

FUNCIONES E INYECCIONES MODIFICADORAS INTRAESCROTALES

Consideraciones en torno de dos casos

Por el Dr. ENRIQUE FISCH

Deseo presentar dos casos de la patología intraescrotal, cuyo primer diagnóstico erróneo y tratamiento consecutivo, es el que da lugar a las reflexiones que motivan este trabajo.

El primer caso es el de un hombre adulto, H. B., de sesenta y dos años de edad, que se presenta en consulta el 7-IV-60 en el Servicio de Urología del Hospital Municipal de Merlo. De profesión carnicero, no aporta antecedentes de importancia. Desde hace un año y medio presenta una tumefacción indolora en hemiescrotal izquierdo, al parecer líquida, que un médico clínico trató con punción y evacuación del líquido intravaginal en varias oportunidades. No se puede constatar si hubo inyección de líquido modificador. Cuando es visto por primera vez, concurre con una tumefacción en hemiescrotal izquierdo, dura, del tamaño de un pepino, no translúcida, indolora. El estado del enfermo es deficiente, pálido, con el aspecto de intoxicado. Se interviene el 28 del mismo mes con anestesia general. Durante el acto operatorio se halla el testis englobado en un intenso magma fibroso, alternando con zonas de una sustancia blanduzca gris amarillenta, que dejan asomar parcialmente la glándula, pero que impiden liberarla completamente. Ante la edad del enfermo, el tipo de lesión y el acto operatorio prolongado, se decide efectuar la ectomía total. La pieza operatoria se envía al patólogo, quien informa: orquiepididimitis tuberculosa. El enfermo mejora posteriormente en su estado general y continúa con tuberculostáticos.

El segundo caso es el de un niño de diez años de edad, J. C. C., atendido en el Servicio de Urología del Policlínico de Avellaneda, historia clínica 9052, en noviembre de 1960. La madre informa que en agosto de dicho año, luego de un puntapié en los genitales, constata una tumoración indolora en el testículo derecho. Esta tumoración es tratada por el médico clínico, al cual recurren en primera instancia, por punciones e inyecciones intraescrotales de hialuronidasa, con el diagnóstico de hematoma intraescrotal. Al no mejorar el niño y acentuarse la tumoración, concurre a nuestra consulta, donde se observa en hemibolsa derecha un tumor doble, el inferior tamaño ciruela, liso, elástico, y el superior duro y doloroso. La piel del escroto estaba tumefacta y rubicunda, adherida al contenido. El tumor era opaco a la transiluminación. Se interviene con anestesia general. Por incisión transversal del hemiescrotal derecho se exterioriza el contenido. Se abre la capa vaginal y fluye un líquido sero-amarillento. Se constata que englobando el testículo por debajo, y por encima

en dirección al funículo, una masa friable que se reseca en la mayor medida posible, y se envía para su estudio anatomopatológico. Se reintegra el testis a la cavidad y se cierra. Se sospecha neoformación, pero desgraciadamente no se puede confirmar por ausencia en ese entonces de biopsia por congelación. El informe posterior confirma dicha sospecha. Este nos dice de la presencia de un seminoma, por lo que inmediatamente se procede a la orquiectomía seguida de radioterapia y citostáticos. El informe del doctor Polak (ficha 74.356) dice seminoma de testículo.

Dentro de los tumores líquidos intraescrotales debemos considerar por un lado los sintomáticos, y por el otro el hidrocele esencial.

En el primer caso, como su nombre lo indica, la tumoración líquida deriva de un proceso morbozo definido que puede ser una tuberculosis, una gonococia, un tumor, una lúes, un traumatismo, etc. A su diagnóstico, en el cual no nos detendremos, se arriba por completo estudio, en el cual juega un papel importante la completa semiología genital.

