

Sociedad de Urología

(Sesión del 30 de Marzo)

HOSPITAL ESPAÑOL - SERVICIO DE UROLOGIA
JEFE: Dr. ARTURO SERANTES

QUISTE CALCIFICADO DEL CORDON ESPERMATICO

(CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS QUISTES
CONECTIVALES DEL FUNICULO)

Por los Dres.

JOSE L. MONSERRAT e ISIDORO GALVEZ

Las tumoraciones líquidas del cordón espermático, fueron desde muy antiguo descritas, designándolas **Pott** (1) con el nombre de hidrocele difuso, que corresponde en realidad a colecciones serosas y hemorrágicas, experimentalmente demostrado por diversos autores. **Brodie** (2) citado por **Wallimin** (3) lo señala en 1934 y **Velpeau** en 1840.

La publicación de **Liston** (5), en 1843, al demostrar por primera vez espermatozoides en su contenido, orientó la patogenia hacia las vías seminíferas.

Velpeau (4), que los llamaba "hidroceles enquistados", sostuvo la opinión que defendió luego **Gosselin** (6) en 1848, admitiendo que estas colecciones se originaban en derrames líquidos intersticiales, secundariamente enquistados.

Otros autores, **Vernheil** (7), **Kocher** (8), **Dolbeau** (9), **Lloyd** (10), **Liston** (5), **Reclus** (11), entre los clásicos, los consideran como resultantes de dilataciones diverticulares de la pared de los conductos seminíferos. Y **Follin** (12) primero, y **Broca** (13) después, atribuyen su origen a dilataciones de restos embrionarios del cuerpo de **Wolff**, concepto éste, sustentado por la mayor parte de los autores modernos.

El estudio histológico de estas distintas observaciones, demostraron que la pared, y sobre todo, el revestimiento epitelial de estos quistes, podía diferir, subdividiéndoselos entonces de acuerdo a su constitución microscópica.

Así, **Gros** (14) nos habla de quistes espermáticos, saculares, hidrocele funicular. **Föllin** (12), de quistes peritoneales y wolffianos, etc., contando en la actualidad como clasificación más divulgada, con la de **Donati** (15) basada en un concepto histológico y patogénico.

A. — Originados en restos embrionarios.	}	Quistes del residuo peritoneo-vaginal.
		„ de restos del cuerpo de Wolff o Müller.
		„ dermoideos.
B. — Independientes de residuos embrionarios.	}	Quistes espermáticos por retención.
		„ conectivales.
		„ linfáticos.
		„ hidatídicos.
		„ vasculares.

Como la sintomatología clínica y aun la macroscopia es semejante en todas estas tumoraciones, para una buena clasificación, es indispensable el control histológico.

En la práctica, los más frecuentes, son los quistes por incompleta obliteración del canal peritoneo vaginal, y los llamados quistes espermáticos seminíferos, espermatoceles, constituyendo las otras variedades, hallazgos excepcionales.

La consulta bibliográfica y las estadísticas nos dan una sensación de la rareza de esta afección, que no coincide con lo que observamos en la práctica.

Albert (19) relata 3 casos para 6.000 enfermos. **Broglio** (16), dice haberlos observado 8 veces en 3600 enfermos; **Goglio** (17) que ha reunido las observaciones del Padiglione Chirurgico dirigido por Romiti, ha observado 5 quistes entre 400 operados y **Hecknegg** (18) los ha encontrado 27 veces en 332 testículos examinados.

Por nuestra parte, en el servicio de Vías Urinarias del Hospital Español que dirige el Dr. Arturo Serantes, hemos encontrado 35 quistes sobre un total de 3781 enfermos, (período de 1925 a 1932), lo que nos da un promedio aproximado de 9,3 ‰, constatando para igual número de enfermos, 236 hidroceles o sea un quiste funicular por cada 7 hidroceles. En esta Sociedad, el Dr. **Isnardi** (20) presentó una observación que al no ser acompañada por un estudio histoló-

gico, nos impide ubicarla, dentro de las variedades enunciadas anteriormente.

