

## ORQUITIS GRANULOMATOSA NO ESPECIFICA

Dr. Edgardo Juan José CARTELLI

Esta rara afección, también denominada Orquitis Histiocitaria o Gigantocelular, fue descrita por primera vez por Grünberg en 1926.

Entidad poco frecuente, y generalmente confundida con patología tumoral testicular, hace que la mayoría de la comunicaciones se deban a casos aislados, comprobados luego de la exéresis de la glándula.

Al examen clínico puede presentarse sola o acompañada de manifestaciones epididimarias, conformando el cuadro de las orquiepididimitis granulomatosas.

En 1962, Capers, en una revisión de la literatura alemana, inglesa y norteamericana, sólo constató 60 casos de orquiepididimitis granulomatosa, de los cuales, 40 correspondían a orquitis aisladas.

En un estudio sobre 1200 tumores remitidos al "Panel para el estudio de los Tumores Testiculares" y al "Registro de la Sociedad de Anatomía Patológica de Gran Bretaña e Irlanda", estas lesiones representan el 3% del total.

En nuestro país sólo hemos hallado 3 casos presentados por Wainberg a nuestra Sociedad en 1969, de los cuales, uno, aparentemente tiene el mérito de ser el único con diagnóstico previo; comprobado por biopsia, sin haber llegado a la orquiectomía; y 12 casos presentados por Feola y Chemes, del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Fiorito, en una recopilación histo-patológica para la Fundación Roux-Ocefa.

A partir de los trabajos de Friedman y Garske, se diferencian dos tipos de lesiones morfológicas que podrían tener un mismo origen histopatogénico:

- a) el *Granuloma Espermático* que se observa sobre todo a nivel epididimario, pero también en el cuerpo del testículo o la "rete testis", que se caracteriza por la presencia de numerosos espermatozoides en la zona central en vías de fagocitosis por histiocitos o células gigantes, rodeados de una corona linfoplasmocitaria que asienta sobre una capa esclerosada, y
- b) la *Orquitis Granulomatosa* propiamente dicha, que se manifiesta histológicamente por voluminosos grupos de células epitelioides y gigantes, rodeadas por largas bandas de tejido conjuntivo moderadamente esclerosado e infiltrado de linfocitos y plasmocitos. Este tipo lesional se caracteriza por ocupar el lugar de los tubos seminíferos, en los cuales es imposible encontrar espermatozoides.

Esta patología, de curso crónico, se observa con mayor frecuencia entre los 50 y los 60 años, hallándose casos extremos de 29 y 82 años. Clínicamente se manifiesta como un proceso flogósico de la glándula, que paulatinamente va aumentando de tamaño, acompañado de un endurecimiento del órgano, que generalmente se interpreta como un blastoma testicular; dolor de mediana intensidad; episodios de fiebre, y a veces, un ligero hidrocele reaccional.

Su etiología nos es aún desconocida, y como tal, motivo de especulaciones; para algunos autores se debería a pequeños traumatismos, únicos o reiterados, que provocarían reacciones tisulares que en última instancia llevarían a la esclerosis de la glándula; para otros, la causal sería la infección del tracto urinario inferior, hecho avalado por la presencia de gérmenes hallados en exámenes de orina de muchos de estos pacientes. Para otros, como Rusell y Friedman, cuando la lesión va acompañada por epididimitis, se debería a la extravasación del esperma; o como preconizan Cruickshank y Stuart-Smith a la enfermedad autoinmune, por reacción antígeno-

anticuerpo. El diagnóstico diferencial debe hacerse fundamentalmente con los procesos tumorales del testículo; como así también con las orquitis granulomatosas específicas, como las de la TBC lues, etc.; pero ello de por sí es bastante difícil, lo que hace que la mayoría de estos enfermos vayan a la exploración quirúrgica con diagnóstico presuntivo.

El tratamiento actual consiste en la exéresis de la glándula como paliativo de los trastornos dolorosos y los accesos de fiebre, pero estimamos que deberían ahondarse los estudios de esta patología, a fin de evitar tal conducta radical en un proceso de curso benigno.

Nuestro paciente: se trata del Sr. H.M.; italiano, de 72 años de edad, quien nos es enviado por un colega, debido a que desde hace 20 días padece de hidrocele derecho, acompañado de episodios de fiebre y dolor del hemiescrotó, con irradiación inguinal, que no ha cedido con tratamiento analgésico-antiinflamatorio. El examen urológico general no presenta particularidades; al examen de las bolsas se observa hemiescrotó derecho distendido, con transluminación positiva se palpa epididimo normal y funículo libre; el testículo se encuentra aumentado de tamaño, de consistencia dura y polo superior libre, que hace pensar en la presencia de un proceso tumoral.

Los exámenes de laboratorio se encuentran dentro de límites normales: rojos: 4.400.000; blancos: 10.600; Hb.: 13,80 g %; hematócrito 41 %; glucemia 0,95 g %; azoemia: 0,30 g %; excepto un análisis de orina en que se comprueban vestigios de pus.

