

## TRABAJO ORIGINAL

---

### LA SEDACION INMEDIATA DEL DOLOR EN LAS EPIDIDIMO-ORQUITIS GONOCOCCICAS

Por el Dr. LUIS A. SURRACO

Profesor de Clínica Urinaria de la Facultad de Montevideo

Con la colaboración del Dr. EMILIO BONNECARRERE

Jefe de Clínica Adjunto

---

Cuando la enfermedad gonocócica pasa de la vía ureteral a la vía genital, sigue un trayecto obligado y progresivamente invade el polo genital interno y allí se detiene, o continúa, y al tomar el polo genital externo lo hace como terminación del proceso de invasión total de la vía espermática.

Su evolución está marcada por dos órdenes de manifestaciones —*tumorales y sensitivas a tipo doloroso*— que caracterizan dos síndromes bien definidos en su exteriorización local y en sus irradiaciones.

El síndrome tumoral traduce una invasión progresiva que tiene por punto de partida la vesícula seminal y se adapta en la evolución a varias directrices:

- a) dirección del canal deferente;
- b) constitución de la vaina del deferente;
- c) constitución de la vaina del cordón;
- d) constitución del aparato visceral testículo epididimario.

a) *La dirección del canal deferente* marca trayecto fijo a la progresión de la afección desde la región vesículo-prostática hasta el confluente epididimario.

b) *La vaina del deferente* marca su trayecto en una envoltura fibro-conjuntiva —emanación de la vaina hipogástrica—. Encierra la arteria y venas, los linfáticos y el plexo nervioso deferencial derivado del plexo hipogástrico superior e inferior (ganglio hipogástrico —nervio presacro) y mantiene hasta el orificio interno del canal inguinal una relación íntima con el peritoneo parietal.

c) *El estuche del cordón.* — La entrada de la vaina del deferente en el canal inguinal se complica con la presencia de la vaina espermática que viene de la región renal, con sus vasos, linfáticos y su rico plexo nervioso, emanación del plexo renal.

A partir de ese momento los elementos de la pared y la serosa peritoneal *se evaginan* y forman a ambas vainas, deferencial y espermática, una envoltura común que constituye el estuche del cordón con una limitante fibrosa casi inextensible, continuación de la fascia transversalis, una pared muscular representada por el cremáster y un conjunto fibro-muscular que después de haber envuelto el contenido funículo-visceral, se termina sobre el costado del ligamento escrotal, tomando contacto con los planos superficiales de las bolsas, piel y dartos.

Es decir, pues, que en el estuche del cordón encontramos una pared limitante fibrosa poco extensible y aplicado sobre ella un músculo a fibras estriadas, derivadas del pequeño oblicuo y transversal del abdomen, irrigado por la arteria funicular que corre sobre las formaciones de esa pared e inervado por haces raquídeos dependientes del plexo lumbar en los ramales de los dos abdomino genitales y del génito crural.

d) *Constitución del contenido del cordón.* — El contenido del estuche del cordón permite separar tres regiones:

1º La logia deferencial epididimaria.

2º La logia espermático testicular.

3º La logia intermediaria.

1º La logia deferencial epididimaria que hemos hecho arrancar de la vaina hipogástrica, ocupa la región posterior del estuche del cordón y termina en el órgano epididimario constituido:

a) por la fuerte e inestensible envoltura de la albugínea;

b) por una logia donde se encuentra el serpentín del canal epididimario -- con abundantes colectores linfáticos -- con irrigación de la arteria deferencial y con inervación dependiente del plexo deferencial derivado del plexo hipogástrico.

2º La logia espermática está constituida por envolturas conjunto-fibrosas que vienen de la región renal, encerrando la arteria espermática con el plexo pampiniforme -- gruesos colectores linfáticos y del plexo simpático espermático -- derivado fundamentalmente del plexo renal. Conjunto de formaciones que terminan en el órgano testicular contenido, a su vez, en una logia inestensible que limita la albugínea y que está ligada exclusivamente al pedículo simpático espermático.

3º *La logia intermediaria.* -- Está representada por el espacio de contacto de ambas logias y en ella encontraremos los restos de la serosa primitiva, vasos linfáticos y la vaginal en la parte inferior, recubriendo las caras anterior del testículo y epididimo en toda su extensión -- y una parte de la cara posterior.

Las consideraciones precedentes nos llevan a representar en el estuche del cordón una pared y un contenido:

a) La pared es una derivación de los planos abdominales, está irrigada por la arteria funicular e inervada por plexos raquídeos (fuera de los filetes simpáticos que acompañan los vasos);

b) el contenido está representado por las logias viscerales, cuya irrigación e inervación forma dos hilios colocados sobre las caras internas del epididimo y del testículo;

a') el hilio testicular sobre la región del seno de Higmoro;  
b') el hilio epididimario sobre la cola del órgano y en una zona donde confluyen:

1º La cola del epididimo.

