

ABERRANCIA ESPLÉNICA INTRAESCROTAL

Por los Dres. F. G. ALSINA y M. POLAK

Hace algún tiempo fuimos consultados a propósito de un niño de cuatro años a quien habíasele advertido, al nacer, una moderada tumoración en el hemiescrotó izquierdo, que por sus caracteres no motivó ninguna alarma y se dejó así. El niño, por otra parte sano, hizo su desarrollo normal, y fué en el curso de un sarampión que se le notó un aumento brusco de volumen en la tumoración y un color apizarrado visible a través del tegumento escrotal. El detalle de coincidencia de estas modificaciones con la evolución de una enfermedad eruptiva, no fué adecuadamente valorada en su oportunidad, pero lo será en el futuro, si el azar nos enfrenta con otro caso similar.

La región examinada contenía una formación alargada, de unos 4 1/2 por 3 cmts. lisa, de consistencia elástica, móvil, en cuyo polo superior percibía una cresta que se perdía en la unión del tercio superior con el tercio medio del margen externo. No se percibía pliegue de la vaginal y el pedículo tenía caracteres normales. Eran también normales los exámenes de laboratorio y las reacciones hormonales. El color obscuro sobrevenido simultáneamente con el aumento brusco de volumen, lo impracticable del plegamiento vaginal y la saliencia apical que recordaba a un segmento de epididimo, incitaban a interpretar los hechos como si una irrupción de sangre se hubiera producido en un hematocèle preexistente, pues la tumoración ya existía al nacer. Pero no podía descartarse del todo un tumor testicular que hubiera experimentado un impulso embrioide, no obstante la negatividad de las reacciones y el curso, durante cuatro años, benigno de la tumoración. Es sabido que los tumores testiculares benignos de la infancia son apenas una curiosidad clínica.

Ambos planteos implicaban una indicación quirúrgica. El segundo la hacía imperativa. La operación se realizó el 1º de Agosto de 1957, por vía transescrotal y puso al descubierto un rara formación compuesta de dos segmentos íntimamente fusionados. El superior era un testículo atrófico, con su epididimo y deferente en posición normales. El segmento inferior, que abarcaba más de dos tercios del volumen total, tenía una cierta forma de habichuela, de color rojo vinoso y cápsula brillante. Se practicó una profunda cuña para su examen histopatológico, que fué realizado por el Dr. Polak, identifi-

cándose el tejido esplénico con sus trabéculas, pulpa roja y corpúsculos de Malpighi.

En conocimiento de lo que se trataba cabían dos conductas a seguir: extirpar la totalidad de la tumoración, considerando la poca valía del testículo, o extirpar la aberrancia, conservando el testículo, lo que complacía el espíritu conservador que debe alentar en todo cirujano cuando la situación lo permite. Pero ninguna de las dos soluciones fué aceptada por los ascendientes

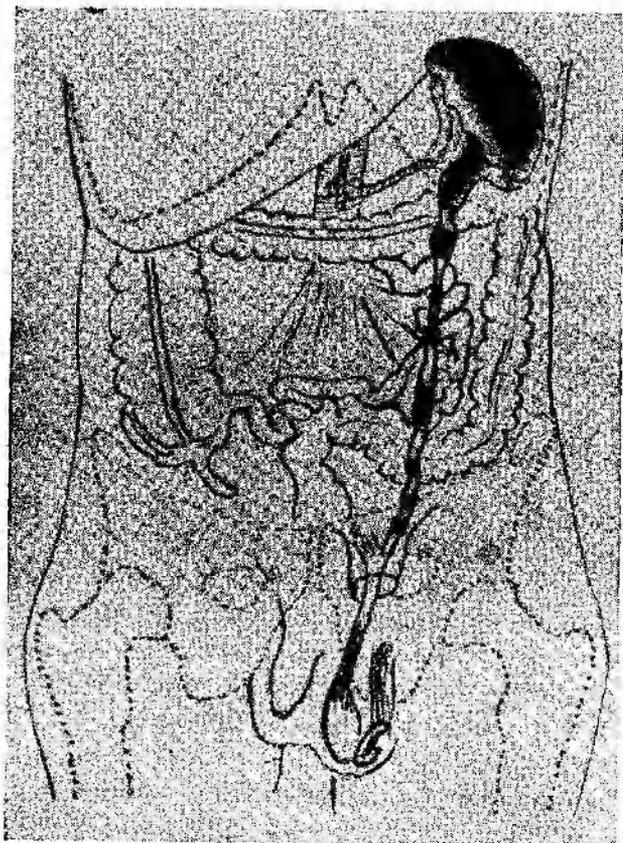


Figura 1

Reproducido de Perrucho y colab.
"La Presse Medicale". 33-1-1957. 65-7

del niño y conviene apuntar aquí, para entender mejor las cosas, que tanto el padre, como la madre y el abuelo materno del enfermo son psiquiatras y devotos del psicoanálisis. Su fallo fué categórico: puesto que se ha descartado la existencia de un tumor, dijeron, y como aún siendo lo más conservador en la exéresis la bolsa quedaría semideshabitada, debería diferirse toda resolución hasta que el niño, en pleno uso de razón y suficientemente informado, disponga de sí lo que le pareciera mejor. Compartiendo o no el criterio, fué obedecido como correspondía, y así resulta de esas peculiaridades, que hoy existe en nuestro medio un ser humano de quien se sabe positivamente que en sus genitales externos aloja un bazo supernumerario, el que reaccionará

al unísono con el principal en su patología. Ya lo hizo en oportunidad del sarampión, hilo de Ariadna que condujo a descubrir la anomalía. En otros casos publicados, fué un paludismo el que hipertrofió el órgano.

