

TORSION DE LA HIDATIDE DE MORGAGNI

Por los Dres. JUAN A. GOLDARACENA y J. MARIANO FAZIO

Mouchet en el año 1923, publica un trabajo llamando la atención sobre un cuadro, cuya causa es la torsión del hidátide de Morgagni, pero posteriormente en el año 1928 hace una descripción detallada sobre las formas frustras, más frecuentes en el adulto, y es a raíz de dicha publicación que se han multiplicado las observaciones en los distintos países.

La persistencia de restos embrionarios a nivel de los órganos genitales masculinos son capaces de condicionar cuadros clínicos agudos. Entre estos el más frecuente es la torsión del hidátide la Morgagni; apéndice testicular que condiciona el 90 % de las torsiones de restos embrionarios. Esta formación no es más que la persistencia del conducto de Müller que se encuentra casi constantemente.

La torsión del hidátide puede dar lugar a dos formas clínicas:

1) La forma aguda muy difícil de diferenciar de la forma también aguda de la torsión total. Surraco sostiene que en esta forma clínica es posible la diferenciación entre testículo, epidídimo y deferente.

2) La forma frustra sin gran repercusión sobre los órganos vecinos donde la palpación entre testículo y la cabeza de epidídimo despertará dolor cuando sea debida a una torsión de la hidátide de Morgagni.

La diferenciación diagnóstica con la torsión de los otros restos embrionarios es imposible.

Presentamos un caso visto recientemente por nosotros en el Hospital Alvear que fué operado con el diagnóstico preciso.

Se trata de un niño de 12 años de edad. C. A. E. Historia Clínica Nº 6365. Concorre al Consultorio Externo de la Sala el día 8 de setiembre del corriente año.

Relata que hace 8 días sufre un trauma (tironeamiento) de las bolsas escrotal izquierda, notando al cabo de pocas horas que el hemiescrotro aumentaba de tamaño. Al día siguiente la molestia se transforma en dolor intenso, franco. Como la tumefacción se colorea de rojo violáceo, consulta un colega, quien le indica reposo, hielo y antibióticos. No mejora, persisten sus dolores a pesar del tratamiento, por lo que decide consultar. En estas condiciones lo vemos en el Consultorio Externo.

El examen general no muestra nada de particular.

El examen urológico: Orinas límpidas. Riñones no se palpan. Genitales externos: lado derecho normal. Lado izquierdo, a la inspección el hemiescrotro aumentado de tamaño con relación al del lado opuesto, de color rojo vinoso, con intensa congestión y edema. A la palpación da la sensación de renitencia y de líquido en su interior; es imposible poder diferenciar con certeza el epidídimo del testículo, la sensibilidad testicular conservada. El cordón se palpa, pero sin ningún síntoma de estar alterado; libre y de tamaño normal.

Con el diagnóstico de posible torsión del Hidátide de Morgagni decidimos su intervención de urgencia. Previos análisis: orina, glucemia, normales.

Cirujano: Dr. Juan A. Goldaracena. Ayudante: Dr. J. M. Fazio. Anestesia general: Dr. Pelleriti, sin inconvenientes.

Incisión inguino-escrotal del lado izquierdo. Se libera el cordón que se encuentra libre y sin aspecto de tener ninguna alteración.

Se exterioriza la glándula testicular, se incide la vaginal que se encuentra engrosada, fluye pequeño derrame (10 c. c. serosanguíneo). Se explora el epididimo que se encontraba ingurgitado en su cabeza, al separarlo cuidadosamente del testículo (surco epididimo testicular) nos encontramos con pequeña tumoración piriforme de color rojo vinoso, congestiva, hemorrágica, cuyo pedículo se encuentra torcido, imposible de contar el número de vueltas. Se hace la ligadura a nivel de su implantación con catgut y sección. Minuciosa toilette, evacuando algunos coagulitos, que se encontraban junto al resto embrionario. Eversión de la vaginal con puntos separados. Se restituye la glándula en el escroto, pequeño drenaje. Piel con hilo, apósito. Vendaje de Spika.

Post-operatorio excelente; el niño al día siguiente completamente calmado de las molestias que obligaron su internación. El aspecto hégmonoso de las bolsas ha desaparecido por completo.

El informe anátomo-patológico; protocolo N° 14.529: Hidátide con congestión, hemorrágica y pequeño quiste central.

A los siete días se cortan los puntos. El testículo ha recuperado sus caracteres normales. El enfermo es dado de alta.

CONCLUSIONES:

Presentamos un caso más de torsión de la hidátide de Morgagni, recordando siempre los consejos de Ombredanne y Obry ya enunciados por Claret y uno de nosotros en 1950. "Operar ante la duda hacerlo precozmente y tener siempre presente este síndrome ante un cuadro doloroso inguino escrotal".

RESUMEN

Los comunicantes presentan un caso de torsión de hidátide de Morgagni diagnosticada antes de ser llevado a la mesa de operaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Mouchet, A.* — Bull. Et Mem. Soc. Nat. de Chir. de Paris. 49-550. 1023 y Press Medq. 1, 485, 1923 y 2, 1345, 1928.
- Grimaldi, F. E.* — La Semana Médica, 1, 955, 1928.
- Mathis, R. I.* — La Semana Médica, 2, 58, 1943, y Rev. Arg. de Urol., 2, 13, 41, 1944.
- Surraco, L. A.* — An. de Fac. de Med., Montevideo, 27, 1, 1942.
- Trabucco, A. y Ortiz, A.* — El Día Médico, 16, 306, 1944.
- Claret, A. J. y Goldaracena, J. A.* — R. M. C. A., N° 134, 1950.
- Alvarez Colodrero, J. W. y Goldaracena, J. A.* — Revista del Centro Gallego, 1954.
- Obry, E.* — Arch. de Med. des enfants, 29, 829, 1926.
- Trabucco, A., Borzone, R. y Correa, E.* — Tratamiento conservador de las torsiones testiculares. Rev. Arg. de Urología, 1953, pág. 1.