Con respecto al hidrocele esencial, todos conocemos sus teorías etiopatogénicas, su sintomatología y su tratamiento. Este último punto es el que deseo comentar. De muchos años atrás el tratamiento podemos dividirlo en un procedimiento quirúrgico neto o cruento, y otro procedimiento, que a pesar de ser instrumental, podríamos denominarlo incruento, y es el que se basa en el uso de punciones e inyecciones de líquidos modificadores en la cavidad intravaginal, con el objeto de anular la secreción del endotelio vaginal.

Numerosas sustancias se han utilizado desde tiempo atrás. Ya Celso, en el año 200 de nuestra era, aconsejaba inyectar sales irritantes después de evacuar el hidrocele. Gran cantidad de nombres, ya extranjeros ya nacionales, se han ocupado de este tema: Lewis, Luke, Morestin, Soubeyran, Burns, Hoffmann, Ombredanne, Pybus, Blavier, Baretz, Finochietto, Esperne, Irazu, Pujol, Firstater, Maraini, Iacapraro, Domínguez, Tettamanti, etc. Con respecto a las sustancias utilizadas también existe una lista amplia: derivados fenicados, soluciones iodadas, sales de plata, soluciones mercuriales, soluciones alcohólicas, soluciones compuestas tales como quinina y uretano, solución de Vendel o clorhidrato doble de quinina y urea en agua glicerinada, antihistamínicos como antistina, también solución de mercurocromo, solución de bicloruro de mercurio, etc.

La defensa del procedimiento por punción e inyección de líquido modificador, se basa en el hecho de ser un tratamiento inocuo, económico, no invalidante. Por este procedimiento muchos enfermos no abandonan su labor ni pierden jornales; se puede usar en ancianos sin mayores peligros y soluciona el problema de los enfermos pusilánimes temerosos de una intervención quirúrgica.

En contra de este tratamiento se puede aducir la acción a veces cáustica de las sustancias empleadas, que llegan a producir una reacción local excesiva, con los consiguientes dolores y la inflamación de todas las capas que recubren el hidrocele. La acción desigual de las sustancias modificadoras sobre la capa vaginal puede dar lugar a la formación de bridas, adherencias, sinequias que crean compartimentos que favorecen la recidiva. En estos casos una operación secundaria se hace larga, engorrosa e imperfecta. Otras la esclerosis intensa puede determinar a la larga una paquivaginitis acentuada que perturbará la nutrición del epididimo y el testículo. Asimismo, y éste es un punto importante, la reacción intensa que se pueda originar en las cubiertas genitales puede

llegar a enmascarar e imposibilitar la descubierta posterior de procesos originados en testículo y epidídimo, previo o posterior a la inyección terapéutica.

Puedo afirmar que muchos de los argumentos que se argüían en favor del procedimiento por punción han disminuído su validez en la actualidad, ya que con el progreso de la técnica quirúrgica y la inestimable aparición de los antibióticos, se ha podido reducir la incidencia desfavorable de los postoperatorios. Un mejor conocimiento de la geriatría, hace que no temamos como en el pasado la cirugía del anciano, aún la del descompensado circulatorio o metabólico. También en la época actual, el enfermo ha vencido el temor que poseía por la cirugía, a la que consideraba sumamente peligrosa. Debemos empero ser poseedores de una técnica quirúrgica impecable, y en la cirugía del escroto no pecar por defecto ante el pensamiento del vaso sangrante. Celosos de esto último, confesamos no haber tenido contratiempos con el fantasma del hematoma intraescrotal.

No tengo el deseo de determinar una controversia entre uno u otro procedimiento, sino el de presentar dos casos desafortunados, en los cuales, sin juzgar la mayor o menor corrección semiológica en el diagnóstico previo al tratamiento incruento, se encuentra uno ante la pérdida de tiempo, dinero, salud, y aun peligro de la vida misma del enfermo, por tratar de anteponer una terapéutica que no sobrepasa en eficacia a la quirúrgica.

