

## EPIDIDIMITIS ESTAFILOCOCCICA METASTASICA EN UN LACTANTE

Por los doctores LUIS M. BREA, FURIO SFARCICH, JUAN FORTUNATO  
ERNESTO ZINNO

El día 15 de Noviembre de 1962 se interna en el Servicio de Pediatría del Policlínico Ferroviario Central el niño Hugo Daniel García, de meses de edad, con un cuadro de dispepsia aguda y tumefacción dolorosa del escroto.

El cuadro había comenzado el mismo día por la mañana con diarrea mucolíquida, escasa temperatura, notando la madre una tumefacción dolorosa del escroto en el lado derecho. El niño lloraba y se hallaba algo desasosegado.

Llegó el Servicio medicado con un antidiarreico y antiespasmódicos. El examen clínico no revelaba anormalidades, fuera de las de la región genital. No estaba deshidratado, no había signo del pliegue y la fontanela era normal.

Al examen de la región genital se observaba el escroto enrojecido, tumefacto, a través del cual se palpaba un testículo duro aumentado de tamaño y no muy doloroso. El epidídimo se palpaba como un cordón duro y evidentemente más sensible. Los elementos del cordón estaban también engrosados en su porción inferior yuxtaepididimaria. En general la palpación, aunque dolorosa, no lo era tanto, por lo menos aparentemente, como suele verse en la torsión de testículo. Las manifestaciones generales eran pobres, ya que en el momento del examen el niño tenía escasa temperatura, el dolor espontáneo no era muy manifiesto y no había colapso.

Ante la posibilidad de hallarse ante una torsión de testículo, afección que requiere una intervención inmediata, el niño fue operado. Se encontró un testículo ligeramente congestivo pero normal. El epidídimo en cambio estaba engrosado, congestivo y edematoso. La hidatide de Morgagni era normal.

Se resecoó una pequeña porción de epidídimo para hacer el examen histológico y se cerró por planos.

A la espera del resultado de la biopsia se medicó con penicilina y estreptomina, pero a los dos días no había mejoría evidente. Por otra parte se instaló una temperatura en picos, desmejoró el estado general del niño, aumentando el desasosiego y llorando de continuo, por momentos en forma muy intensa lo que revelaba que sufría dolores agudos.

Apareció recién entonces una supuración del oído que se trató con lavajes de alcohol boricado mientras se insistía con la misma medicación antibiótica.

Confirmado el diagnóstico de epididimitis estafilococcica a través del informe anatómo-patológico se inicia el tratamiento con aminosidina (Gabbromicina Darck) a la dosis de 20 mg. por Kg. de peso mejorando sensiblemente al cabo de cuarenta y ocho horas, tanto la afección genital como la supuración del oído.

El antibiótico se mantuvo cuatro días más, durante los cuales el niño mejoró su estado general, la temperatura no volvió a elevarse, sus deposiciones se normalizaron, comenzó a tomar bien sus biberones y a descansar tranquilo.

Se le dió de alta el 24 de noviembre, pero tres días después se reinterna con un cuadro de dispepsia grave, deshidratado y con muy mal estado general.

La afección genital estaba curada y el examen del oído era normal. Se indicó entonces cloramfenicol e hidratación por vía endovenosa y luego de algunos altibajos el niño mejoró completa y definitivamente siendo dado de alta curado. En la actualidad continúa en perfectas condiciones.

## CONSIDERACIONES

La epididimitis aguda de origen no venéreo ni tuberculoso es una afección que se ve excepcionalmente en el lactante, mucho menos frecuente que el niño mayor y muchísimo menos que en el adulto.

Quist reportó doce casos entre los tres meses y los doce años (1). El germen que lo provoca es en orden de frecuencia, el estafilococo, aerobacter aerogenes, coli bacilo y estreptococo, aunque se han identificado en ocasiones micrococcus catarralis y klebsiella neumonide (2).

La exploración instrumental de la uretra en presencia de una infección urinaria puede provocar por vía deferencial una contaminación del epididimo, pero ella puede ocurrir también por vía sanguínea en el curso de una neumonía, influenza, amigdalitis u otitis, como en el caso que nos ocupa. Este tipo de epididimitis metastásicas como complicación de infecciones a distancia, aún en recién nacidos, ha sido recordado por Garrow y Werne (3) y por Lombard (4). La epididimitis aguda, no gonococcica ni tuberculosa, es de duración más prolongada que la blenorragica, aunque de curso no tan violento. Sin embargo van a la supuración con una frecuencia cuatro veces mayor que aquella (2).

El cuadro clínico es similar al de una epididimitis blenorragica aunque más atenuado en sus síntomas. Con frecuencia el signo de comienzo está dado por la aparición de un hidrocele (2).

La palpación comprueba la induración del epididimo aumentado de tamaño y a veces lo está el testículo por relación de vecindad (congestión) o por propagación de la infección. Pueden llegar a la abscedación con drenaje espontáneo y fistulización secundaria. En general no se acompañan de secreción uretral.

El diagnóstico diferencial de las epididimitis debe hacerse con la torsión del cordón espermático (torsión de testículo), la torsión de la hidátide de Morgagni y los tumores del testículo.

