

Sociedad Argentina de Urología

Presidente: Dr. Constante Comotto

Vicepresidente: Dr. José S. Dotta

Secretario: Dr. Raúl J. Borzone

5ª Sesión científica ordinaria - 23 de agosto de 1957.

Hosp. Alvear. Serv. de Urología. Sala V1
Jefe: Dr. Armando Trabucco.

ANGIOMA GIGANTE DE LA BOLSA ESCROTAL

Por los Dres. A. E. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y J. C. LURASCHI

No hemos encontrado, en los catálogos habituales de consulta, una comunicación que se refiera a un tumor sanguíneo, originado y desarrollado a expensas de las tunicas del escroto. Todos se refieren a procesos que asentaban sobre el cordón espermático y ésa es la razón que nos induce a presentar este caso ante los miembros de esta Sociedad.

El enfermo C. C., de 22 años de edad, nos fué presentado por el Dr. Born, del Servicio de Clínica Médica que dirige el Prof. Etcheboreborda, quien había observado un proceso en el escroto que no encuadraba en ninguna de las afecciones conocidas.

El examen clínico revelaba un paciente normalmente constituido, portador, a nivel de la bolsa escrotal de una tumoración piriforme, a vértice superior, indolora, de superficie irregular y que en su porción más baja presenta formaciones vermiculares, de color azulado de 2-3 mm. de diámetro, cubiertas por piel de aspecto normal, y cuyo tamaño llega al de un pomelo, insinuándose hacia la parte interna del muslo, periné anterior y surco glúteofemoral.

Este proceso se inició hace 4 años, con sensación de dolorimiento a nivel del escroto y que aumenta de tamaño progresivamente. Sólo es discretamente doloroso en forma espontánea en la bipedestación y durante la ejecución de esfuerzos.

La palpación de la bolsa revela la presencia de dilataciones varicosas, elásticas, irregulares, indoloras y por dentro de ellas se puede palpar con alguna

dificultad, el testículo derecho y el cordón aparentemente normales. La alteración venosa llega hasta la línea media del escroto, no invadiendo el lado izquierdo, donde tanto testículo como epidídimo y cordón y cubiertas son normales.

Estando el paciente en decúbito dorsal, la elevación de la bolsa no permite la evacuación de la masa venosa ni aún parcialmente y tampoco es influenciada por la bipedestación.

Los exámenes clínicos de rutina y de laboratorio fueron totalmente normales e interesados en conocer el tamaño real, el sitio donde se asentaba el tumor y la falta de drenaje fácil, siendo un tumor vascular. practicamos una

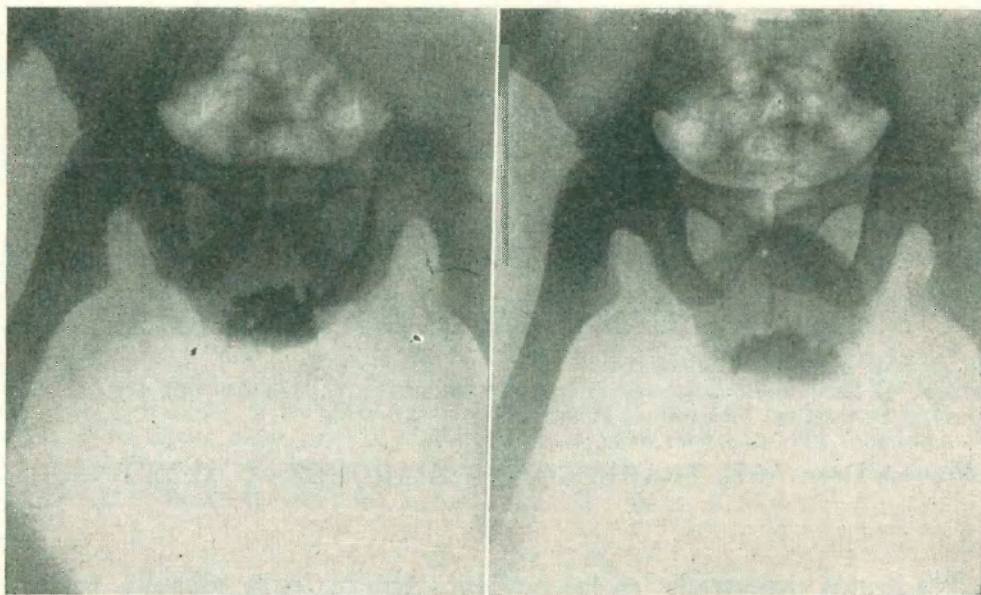


FIG. Nº 1. — Flebografía por punción de vena escrotal.

