

Sociedad Argentina de Urología

7ª. Sesión científica ordinaria - 22 de octubre de 1959.

Presidente: Dr. Alfredo A. Grimaldi

Secretario: Dr. Juan A. Goldaracena

Hospital P. Fiorito. Serv. de Urología.
Jefe: Prof. Dr. R. Bernardi.

RECIDIVA DE HIDROCELE OPERADO

Por los Dres. A. E. TRABUCCO y JOSE BORZONE

El hidrocele esencial es habitualmente una afección común de fácil diagnóstico, de sencillo y eficaz tratamiento quirúrgico, aunque su mecanismo fisiopatológico sea desconocido. Visto que, por definición, consiste en un derrame seroso en la cavidad vaginal, el tratamiento quirúrgico busca, al hacer desaparecer esa cavidad serosa, la corrección radical y definitiva del mismo. Sea la simple eversión vaginal de Andrews, sea la resección-eversión de Winkelman cuando la pared fibroso-vaginal es muy abundante, nos dan, en general, muy buenos resultados y muy raramente se observan recidivas. Ellas están descritas, empero y oscilan, en la estadística de H. Sanford entre el 2,4 % y el 5,33 %. Recientemente hemos visto un caso operado poco tiempo antes por nosotros, con una recidiva rápidamente constituida. Por ser el primero observado en nuestro Servicio, estudiamos cuidadosamente la estructura histológica del tejido resecado, esperando encontrar una explicación patogénica de la recidiva, que, aparte de satisfacer una justa curiosidad científica, nos permita adoptar las medidas necesarias para que la misma no vuelva a producirse.

H. C. 621/16. F. A. P., argentino, de 7 años de edad, domiciliado en González Catán. Se interna en el Servicio de Urología del Hospital Rawson, por primera vez, el 22-IX-58.
Antecedentes personales: hace un año, sarampión y luego parotiditis.

Enfermedad actual: cuando tenía un año de edad se notó aumento indoloro de la bolsa escrotal izquierda. A los dos años de edad, como el volumen de la bolsa aumentara, lo punzaron en su lugar de residencia, le extrajeron líquido e inyectaron estreptomina. Las

punciones debían repetirse cada 3 ó 4 meses, pues antes de los 2 meses el derrame adquiría el tamaño inicial.

Estado actual: buen estado general sin alteraciones clínicas aparentes de sus distintos aparatos y sistemas. En el aparato genitourinario sólo se observa alteración de su contenido escrotal. En el lado derecho se toca el testículo en su lugar, del tamaño de un poroto grande.



Figura 1

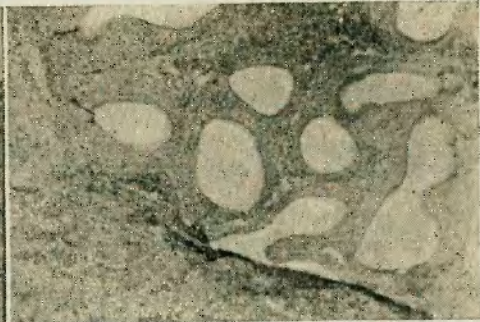


Figura 2

La bolsa izquierda y su región funicular correspondiente se encuentran aumentados de tamaño, que llega al de una pequeña pera, de polo mayor inferior y terminando por su polo menor a nivel del orificio inguinal superficial. Esa bolsa escrotal es lisa, con los pliegues borrados, de coloración normal, tensa, renitente. La vaginal no se puede pellizcar y la trans-