No soy partidario de la técnica incruenta para el tratamiento del hidrocele, pero en caso de no poder prescindir de la misma, no olvidemos efectuar una semiología genital lo más exacta posible, en especial después de evacuado el líquido intravaginal, que también será objeto de estudio de laboratorio. De esta manera podremos descartar la presencia de un hidrocele secundario, que complicaría en forma seria el pronóstico del enfermo.

No olvidemos que palpar genitales es difícil, y que aun lo será más para un médico práctico, no urólogo, y que si menospreciamos la semiología de un derrame genital, podemos encontrarnos con casos semejantes a los relatados en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Biederman, M.*: "Treatment of hydrocele with Synasol". N. York, 1938.
- Boeminghaus, H.*: "Urología. Terapéutica operatoria. Clínica e indicaciones", 1958.
- Chutro, P.*: "Consideraciones generales del tratamiento del hidrocele esencial, Lecciones de Clínica Quirúrgica", Bs. As., 1938 II, 81.
- De Angelis, H.*: "Tratamiento del hidrocele por punción e inyecciones de líquidos modificadores". La Semana Médica, 1936, I, 795.
- Dominguez, W.*: "Fundamentos fisiológicos y experimentales para el tratamiento no quirúrgico de los hidroceles y quistes de cordón". La Semana Médica, 1956, LXIII, II, 1185-86 y 1189.
- Dominguez, W.*: "Nueva experiencia en el tratamiento no quirúrgico de los hidroceles y quistes del cordón inguinal". La Semana Médica, 1959, VIII, 237, 238 y 258.
- Esperne, P.*: "Hidrocele, método esclerosante". La Prensa Médica Argentina, 1946, XXXIII, 297.
- Finochietto, R. y Sals, C.*: "Hidrocele esencial. Tratamiento por aspiración e inyección". La Prensa Médica Argentina, 1952, XXXIX, 2085-87.
- Firstater, M.*: "Hidrocele. Una técnica para el tratamiento esclerosante". Rev. Argentina de Urología, 1956, XXV, 211-14.
- Irazu, J. y Pujol, A.*: "El Almoscleran como tratamiento del hidrocele". Archivos médicos del Hospital Argerich, 1938, II, 60.
- Irazu, J.*: "Hidrocele quirúrgico". Revista Argentina de Urología, 1942, XI, 121.
- Lacal, F. y Loretto, G. A.*: "La punción diagnóstica en las neoplasias testiculares". El Día Médico, 1943, XV (1343.

Luchetti, S. E. y D'Aste, K. H.: "Tratamiento del Hidrocele esencial por el método de la aspiración e inyección de líquidos modificadores". La Prensa Médica Argentina, 1935, XXIV, 2158.

Maraini, B. e Iacapraro, G.: "El Almoscleran en el tratamiento del hidrocele". Revista Argentina de Urología, 1937, VI, 43.

Maraini, B. e Iacapraro, G.: "Tratamiento del hidrocele por la inyección de líquidos modificadores". Segundo Congreso Americano y Primero Argentino de Urología, Bs. As., 1937, II, 158.

Tettamanti, J. C.: "Tratamiento esclerosante del hidrocele vaginal esencial". Publicaciones Médicas, 1932, V, 169.

DISCUSION

Dr. Irazu. — Estoy de acuerdo con las opiniones vertidas por el comunicante: las inyecciones modificadoras traen más complicaciones que beneficios. Por lo tanto, deben desterrarse en lo posible. En la cirugía abierta siempre son más amplias y convincentes, pues cualquier lesión que se presente en conjunto puede ser resuelta. Esas inyecciones modificadoras, por suaves que sean, traen reacciones medicamentosas y también inconvenientes de una operación secundaria.

Dr. Schiappapietra. — Felicito al comunicante porque es una observación espléndida y pienso que es importante traer estas presentaciones y las coincidencias de los puntos que se hayan puntualizado.

Dr. Fisch. — Agradezco la colaboración de los doctores Irazu y Schiappapietra.
