

Hosp. Angel C. Padilla. San Miguel de Tucumán.  
Serv. de Urolog. Jefe: Dr. O. A. Fonio.

## MARSUPIALIZACION DE EPIDIDIMO Y ACTINO-TERAPIA EN LA TUBERCULOSIS GENITAL

Comunicación previa

Por los Dres. OSCAR A. FONIO y GEORGE SAWAYA

Sin dejar de reconocer que en los últimos tiempos, para la lucha contra la tuberculosis genital y urogenital, el arsenal terapéutico clínico de los urólogos se ha enriquecido con la estreptomycin, el ácido para-amino-salicílico, la hidrácida del ácido isonicotínico, el aceite de chaulmoogra, las sulfonas (tiosemicarbozonas, como el T B1), etc. y que nos prestan interesante ayuda, no es menos cierto que las esperanzas cifradas en los fármacos citados, no se han materializado en la medida que esperábamos.

Aún sin tener en cuenta las posibilidades de fármacorresistencias y fármacodependencias, los resultados en general, tanto en la modesta experiencia personal como en la ajena nos dice, que salvo los casos iniciales o de lesiones en superficie de las mucosas urinarias, su utilidad, por cierto no despreciable, se limita a la mejoría del pre y postoperatorio, es decir que el advenimiento de las modernas drogas, no ha podido desalojar a la cirugía como sería de desear y repitiendo a Bernardi diremos que "el tratamiento médico significa hasta ahora una extraordinaria responsabilidad, que sólo una mayor experiencia y nuevas adquisiciones en el campo de la biología y la quimioterapia podrán dilucidar".

La lectura de un trabajo del Dr. Mario Trincas, del Instituto de Patología Quirúrgica de la Universidad de Ferrara, titulado "La Caverno-Actinoterapia. Cura de las cavernas tuberculosas del pulmón con los rayos actínicos", aparecido en "El Día Médico", Nº 46, del 24 de julio del año en curso, nos sugirió la posibilidad de que una terapéutica análoga podría resultar también eficaz en los casos de tuberculosis genital, por lo que decidimos ensayarla.

El procedimiento de Trincas consiste en síntesis: en practicar la cavernostomía, es decir la abertura quirúrgica de la caverna pulmonar tuberculosa con electrocauterio, previa localización radiográfica exacta de la úlcera (estratigrafía), incisión y resección subperióstica de un fragmento de 3 a 4 cms. de la costilla correspondiente y luego de extraer material endocavitario para análisis bacteriológico, se somete a la superficie cavitaria a la acción de los Rayos Ultra-violeta, en forma gradual y progresiva.

En su experiencia el Dr. Trincas, comprueba dos hechos sumamente interesantes: 1º, que la irradiación actínica tiene un real efecto bactericida contra el

bacilo de Koch, comprobada con los exámenes bacterioscópicos periódicos del material endocavitario y por la evolución favorable hacia la curación de la caverna así tratada: 2º, que en todos los casos tratados, se notó una franca mejoría y hasta la curación de otros focos, en el mismo o en el otro pulmón. Este efecto benéfico a distancia, que de ningún modo puede atribuirse a la acción directa de los ultravioletas, es a nuestra manera de ver, el hecho más importante.

Trincas piensa que la mejoría de los focos distantes debe interpretarse "según el modelo genético de la inmunización adquirida" y considera que los rayos actínicos introducidos en una caverna, al provocar la destrucción de los bacilos tuberculosos, favorecen la liberación de sustancias proteicas que actúan como antígenos, es decir que se trataría de una verdadera vacunación.

Justamente esta cautivante y lógica interpretación, es lo que nos hizo pensar en el posible éxito terapéutico mediante el empleo de un procedimiento similar al de Trincas, en los casos de tuberculosis genital relativamente frecuentes en nuestro medio y que por lo general nos llegan en estado de evolución tan avanzada, que sólo y no siempre, con el empleo de una terapéutica quirúrgica mutilante, se logra actuar en forma satisfactoria.

Pensando pues con el concepto del colega de Ferrara, es que dedujimos que combinando una intervención quirúrgica mínima, como sería el avenamiento de un foco epididimario, con la acción gradualmente progresiva de los rayos actínicos, no sólo podríamos obtener el beneficio directo sobre el segmento del tractus genital en que actuamos, sino también sobre otros focos coexistentes en testículos, deferentes, vesículas seminales, próstata, etc.