El diagnóstico histopatológico nos aclaró porque no podía plegarse una vaginal que no estaba donde se la buscaba, porque el epidídimo se esfumaba luego de un breve trazo, porque la tumoración, congénita, se mantuvo invariable hasta soportar el ataque de una enfermedad que hizo reaccionar el tejido linfoideo. Y pensamos que habrá muchos casos que transcurren silenciosos durante toda la existencia no mediando alguna circunstancia que la revele. Entre los casos descubiertos en autopsias, operaciones por hernias, crip-

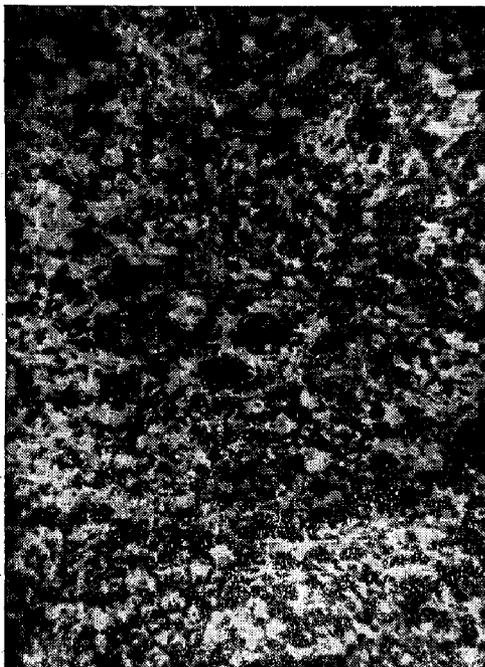


Figura 2

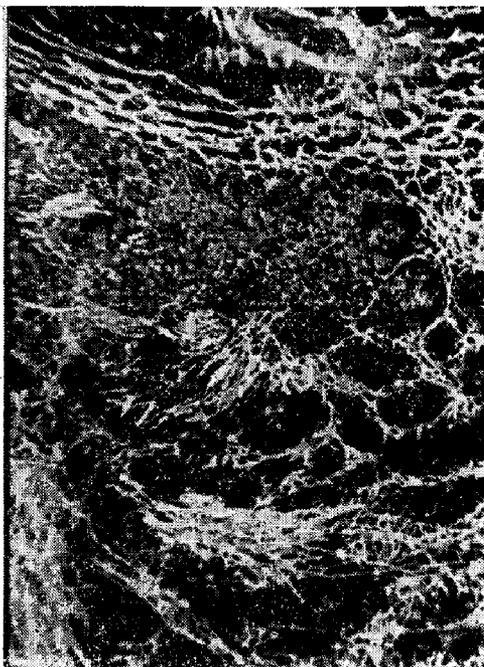


Figura 3

torquídeas, los hay de cuarenta a cincuenta años. Y pensamos también que en la averiguación de las causas de fracaso de la esplenectomía, operación de eficacia positiva en procesos como la púrpura primitiva trombocitopénica, la ictericia hemolítica del recién nacido, la neuropenia primaria esplénica, además de buscar, según es costumbre, las aberrancias esplénicas intraabdominales, vale la pena dirigir la atención hacia un posible bazo accesorio intraescrotal silencioso.

La literatura médica británica registra el primer informe sobre tejido esplénico intraescrotal en el año 1883. Pertenece a Bostroem, y lo encontró en la autopsia. El órgano accesorio era independiente del principal. En 1908, Albutt y Rolleston refirieron otro ejemplar donde la aberrancia, en fusión gonadal, se vinculaba con el bazo mediante un cordón completo, retroperito-

neal. Sumadas otras observaciones posteriores, se definieron así dos tipos de fusión gonadoesplénica, que Putschar y Manion denominan continuo y discontinuo. Se trata del primero cuando existe cordón de unión, el que se constituye de tejido fibrovascular donde se escalonan pequeñas masas de tejido esplénico como las cuentas de un rosario. En la monografía de Perruchio y colaboradores figura un esquema que aquí reproducimos y hace más fácil comprender la malformación. Se trata del segundo tipo cuando el bazo accesorio es independiente del principal. De los treinta casos de fusión gonadoesplénica colectados por Putschar y Manion quince eran del tipo continuo y 13 del discontinuo. Tres eran esplenoováricos. Hay otra diferencia: en el tipo continuo los bazos accesorios son pequeños y numerosos. En el discontinuo, el bazo accesorio es único y de mayor volumen. Sobre esto volveremos algo más adelante.

