

Servicio de Clínica Médica del Hosp. de  
Clínicas; Prof. MARIANO R. CASTEX

Por los Doctores

MARIANO R. CASTEX y  
ALEJANDRO ASTRALDI

## PROCESO TESTICULO-EPIDIDIMARIO A FORMA CLINICA INDETERMINADA; TUBERCULOSIS TESTICULO-EPIDIDIMARIA A FORMA HIPERTROFICA

ENTRE los órganos que integran el aparato genital masculino, ninguno como el testículo, ofrece tantas dificultades para la interpretación clínica de las lesiones que pueden asentar en él. Así acontece cuando ellas son susceptibles de imprimir al órgano un aumento lento pero progresivo de su tamaño y de su consistencia, lo que ha permitido a Chevassu afirmar que todo testículo que sin manifestaciones agudas (excepción de la forma aguda del cáncer) aumenta lenta y progresivamente de tamaño y consistencia, debe hacer pensar siempre en tres clases de lesiones: sífilis, cáncer y hematocele.

La anatomía patológica hace evidentes progresos y logra dilatar el campo de la especulación clínica, permitiendo agregar al concepto del autor francés, el no menos interesante de que también la tuberculosis en forma hipertrófica debe, al decir de Mihailloff, entrar en consideración, agregándose a la triada anteriormente expuesta. Ello debe sin embargo considerarse con un criterio de amplia relatividad, por cuanto hay lesiones epididimarias de tipo crónico, como las testiculares, que se presentan en un momento de su evolución con caracteres semejantes a las que afectan este órgano, y la incertidumbre clínica aumenta cuando las manifestaciones patológicas involucran ambos órganos, presentando entonces una masa indivisa

y muy fácil de confundir, que como en nuestro caso, entorpece de manera ostensible la posibilidad diagnóstica.

Reafirma la complejidad de este tema que tratamos la afirmación de Reclus, el gran cirujano francés, de autoridad reconocida por sus vastos conocimientos sobre tumores testiculares, quien expresaba su temor de equivocarse cada vez que se encontraba en la disyuntiva de tener que formular un diagnóstico de esta naturaleza.

Hay dos hechos fundamentales que explican lo difícil que son los diagnósticos de las lesiones del testículo o del epidídimo: discutir en primer término sobre la causa etiológica, poniendo en evidencia el agente específico actuante y determinar su patogenia, aclarando la vía que ha seguido para llegar a localizarse.

La historia clínica de la observación que vamos a comentar es la siguiente: hombre de 37 años de edad, sin antecedentes hereditarios y personales que puedan jugar papel importante en la génesis de su afección actual; solamente es de anotar una blenorragia que al decir del enfermo curó en un mes sin complicaciones.

Sus padecimientos presentes se inician según parece hace ocho años; a raíz de un esfuerzo, siente dolores en la región de la fosa ilíaca izquierda, que desaparecen a las 24 horas, para volver a repetirse a los 8 días, con las mismas características de dolores vagos y ligeros, pero localizados esta vez en la región escrotal izquierda. Desde esa época el enfermo nota que el contenido de su escroto izquierdo aumenta lenta pero progresivamente de tamaño y consistencia para llegar tan sólo en 8 días al volumen que presenta en el momento del examen. No ha sentido ninguna otra molestia y el paciente ha podido observar que durante el verano la masa testicular aumenta de volumen con respecto al que tenía en el invierno. Esa es la circunstancia por la cual ingresa al servicio.

El examen general y particular del enfermo, realizado minuciosamente no permite comprobar la existencia de lesión alguna en ningún órgano de la economía, excepción claro está de su afección genital, acerca de la cual la exploración clínica arrojó:

Un aumento de tamaño de ambas bolsas, flácidas, conservando sus pliegues, pero con un aumento del calibre y número de las venas escrotales. Hay una diferencia de extensión entre el contenido escrotal y su continente, que se traduce por una mayor longitud de este

último, lo que hace que una gran parte de bolsa permanezca sin contenido. El examen por detrás no presenta nada de particular. La palpación revela: en el lado derecho: piel y planos subcutáneos sin particularidades, testículo bien, epidídimo en posición normal, pero presentando en la cabeza y cuerpo núcleos de tamaño y forma va-