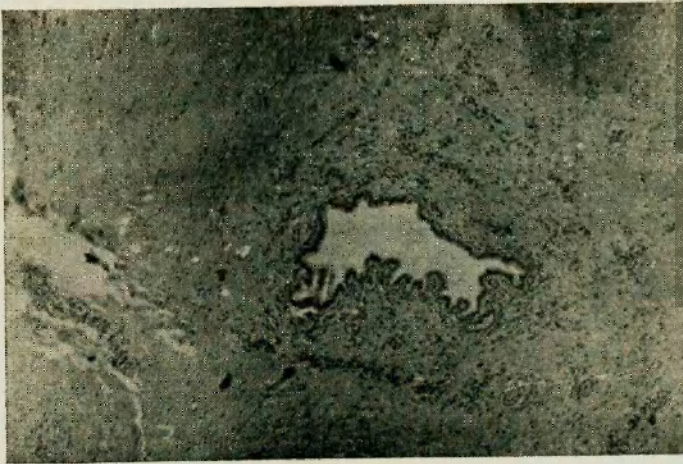


Figura 3

iluminación es positiva. Los exámenes de laboratorio, de sangre y orina, son normales. Con diagnóstico de hidrocele esencial se lo opera el 25-IX-58. Anestesia general con pentothal-éter. Cirujanos Dres. Borzone y Levati. Incisión vertical izquierda de escroto. Se libera testículo y cordón con sus envolturas, que se encuentran espesadas. Se abre la cavidad vaginal evacuando 50 c.c. de líquido amarillo citrino, límpido, observándose la procidencia en su luz de un quiste de cordón, que se prolonga por el conducto peritoneo-vaginal hasta su cierre en el orificio inguinal superficial. El testículo se halla en el polo inferior del escroto, reducido al tamaño de un poroto chico. En su polo ánterosuperior asienta una pequeña hidátide pediculada que se reseca. Se abre y reseca la pared del conducto peritoneo-vaginal quístico, cuyo contenido es idéntico al de la cavidad vaginal y tiene un volumen de 10 c.c. Se evierte la pared vaginal. Se procede a una cuidadosa y difícil hemostasia y se cierra por planos dejando drenaje lami-

nar. A la semana, salvo un leve empastamiento escrotal, se encuentra el niño perfectamente bien. Se quita el drenaje y los puntos de sutura y egresa el 20-IX-58.

El 29 de Junio de 1959, nueve meses después de la operación, es traído de nuevo por la madre, quien manifiesta que, desde dos meses atrás, o sea siete meses después de operado, la bolsa escrotal izquierda ha comenzado a crecer, sin dolor alguno, hasta el momento actual, en que tiene el tamaño de un huevo de pato. Se interna en la fecha y controlado su buen estado general y humoral se lo opera, con diagnóstico de hidrocele izquierdo recidivado, el día 2-VII-1959. Anestesia general. *Cirujanos:* Dres. Borzone y Otamendi. Se reseca la cicatriz escrotal izquierda y laboriosamente se cliva una neofibroso-vaginal que contiene el líquido y en cuya pared inferior interna se encuentra el testículo, de tamaño de un pequeño poroto, íntimamente adherido a ella, por lo cual al comenzar la liberación, se lesiona involuntariamente la albugínea, que de inmediato es reparada con un surget. Se abre la cavidad, cuya pared interior es lisa y brillante, de regular espesor, no tabicada, conteniendo 50 c.c. de líquido límpido amarillo citrino y se esculpen en la pared lateral interna y posterior los elementos del cordón, resecao totalmente el resto. Queda así en la bolsa el pequeño testículo con su cordón, totalmente liberados, sin ninguna envoltura. Se fija el polo inferior de la glándula al fondo de la bolsa y se cierra ésta en dos planos dejando drenaje laminar.

El pequeño paciente evoluciona sin inconvenientes. Se le da penicilina y estreptomina.

