

LINFANGIOMA QUISTICO DE ESCROTO:

Dres. H. PAGLIERE *, C. SCORTICATI y J. RUIZ

El linfangioma quístico de escroto es una afección rara, ya que en la literatura mundial sólo hay relatados once casos. La presente comunicación tiene por objeto describir un nuevo caso, hacer algunas consideraciones sobre la nomenclatura y anatomía patológica de estas lesiones, y realizar una revisión de la bibliografía. Estas lesiones son comunes en el cuello y en la axila; además en mesenterio, riñón, hígado, páncreas y epidídimo.

Caso 1: S. B. Hist. 8858, 25 años. Consulta en junio de 1967 por presentar desde hace 5 años una formación tumoral en hemiescroto derecho, a nivel del rafe, a 2 cm. de la raíz del pene, que ha ido paulatinamente aumentando de tamaño, indolora, sin cambios de coloración de la piel ni procesos inflamatorios. Al examen clínico se palpa tumoración de $5 \times 4 \times 4$, adherida a la piel, de consistencia elástica, indolora, de superficie irregular, abollonada; testículo, epidídimo y cordón espermático normales. No hay adenopatías. Varicocele izquierdo. Resto del examen físico sin particularidades. Análisis de laboratorio normales.

Operación: incisión sobre la tumoración en cara anterolateral de escroto, se extirpa la lesión que se halla adherida a la piel y a los planos vecinos, encontrándose el testículo y epidídimo bien separados. Postoperatorio normal.

Anatomía patológica: al examen macroscópico se trata de una formación ovoide de 3×2 cm., que al corte muestra cavidades quísticas separadas por tabiques blanquecinos. Histológicamente: revestimiento epidérmico pigmentado. En el dermis hay varias cavidades revestidas por endotelio con interposición de tejido conectivo vascularizado. Diagnóstico: linfangioma quístico escrotal.

Discusión: Hay una gran confusión en el uso de los términos: higroma, linfangioma, y linfangiectasia. La primera clasificación de linfangioma verdadero fue enunciada por Wagner en 1877, quien los dividió en 3 grupos: 1) simple: consecutivos a un aumento en la densidad de la red linfática por dilatación y proliferación de sus elementos constitutivos, 2) cavernosos: la alteración predominante es la dilatación ampular de los capilares con cavidades conglomeradas para formar masas esponjosas, 3) quísticos: como manifestación más avanzada y más compleja de esta anomalía, caracterizada por la formación de cavidades mayores cuya expresión máxima son los grandes quistes serosos uni o multiloculares, y cuya localización en cuello es conocida. Bill y Suner (1965), sugieren que linfangioma e higroma quístico son variaciones de grado de una misma lesión, Payling y Wright (1956), proponen la siguiente clasificación: 1) linfangioma: verdadera neoplasia del endotelio linfático; 2) hamartoma linfático: malformación linfática que puede ser clasificada como capilar, cavernosa o quística y 3) linfangiectasia: dilatación de los vasos linfáticos secundaria a obstrucción linfática.

En todos los casos descriptos se han encontrado en la histología, fibras musculares lisas entre los quistes, por lo que muchos autores consideran que los linfangiomas quísticos de escroto derivan del músculo dartos, pero Ferguson

* Rodríguez Peña 611, Buenos Aires.

UROFLOWMETER

MODELO 1101 - M

- SISTEMA PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE OBSTRUCCIONES EN EL TRACTO URINARIO.
- REGISTRO GRAFICO DEL FLUJO E INDICACION DEL VOLUMEN.
- SILLA CON SENSOR ELECTROMAGNETICO DE FLUJO Y RESERVORIO DE ORINA.

MODELO 1301 - E

- SISTEMA DE DIAGNOSTICO COMPLETO PARA ESTUDIOS CLINICOS DE LA DINAMICA DE LA MICCION.
- REGISTRO PERMANENTE DE:
 - a) PRESION INTRAVESICAL
 - b) FLUJO URINARIO
 - c) ELECTROMIOGRAMA DE ESFINTER
- EL SISTEMA ES MODULAR Y PERMITE EL AGREGADO DE CANALES ADICIONALES DE "EMG" PARA TRABAJOS DE INVESTIGACION.

Fabricado por: TEXAS MEDICAL INSTRUMENTS CORP.

Solicite Información Adicional a sus Representantes Exclusivos:

BIOTRON S. A. C. I. M.