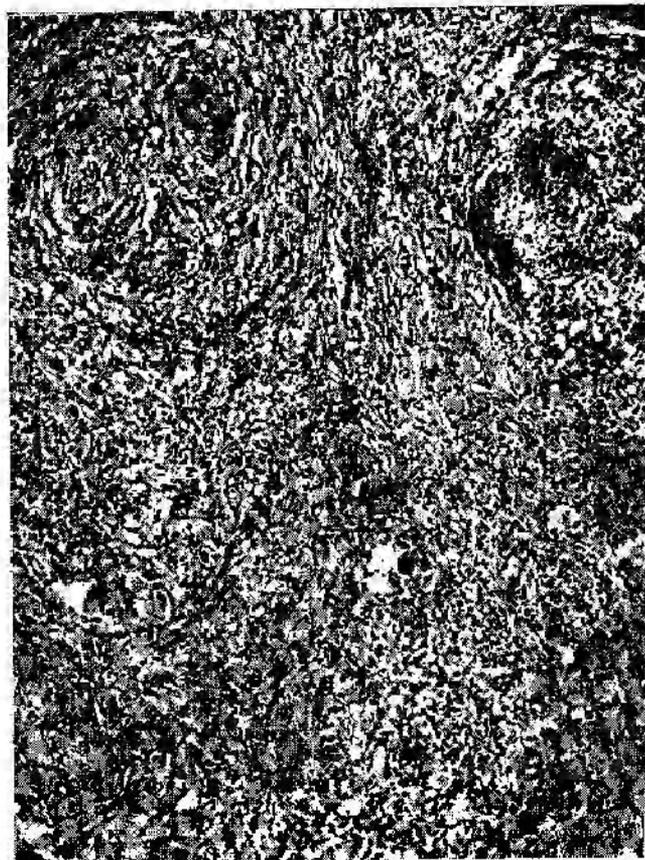


Figura 1

- A.—Infiltración nodular.
- B.—Infiltración difusa.
- C.—Comienzo de necrosis caseosa.

riables aunque pequeños; cordón sin anomalía. En el lado izquierdo; el contenido testículo-epidimario constituye una masa indivisa imposible de diferenciación alguna entre ellos; del tamaño igual al de un huevo pequeño de avestruz, aplastado en sentido transversal, conservando en conjunto una forma regular; su superficie está surcada de irregularidades en toda su extensión, sembrada de núcleos de forma y tamaño diferentes. La consistencia es uniformemente regu-

lar pero pétrea, no habiendo punto alguno donde pudiera apreciarse de menor intensidad. Es absolutamente indoloro a pesar de la presión marcada que se ejecuta con el propósito de despertar este síntoma. El signo de Chevassu, pellizcar el epidídimo, es en absoluto negativo y en cuanto al signo de Sebileau, pellizcar la vaginal, también responde negativamente. En el cordón existe una funiculitis bien manifiesta, pero se puede al parecer palpar el deferente en su

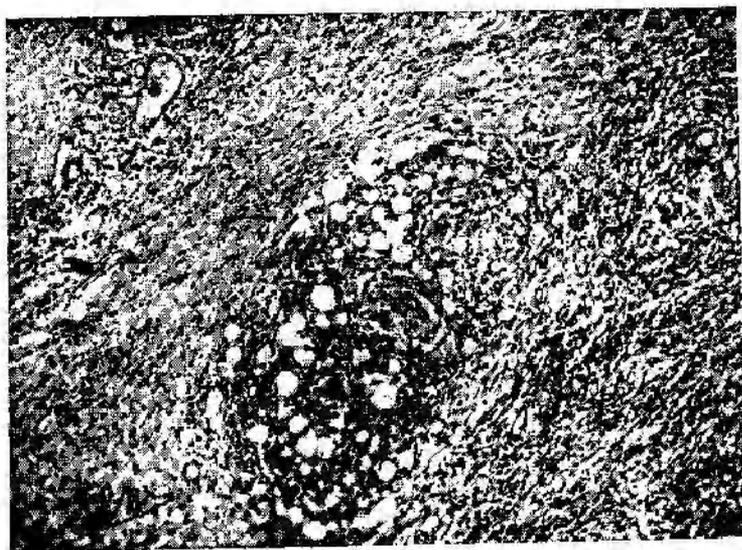


Figura 2

Zona periférica de la tumoración desluciendo la esclerosis, las formaciones nodulares, una de ellas (al centro) con una célula gigante.

porción más superior donde se le aprecia indurado, irregular e individualizable con gran dificultad; no hay latidos arteriales. Próstata y vesículas seminales: Por la palpación en las diferentes posiciones, en lo concerniente a las vesículas seminales, no se logra obtener signo alguno de lesión. La palpación profunda de ambas regiones abdominales, a pesar del estado de flacidez de las paredes, no revela la presencia de masa alguna, que haga sospechar una posible adenopatía.