FIG. Nº 2. — A los 10 minutos de la inyección angioma gigante de escroto. Dres. Trabucco y Márquez.

flebografía por inyección a nivel de una de las venas varicosas que se observaban a nivel de la cara inferior del escroto.

Se punzó con aguja de 7/10 y se inyectaron 25 c.c. de una solución de yodo al 35 %, sacándose la primera exposición mientras se efectuaba la inyección. Esta primera placa reveló la presencia de un conglomerado venoso que no drenaba hacia ninguna parte y que al parecer se insinuaba en el hemiescroto izquierdo. (Fig. 1.)

En vista de la lentitud circulatoria sacamos otra placa a los 10 minutos, observando entonces tres detalles de interés: primero, una mayor difusión del medio de contraste; segundo, aumento de la opacidad de la bolsa escrotal y tercero, la insinuación de un trayecto hacia afuera. (Fig. 2.)

La tercera radiografía efectuada a los 20 minutos ya revela el drenaje del angioma por la vena pudenda externa hacia la safena y hay una mayor nitidez del escroto. (Fig. 3.)

Recién a los treinta minutos se ve substancia opaca en la vejiga, es decir que la circulación tumoral es, muy lenta y que el drenaje se efectúa con dificultad a través de la vena pudenda externa solamente. (Fig. 4.)

Con este examen, descartamos totalmente la participación venosa del cordón espermático, pues en ninguna de las placas se observa el relleno de las venas, que anatómicamente tendrían que drenarse por las venas funiculares, lo que nos puso en evidencia la integridad testículo-epididimaria de ese lado.

El diagnóstico clinicoradiográfico era de angioma venoso de la bolsa escrotal y decidimos hacer el tratamiento quirúrgico, actuando como cirujano



FIG. Nº 3. — A los veinte minutos de la inyección. Se visualiza la circulación hacia la safena interna derecha.

FIG. Nº 4. — A los treinta minutos de la inyección. Recién se visualiza el medio de contraste en la vejiga.

el Dr. Trabucco y ayudantes los Dres. Márquez y Luraschi. Previa anestesia con pentothal-novocaína, se coloca al enfermo en posición de talla perineal y se practica una incisión en raqueta que iniciándose a nivel de la espina del pubis desciende paralela a la línea media y a 1 cm. de ella hasta la parte inferior de la bolsa rodeando la masa tumoral, de allí se desvía hacia afuera interesando el surco glúteofemoral y el génitocrural y luego asciende por la parte externa de la bolsa hasta llegar al punto de partida.

La incisión interesa la piel solamente y por debajo de ella se observan las grandes varicosidades que constituyen el tumor. Se disecciona ésta bordeando el angioma y se liga un pedículo superior, liberándose el testículo que se mantiene en su bolsa vaginal. (Fig 5). Se ligan luego todas las adherencias firmes de la raíz del muslo y cuerpo cavernoso y se continúa la disección hacia la cara interna del muslo derecho ligando todas las ramas venosas hasta llegar, a unos siete centímetros del borde interno del muslo, a la individualización y

ligadura de las pudendas externas, quedando liberada la masa tumoral con m. y discreta hemorragia. (Fig. 6.) La restitución de la brecha se hace con relativa facilidad, afrontando el tejido celular y suturando la piel con algodón en forma de Y invertida y dejando un drenaje de goma a nivel de la unión de las tres ramas.

El posoperatorio fué muy bueno, si bien hubo temor que se estacelara

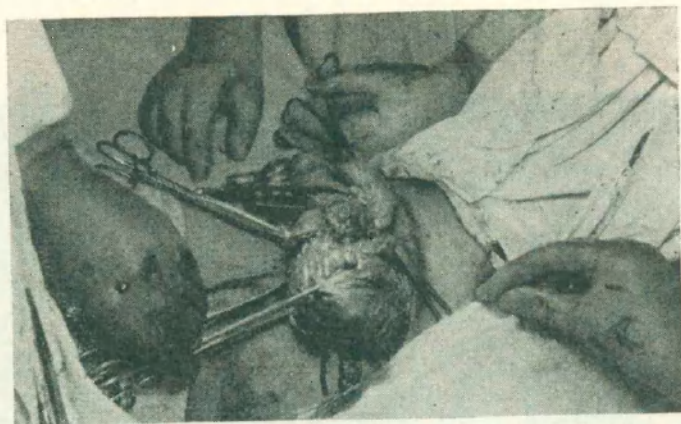


FIG. N° 5. — Enucleación del tumor.