Diagonal Julio A. Roca 584

T. E. 30 - 4846 - 34 - 9356

Capital Federal

**una nueva forma
de administrar
cloramfenicol**

AMFOCLOR

**UNICA COMBINACION DE CLORAMFENICOL
Y AMFOTERICINA B**

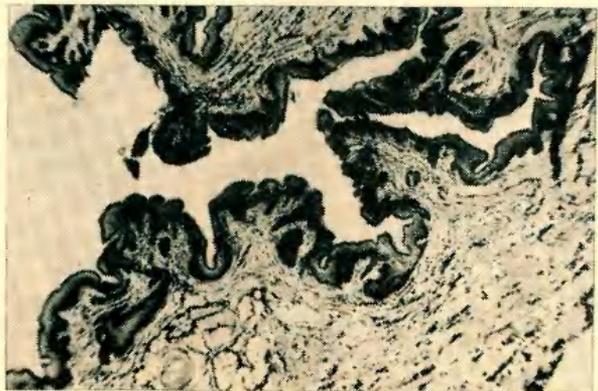
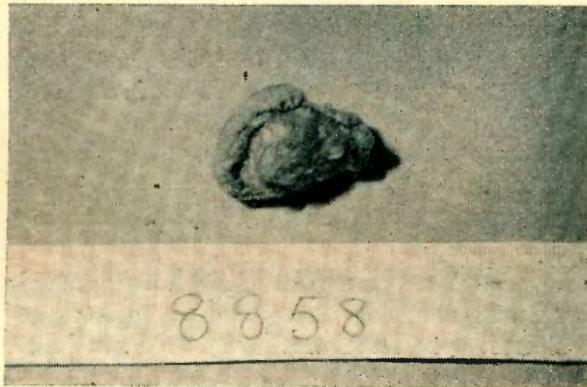
**Eficaz en el tratamiento de las infecciones
susceptibles al cloramfenicol.**

**Eficaz en la profilaxis y tratamiento de la
sobreinfección moniliásica.**

**Eficaz en la terapéutica inespecífica
concomitante por su contenido**

PRESENTACION:

**Fascos con 12 cápsulas. Cada cápsula contiene:
250 mg. de Cloramfenicol, 50 mg. de actividad
de Amfotericina B y 250 mg. de vitamina C.
de vitamina C.**



(1954), piensa que hay tres posibles orígenes de estas fibras musculares lisas: a) fibras musculares lisas que se hallan en los vasos linfáticos; b) del músculo dartos y c) del gubernaculum.

Todos los casos publicados presentan características clínicas y anatomopatológicas semejantes. Haslinger en 1921 publicó un caso de linfangioma quístico de escroto en un muchacho de 19 años; en este artículo el autor hace mención de un caso similar descrito por Frank en 1893 y otro por Rosenberger en 1907. Löffler en 1923 reporta un caso en un enfermo de 22 años que había notado desde niño la presencia de un pequeño nódulo en hemiescroto derecho, que bruscamente aumentó de tamaño tres semanas antes de la consulta, hasta adquirir el tamaño de un huevo, de consistencia elástica. Además menciona tres casos más descritos por Le Filliatre y Lejas en 1901, Bonany y Dartigues en 1913 y Kaufmann en 1922. Bouteau y Dubarry en 1939 publican un caso de linfangioma quístico de escroto en un enfermo de 24 años, que aparentemente apareció luego de un traumatismo a los 4 años de edad, habiendo aumentado bruscamente de tamaño, y ablandándose su consistencia pocos días antes de la consulta. Helland y Miale en 1953 publican dos casos más en enfermos de 3 y 13 años de edad respectivamente, presentando ambos una masa tumoral de aproximadamente $10 \times 7 \times 6$ cm. Ferguson en 1954 describió un nuevo caso en un niño de 2 años y por último en 1966 Feldman y Cotton publican un caso en un enfermo de 19 años.

Otros autores han descrito linfangiomas quísticos provenientes de estructuras como el cordón espermático (Rosenfeld, Osmond y Culp) y de la túnica vaginal del testículo (Foged), que aparentemente parecen no tener origen en la pared escrotal o septum y que no contienen fibras musculares lisas separando los quistes.

El mejor tratamiento de esta afección es el quirúrgico; la irradiación o la inyección de morruato de sodio al 5 % no produce mejorías. Todos los casos descritos han sido operados, extirpándose la tumoración quística, sin evidencias de recidivas.

Resumen: Se presenta un nuevo caso de linfangioma quístico de escroto. Se hacen consideraciones sobre la nomenclatura, anatomía patológica y tratamiento de estas lesiones, y se hace una revisión de la bibliografía.

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

- Bill y Sunner:* Surg. Gin. and Obst. 120: 791, (1965).
Bouteau P., Dubarry B.: Bull. Soc. Franc. d'Urol. 23: 204, (1939).
Feldman M., Cotton R.: British J. Surg. 53: 642, (1966).
Ferguson G.: British J. Urol. 26: 264, (1954).
Haslinger: Z. Urol. Chir. 6: 293, (1921).
Hellan N., Miale J.: J. Urol. 69: 708, (1953).
Guevkdjian S. A.: British J. Urol. 28: 279, (1956).
Ormond J., Culp O.: J. Urol. 65: 906, (1965).
Oshin y Boules: J. of Urol. 88: 406, (1962).
Petroni O.: Archivo Arg. Dermatolog. 15: 154, ((1965)).