

Hospital Español de Buenos Aires
 Servicio de Urología
 Jefe Dr. ALBERTO GARCIA

TORSION DE LA HIDATIDE DE MORGAGNI

Dr. JOSE CASAL *, Dr. ALBERTO MUZIO, Dr. JUAN JOSE SOLARI

Couvelaire describe con prolijidad el síndrome conocido con el nombre de "orquitis aguda del niño" e involucra con acentuado énfasis entre sus causas a la torsión del apéndice testicular o hidatide de Morgagni. En 1761 Morgagni describió los apéndices testiculares, Jones ha reconstruido en forma de diagrama las descripciones originales y las comparó con sus observaciones que ascendieron a 100 testículos. Se adjudica a Ombredanne el primer informe sobre torsión del apéndice de testículo en 1913; en 1922 Colt describe otro caso; en 1923 Mouchet da comienzo a una serie de importantes comunicaciones; es digno de mención este autor por lo mucho que ha aportado a este tema; en 1931 Dix realizó una puesta al día sobre esta patología; hasta entonces se conocían 53 casos. Debemos aclarar que en ellos se incluían torsión del apéndice del epidídimo. En 1950, Seidel e Yeaw informaron acerca de 8 casos; operaron 7, de éstos, 3 correspondían a torsión del apéndice del epidídimo y 4 de la hidátide de Morgagni. En 1951 Bender informó acerca de 1 caso. En 1957 Ambrose y Skandalakis presentaron 6 casos de torsión de la hidátide de Morgagni. En 1958 Fitzpatrick presenta 4 casos, en 2 de ellos no practicó cirugía, 1 de ellos presentó simultáneamente torsión del cordón espermático homolateral; Fitzpatrick, en breve reseña de la literatura, asegura que con sus 4 casos se llegaba a 141 publicaciones sobre el tema. En 1960 Oeconomopoulus y Chamberlain realizan un importante análisis sobre 26 casos y se dedican a estudiar sobre todo su etiología. Hacen interesantes consideraciones, aseguran que el 77 % presentaron los síntomas durante o inmediatamente después de actividades atléticas. Los enfermos oscilaban entre 11 y 16 años. Estos autores coinciden con los anteriores en que muchos casos pasan desapercibidos por diagnósticos incorrectos y que es mucho más frecuente de lo que se lo considera. Afirman que el dolor es el síntoma fundamental seguido en frecuencia por el edema de escroto. En 1964 Litvak y colaboradores presentan 7 casos y actualizan el tema, asegurando que hasta entonces se habían publicado 163 casos, de los cuales correspondían 153 a torsión de la hidatide de Morgagni, 6 al apéndice del epidídimo, 1 al órgano de Giraldés y 3 a los vas aberrans u órgano de Haller. Han sido citados también casos de torsión bilateral del apéndice testicular. Simon y Lerkin publican en 1967, 13 casos.

En nuestro país debemos considerar los aportes de Grimaldi en 1928; Mathis en 1944; Trabucco y Ortiz en el mismo año; Claret y Goldaracena en 1950; Alvarez Colodrero y Goldaracena en 1954 y las consideraciones sobre el tratamiento conservador en las torsiones testiculares realizadas por Trabucco, Borzone y Correa en 1953. El trabajo más reciente en nuestro medio tiene como autores a Goldaracena y Fazio quienes presentaron un paciente en 1959.

La hidátide de Morgagni o apéndice del testículo que es un resto del conducto de Müller, casi siempre presente, está constituida histológicamente por un tejido conjuntivo vascular y tapizado por un epitelio cilíndrico, a veces ciliado.

Como todos sabemos es uno de los apéndices intraescrotales que suelen ser objeto de torsión de su pedículo. En general se citan como causas traumatismos, ejercicios violentos o el simple cruzarse de piernas. Le resta frecuencia

* Marcelo T. de Alvear 783 - Cap. Fed.

a esta patología, el hecho anatómico de que la hidátide de Morgagni en muchos individuos no tienen pedículo o éste es muy corto; varios textos lo describen como "hidátide de Morgagni adosado". El tamaño del pedículo varía entre 2 y 8 milímetros; en uno de los casos presentados por Oeconomopoulos y Chamberlain el pedículo llegó a medir 3.5 cm.