No se practica la reacción de Aschheim-Zondek. La Wasser-

mann es negativa y en la fórmula sanguínea se anota una linfocitosis de 44 %.

Ante la imposibilidad de catalogar con exactitud la lesión que ofrecía el enfermo, por medio de los signos objetivos que se presentaban como los únicos elementos de juicio para el diagnóstico, a pesar de que la sífilis, fuera descartada por la negatividad de la reacción de Wassermann y la gran participación epidimaria, el estado

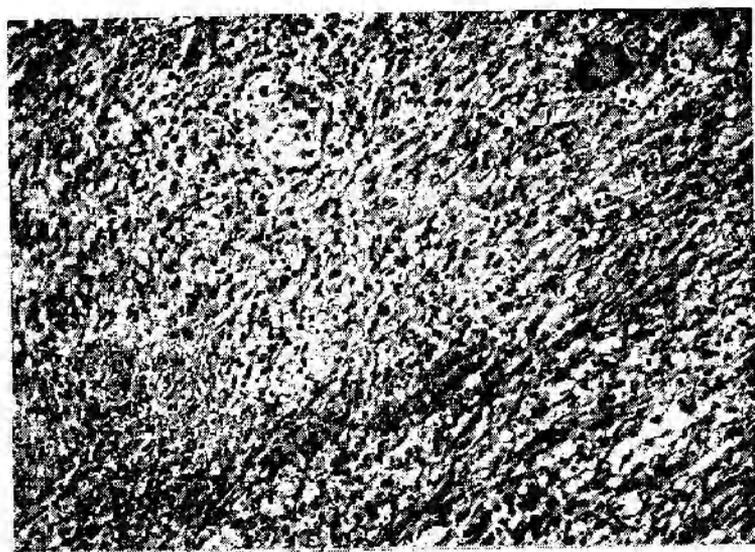


Figura 3 — Placa N° 1180

Arriba y a la derecha una típica célula gigante de Langhaus, de la periferia de una formación folicular. A medida que avanzamos hacia el centro y hacia abajo mortificación de los elementos celulares hacia la necrosis caseosa.

del deferente, perideferentitis con funiculitis; lo mismo que el cáncer, por la falta de adenopatías, se resolvió proponer como tratamiento la castración unilateral en virtud de que el estado de la glándula evidenciaba su exclusión fisiológica. Por otra parte el estado moral del enfermo exigía este proceder, máxime cuando la simple orquidotomía para una biopsia hubiese significado someterlo a la violencia de un procedimiento quirúrgico que en modo alguno le hubiese evitado la reintervención.

El acto operatorio fué practicado por uno de nosotros (Astral-di) quien, bajo anestesia local a novocaína, practicó la castración, no sin antes tener que realizar un verdadero plano de clivaje a bisturí, por las grandes y viejas adherencias que unían la vaginal parietal a los planos escrotales. El cordón, fué necesario desbridararlo para poder realizar en cuatro tomas, la hemostasia del paquete incluso el deferente, cuya individualización fué difícil a nivel de la región escrotal alta. Se cierra sin dejar drenaje y se colocan puntos profundos en U.

El examen histológico practicado en la cátedra de anatomía patológica de la Facultad por el Dr. Monserrat, dice lo siguiente:

*Descripción macroscópica.* — La pieza remitida está formada por una tumoración del tamaño de una naranja, de forma ovoídea y de consistencia dura. Una sección media no nos permite la identificación del testículo y del epidídimo, la superficie de sección nos muestra un tejido compacto, por zonas lardáceas y en otras focos homogéneos amarillentos friables. En el resto de la sección no se observa otro detalle destacable.