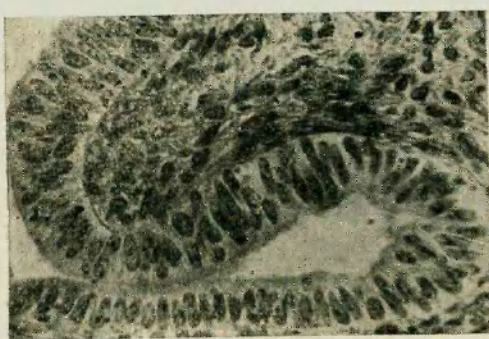


Figura 4

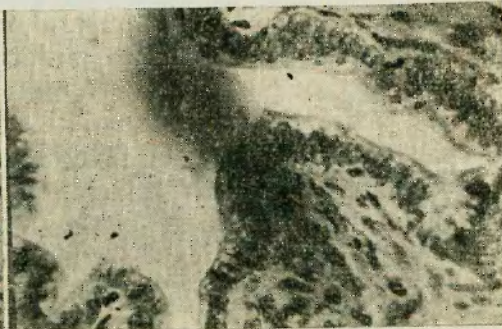


Figura 5

Al segundo día se quita el drenaje. Egresa el 8-VII-59 con la herida cicatrizando por primera y ha seguido bien hasta la actualidad.

Anatomía Patológica. Pieza n° 3829. *Macroscopía:* El material operatorio está compuesto por un trozoseudolaminar de tipo carnososo, irregular, de color rojizo, en algunas partes filamentososo, conservando una discreta unidad, alterada aparentemente por el acto quirúrgico.

Microscopía. Preparación n° 3829. Coloración con los métodos habituales y además con tricrómico de Masson y P.A.S. A pequeño aumento puede observarse una masa de tejido conjuntivo de forma aparentemente laminar, constituida principalmente por fibras conjuntivas al parecer adultas. (Fig. 1). En plena tisural puede observarse diversas zonas cribosas, una de ellas bastante grande, formada por más de una docena de cavidades, otras más pequeñas, bien alejadas por la principal y constituidas por dos o tres espacios claros (Fig. 2); en un extremo de la preparación se observa también una zona especialmente compacta que en su interior tiene un hueco irregular estelado y perfectamente cerrado, que parece ser la luz de un conducto (Fig. 3). Vistos con mayor aumento y con coloraciones especiales se puede afirmar que la mayor parte del tejido es conjuntivo formado por células de protoplasma homogéneo y núcleo oscuro, que toma intensamente la tinción verde del tricrómico de Mason. Buscando cuidadosamente en la superficie limitante de ese tejido no se observa epitelio ni endotelio, sino que parece terminar directamente con fibras conjuntivas muy adultas. Es de notar que esta masa tisular está surcada por numerosos vasos venosos y arteriales no conglomerados. Las distintas superficies cribosas descritas más arriba, están formadas por epitelio glanduliforme cuyos tubos tienen una disposición muy similar a los del epidídimo y están constituidos por una pared conjuntiva, cuyas células están orientadas transversalmente, formando una apreciable capa; también se ve una membrana basal bien neta en donde asientan las células epiteliales, generalmente en una fila, otras en dos filas y tienen como característica que ellas son más altas que anchas, su protoplasma se tiñe

bien, conteniendo algunas vacuolas y el borde interno parece revestido por pequeñas cilias; el núcleo es alargado, bastante claro, de cromatina granular y con un nucléolo bien evidente (Fig. 4).

La zona en donde se halla la aparente luz de un conducto está formada por tejido conjuntivo muscular que se destaca netamente alrededor de la cavidad; pero que se confunde hacia afuera sin transición, con el resto de la pieza. El epitelio que tapiza el conducto está formado por una simple fila de células de núcleo redondeado y basal, sobrecubierto por un protoplasma vacuolado y al parecer activamente secretante. (Fig. 5).

Nuestra impresión es de que la pieza es una membrana conjuntiva que forma una pared de contención; pero no es secretoriamente activa y no tiene tampoco endotelio limitante interno. Cabe destacar que en este trozo de tejido existen varias zonas de tipo glandular, al parecer de origen epididimario y que son activamente secretantes; en cuanto a la zona aislada tubular, tiene todo el aspecto de ser un resto del conducto deferente que ha perdido su individualidad.