En cuanto a la sintomatología debemos afirmar que el dolor es el síntoma más importante; suele asegurarse y esto es motivo de error, que la sintomatología es tan ruidosa como en la torsión del cordón espermático, aunque en algunos casos realmente es así, en otros, por el contrario y con gran frecuencia se presentan los síntomas en forma lenta, y sobre todo el dolor suele ser leve y aun tolerable, dando lugar a la forma clínica frustra, el mismo síntoma dolor suele ser atípico y presentarse en la ingle, fosa iliaca y bajo vientre. La evolución puede ser en algunos casos sumamente lenta completándose la sintomatología en dos semanas; al dolor sigue el edema de escroto y casi siempre un hidrocele reaccional de distinta importancia.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la torsión del conducto espermático y la epididimitis aguda; debemos citar también la dilatación aguda de un quiste de cordón, el absceso central del testículo, apendicitis herniaria, la hernia estrangulada y la torsión del órgano de Giraldés.

Todos los autores coinciden que ante la duda el diagnóstico de certeza debe hacerse con la exploración quirúrgica.

Presentamos dos casos tratados por nosotros en el Servicio de Urología del Hospital Español.

CASO N° 1. — J. A. Historia Clínica N° 25.474.

Se trata de un niño de 11 años de edad. Los antecedentes hereditarios y personales no tienen importancia. La enfermedad actual comienza tres días