*Descripción microscópica.* — Inclusión en parafina y coloración con los métodos habituales. Los preparados se obtuvieron en distintas regiones del tumor, mostrándonos características semejantes en su constitución. Topográficamente se señala una esclerosis difusa intensa, que hace totalmente imposible la identificación de los elementos constitucionales normales del testículo. El proceso de esclerosis se acompañan por infiltraciones celulares muy abundantes a expensas de elementos mononucleados. Las infiltraciones adoptan una disposición folicular típica, pudiéndose observar nódulos en cuya zona central se inicia un proceso de necrosis caseosa; en cambio, otros en la periferia, se disponen grandes elementos celulares de protoplasma acidófilo y núcleos en la periferia, constituyendo así típicas células de Langhans.

Las imágenes descritas se repiten en todos los campos uniformemente, permitiendo así un fácil diagnóstico.

*Diagnóstico histológico.* — Tuberculosis nodular productiva del testículo.

Como se evidencia por el resultado del examen histopatológico, se trata de una lesión de naturaleza tuberculosa, de aquellas a

que hace alusión Chevassu, diciendo que muy a menudo se exteriorizan con los caracteres de un tumor maligno del testículo, dado que éste y el epidídimo se confunden en una sola masa. Es una lesión en extremo poco frecuente de la que no se sabe quien ha sido el primer autor que la describiera. Reclus ya nos habla de estas tuberculosis testiculares a manifestaciones tumorales; Butlin y Walsbam, médicos ingleses, publican en 1833-34 formas de tuberculosis "difusas" del testículo que no son otras que estas formas hipertróficas o pseudo-neoplásicas, como también se las llama. Según Mihailloff, Cherau en 1888, fué el primero en hacer una descripción precisa de esta forma hipertrófica que la llamó "difusa", habiendo observado que podía presentarse bajo la forma aguda o crónica indistintamente. Igualmente Monod y Terrillon se ocupan, en 1889, acerca de esta forma de la tuberculosis testicular, pero sin darle el nombre de hipertrófica sino el de difusa. Recién en 1934, Mihailloff, en una tesis de doctorado presenta la contribución más completa sobre este tema. De sus conclusiones se deduce que aún no se sabe si esta forma de tuberculosis es de localización primitiva o secundaria testicular; este autor conjuntamente con Jordan, Mauclaire y Vignerón cree que la vía sanguínea es la que vehiculiza el bacilo de Koch.

En cuanto a los elementos de juicio de orden clínico, que se tienen para establecer el diagnóstico de esta lesión, faltan en la inmensa mayoría de los casos, tanto más cuanto que la próstata y las vesículas seminales permanecen guardando el mayor silencio, sin presentar signo alguno, que pueda orientar el diagnóstico hacia la tuberculosis. En el mismo sentido se expresa Chevassu, cuando dice, que en un gran testículo con caracteres neoplásicos, no se sabe sobre qué elementos se debe fundamentar el diagnóstico frente a una próstata y vesículas seminales que no se manifiestan tuberculosas. Otra cosa ocurre claro está, cuando el enfermo presenta lesiones manifiestas en otros órganos de la economía.

Así como hemos hecho mención del valor de los signos de la próstata y vesículas seminales, para la orientación del diagnóstico, los signos de Chevassu y Sebilleau, en lo que concierne al epidídimo y vaginal, no tienen ninguna significación para orientar la conducta clínica en el caso que tratamos.

En síntesis, la lesión que padecía nuestro enfermo es de naturaleza tuberculosa, de frecuencia extremadamente rara, en la cual el diagnóstico clínico es casi imposible de establecer, siempre que se presente, como en el caso actual, con ocho años de evolución y sin que participen otros órganos que por encontrarse afectados, ofrezcan una vía de orientación que permita llegar a un diagnóstico de certeza.

#### DISCUSION.

Dr. Salleras. Cree como los comunicantes que las formas hipertróficas de la tuberculosis testicular son excepcionales. De su estadística, que comprende más de 100 observaciones, sólo ha encontrado dos casos de formas hipertróficas, siendo todas las demás formas epididimarias. En el niño en cambio las formas testiculares son las que priman. El hecho de no encontrar lesiones clínicas del deferente o de la vesícula no invalida en ninguna forma el diagnóstico de tuberculosis, por cuanto yo he podido comprobar infinidad de veces la falta de dichos signos que frecuentemente son muy tardíos o no se presentan, lo cual está de acuerdo con el origen hemático de la infección tuberculosa genital aceptada hoy día por la mayoría de autores.

---