Este interesante resultado del estudio histológico, que muestra una organización conjuntiva de neoformación, delimitando una cavidad vaginal reproducida sin endotelio y en cuyo espesor se encuentran elementos pertenecientes a la vía excretoria testicular: epidídimo y conducto deferente, nos hace pensar que éstos últimos deben haber intervenido activamente en el proceso de la recidiva, como elementos de irritación local, por ser estructuras netamente secretantes. Ellos habrían estimulado la reproducción precoz de un derrame peritesticular el cuál fué de inmediato aislado por la reacción conjuntiva, que formó una hoja vaginal parietal de neoformación. Esos elementos histológicos del epidídimo y del conducto deferente, alojados en el espesor del pliegue vaginal-peritoneovaginal, seguramente fueron lesionados involuntariamente, dada su pequeñez, en la primera intervención: la lesión provocó trasudación y exudación serosa y ella a su vez estimuló la reacción del conectivo ambiente que la encapsuló, englobando a su vez a los elementos lesionados, en su espesor. La segunda intervención reseco en bloque ambos elementos en juego.

Justifican esa manera de interpretar el proceso, en primer lugar, la rapidez con que se constituyó la recidiva luego de la resección de la pared del quiste peritoneo vaginal y la reversión vaginal: siete meses. En segundo lugar, la apariencia histológicamente secretante de los elementos glanduliformes epidídimo-deferenciales, incluídos en el espesor de la membrana conjuntiva.

Por otro lado, esta reacción a la lesión de dichos elementos, que produce un derrame seroso encapsulado, nos permite inferir una relación entre el hidrocele esencial y los restos embrionarios aberrantes de origen Wolffiano, de los cuales el más constante es la hidátide pediculada de Morgagni. Esta podría ser el "primum novens" del llamado hidrocele esencial, el cual sería, en realidad una reacción secundaria a un proceso irritativo-secretantes de la hidátide. Desde este punto de vista, nunca dejamos de encontrar, al operar un hidrocele, hidátides más o menos hidrópicas, más o menos hipertróficas, que siempre resecamos profilácticamente. En el caso presente también la encontramos y la resecamos en la primera intervención. Pero en éste, repetimos, la causa de la recidiva fué la lesión de los elementos epidídimo-diferenciales, que, deformados y desplazados por el importante derrame y habida cuenta de su pequeño tamaño, dada la edad del paciente, justifican haya pasado inadvertida.

Esta es nuestra interpretación del caso presente de recidiva. Ello no quita valor a defectos de técnica en la eversión vaginal, como los cita Chutro, en que, siendo insuficiente, o produciéndose una deseversión parcial, se crean verdaderos fondos de saco yuxtaepididimarios en donde se reproduce el derrame.

Pero siempre queda en pie el interrogante de la causa primera, que ha de ser la misma del derrame primitivo en la cavidad vaginal intacta. Creemos que esa causa primera reside en el epidídimo y sus anexos embrionarios, que, como órganos glandulares, irritados, pueden entrar en actividad hipersecretoria y determinar una trasudación o una exudación hacia la cavidad serosa o al ambiente conjuntivo que la reemplaza luego de la operación radical.

Mientras estábamos compaginando el trabajo con el caso que antecede, se internó en el Servicio un paciente cuyo estudio puede superponerse al mismo y confirma nuestra manera de pensar al respecto.

H. C. N° 626/18. F. B. 27 años, argentino, soltero domiciliado en Laboulaye. Ingresó el 15-IX-59 pues ha sido operado en dos oportunidades de hidrocele izquierdo, que ha recidivado. La primera intervención se realizó dos años atrás y la segunda hace un año. La recidiva se ha producido desde hace seis meses. Al ingreso, su única alteración somática es la de la bolsa izquierda, que tiene el tamaño de una pera grande, con transluminación positiva. Los exámenes de laboratorio son normales. Con diagnóstico de hidrocele recidivado se opera el 17-IX-59. Cirujanos: Dres. Bruno y Herrera. Anestesia general, pentothal-Novocaina endovenosa (Dr. González Torres). Se reseca la cicatriz escrotal izquierda y se libera