Estas consideraciones justifican la presentación de nuestra observación, que tiene además dos particularidades que la hacen interesante:

- 1º Por su constitución histológica, que nos permite ubicarla dentro del grupo de los quistes conectivales creado por **Fiori** (21) en 1901.
- 2º Por la calcificación de su pared, eventualidad de rara observación.

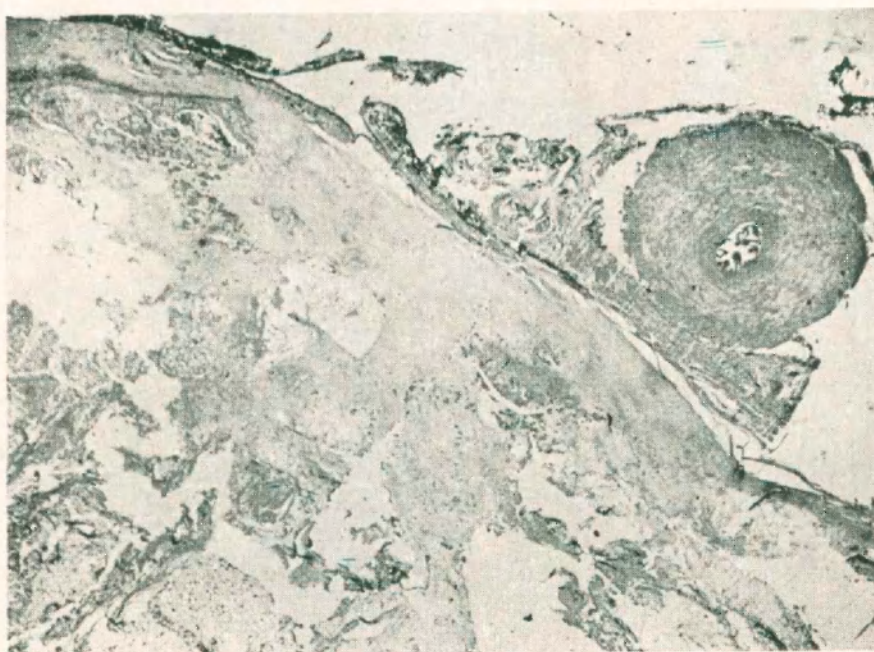


Figura Nº 1.

Placa Nº 812.

Hemalumbre eritrosina.

Obsérvese el conducto deferente por fuera de la formación quística, que en esta zona muestra un espesamiento y reacción notables, ocupando parcialmente la luz de la cavidad tejido proliferado.

El enfermo motivo de esta comunicación nos ha sido cedido gentilmente por el Dr. Vicente Gutiérrez, en cuyo servicio del Hospital Español lleva la historia Nº 4137.

J. C., español, 39 años, soltero, peón.

Entrada: 12 de Septiembre 1930. Alta: 2 de Noviembre.

El enfermo, que ha padecido de blenorragia a los 22 años, dice tener en su región inguinal izquierda una pequeña tumoración, no precisando desde cuando le apareció. No le ocasiona ninguna molestia. Tiene además una hernia y varicocele del mismo lado.

Estado actual: Buen estado general. En la ing'e izquierda el orificio inguinal superficial es amplio y deja introducir fácilmente dos dedos. Con la tos se propulsa un saco que desciende hasta la bolsa. En el fondo del saco se toca una tumoración dura, tamaño de un huevo de paloma, de contornos netos