Así fué, que nos decidimos a ensayar, en los casos que llegaron a la consulta después de la lectura de la referida publicación y en los que teníamos internados en tratamiento preoperatorio con estreptomycin, la siguiente conducta: Anestesia local. Incisión de piel de escroto de aproximadamente 3 cms. Exteriorización, abertura y avenamiento del foco epididimario. Extracción de material para bacterioscopia y cultivos. Puntos de fijación de los bordes de la herida epididimaria a los de la del escroto (denominamos marsupialización), con el fin de mantener amplia abertura y facilitar la acción actínica. Aplicaciones de rayos ultravioleta con lámpara "Hanau", a 90 cms. comenzando por 2 minutos y aumentando 2 minutos cada día, hasta llegar a los 20 minutos, continuando con esa dosis todo el tiempo que requiera la total cicatrización.

Nuestra experiencia hasta el presente es de ocho casos, cuyas historias resumiremos a continuación:

*Observación N° 1.* --- Cb. M. A., 30 años, arg., soltero, comerciante, domiciliado en San Miguel de Tucumán. Ingresa al Servicio el 1º de agosto de 1932.

*Antecedentes de enfermedad actual.* --- En 1947, dolor y aumento de volumen de testículo derecho; tratado con bolsa de hielo y sulfatiazol primero y luego inyecciones de calcio durante 5 meses, quedando engrosamiento duro e indoloro de epidídimo. Un año después, tumefacción indolora de epidídimo izquierdo. En septiembre de 1949, fistula con secreción seropurulenta del lado derecho que tardó 2 meses en cicatrizar; en ese mismo años nos consultó por su proceso epididimario, rechazando la intervención quirúrgica que propusimos. El 19 de junio de 1952, nos consulta nuevamente (Dr. Fonio) por epididimitis bacilar bilateral e indicamos un gr. diario de estreptomycin como tratamiento preoperatorio.

*Estado actual.* --- Epidídimo derecho con gran engrosamiento duro irregular e indoloro.

Epididimo izquierdo también irregularmente engrosado, duro poco sensible. Escrito lado derecho cicatriz adherente a epididimo. Buen estado general, apirético.

*Análisis.* --- Orina: ácido, límpida, no se observan bacilos de Koch en sedimento.

*Eritrosedimentación.* --- 1ª h. 11 m.m., 2ª h. 30 m.m., I. K. 13.

*Recuento.* --- Rojos. 4.980.000; blancos. 6.200; fórmula: N. 56 %, L. 38 %, M. 6 %.

*Radiografía de pulmón.* --- (1948): velo en vértice izquierdo; nódulos calcinados en campo pulmonar derecho; desplazamiento de sombra cardíaca hacia hemitórax izquierdo.

*Operación.* --- (13-VIII-1952) abertura y marsupialización de un absceso epididimario de cola, lado derecho. Rayos ultravioletas diariamente aumentando el tiempo en forma gradual y progresiva. La bacteriología del pus no reveló la presencia de gérmenes de ninguna especie.

*Evolución.* --- Desde los primeros días, se observa que la superficie cruenta se deterge, se torna roja y con buena granulación. El 19-IX-952, solicita alta de cama, pero concurre diariamente para aplicaciones actínicas. El 8-IX-952, la herida se encontraba totalmente cicatrizada. Desde esa fecha lo hemos visto con intervalos de aproximadamente 15 días sin novedad.

*Observación N° 2.* --- C. A. C. de 25 años, arg., casado, domiciliado en la ciudad de Concepción (Pcia. de Tucumán), Ingresa el 23-V-1952.

*Antecedentes.* --- Sin importancia. Niega Venéreas.

*En enfermedad actual.* --- Desde hace un mes nota tumefacción poco dolorosa de testículo izquierdo. Al examen, epididimo izquierdo en especial a nivel de la cola, engrosado irregularmente, poco sensible; deferente del mismo lado irregular, con nódulos duros indolores. Próstata y vesículas normales. En región lateral izquierda del cuello se nota un ganglio reblandecido, fluctuante; el pus extraído por punción resultó aséptico. Por arriba de la arcada crural, lado izquierdo tumoración subcutánea dolorosa.