En la torsión de testículo el cuadro es agudo, violento, a veces con colapso. En las epididimitis la evolución es más lenta, hay algunos antecedentes infecciosos, leucocitosis y temperatura.

El signo descrito por Prehn suele ser de utilidad para el diagnóstico diferencial y consiste en que la elevación del testículo calma el dolor en la epididimitis y lo aumenta en la torsión (6). Ante la duda siempre es aconsejable la intervención ya que la demora puede llevar en los casos de torsión a la gangrena testicular. Esta duda se plantea aún más en los testículos ectópicos donde a veces es imposible establecer un diagnóstico diferencial.

La torsión de la hidátide semeja clínicamente a la del testículo pero con fenomenología más atenuada y sin manifestaciones generales.

El tratamiento de elección es a base de antibióticos adecuados, suspensión del escroto y frío local.

## COMENTARIO FINAL

Con la presentación de este caso sólo pretendemos, al señalar la aparición de una epididimitis estafilococcica metastásica en un lactante de tres meses, contribuir a enriquecer la casuística nacional de una afección poco frecuente. No habiendo habido infección urinaria previa y habiendo aparecido la supuración del oído al segundo día de intervenido, es dable suponer que la causa de la epididimitis haya sido la infección del oído, que provocó el cuadro de dipepsia y por vía sanguínea la localización séptica en el epidídimo, el diagnóstico es pues de: Epididimitis metastásica por otitis aguda.

Deseamos también señalar la extraordinaria eficacia de la aminosidina (gabbromicina) que resolvió favorablemente el proceso en pocos días.

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

1. *Quist, O. Swelling of the Scrotum in infants and children, and now specific epididymitis.* Acta chir. Scand. 110, 417 (1956).
2. *Clinical Pediatric Urology.* M. Campbell (Saunders 1951).
3. *Metastatic epididymitis with a report of occurrence in an infant during acute respiratory infection.* Garrow, I. y Werne J. Urol. cután. Rev. 51, 3 (1947).
4. *Occhi - epididymites des nouveau - nés - Lombard P.* Bull. Soc. nat. Chir. Paris 55, 1201 (1929).
5. *Pediatric Clinics of North America. Symposium on Pediatric Urology* Sanders 1955.
6. *A new sign in the differential Diagnosis between Torsion of the Spermatic cord and Epididymitis.* Prehn D. T. J. Urol. 32:191, 1934.
7. *Encyclopedia of Urology. Urology in Childhood.* D. Innes Williams. Springer Verlag. 1958.

## DISCUSION

*Dr. Trabucco:* Le preguntaría al doctor Brea si se tiene la absoluta seguridad de que no ha habido infección urinaria previa, que no ha habido una prostatitis, de lo que es muy difícil darse cuenta en un lactante.

A *prima facie* me parece explicable la epididimitis por una infección urinaria a través del riñón, uréter, vejiga y uretra que por la metástasis en sí. La epididimitis metastásica en realidad está un tanto en contra de lo posible por la estructura anatómica del aparato urinario.

En este momento no se puede creer en la epididimitis metastásica tuberculosa que siempre involucra la idea de una infección genital ya sea de uréter, próstata, etc.

Quisiera saber si tenía una seguridad absoluta de que esa orina estaba pura, que no existían bacterias y que no había una infección del aparato urinario superior.

*Dr. Brea:* Nos basamos solamente en el hecho de que no había piuria en la orina y que el único elemento era su cuadro de dispepsia y la tumefacción testicular. En realidad, intervine a ese niño pensando en un proceso de torsión, porque nunca había visto una epididimitis en un lactante de tres meses de edad. En el análisis de orina no se encontró pus. Previamente, pensé en la posibilidad de una torsión de testículo y de la hidátide. En el acto quirúrgico, lo único que encontramos fue la tumefacción, pero no había elementos urinarios.

*Dr. Trabucco:* ¿El cordón estaba libre?

*Dr. Brea:* Sí, no había participación en el proceso de los elementos del cordón.

*Dr. Trabucco:* ¿Con predominio de la cabeza o de la cola del epidídimo?

*Dr. Brea:* De todo el epidídimo; se hizo una pequeña biopsia del mismo. Todo el epidídimo

estaba congestivo, rojo y erectil. No había otro elemento que autorizara a pensar en una infección urinaria. Por otra parte, no se le practicó ningún cateterismo. La otitis nos indujo a pensar que ese era el cuadro originario, pero todo lo demás, incluso la dispepsia, era secundaria a su problema de oído. Nos llamó la atención que durante los primeros días en que le hicimos antibióticos (penicilina, estreptomycin) el chico no mejorara y después de administrársele gabbromicina, la mejoría fue brusca al extremo que en 48 horas desapareció todo el proceso.

Estoy de acuerdo con el doctor Trabucco, pero es un poco difícil aceptar la localización metastásica por vía sanguínea en el epidídimo. La bibliografía no es abundante, es muy poco demostrativa y los autores que se han ocupado del tema, como Marshall, hablan de la epididimitis como metastásica y por vía sanguínea.

En nuestra experiencia este es el primer caso.