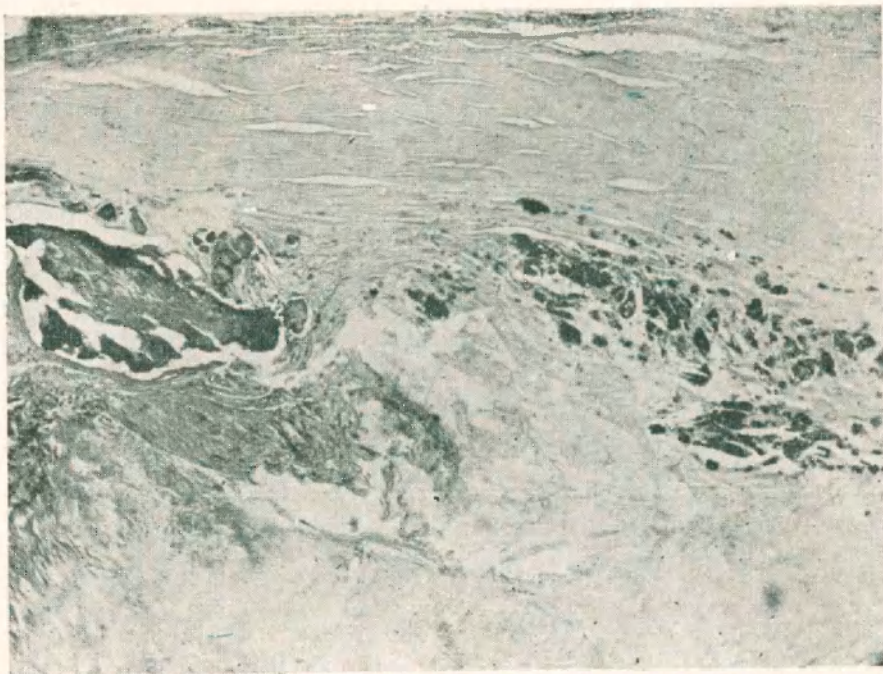


Figura Nº 2.

Placa Nº 813.

Hemalumbre eritrosina.

Pared quística, en degeneración hialina, sobre la cual comienza a formarse un precipitado cálcico.

e íntimamente adherida al cordón con el cual se moviliza. Por encima, hay como un estrangulamiento que lo separa del saco herniario, pero se moviliza en conjunto, saco y tumor.

Por su situación y su dureza, parece un fibroma del fondo del saco. Operación: 24 Octubre. Anestesia raquídea, novocaina, cafeína.

Se liga, aísla y extirpa un saco herniario intrainguinal izquierdo y un tumorcito duro que parece un fibroma del cordón, situado hacia el extremo del saco. Se ligan venas varicosas del grupo posterior.

Diagnóstico operatorio: Fibroma del cordón. Hernia inguinal izquierda. Varicocele.

Post-operatorio, normal.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO. — Folios Nos. 1131 y 2001.

1º **Descripción macroscópica:** El quiste se presenta como una tumoración del tamaño de un huevo de paloma, de consistencia bien dura, lisa. Seccionado transversalmente, se nota su cavidad recubierta por un magna céluloadiposo que ocupa la mitad de ésta, estando ocupada la otra porción por líquido amarillento.

El conducto deferente se encuentra sobre una de sus paredes laterales.

