

Servicio de Urología del Hosp. Fernández
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

ANEURISMA DEL ESCROTO

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI, ALFREDO A. GRIMALDI
y JOSE BENTOLILA

Historia Clínica. — E. J. N., argentino, casado, 55 años, empleado. Historia clínica N° 7912.

Enfermedad actual: Después de un período indeterminado de discretas molestias en la región de las bolsas, refiere el enfermo que hace 6 meses advirtió un pequeño nódulo en la raíz del escroto, lado izquierdo, duro, regular e indoloro, caracteres que pudo apreciar mediante la palpación. Este pequeño tumor fué aumentando progresivamente de volumen, invadiendo francamente el hemiescroto izquierdo y determinando diversas molestias por su tamaño, que alcanzó proporciones considerables rápidamente. Decide consultar a un médico clínico, el que lo dirige a nuestro Servicio, donde se le interna en la cama 13, el 25-9-51.

Antecedentes personales y hereditarios: Sin importancia.

Estado actual: Buen estado general. Sin particularidades de importancia al examen somático. Los exámenes de laboratorio (urea en sangre, glucemia, citológico sanguíneo, Wassermann y Kahn, reacción de Friedman, análisis de orina) no aportan ningún dato de valor patológico.

En la región de las bolsas se observa una tumoración ubicada en el hemiescroto izquierdo, irregularmente redondeada, haciendo relieve llamativo en la parte media de dicha zona, de unos doce centímetros en su diámetro vertical, que se extiende desde el ángulo penoescrotal hasta el vértice de la bolsa donde contacta con el testículo correspondiente, aparentemente indemne (figura 1).

La palpación permite comprobar su adherencia íntima a la piel de la cara lateral de la región, su superficie ligeramente irregular, la consistencia medianamente dura con una zona central renitente; es, además, indolora. Pero como hecho importante se puede establecer que esta tumoración es francamente *pulsátil, expansiva* y presenta a la auscultación un suave *soplo sistólico*.

En la región inguino-crural izquierda se palpan tres pequeños tumores nodulares subcutáneos, uno de los cuales, el más interno, es apreciable a simple vista (figura 1). Se trata de *ampollas vasculares dotadas de latidos isócronos con los de la femoral, soplo sistólico y frémito*. La compresión de la arteria femoral o de estas dilataciones arteriales determina la supresión de las pulsaciones y de la expansión de la tumoración escrotal.

El testículo izquierdo, como dijimos, se halla en el vértice del escroto con caracteres

normales y el cordón, de difícil individualización en su trayecto paratumoral, se palpa fácilmente a su salida del orificio inguinal izquierdo.

En el lado derecho, el continente y el contenido de la bolsa, así como la región inguino-crural vecina no presentan anomalía alguna.

Ante la característica de este proceso se efectúa en el Servicio de Cardiología un amplio estudio cardiovascular, que resulta negativo.

Con el diagnóstico de "tumor aneurismático del escroto", se interviene quirúrgicamente.

Operación (3-10-51). Cirujano: Dr. Rubí; ayudantes: Dres. Grimaldi y Bentolila.

Anestesia raquídea: novocaina 0,12 gr.

Incisión a un centímetro por encima de la arcada crural, paralela a la misma, desde el



Figura 1

Fotografía de la región inguino-escrotal izquierda, en la que se observa la gran masa tumoral alojada en la bolsa y una de las dilataciones aneurismáticas que hace relieve en la ingle.

ángulo penoescrotal hasta su tercio externo. Se investiga la safena y su cayado, así como la arteria femoral y sus ramas superiores. Después de ligar el cayado se reconoce una arteria que nace de la femoral por encima de ésta (pudenda externa superior) y que se dirige hacia la raíz de las bolsas, presentando en su trayecto dos grandes dilataciones. Se liga en su origen esta arteria y se reseca con los golfos vasculares siguiendo la disección hacia el escroto. Se procede, ampliando la incisión a la extirpación del gran tumor, incluyendo la piel adherida, el cordón y el testículo y la pieza, así obtenida, con su pedículo vascular es enviada al Profesor Julio César Lascano González para su estudio anátomo-patológico. Previamente se practica una *radiografía de la pieza operatoria*, inyectando por su pedículo vascular yoduro de sodio al 15 %, el cual rellena la zona central del tumor, como puede apreciarse (ver radiografías).

