

NEOPLASIA DE LAS CELULOSAS DEL ESCROTO

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y J. GORODNER

En estos dos últimos años hemos tenido oportunidad de ver y tratar a pacientes con diferentes afecciones del escroto y de su contenido. Si bien las que se refieren al testículo, epidídimo y cordón, son las habituales, las que asientan en las bolsas han sido de extremada rareza, tal como sucedió con el angioma gigante del escroto que fué motivo de una comunicación a esta Sociedad.

Ahora también se trata de un tumor de la bolsa escrotal con características clínicas y anatomopatológicas tales que en la bibliografía solamente hay diez y siete casos descriptos, el último de ellos descripto por Waller y Hellwig en 1953.

El escroto es una bolsa bisacular constituída por piel, tejido conjuntivo elástico y muscular, dispuesto en distintas capas que actúan como protección y termorregulación de su contenido. A nivel de estas capas pueden desarrollarse procesos neoformativos con características de malignidad o benignidad que habitualmente se originan en la piel y cuyo diagnóstico y tratamiento no son ciertamente difíciles.

El caso que presentamos reúne tres características fundamentales: 1° el tamaño, 2° la recidiva y 3° la relativa lesión de la piel.

El enfermo es un paciente de 30 años de edad, que concurre a la consulta por una tumoración de la bolsa escrotal del lado derecho del tamaño de un pomelo y que aparece a los dos años de habersele extirpado en esa zona otro proceso con las mismas características pero que tenía el tamaño de una mandarina pequeña. A los 8 ó 9 meses nota que en el lugar de la extirpación aparece un nódulo que lentamente va aumentando de tamaño y que no provoca molestias salvo la sensación de pesadez del escroto que soluciona con la suspensión.

Transcurre progresivamente el tiempo y a ese nódulo se agregan otros y nota el aumento de la circulación venosa. Conserva el apetito, manteniendo un peso alrededor de 90 kilos, no habiendo alteraciones físicas que impidan continuar con las faenas agrícolas que desarrolla.

El examen clínico nos muestra un paciente con muy buen estado general que presenta a nivel del escroto derecho, localizado en la cara anteroinferior externa una tumoración del tamaño de un pomelo grande, de superficie irregular, cubierto por piel discretamente enrojecida, que muestra a nivel de su ángulo superoexterno una zona del tamaño de una moneda de 5 ctvs. elevada y ulcerada que drena un líquido seroso y otra más pequeña abajo. La circulación venosa está enormemente desarrollada pero no se observa drenaje hacia

ninguna de las zonas tributarias habituales. El hemiescrotulo izquierdo se ve con características normales. (Figura 1).

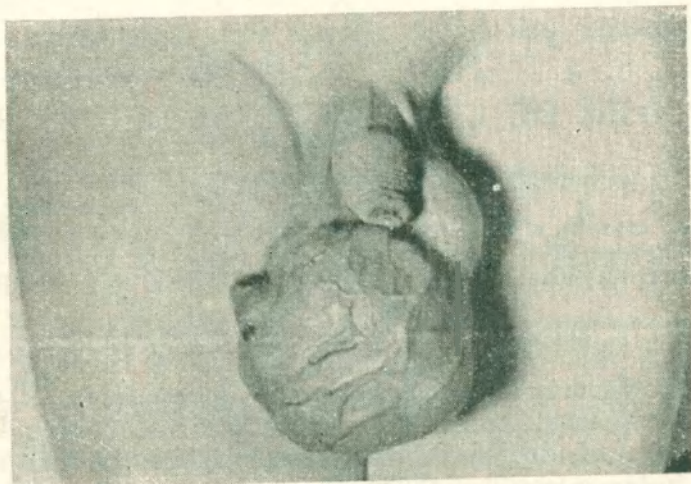


Figura 1

La palpación de la masa tumoral revela adherencia a piel pero en la zona pósteroinferior interna de la bolsa se palpa el testículo, epididímo y cordón sin características de anormalidad. La tumoración del volumen de un pomelo