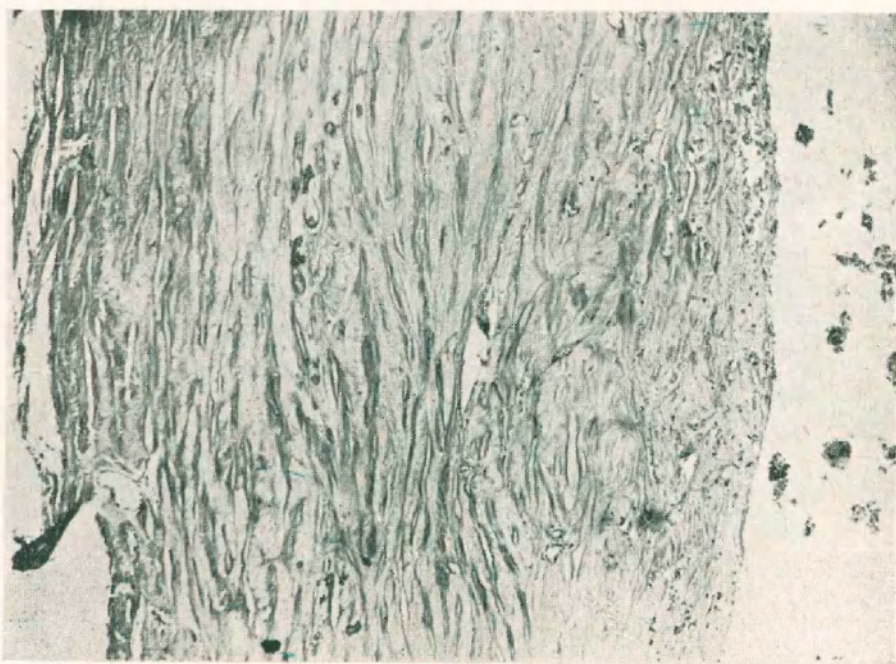


Figura Nº 3.

Placa Nº 817. Hemalumbre eritrosina.

Pared de la cavidad quística.

Obsérvense las fibras colágenas en degeneración hialina, arriba zona interna sin epitelio de revestimiento.

2º **Técnica histológica:** Fijación en formol. Descalcificación con líquido de Alexander. Coloraciones con: hemalumbre-eritrosina, Mallory y tricrómico de Masson. Coloración de la cal con Grandis-Mainini.

3º **Descripción histológica:** La observación topográfica, nos muestra que

el conducto deferente está por fuera del quiste y separado de éste por una capa fibrosa y poco compacta, en la cual se observan filetes nerviosos y vasos sanguíneos, sin alteración. Deferente, normal (figura Nº 1).

El quiste está formado por una cápsula de envoltura y un contenido líquido. Parcialmente obliterado por tejido céluloadiposo. La cápsula, de fuera hacia dentro está formada por: tejido colágeno y algunos pequeños vasos; este tejido colágeno es compacto y tiene elementos celulares vivos. A medida que avanzamos hacia adentro, el tejido colágeno se homogeiniza y se pierden los núcleos, transformándose así en una capa de degeneración hialina (figura Nº 2).

Señalamos como dato de importancia la falta de epitelio de revestimiento del quiste (figura Nº 3).

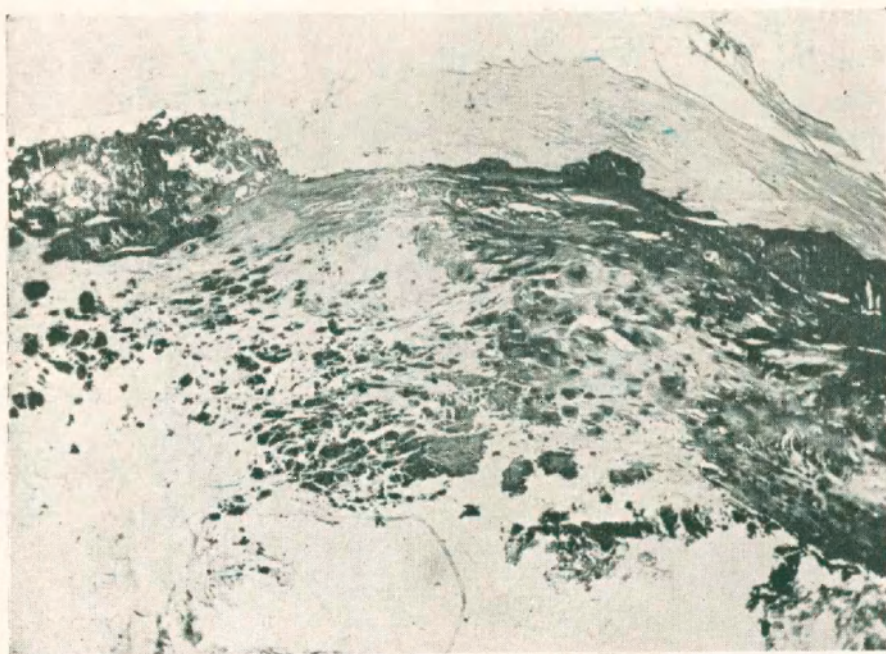


Figura Nº 4.