*Análisis.* --- *Recuento globular:* Rojos. 4.930.000, blancos. 8.400.

*Fórmula.* --- N. 66 %, E. 1 %, L. 2 %, M. 3 %. *Orina:* ácida, d. 1019, vestigios de albúmina, escasa sangre y pus.

*Eritrosedimentación.* --- 1ª h. 47 m.m., 2ª h. 76 m.m., I. K. 42,5.

Se prescribe 1 gr. diario de streptomicina, que se suspendió cuando decidimos emplear el procedimiento que comunicamos.

*Operación.* --- (18-VIII-952). Anestesia local de la cola de epididimo izquierdo, que se ofrece en forma de tejido lardaceo con focos caseosos. Se extrae material para análisis, se marsupializa y se procede a las aplicaciones actínicas.

*Evolución.* --- La superficie cruenta del epididimo evoluciona muy bien. El 22-9-1952 la tumoración suprarcual fluctúa por lo que se incide, dando salida a secreción purulenta mal ligada aséptica. El 16-X-952 alta cicatrizado.

*Observación N° 3.* --- Q. J., 27 años, arg., solt., carpintero. Ingresa el 23 de junio de 1952.

*Antecedentes.* --- Niega venéreas. Hace un año tumefacción de testículo izquierdo, poco dolorosa, tratado con sulfas, reposo en cama y hielo durante 15 días. Después de cierto tiempo aparece un trayecto fistuloso del que manaba secreción seropurulenta. Por persistencia de la fistula y aparición de engrosamiento del lado derecho, nos consulta.

*Estado actual.* --- Regular estado de nutrición, ha perdido 6 kilos. Febrícula vespertina. Epididimo izquierdo engrosado irregular, duro, poco sensible, adherente y fistulizado al escroto a nivel de la cola. Deferente del mismo lado engrosado irregularmente. Epididimo derecho engrosado, irregular y duro.

*Radiografía de pulmón.* --- Hios cargados, trama bronquial marcada; varios nodulitos calcificados en ambas zonas ilíacas.

*Análisis.* --- *Orina:* Límpida ácida, d. 1012. *Recuentos:* rojos. 4.870.000, blancos 11.600; *Fórmula:* N. 73 %, L. 23 %, M. 3 %, E. 1 %.

*Eritrosedimentación.* --- 1ª h. 48 m.m., 2ª h. 70 m.m., I. K. 41,5

*Radiografías del aparato urinario.* --- Previo enfisema retroperitoneal se practican radiografía directa y urogramas de excreción a los 5', 15' y 30', sin anormalidades. Se indica streptomina 1 gr. diario que se suspende cuando resolvimos ensayar el método quirúrgico actínico.

*Operación.* --- (18-8-952). Anestesia local. Marsupialización de epididimo derecho, a nivel de un foco abcedado de la cola. El pus recogido fué aséptico. Rayos ultravioletas.

*Evolución.* --- El proceso de cicatrización de la superficie cruenta se realiza perfectamente. El 13-IX-952 alta de cama pero concurre a las aplicaciones actínicas. En el examen efectuado el 30-X-952 constatamos con gran satisfacción que había cerrado la fistula del epididimo no operado y once días después apreciamos la desaparición de los nódulos del epididimo.

*Observación N° 4.* — C. D., arg., casado, domiciliado en la localidad de San Pablo (Pcia. de Tucumán), jornalero. Ingresó el 16-8-952.

*Antecedentes.* — Niega venéreas. Hace 35 días sufre traumatismo a nivel de bolsa, notando al día siguiente tumefacción poco dolorosa de testículo izquierdo que desaparece en pocos días, con reposo y bolsa de hielo, e inyecciones cuya naturaleza ignora.

*Estado actual.* — Epididimo izquierdo engrosado con nódulos duros, poco sensible, adherente a escroto a nivel de cola. Próstata irregular con lesiones nodulares. Vesículas no se tactan.