Ante la presencia de esta masa tumoral testicular, que no cediera con tratamiento médico, se decide la exploración quirúrgica, que se efectúa el 8 de febrero del corriente año. En el examen se evacúa ligero hidrocele, comprobándose un testículo aumentado de tamaño, de consistencia dura, cubierto de vaginal con varios focos hemorrágicos, por lo que se decide su exéresis junto con el epididimo y la vaginal.

Investigada la pieza, se observa al corte un testículo exangüe, de superficie irregular, color grisáceo, que no presenta características neoplásicas, siendo enviada a estudio anátomo-patológico.

Informe anátomo-patológico: Dra. N. Andrade.

Macroscopía: testículo que mide 6 x 6 x 4 cm; revestido de albugínea que presenta numerosos focos microhemorrágicos y sectores de espesamiento. Al corte, el parénquima muestra superficie grisácea homogénea y consistencia aumentada. Epididimo sin alteraciones.

Microscopía: se realizaron coloraciones de Hematoxilina-Eosina; P.A.S.; Reticulina; Tricrómicos de Van Giesson y Gomory; Ziehl-Neelsen (B.A.A.R.) y "Fast-red" (grasas). Los cortes histológicos estudiados muestran estructura granulomatosa difusa; los túbulos están cercados por una "corona" de células epitelioides, en cuyo centro se observa una notable atrofia de la serie espermatogénica, que sólo queda reducida a restos nucleares, algunos polinucleares neutrófilos y eosinófilos, no observándose restos de espermatozoides. Las secciones correspondientes al epididimo presentan escasos infiltrados linfoplasmocitarios. En los vasos arteriales no se observan lesiones. A nivel del intersticio se observa un infiltrado linfoplasmocitario y células de Leydig.

*Diagnóstico:* Orquitis Granulomatosa no Específica.

Los controles posteriores realizados al paciente han evidenciado una total mejoría clínica, no encontrándose al presente con sintomatología de su padecimiento anterior.

Creimos oportuno presentar este caso de Orquitis Granulomatosa no Específica, como un nuevo aporte a la casuística nacional y para recordar esta poco frecuente patología, sin dejar de pensar que a veces, estimando los datos anamnésicos y etiológicos, que nos inducen a pensar en esta enfermedad, podemos estar olvidándonos de una neoplasia testicular.

Queremos dejar expresa constancia de nuestro agradecimiento a la Dra. Nélide Andrade por su desinteresada colaboración en los estudios histo-patológicos del presente trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

- Aboulker, P.; Roujeau, J. et Chomé J.. Etude Anatomique de 7 cas d'orchite Granulomateuse. La Presse Med.: 72; 1855; 1964.
- Alberto P.. L'Orchite histiocytaire. J. Urol Nephrol.: 69; 357; 1963.
- Batzenschlager, A. et Prévot, R.. L'orchi-Epididimite Chronique Histiocytaire et gigantocelulaire resorptive. J. Urol. Med. Chir.: 65; 566; 1959.
- Blum, E; Batzenschlager, A. et Meyer, J.. L'Orchi-Epididymite Granulomateuse Pseudo-Tumorale. La Press. Med.: 68; 1235; 1960.
- Cruickshank, B. and Stuart-Smith, D.A.. Orchitis associated with spermagglutinating antibodies. The Lancet: 1; 708; 1959.
- Cullen, T.H. and Voss, H.J.. Sperm granulomata of the testis and epididymis. Brit. J. Urol.: 38; 202; 1966.
- Dreyfus, W.. Acute Granulomatous Orchitis. J. Urol.: 71; 483; 1954.
- Ewell, G.H.. Traumatic Epididymo-Orchitis. J.A.M.A.: 113; 1105; 1939.
- Feola, R. y Chemes, H. Histopatología de las Orquitis Granulomatosas no Específicas. Arch. Fund. Roux-Ocefa: 2; 69; 1968.
- Friedman, N.B. and Garske, G.L.. Inflammatory reactions involving sperm and the seminiferous tubules: extravasation, spermatoc granulemas and granulomatous orchitis. J. Urol: 62; 363; 1949.
- Glassy, F.J. and Mostofi, F.K.. Spermatoc Granulemas of the epididymis. Amer. J. Clin. Path.: 26; 1303; 1956.
- Goodwin, W.E. and Vermooten, V. Multiple fibromata of tunica vaginalis testis or a proliferative type of chronic periorchitis: a report of two cases. J. Urol.: 56; 430; 1946.
- Goodwin, W.E. Multiple, benign, fibrous tumors of tunica vaginalis testis. J.Urol.; 56; 438; 1946.
- Grünberg, H.. Ueber drei ungewöhnliche Fälle von chronischer orchitis unter dem klinischen bilde eines hodentumors. Frank. Zschr. Path.: 33; 217; 1926. (citado por Alberto, P. J. Urol. Nephrol.: 69; 357; 1963).
- Homayounfal, M.D. and Grantreid, M.D.. Granulomatous orchitis with epididymitis: a case report. Brit. J. Urol.: 36; 97; 1964.
- Lee, W.R. and Nettleship, M.. A granuloma of the testis of unknown etiology. J. Urol.: 67; 342; 1952.
- Morgan, A.D.. Inflammatory lesions simulating malignancy. Brit. J. Urol. Supl.36/2: 95; 1964.
- Mullanev, J. Granulomatous lesions associated with spermatozoal invasion of the interstitial tissues of the epididymis. Brit. J. Urol.: 34; 351; 1962.
- Phillips, D.E.H.. Lipid granulomata of the testis and epididymis. Brit. J. Urol.: 33; 448; 1961.
- Rusell, M. and Friedman, N.B.. Studies in general biology of sperm.: experimental production of spermatoc granuloma. J. Urol.: 65; 650; 1950.
- Spjut, H.J. and Thorpe, J.D.. Granulomatous Orchitis. Amer. J. Clin. Path.: 26; 136; 1956.
- Taylor, J.B.L.. Spermatoc Granuloma. Brit. J. Urol.: 31; 196; 1959.
- Wainberg, S. . Seudo Tumor Testicular. Rev. Arg. Urol. Nefrol.: 38; 34; 1969.
- Warner, N.E. and Friedman, N.B.. Lipogranulomatous Pseudosarcoid. Ann. of Internal Medicine: 45; 662; 1956.

