submucosa a elementos mononucleares. Todos los vasos arteriales, venosos y linfáticos, se presentan ampliamente dilatados y repletos de sangre unos, y de linfa otros. No podemos precisar con nitidez si existen lesiones inflamatorias de los vasos sanguíneos.

El carácter más importante para el diagnóstico lo constituye la comprobación de una infiltración hemorrágica que separa entre sí los elementos del cordón imbibiendo al tejido celular adiposo que los separa.

Esta infiltración hemorrágica ha determinado en algunas zonas una reacción esclerógena.

Diagnóstico histológico: Hemorragia difusa del cordón espermático.

Comentarios.

Nuestro enfermo, cuya afección principal era su hipertrofia de la próstata, presentó una complicación testicular cuya descripción dejamos relatada en la historia clínica.

Este proceso, que interpretamos como hematocele supurado, con repercusión testicular, dada la edad del enfermo, su estado general, y

las ulterioridades que pudiera presentar en la evolución del tratamiento operatorio de su afección (prostatectomía) nos decidió a realizar una ectomía testicular, llamándonos siempre la atención, la infiltración del cordón, que supusimos como un estado edematoso, repercusión de su proceso testículo-vaginal.

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria, nos demostró estar en presencia de un hematoma difuso del cordón.

Legueu, en un excelente estudio sobre el tema realizado en 1890, que a pesar de los años transcurridos desde su publicación, continúa siendo clásico, considera después de revisar todos los casos publicados, que estas hemorragias funiculares, pueden ser:

- 1º Hematoceles enquistados por hemorragia en un quiste seroso.
- 2º Hematoceles enquistados por derrames sanguíneos producidos por traumatismos o espontáneamente, cuyo derrame, no reabsorbido determina la formación de un enquistamiento por reacción de cuerpo extraño, y
- 3º Hematoceles subepididimarios.

Este autor sostiene que en general, para la formación de los hematoceles enquistados interviene como factor etiológico una vaginolititis funicular apreciable o latente.

La influencia del traumatismo y de los esfuerzos como causa ocasional ha sido reconocida por casi todos los autores que se han ocupado de esta afección.

Ziegler y **Bluth** insisten en el estado de presión brusca que sufren los vasos del cordón en los grandes esfuerzos.

Bowlée en un caso, habla de la contracción muscular brusca en los esfuerzos abdominales. **Malgaigne**, considera de importancia el mismo factor etiológico. **Lewin** cree que la contracción del cremáster, hecha con energía puede producir la ruptura de los vasos alterados.

Duvergey, en 1929, al presentar al 29º Congreso Francés de Urología dos casos de hematoma funicular espontáneos, producidos por

esfuerzos en enfermos sin varicocele, cree que puede motivar la hemorragia, una várice muy localizada.

En nuestro caso, no se encontraron lesiones evidentes de un proceso flebítico, capaces de explicarnos el substractum de la hemorragia, ni tampoco vaginitis funicular, creyendo, como factor ocasional, los esfuerzos abdominales del enfermo para realizar su micción, evidentemente dificultada por su hipertrofia de próstata.

La coexistencia de hemorragia funicular y vaginal ha permitido el concepto de la vaginalitis como etiología unicista de este proceso.

En nuestro caso, al no observar vaginalitis funicular no podemos encuadrarnos dentro de este concepto y pensamos más bien, por el cronologismo de la sintomatología estudiada a posteriori, que el derrame funicular (el dolor inguinal inicial) ha determinado una compresión de los elementos del cordón, produciendo una rémora circulatoria vaginal, cuyo resultado ha sido un hematocle que luego ha supurado, ya que estas compresiones son capaces, a veces, hasta de determinar la necrosis del testículo.

DISCUSION

Dr. Montenegro.

Refiere que ha observado dos casos de ruptura de varicoceles por esfuerzos. En el primero el derrame se localizó en el escroto que aumentó gradualmente de tamaño siendo necesario intrvenirlo de urgencia por el debilitamiento que provocaba el derrame.