2º La cara posterior del polo testicular inferior.

3º El ansa deferencial.

4º El ligamento escrotal.

5º La reflexión de serosa vaginal.

6º La confluencia de 4 territorios arteriales y venosos: deferencial, espermático, funicular y pudendo, por el ligamento escrotal.

7º La confluencia de inervaciones raquídeas y simpáticas — plexo espermático y deferencial, plexo lumbar y plexo sacro-pudendo (por el ligamento escrotal).

8º Confluencia de colectores linfáticos que rodean la serosa vaginal: los que salen del estuche epididimario, los que siguen al deferente y los linfáticos superficiales del ligamento escrotal.

*A esa altura se produce, como vemos, la confluencia de las irrigaciones e inervación profunda y superficial del cordón — y a esa altura, lo que es fundamental, se establece la comunidad de relaciones entre la inervación e irrigación del cordón y de las bolsas.*

*Centro linfático, arterio-venoso y nervioso de las vías espermáticas, el hilio epididimario representa la región donde terminan los procesos que vienen por el deferente y donde a su vez terminan los que del estuche epididimario salen al exterior.*

*Centro de confluencia de todos los procesos inflamatorios que toman las vías espermáticas principales, el hilio epididimario es la zona que rige la sintomatología local y la repercusión a distancia del síndrome epididimo deferencial.*

*La invasión gonocócica. El plastron epididimario.*

La invasión gonocócica tiene, al tomar la vía espermática, las características que presenta al invadir los territorios viscerales:

a) La invasión es rápida, es explosiva en su aparición y en su sintomatología de iniciación;

b) progresa por contigüidad al tomar los mucosas canaliculares;

c) invade rápidamente los espacios periviscerales y pericanalicular y toma los linfáticos de las vainas progresando más por ellos que por la luz canalicular;

d) da grandes edemas reaccionales que llenan las cavidades serosas, las vainas linfáticas periviscerales y los espacios celulares intermediarios.

El resultado de todo ese proceso será:

a) La distensión de la vesícula seminal y la infiltración perivesicular;

b) la infiltración perideferencial progresiva;

c) la infiltración epididimaria, que dá como resultado la distensión del órgano en la cola, cuerpo y cabeza, reproduciendo la deformación clásica de la cimera de casco.

d) la distensión testicular por congestión;

e) la distensión de la serosa vaginal;

f) la distensión del cordón por fuerte edema que llena rápidamente todo el estuche funicular y progresa desde la región supraepididimaria al canal inguinal. Se constituye así primeramente un enorme rodete retro-epididimario, que se palpa fácilmente y abarca toda la extensión del órgano; después invade el cordón, comprimiendo los paquetes venosos que aparecen cuando se observan en una intervención, achatados, comprimidos, pálido-violáceos;

g) finalmente se constituirá el *plastrón epididimario* al nivel del hilio del órgano y a expensas de las formaciones que hemos citado:

1º Cola del epididimo.

2º Ansa deferencial.

3º Ligamento escrotal.

El plastrón epididimario será como el plastrón apendicular, una formación reaccional inflamatoria y repercutirá:

Sobre la serosa vaginal.

Sobre los plexos simpáticos.

Sobre la inervación raquídea de la pared del cordón y de las bolsas.

Proceso reaccional del hilio epididimario será la manifestación de principio y quedará como rastro del proceso apagado.

Cuando tenga caracteres muy agudos, lo encontraremos siguiendo la vía linfática del ligamento escrotal y tomando contacto con la envoltura de las bolsas, y a ello responderá el enrojecimiento de la piel — las adherencias y la supuración.

Esta manifestación es rara en su forma terminal; es raro ver abrirse el proceso blenorragico en las bolsas y a ello se debía el aforismo de la vieja clínica, de que toda supuración respondía a procesos bacilares; afirmación que no responde a la realidad anatómica, pues el examen atento del plastrón epididimario nos mostrará, junto al enrojecimiento de la piel y a la adherencia cutánea, el dolor local acentuado y la sensación focal de reblandecimiento que evolucionan reabsorbiéndose y que son la prueba de supuraciones enquistadas, de pequeños abscesos intersticiales en el plastrón y que la reacción fibrosa de defensa oculta.

Resumiendo el proceso anatomo-patológico del confluente espermático deferencial nos mostrará:

a) Fuerte edema reaccional que llena todos los espacios;

(Continuará)