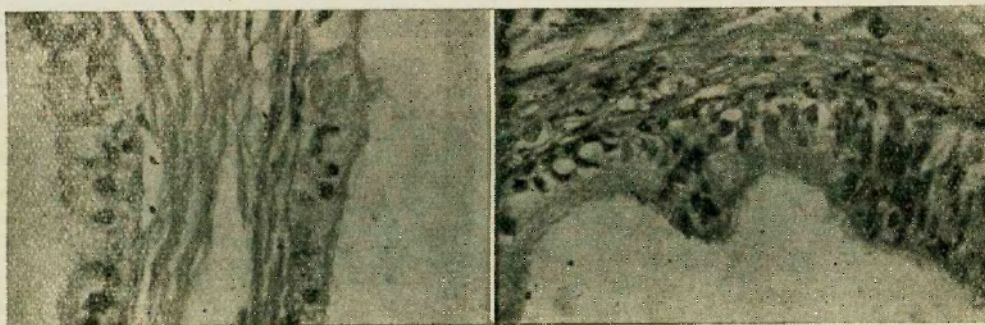


Figura 6

Figura 7

totalmente la glándula con su envoltura fibrosa, cuya cavidad aloja 50 c.c. de líquido amarillo citrino, evacuado al abrirla. Se observa una serie de formaciones quísticas de pequeño tamaño en la zona que debía ocupar el epidídimo y que están formando cuerpo con la membrana delimitante del derrame, o sea, la vaginal neoformada. Se reseca "in toto" esta membrana con dichas formaciones quísticas, restituyendo el testículo libre, de aspecto normal a la bolsa escrotal, que se sutura en dos planos con drenaje laminar. Egresa el 21-IX-59 con buen estado general y local.

La observación macroscópica parece corroborar nuestra opinión antes enunciada, respecto de la participación epididimaria en la génesis de la recidiva, ya que dicho órgano ha perdido sus caracteres habituales y está reemplazado por múltiples quistes, pequeños, que hacen cuerpo con la membrana limitante del derrame. El estudio histológico (A. patológica N° 3933), la confirma categóricamente, pues permite apreciar todas las etapas desde los elementos epididimarios casi normales, englobados en la reacción fibrosa y las sucesivas transformaciones de su epitelio, que finalmente se adapta a una disposición endoteliforme que tapiza la membrana fibrosa neoformada. En efecto: en la figura 6 se ve un epitelio delimitante de una cavidad, con todo el aspecto de ser un tubo epididimario. Se nota la estratificación de sus células en dos y tres capas, el aspecto secretante de las mismas y su ribete de cilios en parte conservado. En la figura 7, la cavidad delimitada es mayor y el epitelio tiene una sola capa de células, todavía cilíndricas, que van perdiendo sus cilios aunque el protoplasma es aún granuloso de tipo secretor. En la figura 8, ya se ve que el epitelio es cuboide con las células progresivamente aplanadas. Esa situación se precisa todavía mejor en la fig. 9, donde se ve que las células asientan sobre un tejido conjuntivo espeso y de disposición laminar. En

la figura 10 se ve la que parece ser la etapa final del proceso metaplásico de adaptación, pues ya las células delimitantes tienen aspecto de endotelio, completamente aplanadas por el derrame coleccionado en la cavidad, que asienta sobre un tejido conectivo fibroso de disposición luminal y que corresponde a la membrana de envoltura del hidrocele recidivado.



