

Hospital Juan A. Fernández  
Serv. de Urología, Prof. E. CASTAÑO

Por el Doctor

ENRIQUE CASTAÑO

## QUISTE DEL EPIDÍDIMO DE GRANDES DIMENSIONES

SEGÚN los trabajos de Vautren-Gaultier en su Tesis de Doctorado de 1928, define los quistes espermáticos como tumores benignos de contenido líquido, encerrando o no espermatozoides y que se desarrollan a expensas de elementos embrionarios aislados de las vías excretoras del esperma.

Antiguamente la designación de quistes espermáticos sólo era para los quistes del cordón que contenían espermatozoides, pero hoy día se engloba en esta definición todos los quistes, cualquiera que sea su sitio, epididimo o cordón.

Las vías excretoras del esperma son de dos clases, testiculares y epididimiarias. Las primeras están constituidas: por los tubos rectos que son la prolongación de los canales seminíferos, que son secretores y que se continúan a su vez con el "rete testis" y que luego continúan con el epididimo. Las segundas, las epididimiarias, están constituidas por los conos aferentes localizados al nivel de la cabeza del epididimo y que se continúan por el canal epididimario que forma el cuerpo y la cola del epididimo.

Todas estas vías excretoras derivan del canal de Wolf, que forma en su última etapa de desarrollo por su parte superior el cuerpo y la cola del epididimo y por su parte inferior el canal deferente.

En el desarrollo y descenso del testículo algunos de estos canales pierden sus conexiones testiculares o epididimiarias. A veces subsisten divertículos ciegos que se comunican con el "rete testis", o con el epididimo o con el canal deferente (órgano de Gyrades).

Fuera de estos restos embrionarios normales pueden subsistir

a lo largo de las vías espermáticas elementos canaliculares inutilizados, que se comunican o no entre sí.

Según Vautren-Gaultier, la concepción moderna de los quistes espermáticos está basada en la embriología y de ahí deducen su patogenia.

La proliferación y evolución de estos quistes se explican, o bien por una retención en un canal excretor predispuesto por su ana-



tomía a una dilatación y que se obstruyen por un traumatismo o por una infección.

Los quistes del epididimo hacen saliencia en la cavidad vaginal y están separados de ella por una hoja serosa y en general asientan en el espacio inter-epididimo-testicular rechazando el epididimo hacia afuera o atrás. A veces adquieren volúmenes considerables, insinuándose entre los elementos del cordón y suelen llegar hasta el orificio externo del canal inguinal, como en nuestro enfermo.

Pueden ser únicos o múltiples.

La pared es delgada, constituida por tejido conjuntivo con algunas fibras lisas, recubierta por epitelio cilíndrico.

El contenido líquido puede ser transparente cuando no contiene espermatozoides, o lechoso.

Los síntomas son muy insidiosos; se desarrollan muy lentamente, más de 10 años en nuestro enfermo; producen molestias como ser: pesantez y a veces algunos dolores en las excitaciones sexuales, irradiándose a lo largo del cordón.

El diagnóstico diferencial es difícil cuando adquiere gran desarrollo confundiéndose con el hidrocele; cuando son pequeños, la palpación del testículo, el pellizcamiento de la vaginal negativo, permiten diferenciarlos con el hidrocele.

#### HISTORIA CLÍNICA

M. P. 62 años, comerciante.

No tiene antecedentes venéreos.

Hace 10 años, por unas molestias que sentía en la cintura, me fué remitido por un cirujano para su estudio, comprobando en aquel entonces, un pequeño quiste del epidídimo derecho perfectamente diferenciado y que había pasado desapercibido para el enfermo: en aquella época, a pesar de no sentir ningún trastorno, presentaba una próstata aumentada de volumen con los caracteres de un adenoma.

Vuelve a consultarme hace 2 meses por las molestias que siente en su testículo derecho; del lado de su aparato urinario no presenta ningún síntoma.

A la inspección se ve un gran testículo, un poco más pequeño que un huevo de avestruz, liso, renitente, indoloro, con algunas lobulaciones como un reloj de arena, y cuyo extremo superior se insinúa en el canal inguinal.

Con el antecedente de un pequeño quiste del epidídimo que tenía 10 años atrás, pienso que realmente pudiera ser este mismo quiste, por más que la imposibilidad de palpar el testículo, me demostraba también un derrame de la vaginal, proponiendo la intervención, que es aceptada de inmediato.

A la transiluminación es perfectamente transparente.

Intervención. Anestesia local, Infiltraciones en la región inguinal y paralela al paquete; incisión de unos 8 centímetros; llegado al paquete inguinal se hace la infiltración intra-inguinal de dicho paquete con novocaina adrenalina al  $\frac{1}{2}$  % y se lleva el tumor hasta que aparece en el borde inferior de la herida, se pinza y se extraen unos 50 c. c. de líquido, pudiendo luego extraer por la vaginal, aparece un enorme quiste que ha tomado todo el epidídimo al extremo herida el resto del tumor, y comprobando que vaciado el hidrocele y abierta la que no se encuentra ni restos de este órgano.

Con gran cuidado para no abrir el quiste, se lo disecciona a bisturí y extrayéndolo en su totalidad, quedando el testículo libre de tamaño normal con el cordón y vasos. Se invierte la vaginal, se sutura, se repone el testículo en las bolsas y se reconstruye la herida por planos.