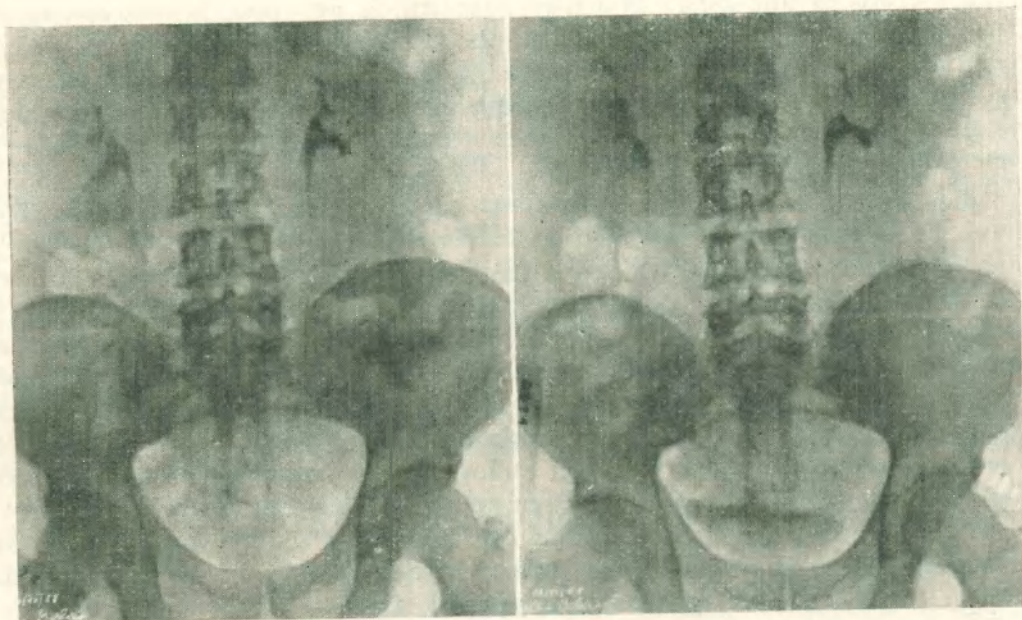


Figura 2

Figura 3

está constituida por varios nódulos cuyo tamaño varían desde el de una nuez al de una pequeña mandarina, uno de ellos es el que hace irrupción a través de la piel en el polo superior y externo de la masa. La neoformación no es pesada y su consistencia es elástica, siendo indolora.

Las exámenes de laboratorio no muestran anomalías en la sangre ni en la orina salvo un aumento de la eritrosedimentación que llega a 25 mm en la primera hora y a 48 en la segunda. Se practicó también un urograma excre-

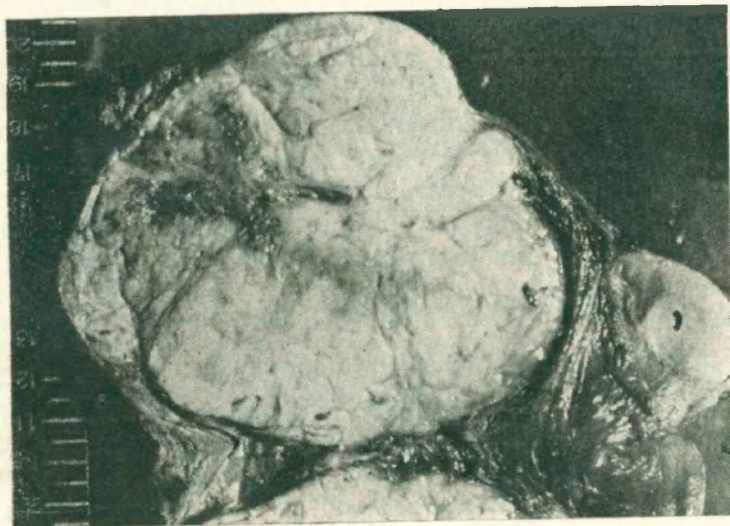


Figura 4

tor. con el objeto de tener una idea aproximada de las alteraciones ureterales por posibles invasiones neoplásicas que clínicamente no existían, obteniendo un estudio radiográfico normal (Fig. 2 y 3).