Figura 8

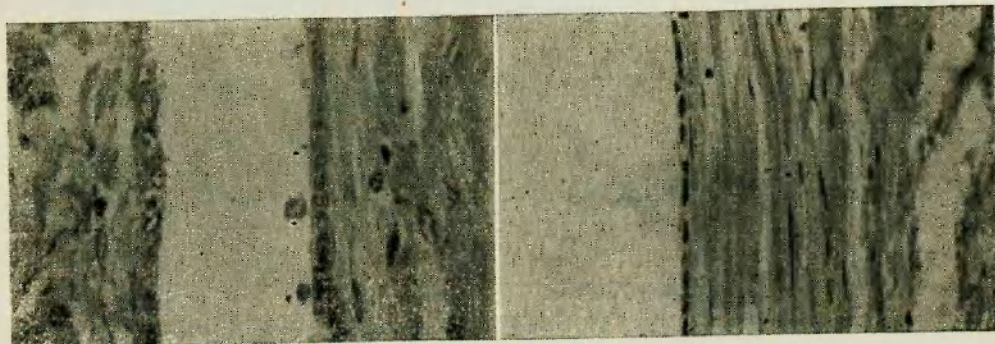


Figura 9

Figura 10

Como en el primer caso, creemos que el epidídimo, alterado o lesionado en las dos intervenciones previas o sus anexos embrionarios Wolffianos, pueden haber sido el factor irritativo local, que produjo el trasudado escrotal que constituyó la recidiva. En el caso presente parece aún haber intervenido no sólo en la producción del contenido, sino que sus elementos epiteliales originaron por expansión e invasión del conjuntivo ambiente, modificándose por la compresión extrínseca del derrame, la capa endotelial o endoteliforme, si se quiere, que tapiza esa neo-vaginal y que en el caso anterior faltaba, pues el derrame estaba contenido en una cavidad sin revestimiento epitelial alguno, de paredes puramente conjuntivas.

En la casuística privada de uno de nosotros (I), hay otro caso de hidrocele recidivado: S. J. de 32 años, casado, que consultó por una azoospermia y cuyo

examen reveló un hidrocele derecho, del tamaño de una mandarina pequeña, manifestando haber sido operado de ese lado, por hidrocele, 18 años atrás. Nos limitaremos a citar esta recidiva, ya que en este paciente sólo se estudió y trató la azoospermia, corrigiéndose el hidrocele al practicar una biopsia de ese testículo, sin estudio histológico de la pared delimitante reseca.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El estudio histológico de la pared delimitante de dos hidroceles recidivados nos ha deparado la observación de elementos epididimarios alterados, formando parte de la misma e incluso, en el primero, de elementos deferenciales. Creemos que la primera intervención sobre el hidrocele ha lesionado inadvertidamente esos elementos anatómicos, cuya secreción ha servido de irritante del tejido conectivo vecino, favoreciendo la trasudación y exudación peritesticular que reprodujo rápidamente el hidrocele, encerrado por la reacción fibrosa ambiente en un caso y tapizándola en el segundo por los mismos elementos epiteliales, secretantes al principio y metaplasiaados al final en endotelio de revestimiento, aplanado por la distensión del derrame.

En el hidrocele primitivo, generalmente el factor condicionante del derrame lo constituye el mismo epidídimo alterado o mejor aún sus anexos embrionarios residuales, que, como hidátides pediculadas de Morgagni se encuentran casi siempre en la intervención. También en la recidiva pueden ser una de las probables causas, las aberrancias wolffianas.

Como saldo aprovechable de estas observaciones, queda, en primer lugar, la necesidad de extirpar esos anexos para que la operación: eversión o resección vaginal, sea realmente radical. En segundo lugar, deberán extremarse los cuidados al abrir la vaginal, para respetar las estructuras epididimodeferenciales desplazadas por el derrame, perdidas a veces en el fondo de saco de reflexión entre la vaginal parietal y la visceral, tanto más cuanto más importante sea el paciente, por la pequeñez de sus órganos, y cuando más importante, sea el derrame, ya que él deformará más la disposición de dichos elementos. El peligro de herir el contenido vaginal es mayor cuando se reseca esa membrana que cuando sólo se la evierte.

S U M A R I O

Se estudian dos casos de hidrocele recidivado, uno de ellos por segunda vez y se cita un tercero. Se hacen consideraciones etiopatogénicas de la recidiva y se extraen conclusiones respecto de su prevención en la operación radical del hidrocele.

B I B L I O G R A F I A :

- 1) *Cabot, H.* — Tratado de Urología. Vol. I. p. 514. Río de Janeiro, 1941.
 - 2) *Chutro, P.* — Lecciones de Clínica Quirúrgica. Vol. II. p. 81. Bs. As., 1938.
-