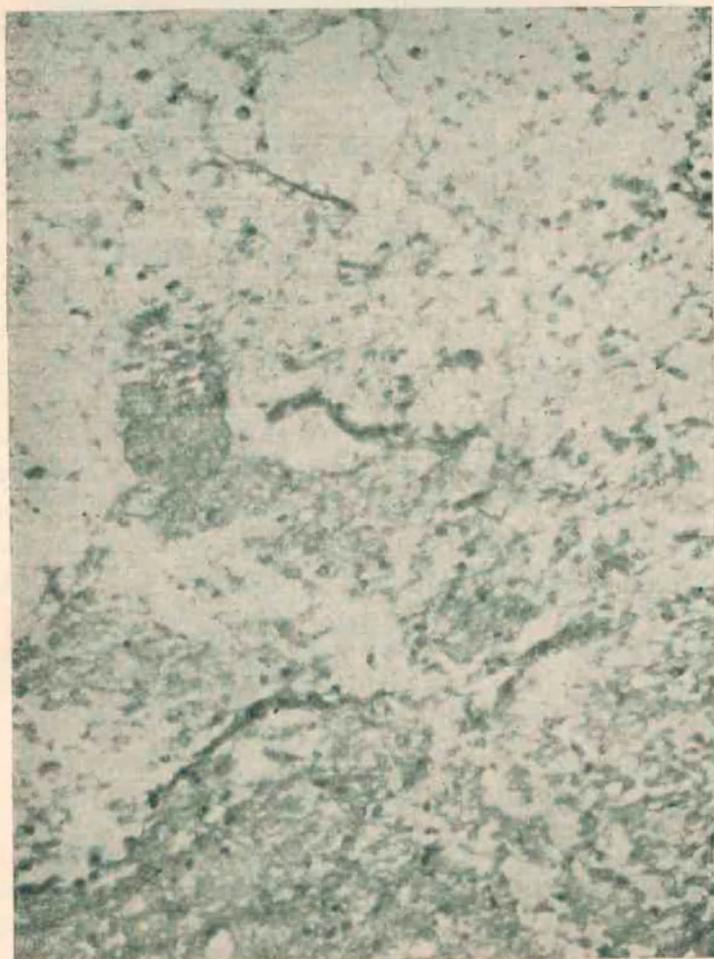


Figura 1



Figura 2

antes de la consulta, relatando que en ocasión de un movimiento brusco, presenta dolor agudo en el hemiescroto derecho y al día siguiente tumefacción y enrojecimiento con dolor muy acentuado. Un día después de su ingreso, el hemiescroto afectado era normal y sólo se palpaba la cabeza del epidídimo engrosada. El enfermo se presentó afebril en toda la evolución y los análisis de rutina fueron normales; el dolor seguía siendo intenso. La cavidad escrotal presentaba discreto contenido líquido. Por el comienzo luego de un ejercicio violento y dado que nos parecía exagerado el dolor con respecto a la escasa patología del epidídimo, pues sólo se palpaba un discreto engrosamiento de la cabeza del mismo, decidimos operar. La exploración quirúrgica se llevó a cabo bajo anestesia general; una vez exteriorizado el testículo se comprobó que el epidídimo presentaba una ligera tumefacción a la altura de su cabeza, existía ligero hidrocele y la hidátide de Morgagni se presentó del tamaño de una semilla de zapallo de color rojo vinoso. Se procedió a su exéresis previa ligadura, inversión de la vaginal, fijación del testículo y drenaje del escroto. Tres días después se le otorgó el alta.

El informe anatomopatológico emitido por el Dr. Monserrat, demostró la presencia de una hidátide de Morgagni a pedículo torcido con infartamiento hemorrágico y necrosis total.

CASO Nº 2. — M. N. Historia Clínica Nº 27.732.

En esta oportunidad se trata también de un niño de 11 años de edad. Cuatro días antes de su ingreso presentó dolor de poca intensidad en el hemiescroto derecho, sin irradiación y sin causa aparente. El dolor cedió pero se reanudó 48 horas después ya con irradiación inguinal. No presentó vómitos

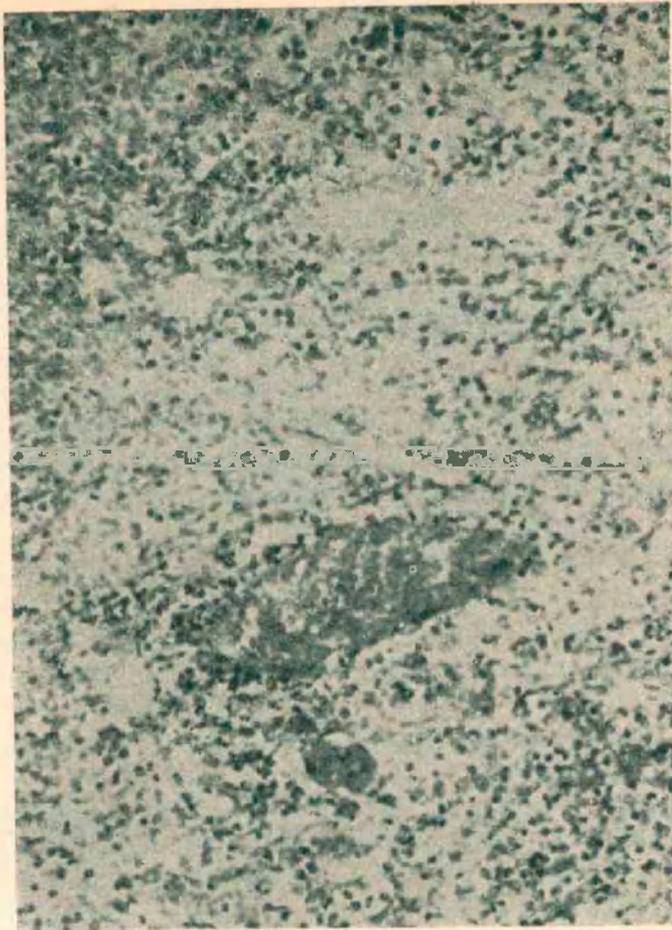


Figura 3



Figura 4

ni fiebre. Insistimos en que no refiere traumatismo alguno. Al examen presentaba el hemiescrotó derecho aumentado de tamaño moderadamente con una pequeña equimosis en la cara anterior. No se palpa el testículo por la existencia de un hidrocele. El hemiescrotó duele en su totalidad. El resto del examen sin particularidades dignas de mención. Los análisis de rutina normales. Se trataba pues de un niño que presentó dolor sin causa aparente y la imposibilidad de realizar una correcta semiología testicular por la presencia del hidrocele. Decidimos la intervención quirúrgica. Se practica la misma bajo anestesia general. Al exteriorizar el testículo se demuestra la presencia de un hidrocele más importante que en el caso anterior. Testículo normal al igual que el cordón espermático. La hidátide de Morgagni se presenta agrandada y de intenso color violáceo. Se practica la exéresis, inversión de la vaginal, fijación del testículo y drenaje del escroto. Tres días después, alta. El estudio anatomopatológico realizado por el Dr. Monserrat, informó sobre la presencia de una hidátide de Morgagni con infartamiento hemorrágico e inflamación aguda.