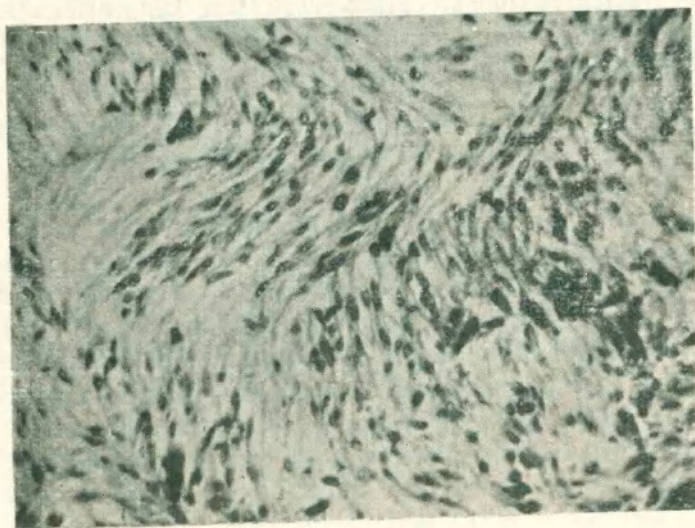


Figura 5

Se decide hacer la extirpación de la bolsa escrotal derecha con el diagnóstico de presunción de sarcoma de bolsa escrotal, la que se efectúa el día 11 de Marzo de este año, actuando como cirujano el Dr. Trabucco.

Se planificó la intervención en hacer no sólo la extirpación del escroto sino también de su contenido, pues el ramillete venoso no iba a desaguar a

ninguno de los paquetes venosos colaterales y sospechamos que el drenaje se haría en profundidad, es decir a nivel del cordón espermático. La naturaleza del tumor nos inhibió de hacer una flebografía pues pensamos que los riesgos eran excesivos y además se completaría la intervención con el vaciamiento ganglionar como lo hacemos sistemáticamente en las neoplasias testiculares.

Sin embargo hubo que modificar lo que habíamos pensado por falta de oxígeno en la Sala de Operaciones y hacer la intervención en dos tiempos. Se practica una incisión inguinal derecha inferior, observándose numerosas venas muy dilatadas que se ligan cuidadosamente. La ligadura del funículo se efectúa en tres secciones a consecuencia del gran tamaño de las venas que lo componían. A continuación se efectúa una incisión en raqueta del escroto, cuidando seccionar a nivel de tejidos sanos. Se pinzan las celulosas y se ligan los gruesos vasos venosos, quedando libre la masa tumoral con su testículo incluido. Se suturan con catgut los bordes de la herida y la piel se aproxima con algodón, dejandole drenaje de goma.

En el postoperatorio no hubieron inconvenientes salvo un estado gripal que postergó el vaciamiento ganglionar durante 17 días.

La pieza extraída (Anat. Pat. N° 3376) del tamaño de un pomelo grande recubierto por la piel. En el polo inferior se observa el testículo, libre de su cavidad vaginal, membrana que está libre y sólo adherida a los vasos. El funículo es rico en vasos venosos y presúmese que la circulación de retorno se hace por el paquete funicular, donde se hallan grandes vasos venosos que se unen para formar un tronco único. El tumor es lobulado, elástico, adherido por vasos venosos a la cola del epidídimo. (Fig. 4).

El examen microscópico revela la presencia de una masa celular homogénea dispuestas paralelamente y de forma fusiforme. En algunas zonas se observan atipias nucleares que se caracterizan por las notificaciones tintoriales y en algunos de ellos divisiones indirectas (Fig. 5).

Una vez que se solucionó el problema gripal con su componente bronquial se decide efectuar la segunda parte de la intervención, es decir el vaciamiento ganglionar lumboaóptico, lo que se efectúa el día 25 de Marzo, siendo cirujano el Dr. Márquez.