*Análisis.* — *Orina:* Turbia, ácida, d. 1017, albúmina 0.03 %, sangre escasa y abundante pus. *Recuento de blancos:* 12.700; *fórmula N°* 61 %, E. 4 %, L. 29 %, M. 5 %.

*Eritrosedimentación.* — 1ª h. 34 m.m., 2ª h. 56 m.m., I. K. 31.

Se prescribe 1 gr. de estreptomina, que se suprime cuando decidimos el ensayo de referencia.

*Operación.* — (22-VIII-952). Se incide epididimo izquierdo a nivel de la cola, dando salida a abundante pus mal ligado del tipo de absceso frío, cuya bacteriología resultó negativa. Se marsupializa y se indican las aplicaciones actínicas. La evolución del proceso cicatricial es muy bueno, como en los casos anteriores.

*Observación N° 5.* — A. P., arg., casado, de 33 años, domiciliado en Santa María (Pcia. de Catamarca). Ingresó al Servicio el 9 de setiembre de 1952.

*Antecedentes personales.* — Blenorragia sin complicaciones a los 23 años y simultáneamente pues tratado con neosalvarsán durante un mes.

*Antecedentes enfermedad actual.* — Hace casi dos años ingresó a nuestro Servicio por orquiepididimitis tuberculosa del lado derecho por lo que el 29 de noviembre de 1950 le practicamos hemicastación. De regreso en la localidad de su residencia, después de un mes de la fecha de alta, dice que fistulizó la cicatriz operatoria, por lo que fué operado por el médico de la localidad, pero al poco tiempo fistuliza nuevamente. Como el trayecto fistuloso persiste y aparece engrosamiento del epididimo izquierdo resolvemos consultarnos nuevamente.

*Estado actual.* — Regular estado general. Rales difusos en ambos campos pulmonares con irregular distribución. En región inguinal derecha a nivel del extremo superior de la cicatriz operatoria, orificio fistuloso de cuyo trayecto mana secreción seropurulenta escasa. Por arriba del orificio de la fistula, a la palpación se aprecia un cordón duro, indoloro, adherente a la piel, que sigue la dirección del canal inguinal. Epididimo izquierdo engrosado, irregular, duro, poco sensible y adherente a piel de escroto. Próstata irregular con nódulos duros, vesícula derecha palpable con lesiones nodulares.

*Análisis.* *Recuento de blancos* 6.000; *fórmula:* N. 68 %, E. 2 %, B. 1 %, L. 23 %, M. 6 %.

*Eritrosedimentación.* — 1ª h. 7 m.m., 2ª h. 20 m.m., I. KK. 8.5.

*Radiografías de pulmón.* — Trama e ileos engrosados.

*Operación.* — (17-IX-952). Abertura de la cola de epididimo izquierdo, que se muestra al corte, duro, fibroso, lardáceo, con pequeños focos caseosos. Se marsupializa, se recoge material para análisis y de inmediato se inician las aplicaciones actínicas.

En los exámenes bacteriológicos del material recogido y de la secreción de la fistula se comprobó la presencia de bacilos de Koch.

*Evolución.* — La cicatrización de la superficie epididimaria marsupializada evolucionó normalmente. Como el enfermo se encontraba impaciente por su fistula, decidimos abrir su trayecto y exponer su superficie también a la acción actínica. Actualmente se encuentran las superficies cruentas casi totalmente cicatrizadas.

*Observación N° 6.* — A. V., de 59 años, español, soltero, vendedor ambulante, procedente de "Las Breñas" (Pcia. Presidente Perón). Ingresó el 16 de setiembre de 1952.

*Antecedentes.* — Niega venéreas. Operado de úlcera gástrica en 1944.

*Enfermedad actual.* — Hace 3 meses nota tumefacción indolora de testículo izquierdo, que aumentó progresivamente de tamaño y después de un mes apareció un pequeño orificio en escroto por donde manaba secreción purulenta.

*Estado actual.* — Epididimo y deferente izquierdos, engrosados con nódulos duros indolores. El epididimo se presenta adherente a escroto y fistulizado a nivel de la cola. El testículo correspondiente, aumentado y al tacto se percibe derrame en la vaginal. Epididimo derecho engrosado, irregular, duro, especialmente a nivel de la cola, poco sensible a la presión. Se tacta vesícula seminal izquierda con nódulos.