Informe anátomo-patológico N° 3599 (Profesor J. C. Lascano González). "Tumoración ovoidea del tamaño de una manzana que comprende la piel del escroto, el testículo y epidídimo con el cordón y un tumor quístico de pared aparentemente fibrosa y de contenido semi-sólido.

A la sección se encuentra una gran cavidad que contiene coágulos sanguíneos viejos y una pared anfractuosa, fibrosa, de espesor variable, infiltrada por sangre (figura 2). En la pared de la bolsa quística terminan las ramas arteriales de manera imperceptible, lo que dificulta establecer qué relaciones guardan con el saco propiamente dicho, aun cuando es evidente por los caracteres del conjunto, que éste es el resultado de la dilatación aneurismática de una arteria. El examen histológico revela un tejido predominantemente fibroso en la pared, en el que se encuentran vasos arteriales con marcados signos de esclerosis. Ha desaparecido la



Figura 2

Fotografía de la pieza operatoria en la que se ve la cavidad del aneurisma desprovista de su contenido hemático y el testículo y epidídimo rechazados sin ser englobados por la pared del saco.

primitiva estructura arterial de la pared del saco, lo mismo que su revestimiento interno; sólo se encuentra un tejido de granulación, inflamatorio, con infiltración linfoplasmocitaria perivascular y el contenido hemático bajo la forma de coágulos secos estratificados, como sucede habitualmente en los aneurismas. Un tronco arterial que prolonga la pieza hacia la parte superior, presenta intensas lesiones de esclerosis y sus paredes se pierden en la masa del aneurisma.

Diagnóstico anátomo-patológico: *aneurisma del escroto de paredes fibrosas por transformación de las arteriales; probable etiología luética del proceso*".

El post-operatorio transcurrió sin inconvenientes. El enfermo fué dado de alta el 11-10-51. Ha concurrido periódicamente para su contralor, hallándose en perfecto estado.

COMENTARIOS

El enfermo fué llevado a la operación con el diagnóstico de tumor aneurismático del escroto. En la búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ningún caso de aneurisma localizado en esta región. Lejars cita un caso de presunta hernia crural estrangulada, que resultó en el acto quirúrgico un aneurisma de la femoral, arteria que puede ofrecer en la región inguino-crural tumores aneurismáticos típicos que recuerdan por su topografía y sintomatología los de la axilar, más frecuentes. En nuestro caso, en la región inguino crural existía el conjunto de signos que configuraban un proceso aneurismático de moderadas proporciones y en el hemiescroto izquierdo se alojaba la gran masa tumoral pulsátil, expansiva, con soplo sistólico, pero no reductible.

Clinicamente se planteó la posibilidad de la existencia de una neoformación sarcomatosa o de un hematoma pulsátil, ambos procesos excepcionales que pueden tener características aproximadas a la de los aneurismas, pero que sin dejar categóricamente de lado, alejamos de nuestra concepción diagnóstica, por la falta de otros fenómenos y factores etiológicos que suelen acompañarles.

Por otra parte, los elementos frecuentes aneurismáticos de la región inguino-crural y su relación con el gran tumor escrotal, hacían más verosímil la existencia de un proceso patológico esencialmente vascular, que, alojado y modificado en las Bolsas, reproducía los signos presentes en forma completa y neta en la vecindad del tronco femoral.

La extirpación quirúrgica y el examen anátomo-patológico, nos permitieron confirmar el diagnóstico de *"raro aneurismo del escroto, de paredes fibrosas, originado en la arteria pudenda externa superior"*.