Se practica una incisión oblicua, siguiendo el trayecto del conducto inguinal y que se prolonga por arriba, hasta tres traveses de dedo por encima de la espina iliaca ánterosuperior. Se seccionan todos los planos musculares y se investiga la ligadura anterior efectuada en el cordón inguinal al que se lo disecciona en su totalidad hasta llegar a la separación de éste con el conducto deferente el que se liga y abandona, para seguir luego la plica vascularis de la espermática a la que se la sigue hasta el límite máximo de la incisión. Conseguido ésto se deja perdido el extremo y se sutura la pared por planos dejando dren de goma y luego se cambia la posición del enfermo colocándolo en decúbito lateral derecho y se procede a efectuar una lumbotomía. Se efectúa la sección de todos los planos musculares y se busca la plica vascularis perdida. Se consigue ésta y se lleva la disección hasta la unión de la vena espermática con la cava inferior no habiéndose observado ganglios en todo el trayecto operado. A pesar de eso se incide la fascia de Zuckerkändl y se explora hasta por encima del pedículo renal no habiendo anormalidades y se procede a la síntesis de la pared por planos dejando también aquí dren de goma.

La evolución postoperatoria fué normal siendo dado de alta el enfermo a los 15 días de la segunda intervención. Los controles postoperatorios no revelaron anormalidad ninguna, las cicatrices operatorias se mantienen bien y se inició el tratamiento con radioterapia profunda.

COMENTARIOS

En el escroto se encuentran raramente neoplasias benignas o malignas que responden a los distintos tipos de tejido que componen la bolsa. De los que asientan la piel el más habitual es el epiteloma baso o espinocelular cuyo diagnóstico es sencillo pues la biopsia es fácilmente practicable. En cambio los que asientan en la túnica vaginal clínicamente son más dificultosos de diagnosticar correctamente, pues la semiología del escroto nos da datos que a veces son difíciles de agrupar.

En nuestro caso se planteó el diagnóstico diferencial entre un fibroma multicéntrico y un sarcoma. Ahora bien, la recidiva al poco tiempo de la primera intervención y el afloramiento a piel nos hizo pensar en el sarcoma, pero se planteaba el diagnóstico de localización, es decir si ese tumor asentaba en la túnica vaginal o en las capas celulares del escroto.

Había un dato semiológico que nos llevó a la presunción clínica de que se trataba realmente de una neoplasia que no tomaba la vaginal. Ese dato estaba dado por libertad del contenido escrotal, el testículo, epidídimo y cordón estaban perfectamente libres, y se palpaban con sus características normales.

Lo que hasta que se obtuvo la pieza fué un interrogante era el desagüe venoso. El convencimiento de la etiología sarcomatosa, no nos permitía hacer sin riesgos un estudio flebográfico, desde el momento que este tipo de tumor tiene preferencia por las invasiones por vía sanguínea más que linfáticas. Este mismo motivo fué el que nos indujo a practicar la resección de la plica vascularis de la espermatíca y hacer al mismo tiempo un examen exhaustivo de la zona de los ganglios tributarios.

El último examen del paciente efectuado el 20 de Octubre nos lo muestra en buenas condiciones generales y locales.

CONCLUSIONES

- 1º) Se presenta un caso de sarcoma de la bolsa escrotal.
- 2º) El origen de la neoplasia reside en las túnicas celulares.
- 3º) El drenaje venoso se efectúa a través del gubernaculum testis.

Sociedad Argentina de Urología

Reunión Extraordinaria Conjunta con la

Asociación Argentina de Nutrición y Dietología

Presidentes:... Dres. José S. Dotta y Arturo López Gil

Secretarios:... Raúl J. Borzone y Pedro J. Vernocchi

6 de Noviembre de 1953

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE

Sr. Presidente (Dr. Dotta). — Vamos a dar por iniciada esta reunión conjunta de la Sociedad Argentina de Urología y la Asociación Argentina de Nutrición y Dietología. Se ha elegido el tema Litiasis Renal, de gran trascendencia y muy apasionante en nuestra especialidad y que se presta a eternas discusiones por los numerosos problemas que quedan un tanto fuera del alcance de nuestros conocimientos.

Más de una vez, surge de parte de nuestros enfermos la pregunta: cómo se forman los cálculos, por qué se forman, con qué se forman y cómo puede evitarse la recidiva y en gran porcentaje de casos no podemos responder acertadamente a ese cuestionario.

El objeto de esta mesa redonda es tratar de ver si podemos llegar a comprender algunos de esos problemas oscuros que se presentan a diario en la práctica médica.