

INFARTO HEMORRAGICO EPIDIDIMO TESTICULAR

Por el Dr. MARIO F. PASCULLI

La necrosis epididimo-testicular debida a trastornos circulatorios, si se hace abstracción de la producida por torsión del cordón y la que se suele observar en el recién nacido, es una afección de rara incidencia. Cedermark (1) hasta 1936 recopiló 36 casos, de los cuales, dos personales, si bien de ellos, hay cinco debidos a lesión operatoria y 3 en los cuales no se excluyó la torsión del cordón. De los restantes, 3 se atribuyeron a golpes, 4 a infección y 20 a causa desencadenante desconocida, presumiblemente trombosis arterial o venosa. A los ocho restantes se les atribuyó una etiología poco convincente, como ser: levantar pesos, constipación y enfriamiento. Desde entonces la literatura ha sido poco nutrida. Menville (2) publicó un caso en 1940 debido aparentemente a traumatismo. Posteriormente hubo una comunicación de Tettamanti y Mainetti (3) en 1944, Knudson (4) en 1946, Irazu (5) en el mismo año y Surra Canard (6) en 1947. Llama la atención la relativa frecuencia de publicaciones nacionales. Recientemente Wintead (7) publicó un trabajo con tres casos personales.

El caso que nos ocupa, se trata de un joven de 17 años, en aparente buen estado de salud que ingresa al Hospital el 29-VII-53. Refiere que hace dos días ha notado súbito dolor en el testículo derecho: desde el comienzo fiebre y rápido aumento de tamaño de la bolsa. Recuerda haber recibido un pelotazo hace alrededor de diez días. El dolor y la tumefacción han ido en aumento razón por la cual se interna.

Al examen se palpa el testículo del tamaño aproximado de 7 x 5 cm., uniformemente doloroso: no se puede diferenciar el epidídimo, en parte por el dolor intenso que provoca la palpación. La consistencia es firme, la superficie lisa, la transluminación negativa. Hay cierta adherencia a la piel en algunos puntos.

Entre sus antecedentes se recoge parotiditis en la infancia. Refiere además que desde hace dos o tres años, y con intervalos de 3 a 4 meses ha venido sufriendo episodios de dolor y tumefacción en el testículo derecho, que cedían espontáneamente y más rápidamente haciendo pocos días de reposo.

El estudio clínico general no reveló ninguna otra alteración digna de mención. Tratado desde su internación con penicilina y estreptomycin, cedió la temperatura después de dos días, no así el dolor y la tumefacción. La consistencia disminuyó, llegando a ser fluctuante.

Dados los antecedentes y el cuadro clínico se pensó en una orquiepidimitis abscedada y con ese diagnóstico se hizo una pequeña incisión con miras al drenaje. Nos encontramos con que no había indicios de supuración y en cambio el parénquima se encontró reblandecido, de color rojo violáceo y sumamente friable. Hicimos una toma de material y al anatomopatólogo nos informó:

Tejido glandular en estado de necrosis en el que, en algunas zonas se distingue la estructura de los tubos seminíferos. El todo es asiento de una intensa infiltración hemática. Diagnóstico: Infarto hemorrágico del testículo.

Con este diagnóstico se hizo la orquiectomía total prestando atención durante el acto operatorio al estado del cordón, no encontrando alteración presente ni signos de traumatismo ni torsión anterior. El postoperatorio se desarrolló sin inconvenientes.

Macroscópicamente la pieza tiene el tamaño aproximado de 6 x 4 cms. El epidídimo forma cuerpo con el testículo. El deferente reseca en una extensión de unos 4 cms. no presenta alteración macroscópica. El corte nos muestra una superficie cuyo aspecto, color y consistencia es el de un hematoma de varios días de evolución. El examen microscópico muestra las mismas alteraciones consignadas en la biopsia anterior. Los elementos del pedículo a la altura del hilo están envueltos en abundante tejido escleroso, con procesos de perivascularitis. Hay también evidentes alteraciones de la meso y endoarteria de tipo escleroso y proliferativo.

En este caso, al parecer, la dificultad circulatoria fue debida a la constricción de los elementos vasculares ocasionada por la retracción cicatrizal producida por un proceso infeccioso o traumático, o, a la conjunción de ambos. Por el cuadro patológico la rémora debe haber sido más acentuada del lado venoso, si bien no se puede descartar que haya sido primitivamente arterial y que la infiltración hemática se haya instalado secundariamente.