*Radiografía de tórax* (13-IX-952). — Pulmón: velos en ambos vértices especialmente

en izquierdo, donde se observan calcificaciones y gruesos trazos fibrosos; trama muy reforzada en ambos campos; hilios muy engrosados. Pedículo vascular ensanchado a expensas de aorta; rodilla muy marcada.

*Análisis.* — *Orina: sed. fresco:* abundante pus, no hay cilindros ni elementos renales; *coloreado:* muy escasos bacilos ácidoalcohol resistentes; enriquecimiento Ziehl, positivo. *Secreción del trayecto fistuloso:* aislados y muy escasos bacilos de Koch, escasos enterococos y colibacilos; Ziehl positivo. *Recuento:* rojos 4.600.000, blancos 12.400. *Fórmula:* N. 70%, E. 1%, L. 24%, M. 5%. *Eritrosedimentación:* 1ª h. 35 mm., 2ª h. 58 mm., I. K. 32.

*Operación* (17-IX-1952). — Anestesia local. Incisión de escroto y exteriorización del testículo izquierdo. Abertura de la vaginal dando salida a 50 c.c. de un color amarillo yodado, del que se recogen 10 c.c. en recipiente estéril para análisis. El testículo se presenta aumentado de tamaño, congestivo y con puntillado hemorrágico. El epidídimo estaba fuertemente adherido a la glándula. Se incide la cola del epidídimo cuya cavidad se encontraba repleta de materia caseosa. Se marsupializa y se inician de inmediato las aplicaciones actínicas.

*Evolución.* — El postoperatorio de este enfermo nos dejó muy satisfechos y fué dado de alta totalmente cicatrizado el 13-XI-1952. El día 20 del cte. concurrió a la consulta y pudimos constatar evidente reducción de epidídimo derecho y mejoría notable al examen físico de la vesícula seminal y deferente izquierdos.

*Observación N° 7.* — P. M. B., arg. de 38 años, casado, jornalero, domiciliado en San Miguel de Tucumán. Ingresa el 6-X-1952.

*Antecedentes.* — Niega venéreas. Manifiesta que hace 2 meses acusó ligeras molestias a nivel del testículo derecho, que trató con sulfas y bolsa de hielo. Hace 10 días nota la aparición de un orificio fistulosos en escroto por el que manaba serosidad purulenta.

*Estado actual.* — Epidídimo izquierdo duro irregular sensible a la presión; deferente del mismo lado irregularmente engrosado. Epidídimo derecho irregular, adherente a escroto y fistulizado. Al tacto próstata aumentada con lesiones nodulares. No se tactan vesículas.

Radioscopia de pulmón normal.

*Análisis.* — *Orina:* previo masaje de próstata, la bacterioscopia del sedimento revela regular cantidad de bacilos de Koch. *Eritrosedimentación:* 1ª h. 25 mm., 2ª h. 56 mm., I. K. 26,5. *Recuento:* rojos 4.860.000, blancos 10.000. *Fórmula:* N. 67%, E. 8%, L. 24%, M. 7%.

*Operación* (13-X-1952). — Marsupialización de epidídimo derecho y actinoterapia en la forma acostumbrada. La evolución del postoperatorio fué muy buena, encontrándose la superficie cruenta casi totalmente cicatrizada en la actualidad.

*Observación N° 8.* — A. R., de 33 años, arg. soltero, jornalero, domiciliado en San Miguel de Tucumán. Ingresa el 10-XI-1952.

*Antecedentes.* — Estuvo internado durante 10 meses en el Hospital de Infecciosas Nicolás Avellaneda de Tucumán, por tos persistente, donde dice fué tratado con estreptomycinina (70 grs. en total), siendo dado de alta el 8 de octubre ppdo. Desde hace más de 2 meses nota engrosamiento poco sensible de epidídimo derecho y que poco después fistuliza.

*Estado actual.* — Epidídimo derecho muy engrosado, duro, irregular, poco sensible, adherente a escroto y fistulizado. Testículo correspondiente aumentado en tamaño y consistencia. Próstata irregular con lesiones nodulares duras.