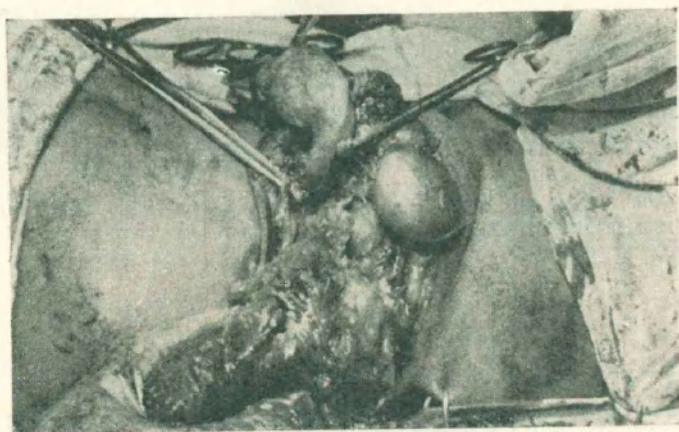


FIG. N° 6. — Tumor enucleado y reclinado hacia abajo.

la piel restante del escroto, pero la conocida vitalidad de ésta y la protección con curas antisépticas impidió que esto sucediese.

El enfermo abandonó el Servicio a los 18 días de operado y con muy buen estado general y local.

El examen anatómopatológico (Fig. 8) de la pieza revela macroscópicamente una masa tumoral del tamaño de una naranja grande, recubierta por un lado por la piel del escroto. Por otro lado se observa una masa vermiforme

de color azul, recubierta por tejido transparente rodeado en sus bordes por grasa compacta. Esta formación está constituida por vasos al parecer venosos, apelotonados y retorcidos sobre sus ejes. La forma es irregular y la consistencia elástica. De la masa central parten sendas prolongaciones hacia arriba, hacia adentro y hacia abajo. La del costado derecho parecería estar separada de la

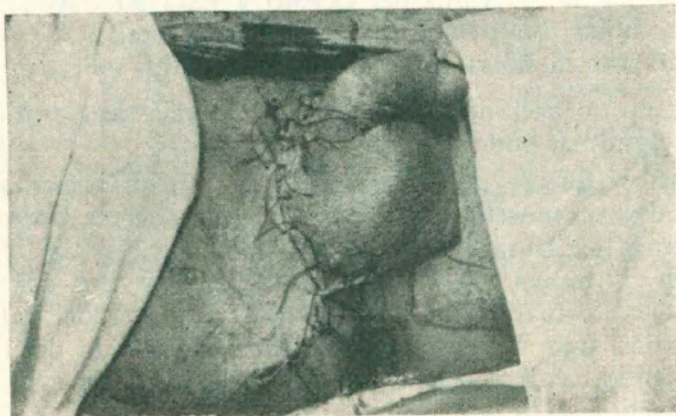


FIG. N° 7. — Síntesis de la herida operatoria.

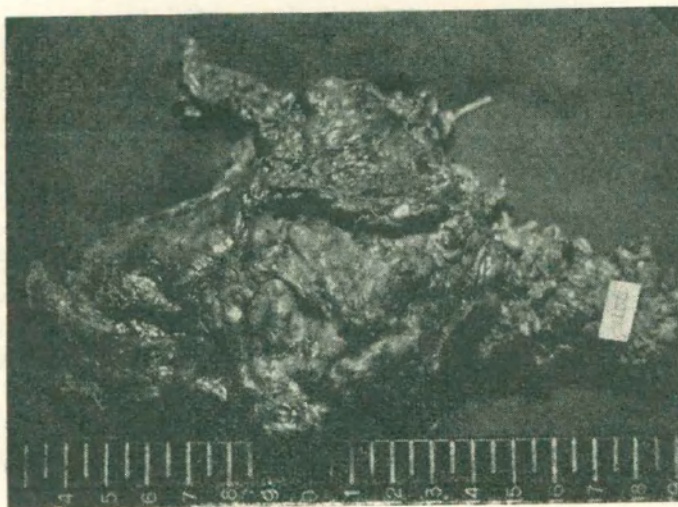


FIG. N° 8. — Pieza anatómica.

masa principal, pero la disección muestra sus puntos de unión principalmente externa.

Al corte muestra un tejido de tipo lacunar cargado de sangre, en islotes cuyos bordes parecen ser vasos.