En verdad aún no hay acuerdo en lo que respecta a la etiopatogenia de esta rara afección, si bien se tiende a explicarla por una trombosis arterial o más comúnmente venosa, que algunos, como Cedermark creen localizada en el plexo pampiniforme. Irazu llama la atención sobre el papel que pueden representar los procesos arteriales del tipo de la tromboangieitis obliterante. Cita además a Colle, quien demuestra que hay habitualmente anastomosis colateral entre la arteria espermática y la deferencial, con excepción de un 7% de los individuos considerados normales. Gregoire, citado por Surra Canard en su trabajo, considera que el proceso es debido a una "asistolía" de la circulación capilar. Sería para él un shock de intolerancia, producido a través del sistema neurovegetativo, por factores diversos (químicos, tóxico-orgánicos, tóxico-microbianos, traumáticos). Encuentra similitud entre este proceso y el que ocurre en otros órganos, por ejemplo el páncreas. Deduce que sorprendido en un estadio precoz, sus lesiones pueden ser reversibles. Surra Canard, fundándose en estas consideraciones aboga por la exploración quirúrgica precoz en los cuadros dolorosos del contenido escrotal en los que no pueda ser descartado evidentemente el cuadro de infarto o "apoplejía epidídimo testicular" (como él lo llama) y, ante su presencia, intentar la vuelta a la normalidad mediante la novocainización del cordón y el empleo de drogas simpático miméticas como la adrenalina o efetonina.

En los casos descritos en el recién nacido, se inculpa al traumatismo del parto, especialmente al pelviano. Sin embargo, Halpert⁽⁸⁾ en 21 necropsias realizadas en neonatos de menos de una semana demuestra que no hay diferencia apreciable entre el parto cefálico y el pelviano en la incidencia de esta afección. Lo mismo Mac Lean⁽⁹⁾ en dos casos operados a los 10 y 14 días del nacimiento. Del caso operado por Ravich⁽¹⁰⁾, a los 15 días de nacer y en cuyo examen histológico se encontró engrosamiento notable de la vaginal y calcificaciones, surgen fuertes sospechas de que pueda haberse producido por alguna condición intrauterina.

No hay signo o síntoma patognomónico de esta afección. El comienzo, habitualmente es el de los procesos agudos comunes del testículo: dolor súbito, tumefacción, a veces entorpecimiento y fiebre. Otras veces el comienzo es menos tumultuoso y en otras se llega a la atrofia sin ninguna sintomatología. Pero lo común es el comienzo brusco, con notable aumento de tamaño de la masa testículo-epidídima, sin que sea factible diferenciar sus componentes. La

consistencia firme, en algunos casos después de varios días de evolución adquiere cierta fluctuación, que es lo que ha sucedido con el nuestro.

El diagnóstico diferencial se plantea con varias afecciones del contenido escrotal, pero las que ofrecen mayores dificultades son: torsión del cordón, orquiepididimitis aguda, torsión de la hidátide de Morgagni y tumores. Con la torsión del cordón tiene de común el comienzo brusco y la tumefacción, pero falta de ascenso del testículo. Con la orquiepididimitis a veces sólo se puede diferenciar por la evolución, especialmente si el proceso infeccioso es difuso. Puede hacer sospechar, en algunos casos, el diagnóstico, la ausencia de fiebre. El tumor del testículo presenta generalmente una consistencia más firme y la forma está menos conservada que en el infarto. Puede ser de valor el estudio hormonal.

La torsión de la hidátide de Morgagni presenta un comienzo súbito, con rubor y edema del escroto de aparición precoz: el dolor localizado en el polo superior del testículo, debajo del globo mayor, es típico de esta afección.

Estamos, pues, ante un cuadro patológico de rara frecuencia y de difícil diferenciación, tanto que su hallazgo, la mayor parte de las veces, ha sido patrimonio de exploraciones quirúrgicas realizadas con los más diversos diagnósticos preoperatorios. Debemos pensar en esta afección, ante todo proceso agudo del contenido escrotal de presentación dudosa, para obrar en consecuencia.

RESUMEN

Se pasa revista a la literatura referente al tema y se hacen consideraciones acerca de su etiopatogenia y diagnóstico. Se presenta un caso debido a la constricción vascular por proceso escleroso y alteraciones de la meso y endoarteria de carácter escleroso y proliferativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Cedermark, J.* — Acta Chir. Scandinav. 78: 447-491, 1936.
2. *Menetle, J. G.* — J. Urol. 43: 335-338, 1940.
3. *Tettamanti, C. y Manetti, J. M.* — Rev. Md. d. Hosp. Ital. de La Plata. 1: 85-87, 1944.
4. *Knudson, K. P.* — U. S. Naval Md. Bull. 46: 1120-1121, 1946.
5. *Iruzu, J.* — Rev. de Urol. 15: 509-518, 1946.
6. *Sarra Canard, R.* — Rev. Asoc. Méd. Argent. 61: 644-649, 1947.
7. *Winstead, A.* — J. Urol. 69: 830-835, 1953.
8. *Halpert, B. J.* — Obst. and Gynec. 43: 1028-1032, 1942.
9. *Mac Lean, J. T.* — Surg. Gynec. and Obst. 76: 319-322, 1943.
10. *Ravich, R. A.* — J. Urol. 57: 875-879, 1947.