*Análisis.* — En sedimento coloreado de orina y en examen bacterioscópico de secreción de la fistula, no se constataron gérmenes. *Recuento:* rojos 5.000.000, blancos 7.000; *Fórmula:* N. 56%, L. 40%, M. 4%. *Eritrosedimentación:* 1ª h. 12 mm., 2ª h. 22 mm.

*Operación* (14-XI-1952). — Marsupialización de epidídimo y actinoterapia. El postoperatorio inmediato transcurre sin particularidades.

#### CONSIDERACIONES

Los resultados inmediatos observados son satisfactorios en cuanto a la evolución de los focos tratados por el procedimiento que anunciamos ya que en nuestras ocho observaciones hemos visto cómo las superficies cruentas de los epidídimos marsupializados se detergen rápidamente, aparecen los signos de buena granulación y la cicatrización se realiza con facilidad. Los enfermos

correspondientes a las observaciones N° 3 y N° 6, son los más interesantes, pues en ambos se ha podido apreciar no sólo la evolución favorable de los focos directamente tratados por el método quirúrgico-actínico, sino que hemos también comprobado mejoría de otros focos del tractus genital, que no recibieron la acción directa de las radiaciones actínicas.

Corresponde dejar expresa constancia que la deliberada interrupción del tratamiento farmacológico en los casos que se había iniciado y su no empleo en los nuevos enfermos, es puramente transitoria con el objeto de poder formarnos un concepto real de la acción del procedimiento quirúrgico-actínico que estamos experimentando, pues creemos que aunque los resultados de éste, lleguen a satisfacernos ampliamente, lógicamente ellos no invalidarán el uso de los antibióticos, cuyos indiscutibles beneficios debemos también aprovechar.

Uno de nosotros (Dr. Fonio) se ha propuesto iniciar en el próximo mes de enero un trabajo experimental, empleando el procedimiento que comunicamos hoy, en animales previamente infectados sus genitales, para lo que cuenta con el gentil ofrecimiento de colaboración del Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Tucumán, Dr. Dacio Deso Cenet y esperamos que los resultados de esas experimentaciones nos permitan llegar a conclusiones de interés.

#### CONCLUSIONES

Aunque estamos satisfechos de nuestra experiencia inicial, tenemos conciencia plena que ella es demasiado reducida en tiempo y en número de casos tratados para aventurarnos a conclusiones serias, pero abrigamos la ilusión que finalmente el procedimiento conservador quirúrgico-actínico que se nos ha ocurrido, resulte un recurso tan simple como poderoso, que por su acción directa local e indirecta sobre las defensas inmunobiológicas, contribuya a una mejor solución de un problema de patología que aflige a un número no despreciable de jóvenes, que hasta ahora debían ser sometidos al dolor moral, de sentirse mutilados aunque fuese parcialmente, en los atributos de su masculinidad.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Irazu:* Deseo felicitar al Dr. Fonio por su comunicación. Nosotros sabemos que el drenaje de un foco tuberculoso abscedado tiene beneficios, aunque la extirpación del mismo una vez enfriado el proceso es preferible, pudiéndose así evitar la recidiva y la diseminación.

La acción de la actinoterapia en estos casos, me hace recordar la de otro agente físico, la radioterapia (propuesta por Astraldí) que hemos empleado en algunos casos con resultado satisfactorio.

Creo que la acción curativa, pudo haber sido más breve con el empleo de las nuevas drogas quimioterápicas de la tuberculosis.

*Dr. Armando Trabucco:* Por mi parte desearía saber cuánto tiempo ha mediado entre el drenaje del absceso y la cicatrización completa del proceso.

*Dr. Oscar Fonio:* Agradezco las palabras de aliento del Dr. Irazu y digo que el tiempo se encargará de contestar.

En cuanto a la pregunta del Dr. Trabucco, puedo decir que son casos recientes.

Por ejemplo, el primero tratado se inicia el 13/8 y cicatrizó el 8/9, es decir en un mes. El segundo caso se operó el 18/8 y el 16/10 fué dado de alta cicatrizado de alta cicatrizado (2 meses). El tercer caso fué operado el 8/8 y dado de alta el 30/10. El cuarto, se operó el 22/8 y se dió de alta más o menos al mes y medio. Es decir, que en general, es a los 25 días, mes y medio o a los dos meses.