Placa Nº 814.

Hemalumbre eritrosina.

Pared quística, en donde la precipitación cálcica es más abundante.

Sobre el tejido fasciculado (figura Nº 2) comienza a precipitarse un fino polvillo que toma intensamente la hematoxilina. Este precipitado se conglo-mera, formando placas de tamaño y forma irregular (figuras Nos. 2 y 4).

La mayor parte de la cavidad quística está obliterada por un tejido célu-

loadiposo, recorrido por tractus fibrosos hialinizados, e infiltrado también de sales calcáreas (figura Nº 1).

Con la coloración de Grandis-Mainini se pone de manifiesto la presencia de sales calcáreas, coincidiendo su topografía con la descrita en las preparaciones con los métodos corrientes de coloración y en particular con el hemalumbre-eritrosina.

En algunas zonas, se observan fisuras claras, alargadas, que representan la imagen negativa de los cristales de colessterina.

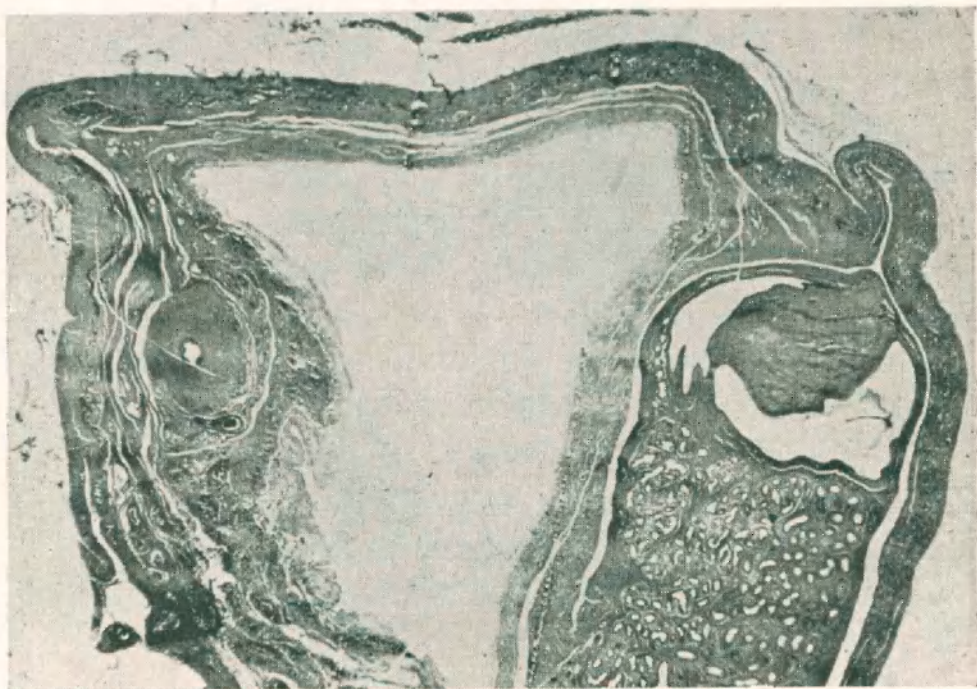


Figura Nº 5.

Placa Nº 811.

Hemalumbre eritrosina.

Peristencia del conducto peritoneo-vaginal en un niño de año y medio; observe la constitución de la pared quística y la falta de epitelio de revestimiento.