Conclusiones

Presentamos a vuestra consideración dos casos más de torsión del apéndice testicular. Nos ha movido a ello el deseo de puntualizar las siguientes observaciones:

1. — En los dos casos el diagnóstico de certeza se realizó por medio de la intervención quirúrgica.

2. — Se llegó a la misma gracias a tener siempre presente esta patología ante un cuadro doloroso inguinoescrotal, como lo aconsejó Ombredanne, ya citado en nuestro medio por los Dres. Goldaracena y Fazio en 1959.

3. — En el caso N° 1, además del dolor, sólo se recogía de la semiología un ligero engrosamiento de la cabeza del epidídimo, lo que inducía a pensar en una epididimitis. Por la intensidad del dolor decidimos la exploración quirúrgica.

4. — En el caso N° 2, no existió antecedente de traumatismo ni de ejercicio violento, a pesar del interrogatorio. El dolor era muy leve, el hidrocele presente impedía recoger dato alguno del contenido escrotal.

5. — Debemos afirmar una vez más que las formas atenuadas y frustras existen y con una frecuencia digna de ser tenida en cuenta.

6. — Debemos afirmar también que ante la duda diagnóstica, es necesario operar y precozmente; y tener presente que la cirugía suele ser como en nuestros dos casos, la única solución diagnóstica y terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez Colodrero, J. W. y Goldaracena, J. A.: Revista del Centro Gallego, 1954.
 Claret, A. J. y Goldaracena, J. A.: Rev. Med. y C. Af. N° 134, 1950.
 Grimaldi, F. E.: Sem. Méd. 1955, 1928.
 Mathis, R. I.: Sem. Méd. 2,58, 1943, y Rev. Arg. Urol. 2,13,41, 1944.
 Trabucco, A. y Ortiz, A.: El Día Médico, 16,306, 1944.
 Trabucco, A., Borzone, R. y Correa, E.: Tratamiento conservador de las torsiones testiculares, Rev. Arg. Urol. Tomo 1, pág. 1, 1953.
 Ambrose, S. y Skandalakis, J.: Journ. of Urol. 77:51, 1957.
 Fitzpatrick, R.: Torsion of the appendix testis. Journ. of Urol. 79:521, 1958.
 Litvak, A., Menik, J. y Leberman, P.: Torsion of the Hydatid of Morgagni. Journ. of Urol. 91:574, 1964.
 Oeconomopoulos, Ch. y hamberlain, J.: Torsion of the appendix testis with observations as to its etiology. Pediatrics, 26:611, 1960.
 Seidel, R. y Yeaw, R.: Torsion of appendix testis and appendix epididymis. Journ. of Urol. 63:714, 1950.

DISCUSION

Dr. Irazu. — Desearía hacer una contribución a esta comunicación.

Se trata de un niño de 9 años de edad, que en el año 1967 se presentó a la consulta con un dolor escrotal de 24 horas de duración, escroto edematizado de color enrojecido. Como bien lo dicen los comunicantes, ante la duda diagnóstica se plantea la intervención quirúrgica.

En nuestro caso, la hidátide de Morgagni estaba torcida, nodulada, de color rojo vinoso. Fue extirpada y en el mismo acto operatorio, se resecó la hidátide contralateral porque tenía un pedículo abundante. El niño evolucionó bien.

Dr. Sáenz. — Quisiera preguntarle a los comunicantes si no consideraron prudente explorar el testículo del otro lado ante la posible existencia de esta patología a que se refería el doctor Irazu.

Dr. Solari. — Agradezco el aporte del doctor Irazu.

En nuestro caso, no consideramos oportuno practicar la exéresis de la hidátide contralateral.