

TORSION DE HIDATIDE DE MORGAGNI*

Dr. Fasola, Jerónimo

Motiva esta presentación la observación personal de 5 casos de torsión de hidátide de Morgagni que fueron intervenidos quirúrgicamente con ese diagnóstico presuntivo. En todas las publicaciones se destaca la rareza del cuadro, incluso en la Enciclopedia Médica Quirúrgica se dice que es más raro que la torsión del cordón espermático y en Campbell (1958) se dice que hasta esa fecha se habían descrito 60 casos y se remarca que esta patología es menos frecuente que la torsión del cordón espermático.

Embriología y anatomía

Los conductos paramesonéfricos (de Müller) aparecen en los embriones humanos de 10 milímetros de longitud, como una invaginación del epitelio celómico, dentro del mesénquima lateral de la extremidad craneal del conducto mesonefrico.

En la mujer persiste como el óstium abdominal de la trompa uterina y de ella, más adelante se formarán las fimbrias.

En el hombre, después del periodo embrionario aparecen cambios degenerativos y pierden su comunicación con la cavidad celómica; la extremidad craneal persiste en el adulto formando el apéndice testicular o hidátide de Morgagni. Esta es un pequeño resto embrionario de 3 a 15 milímetros, ubicado en la extremidad anterior del testículo o en el extremo anterior del surco testículoepididimario, siendo constante.

Sintomatología

Generalmente se trata de un niño en edad prepuberal, de 8 a 11 años de edad, que en plena salud comienza con un dolor agudo en uno de los escrotos irradiado a la región inguinal homolateral y a la raíz del muslo, pero que le permite, aunque dificultosamente, la deambulación; presentándose a la consulta caminando con los miembros inferiores separados y que, en general, ya ha sido visto por otro profesional y ha sido tratado como un proceso de tipo inflamatorio. La consulta con el especialista urólogo se realiza 24, 48 y hasta 96 horas desde el comienzo, como en 2 casos de los presentados.

La semiología demuestra un hemiescrotos distendido, edematoso, doloroso y con discreto rubor. La piel laxa y translúcida, a veces, permite visualizar en la parte media del hemiescrotos una mancha cianótica y que a la palpación cuidadosa corresponde al lugar donde el dolor es más exquisito. En uno de los casos de esta serie, la madre del pequeño me indicó la observación de esta zona cianótica en el hemiescrotos. Cuando este signo es observado, es importante para el diagnóstico diferencial. Lockhart y Giuliano los indican como signo patognomónico de esta patología. La palpación cuidadosa también permite encontrar el funículo libre y seguir el deferente hasta el fondo del escrotos. El epidídimo y el testículo se palpan con su consistencia normal, algo dolorosos, pero la palpación del punto de dolor exquisito corresponde a un pequeño nódulo en el polo anterior del testículo.

En sí se puede decir que corresponde a la sintomatología de una torsión de cordón espermático donde los signos se presentan de menor intensidad.

Diagnóstico diferencial

Torsión del cordón espermático: La sintomatología es más brutal pero de iguales características.

Epididimitis aguda: Son varones de edad pospuberal en vida sexual activa con antecedentes de uretritis, deferentitis, prostatitis; el comienzo es más paulatino y a la palpación se encuentra un epidídimo engrosado duro e intensamente doloroso.

Orquitis: Aquí está presente el antecedente de una parotiditis.

Hernia estrangulada: Generalmente acompañada de sintomatología digestiva y el antecedente de tener una hernia inguinal homolateral.

Tratamiento

El tratamiento es la exploración quirúrgica del hemiescrotos, efectuándose la apertura de la piel en forma radiada, tratando de seguir el recorrido de los vasos sanguíneos. Se efectúa la apertura de la vaginal que generalmente se encuentra engrosada, edematizada y drena un pequeño hidrocele reaccional.

Al evertir la vaginal se encuentra la hidátide de Morgagni morada, cianótica, procediéndose a su extirpación. También se encuentra edematizado el epidídimo y el testículo. El tratamiento quirúrgico se completa con la eversión de la vaginal, para evitar el hidrocele posoperatorio, la colocación de un drenaje, que bien puede ser un pequeño tubo o una lámina de goma que, a mi criterio, deben salir por contrabertura, el estricto control de la hemostasia y el cierre del escrotos.