COMENTARIOS.—

De acuerdo a los detalles referidos por el enfermo, no es posible precisar ni traumatismo, ni época de aparición de la tumoración en la región inguinal, al punto de haber pasado desapercibida para éste.

La descripción operatoria y el estudio macroscópico, nos definen una tumoración dura, adherida íntimamente al cordón inguinal y en relación con el fondo de saco por un cordón fibroso.

Practicado un corte por su parte media, se observa una cavidad pequeña con un contenido líquido, claro. Las paredes son gruesas y de consistencia dura, por impregnaciones cálcicas, por lo cual para el estudio histológico, se procedió a la descalcificación.

Hemos descripto en el relato histológico, que las paredes del quiste, están formadas por un tejido colágeno en degeneración hialina, e impregnado por sales cálcicas, y lo que es importante para la ubicación de los distintos tipos de quistes del cordón, la falta completa de epitelio de revestimiento de la cavidad.

El microscopio nos permite por lo tanto eliminar los quistes originados en restos del cuerpo de Wolff o de Müller, y del conducto peritóneo vaginal, si nos ajustáramos a los conceptos clásicos.

Podemos además, fácilmente, por razones innecesarias de comentar, descartar las otras variedades de tumoraciones quísticas: linfangiomas, angiomas, quistes dermoideos, quistes hidatídicos.

La descripción histológica, siguiendo a la escuela italiana de **Ficri** (21), **Donati** (15), etc., nos autorizaría a incluir nuestra observación en el grupo de los quistes conectivales.

Ficri (21), en 1901 publicó una observación de quiste del cordón, que al microscopio, demostró estar constituida por un tejido celágeno, con algunas fibras elásticas, no existiendo revestimiento epitelial de la cavidad.

El autor lo elimina como originada en restos del conducto peritóneo vaginal y formaciones Wolffianas, precisamente por la falta de epitelio, y, para explicar su histogenia, retoma la teoría que utilizara **Velpeau** (4), para interpretar el origen de todas las colecciones líquidas del cordón. En efecto, **Velpeau** (4) suponía que, por una causa cualquiera, al producirse una extravasación líquida en el tejido celular laxo del cordón, el tejido conectivo reaccionaba frente a este derrame, con la formación de una pared de enquistamiento.

Gosselin (6), aceptó primeramente esta tesis, agregando que la extravasación tenía como punto de partida la ruptura de un vaso aberrante espermático.

Conviene además destacar, en la observación de Fiori, la relación del quiste con un infundíbulo peritoneal del anillo inguinal interno, mediante un tractus fibroso.

Donati (15), en 1904, publicó dos nuevas observaciones aceptando en términos generales los conceptos de **Fiori** (21), y haciendo intervenir, como "agente desencadenante", diremos así, a traumatismos leves, no aperecidos o recordados por el enfermo.

Contribuyen con nuevas observaciones: **Bindi** (22) en 1907, **Mümm** (23) en el mismo año, **Magi** (24) en 1911, **Formigini** (25) en 1913, **Arzela** (26) en 1921 y **Prati** (27) en 1926, todos pertenecientes a la escuela italiana.

Exceptuando a **Formigini** (25), todos los autores aceptan, más o menos ampliamente, el concepto histogenético de **Fiori** (21), desencadenado por traumatismos leves como lo supone **Donati** (15).

Formigini (25), en su crítica, dice, que de ser cierta la importancia del traumatismo como agente determinante, su frecuencia sería mucho mayor y que "cómo explicar que en una malla de colágeno se establezca, sin causa aparente, una inflamación crónica, capaz de originar, primero, una trasudación y luego el enquistamiento", y además supone "por la constante presencia de residuos del conducto peritoneo vaginal, que debe ser índice de una condición embrionaria, que ejerza influencia sobre la producción del quiste", pero no especifica cuál es la causa. **Goglio** (17), por su parte, al hablar del proceso de fusión del conducto peritoneo vaginal, dice: "una parcial dilatación de tal proceso, provocó la formación de un quiste, a menudo privado de espermatozoides (quistes conectivales del cordón espermático).

