

TUMOR QUISTICO DEL GLANDE

Por los Dres. A. E. TRABUCCO y L. L. SANCHEZ SANUDO

El caso que vamos a relatar es el de N. N., que se presenta a la consulta privada presentando en la cara inferior del glande, una tumoración quística, del tamaño de un garbanzo, de color violáceo, de superficie lisa, de consistencia blanda, renitente, colocada en tal forma que diseña el frenillo y lo separa de su situación natural.

Es intervenido en el Servicio de Urología del Hospital Rawson por el Dr. Sánchez Sanudo, bajo anestesia local, quien no tiene dificultad en clivarlo en su casi totalidad, salvo en la última porción en que la tumoración quística se abre, dejando salir 1 ½ cm. de un líquido siruposo, de color azul violeta.

No obstante, se termina la intervención con la resección total y completa.

El informe anatómo-patológico que figura en el archivo de la Cátedra con el N° 3.758. hecho por el Dr. Trabucco, dice: la pieza examinada es de forma redondeada; del tamaño de un garbanzo, de color violáceo, de superficie lisa; en un segmento se encuentra esfoliaciones de tejido al parecer debidos al acto quirúrgico.

En el estudio histológico se han seguido los métodos habituales de inclusión, corte, montaje y coloración, con el agregado de coloraciones especiales como el tricrómico de Masson y P.A.S. Nos revela: que el órgano enviado está constituido por una cavidad cuyo contenido macroscópico, de color violeta oscuro, estaba formado microscópicamente por sangre y detritus celulares y por sustancia amorfa.

La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo, surcado por numerosos vasos, y tapizado por dentro y por fuera por tejido de revestimiento. Por fuera, este tejido de revestimiento está representado por una gruesa capa celular estratificada, siendo su capa basal constituida por células redondeadas, más teñidas que el resto de los otros elementos y disponiéndose en una sola fila; la parte interna de estas células está en contacto con el tejido conjuntivo limitante, que forma un corion discretamente compacto. Por fuera de la capa anterior hay numerosas filas de células de núcleo más claro, pero de protoplasma bien coloreado por los tintes eosinofílicos; las células parecerían tener borde espinoso; más afuera de esta capa existe un estrato de sustancia laminar sin elementos nucleares que se interpretan como elementos de descamación de tipo eleidina.

Por dentro del tejido conjuntivo que hemos comentado más arriba, hay una capa de células tapizantes dispuestas en varias filas; sus elementos son muy similares y están constituidos por un núcleo de regular tamaño rodeado por un pequeño protoplasma; no obstante, puede observarse en muchas zonas una notable vacuolización del protoplasma que las hace interpretar como células secretantes. No se observan cilias en el borde interno.

La interpretación histológica de este proceso debe hacerse sobre la base de una organización quística, tapizada por tejido paramalpighiano de tipo mucosa, que forma el revestimiento externo y por epitelio anormalmente abundante y en varias capas que forman la tapizante interna. Este epitelio es muy semejante al de las glándulas uretrales aunque, la multiplicidad de sus capas parecería hacerlas diferentes.

Los tumores benignos del pene pueden ser congénitos o de nueva formación; los primeros son quísticos y se dividen en dermoideos y mucóideos; se los conoce también con el nombre de quistes del "rafe perineo genital". Los quistes dermoideos se constituyen como consecuencia de la unión viciosa de los labios ectodérmicos de la fisura genital, que permite una inclusión de tejido ectodérmico. Los quistes mucóideos se constituyen como consecuencia de la unión viciosa de la gotera uretral. Ambas variedades de quiste se observan cerca del frenillo del prepucio y varían en tamaño, siendo similares en apariencia. La diferencia puede hacerse sólo por punción.

Consideramos que en nuestro caso la coloración del quiste (azul violácea) se debió a la rotura traumática de un vaso de su pared.