En el posoperatorio sólo se administran analgésicos y bolsas de hielo permanente. La evolución es buena.

Las consecuencias de la no extirpación quirúrgica causan una vaginitis crónica y un hidrocele reaccional que la acompaña. Campbell también señala la posibilidad de la torsión crónica o recidivante de la hidátide, en los cuales ocurren periódicamente torcedura y destorcedura.

Casos

Primero. N. E. L., 11 años, operado el 18/9/82, 96 horas de evolución, lado derecho.

Se encontró una hidátide exuberante, pero sin signos de necrosis, con el resto de los órganos normales, estimando que corresponde a una torsión crónica recidivante, buena evolución posoperatoria. Había sido tratado previamente como un proceso inflamatorio.

Segundo. J. E. M., 11 años, operado el 8/12/84, 48 horas de evolución, lado izquierdo.

Fue el único paciente en que el pediatra hizo el diagnóstico presuntivo de torsión de hidátide de Morgagni e indicó la exploración quirúrgica de urgencia. A la inspección se encontraba la pequeña zona cianótica que correspondía al punto de dolor exquisito. A la exploración se encontró la hidátide torsionada y cianótica. Buena evolución posoperatoria. El diagnóstico fue certificado por estudio histopatológico.

Tercero. D. O., 9 años, operado el 15/8/85, 96 horas de evolución, lado izquierdo.

Había sido tratado previamente como proceso inflamatorio comprobándose en la exploración quirúrgica la torsión de hidátide de Morgagni, con buena evolución posoperatoria. El diagnóstico fue certificado por estudio histopatológico.

Cuarto. D. R. A., 11 años, operado el 2/7/86, 48 horas de evolución, lado derecho.

* Trabajo presentado ante la Sociedad Argentina de Urología.

Había sido medicado como proceso inflamatorio, habiendo descartado, el facultativo que lo atendió, la torsión de cordón espermático. La exploración quirúrgica encontró una hidátide cianótica. El diagnóstico fue certificado por estudio histopatológico.

Quinto. J. M. G., 10 años, operado el 20/8/86, 48 horas de evolución, lado izquierdo.

Tratado previamente como proceso inflamatorio, la madre del paciente me hizo notar el "punto oscuro" en el centro del hemiescrotol doloroso. La exploración quirúrgica comprobó la torsión de hidátide, que fue certificada por el estudio histopatológico.

Bibliografía

Enciclopédie Médico-Chirurgicale. Editions Techniques. Paris, Francia.

A) Rein appareil génito-urinaire 4 18601 C 10. pág. 5.

B) Techniques Chirurgicales Urologie Gynecologie 41415 pág. 5.

Giuliano, A. "Clínica y terapéutica quirúrgica". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1976, pág. 1199.

Hamilton, W. J.; Boyd, J. V., y Mossman, H. W. "Embriología humana". Ed. Intermedica, Buenos Aires, 1964, pags. 305-310.

Conclusiones

Ante la presencia de un paciente varón en edad prepuberal con dolor de aparición brusca en un hemiescrotol que no compromete el estado general del paciente y, aunque dificultosa, le permite la deambulación y a la semiología se encuentra una pequeña zona cianótica que corresponde al punto de dolor más exquisito con la palpación del cordón normal; se aconseja hacer el diagnóstico presuntivo de torsión de hidátide de Morgagni y efectuar la exploración quirúrgica de urgencia.

Lockhart, J.: "Manual de Urología". Oficina del Libro FUC, Montevideo, 1972, pág. 511.

Meredith, F., y Campbell, M. S.: "Urología", Ed. Interamericana, México, 1958, pág. 307.

Nelson, W. E.; Vaughan, V. C.; y Mc Kay, J.: "Tratado de Pediatría", Ed. Salvat, Barcelona, 1970, pág. 1277.

Testut, L., y Latarjet, A.: "Tratado de Anatomía Humana", Ed. Salvat, Barcelona, 1975, t. IV, pág. 1022.