Conviene hacer notar que en todas las observaciones presentadas, los autores describen o bien un ligero infundíbulo peritoneal a nivel del orificio inguinal interno, o un verdadero saco herniario en relación de vecindad inmediata con el quiste, o mediante un tractus fibroso (observaciones de **Fiori** (21) y la nuestra). Puede decirse que de las 11 observaciones — la nuestra incluida — de quistes conectivales del cordón, la presencia, ya de infundíbulo, ya de verdadera hernia, es manifiesta en 8 de ellas.

Creemos que esta estrecha relación entre hernias y quistes conectivales, debe hacernos pensar que quizás no sean otra cosa que un índice de la imperfecta oclusión del conducto peritoneo-vaginal, y de allí la formación del quiste.

El concepto sustentado por **Fiori** (21) y los que lo acompañan en su concepción histogenética para la clasificación de este tipo de quiste, se apoya únicamente en la falta de epitelios de revestimiento.

Según nuestro modo de ver, este detalle histológico, no constituye un argumento tal, que nos impida considerar a estos quistes como pertenecientes a cualquier otra modalidad patogenética.

En efecto: en patología general, no es raro observar colecciones quísticas que, por inflamaciones atenuadas o por maceración, provocan una descamación epitelial, reduciéndose entonces la cavidad quística a una colección bordeada solamente por tejido conectivo, y este fenómeno se puede observar aún en cavidades recubiertas por un epitelio estratificado (en algunas hidronefrosis cerradas, por ejemplo).

Broglia (16), en un trabajo sobre 8 quistes del cordón, describe por trechos, la falta de epitelio, en la observación octava.

Para corroborar esta interpretación agregamos el estudio histológico de una autopsia practicada en un niño de año y medio, que presentaba, entre otras alteraciones, ectopia testicular y persistencia del conducto peritoneo-vaginal. La constitución histológica de la pared del conducto, es en un todo semejante a la de los quistes presentados por los autores italianos, y lo que es más interesante aún, la pérdida de todo revestimiento epitelial, con lo cual la similitud es mayor (figura Nº 5).

Nuestra observación presenta, además, una calcificación de las paredes quísticas. Para que esta precipitación cálcica se produzca, son necesarias una serie de alteraciones ligadas a procesos catabióticos y circulatorios cuyos detalles estudiáramos en una publicación anterior (29). Sólo recordaremos que son necesarias o la degeneración o la necrosis, por cuanto la disminución de la vitalidad celular y la difusión del fósforo nuclear por cariolisis, determinan un substratum apropiado para la precipitación cálcica, condiciones todas estas reunidas en nuestra observación, como detallamos en el estudio histológico.

La búsqueda bibliográfica nos demostró que, similar a nuestra observación, en lo que se refiere a la calcificación, sólo existen las publicaciones de **Roch de Coucy** (30) y la de **F. Aman Jean** (31),