Histológicamente se observa tejido venoso con paredes musculares de 1 y de 2 capas. No existe elástica interna ni externa. El conjunto, a pequeño aumento, da la impresión de una red de tejido conjuntivo muscular, rodeando

una laguna sanguínea, pero a gran aumento se puede constatar que el todo está formado por venas de distinto calibre y tamaño, dependiendo todo de la incidencia del corte. No se observan signos de malignidad de ninguna especie.

COMENTARIOS

La rareza de este tumor reside exclusivamente en que su desarrollo lo ha efectuado a expensas de los vasos del escroto y para ser más exactos a expensas de una de las hojas que constituyen la bolsa escrotal.

Anatómicamente la bolsa escrotal está constituida por:

1º) El escroto o piel de la bolsa, delgada, elástica, semitransparente y con numerosas glándulas sudoríparas y sebáceas.

2º) El dartos, que es una lámina fibrilar, íntimamente adherida al escroto, es un verdadero músculo cutáneo y se compone esencialmente de fibras musculares, además de fibras elásticas y conjuntivas. El dartos se fija a las ramas isquiopúbicas cerrando lateralmente la bolsa y por delante se insinúa alrededor del pene, formando el dartis peneal. A nivel del rafe el dartos se divide en dos hojas, una, la superficial, se continúa con la del lado opuesto y la profunda asciende hasta el pene y se une al dartos de la cara anteroexterna. Por lo tanto hay dos sacos daltoicos, derecho e izquierdo, y a nivel del rafe y separándolos desciende tejido fibroso que baja del ligamento suspensor del pene formando el ligamento suspensor de la bolsa.

3º) A continuación se encuentra la túnica celulosa o fascia de Cooper, que corresponde a la aponeurosis abdominal superficial.

4º) Más profundamente se encuentra el cremaster o túnica muscular, que se origina en la espina del pubis y en el arco femoral, un poco por fuera del orificio inguinal y desciende para fijarse en la cara anterior y externa de la vaginal parietal.

5º) La túnica fibrosa es para el caso que comentamos la capa más importante. Su parte superior se confunde con la fascia transversalis del abdomen, de la que es una dependencia, pero en su parte inferior se adhiere íntimamente al dartos y escroto por un lado y al testículo y epididimo por otro, constituyendo el ligamento escrotal y está formado por fibras conjuntivas y elásticas, fibras musculares y abundantes vasos, que forman una capa casi continua característica.

Los vasos del escroto provienen de tres fuentes distintas: 1º) de la femoral por las arterias pudendas externas; 2º) de la perineal superficial rama de las arterias pudendas internas, distribuyéndose las primeras por la parte anterolateral y las segundas por la posterior y el tabique, anastomosándose ampliamente entre sí, y 3º) de la arteria funicular, rama de epigástrica.

El conglomerado anastomótico de arterias y venas se efectúa a nivel del gubernaculum testis y las venas que de allí derivan forman dos grupos que van: uno hacia afuera, siguiendo el trayecto de la pudenda externa que va a parar a la safena interna y de ahí a la femoral, y el otro que va por la perineal superficial a la pudenda interna.

Por lo tanto es a nivel del conglomerado venoso del ligamento escrotal donde se inicia el proceso angiomaso que nos fué dado operar y que siguiendo sus caminos anatómicos invadía ya la raíz del muslo y el surco glúteofemoral. De ahí también la presencia de los pedículos superior, interno y exter-

no que hubo que ligar para conseguir la enucleación de este angioma gigante de la bolsa escrotal.

CONCLUSIONES

- 1° — Se presenta un caso de angioma gigante de la bolsa escrotal.
- 2° — Se demuestra radiográficamente su falta de relación con el cordón espermiático.
- 3° — Se comprueba que está originado exclusivamente a expensas de la túnica fibrosa del escroto.

DISCUSION

Dr. Bernardi. — En primer lugar, quiero felicitar a los autores de este trabajo por el mismo y por las interesantes radiografías presentadas.

Nosotros también, estudiando el cirsocele de Surraco, hicimos flebografías que demostraban la comunicación funicular. Por su parte, los autores insisten en demostrar que este caso es una tumoración que no tiene ninguna relación con el sistema venoso del cordón, lo cual viene a aclarar muy bien que se trata de una tumoración del escroto prácticamente sin vinculación con las venas escrotales o funiculares.

Quiero felicitarlos nuevamente, porque es una observación muy interesante, en donde la sagacidad de los autores y la excelente flebografía parecen demostrar una entidad completamente nueva.