\*\*\*\*\*

**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA**

SESION DEL 25 DE ABRIL DE 1974

P. Cuanto tiempo transcurrió entre el comienzo del proceso y la intervención quirúrgica? .  
Esta pregunta se hace por un caso presentado en las IV Jornadas Rioplatenses, titulado "Orquitis Necrotizante". Se operó muy precozmente y se encontraron realmente todas las características histológicas muy semejantes a este caso, de modo que como en ese momento se habían visto varios casos de tumores de testículos sin presentación aguda -algunos así precozmente-, con el diagnóstico presuntivo de que podría tratarse de un tumor resultando una orquitis de tipo inespecífico, pensamos que si el tiempo transcurrido entre el comienzo del proceso hubiera sido prolongado, quizá se hubiera logrado anatomopatológicamente imágenes de este tipo, mientras que todo el proceso en el caso citado, fue un infiltrado; el grupo promocitario con un proceso adherido necrótico de toda la luz de los seminíferos.

R. Dr. Edgardo J. Cartelli:

Su pregunta es muy interesante porque pienso que era una orquitis granulomatosa inespecífica.

Este paciente -quiero hacerle una seria aclaración porque es un paciente muy particular- vino del Delta y tardó un tiempo en llegar a consulta, no se cuánto tiempo entre que empezó su sintomatología y consultó al clínico que lo atendió. El clínico lo tuvo aproximadamente dos semanas con tratamiento; yo quería intervenir cuando me fue presentado, porque era un testículo que no me gustaba, pero dejamos pasar unas 48 horas para no alarmar a la familia, así que aproximadamente deben haber pasado unos 15 días desde la consulta clínica hasta que fue intervenido. Si anteriormente había tenido alguna manifestación es muy posible que no la mencionara, pero el tiempo que pasó entre consulta clínica y operación fue más o menos de unos 15 días.

Si no tenemos más datos que los de laboratorio, es muy difícil hacer el diagnóstico de Orquitis Granulomatosa Inespecífica, porque la palpación del testículo hace pensar que es un tumor. Felizmente muchas veces nos equivocamos.

\*\*\*\*\*

**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA**

SEGUNDA SESION DEL 23 DE MAYO DE 1974

Dr. Rolando C. HEREÑU

Nos referiremos a la reunión que esta mañana tuvimos en la cátedra, en la que inauguramos una serie de reuniones clínicas, tal como las que se hicieron el año pasado y que tuvieron realmente tanto éxito.

Esta mañana se reiteraron esos éxitos; hicimos una muy grata y muy ilustrativa visita a la cátedra del Profesor Borzone en el Hospital de Clínicas; una recorrida exhaustiva de sala donde sus residentes se lucieron al presentar los casos; nos invitó especialmente el Dr. Ghirlanda a ver su sección de oncología, nosotros la conocíamos, pero la volvimos a ver; muy prolijamente montada y proyectada, y luego asistimos a un ateneo clínico donde se presentaron cuatro casos interesantes: un cáncer y una tuberculosis en un monorro, con estenosis uretral; un caso de cáncer de próstata avanzado en el que se piensa hacer una hipopirectomía, y un cáncer indiferenciado de vejiga en etapa 1 y 2, que por su ubicación planteaba y plantea una grave disyuntiva terapéutica. Esto dio lugar a una discusión muy provechosa. El ateneo se hizo un poco prolongado pero nadie se dio cuenta, porque en realidad todo fue muy interesante. De modo que la presidencia se complace en agradecer al Profesor Borzone por la demostración que se hizo esta mañana, que nos confirma la utilidad de este tipo de cosas.

\*\*\*\*\*