por cuanto las de **Maté** y **Daniel** (32) se trata de una degeneración calcárea de la vaginal, y la de **Marsan** (33), de un quiste seminífero del epidídimo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) **Pott**. — *Treat. hydrocele* (citado por Fiori).
- (2) **Brodie**. — *Arch. general de med.*, 1ª serie, T. XIII y XIV.
- (3) **Valliman**. — *Contribution a l'etude des kystes spermatiques*. These, Paris 1911.
- (4) **Velpeau**. — *Hydrocele du sac herniaire* (observación recogida por Burland). *Hospital de la Charité. Nouveaux elements de med. ap.*, tercera edición, T. II.
- (5) **Liston**. — *Medico-Chirurg. Trans.* 1843, T. XXVI, pág. 215.
- (6) **Gosselin**. — *Recherches sur les quistes du l'epid. du test.* *Arch. General du Medic.* 4ª serie 1848), págs. 24 y 163.
- (7) **Verneuil**. — *Soc. Chirurg.* 1857, T. IV, pág. 58.
- (8) **Kocher**. — *Die Krankheiten der mannlichen geschlechtsorgane*. *Deut. Chir.* 1887, Bd. 50.
- (9) **Dolbeau**. — *Bull. et Mem. Soc. Anat.* 1956, pág. 20.
- (10) **Lloyd**. — *Medic. Chirurg. Trans.* 1843, T. 26, pág. 215 (citado por Fiori).
- (11) **Reclús**. — *Kyst. de l'endideme*. *Trait. du Chirurg. Duplay-Reclús*, T. VIII.
- (12) **Follin**. — *Recherches sur le kyste de l'organe de Wolff, etc.* Tesis Paris, 1850, pág. 45.
- (13) **Broca**. — *Sur le kyste spermatique*. *Bull et Mem. Soc. Anat.* 1848, pág. 48. *Id. id.* 1851, pág. 393.
- (14) **Gross**. — *Nouveaux elements de pathologie et de clinique chirurgical*. T. 3ª, parte 1ª, pág. 339.
- (15) **Donati**. — *Sulle cisti del cordone spermatico di origini conorettivale*. Vol. in omaggio a P. Bazzolo, Torino, 1904.
- (16) **Broglio**. — *Contributo allo studio delle cisti spermatiche*. *Arch. Stal. de Chirurg.*, 1927, pág. 448.
- (17) **Goglio**. — *Le ciste spermatique*. *Clin. Chirurg.* 1926, T. 29, pág. 793.
- (18) **Hockeneg**. — *Ucher Cystenand Hoden un Hebenhoden* Wien. *Medy.* Sahrbusch 1885.
- (19) **Albert**. — *Traite de Chirurg. Clin. et de Med. Op.*, T. IV, París 1893.
- (20) **Isnardi Ubaldo**. — *Gran quiste seroso del cordón espermático*. *Rv. A. M. A. Sec. Esp.* 1928, pág. 787.
- (21) **Fiori**. — *Contributo alla patogenesi delle cisti del cordone spermatico*.

Rif. Med. 1901, Nº 3, pág. 566 y 579.

- (22) **Bindi.** — Contributo a'lo studio delle cisti del Funiculo. La Clin. Chirurg.
- (23) **Mümm.** — Un nuovo caso di cisti del cordone spermatico d'origini connectivale. Rif. Med., 1907.
- (24) **Maggi.** — Contributo allo studio delle cisti connectivale del cordone spermatico. Policlinico Seg. Pract., 1911, pág. 873.
- (25) **Formiggini.** — Contributo allo studio delle cisti del funiculo spermatico connectivale. Rif. Med., 1907, pág. 341.
- (26) **Arzela.** — Sulla istogenesi delle cisti del cordone spermatico. Arch. Ital. di Chirurg., T. IX, Nº 2, 1921, pág. 197.
di origini connectivale. Rif. Med., 1913, págs. 1269 y 1300.
- (27) **Prati.** — Un nuovo caso di cisti connectivale del cordone spermatico. Clin. Chirurg., T. 30, 1927, pág. 1159.
- (28) **Cloquet.** — Citado por Fiorini, Arzella, etc.
- (29) **Jáuregui y Monserrat.** — Contribución al estudio de la calcificación de los quistes hidatídicos. An. D'Anat. Path., 1932, pág. 345. La Semana Médica, 1932.
- (30) **Roche de Concy.** — Kyste du cordon aparois calcificés. Bull et Mem. Soc. Anat. Paris, 1889.
- (31) **Aman-Jean.** — Kyste calcifié du cordon spermatique. An. D'Anat. Path., 1913, pág. 1278.
- (32) **Mantéé et Daniel.** — Soc. Anat., 1904.
1919, pág. 157.