Desde el punto de vista embriológico, una relación de contemporaneidad en la generación de las gonadas y del brote esplénico, y otra de vecindad topográfica, hacen factible que la fusión esplenotesticular se produzca, y que luego ese órgano mixto sea transportado a la región escrotal o quede en el camino en posición ectópica. Se ha visto que el ovario también es asiento de la malformación.

El bazo se origina, según textos clásicos de embriología, alrededor de la cuarta o quinta semana, a expensas de una condensación de células mesenquimáticas en el lado izquierdo del mesogastrio dorsal, conformando generalmente tres brotes que a la duodécima semana se reúnen y dan al órgano su forma característica. Durante ese período está situado entre el mesonefros y el repliegue urogenital. EMMET J. M. y DREYFUSS M. L.). Por su parte las gonadas hacen su aparición en la cresta urogenital, que contiene el mesonefros se separan de él a las seis semanas, siendo todavía sexualmente indiferentes, y a la octava semana toman las características definidas de testículo u ovario. El descenso testicular comienza entre la octava y la décima semana, es decir, antes de que el bazo se haya constituido en órgano único, y de tal modo alguno de sus segmentos puede ser arrastrado hacia la bolsa escrotal. Perruchio y colaboradores sustentan una teoría fundada en leyes generales de la embriología visceral que atribuyen a los vasos sanguíneos todas las transformaciones que acontecen en el interior del peritoneo durante la vida intrauterina. Una arteria espermática izquierda naciendo de la esplénica con su correspondiente cortejo venoso, podría explicar el fenómeno de la fusión.

La reseña embriológica que antecede destaca que los brotes esplénicos son tres, y que uno de ellos, o dos, pueden ser transportados a una región anatómica distinta, próxima o lejana, a causa de una perturbación del desarrollo. Sin embargo han sido encontrados en autopsias y últimamente en seres vivos, bazos diminutos supernumerarios por centenares. Ya en 1896, Albrecht encontró cuatrocientos de ellos en la autopsia de un hombre de 25 años. Desde entonces Cotlar y Cerise han recopilado 36 casos de bazos supernumerarios múltiples intraabdominales, "no infrecuentemente más de cien", y con criterio nosológico contemplan la anomalía en dos cuadros separados por su patogenia, volumen, número, estructura, distribución y antecedentes clínicos: 1. Esplenosis. - 2. Bazo accesorio verdadero.

Esplenosis significa conceptualmente el trasplante autoplástico de tejido esplénico en el hombre a partir de la ruptura traumática del órgano, o con-

secuente a la esplenectomía. Es una siembra de tejido apto para autoinjertarse y sobrevivir manteniendo su estructura y función, con capacidad inclusive para tuberculizarse como en los casos de Shaw y Shafi. (Cit. por Cotlar y Cerise). Los islotes son pequeños, "desde un punto hasta ctrs.", se difunden en la cavidad peritoneal, pulmón, pleura, costillas, y hasta en el tejido celular subcutáneo; en su estructura, aunque conserva básicamente el tipo esplénico, suelen percibirse signos de degeneración, y puede haber en los enfermos antecedente de traumatismo con lesión esplénica. Los dos casos expuestos en el excelente artículo de los autores citados son altamente ilustrativos.

El bazo accesorio verdadero, en cambio, se atiene a los siguientes caracteres: su número está limitado a uno o dos; su histología no acusa signos degenerativos; su volumen promedio es de $2\frac{1}{2}$ ctrs.; se ubica electivamente alrededor del hilio del órgano principal, en las estructuras anatómicas del hipocondrio izquierdo y eventualmente en el anexo izquierdo en la mujer y en el escroto izquierdo en el varón.

De manera que entre las dos modalidades de la fusión gonadoesplénica el tipo continuo, en el que se engarzan en un cordón pequeños y numerosos segmentos de tejido esplénico, correspondería a la esplenosis, y el tipo discontinuo al bazo accesorio verdadero.

De manera que entre las dos modalidades de la fusión gonadoesplénica el tipo continuo, en el que se engarzan en un cordón pequeños y numerosos segmentos de tejido esplénico, correspondería a la esplenosis, y el tipo discontinuo al bazo verdadero.

Pero no pretendemos aquí profundizar sobre los complicados movimientos de la embriología. Las disquisiciones de ese género son para ser leídas y releídas en textos eruditos y en profundo sosiego, y asimismo el lector suele quedar con su curiosidad insatisfecha o en su confusión anterior. Sólo hemos querido referir una observación sobre un caso raro, que tal vez no lo sería tanto si se estuviera mejor prevenido para buscarlo, que no figura en nuestros anales, y hacer a su respecto algunos comentarios de donde pueda extraerse una parcela de utilidad clínica.

DISCUSION

Dr. L. Rebaudi.—Estas dos comunicaciones son sumamente interesantes. Se trata indiscutiblemente de una rareza. Únicamente he visto el bazo descendido en los animales.
