

Hospital Salaberry, Servicio de Urología;  
Jefe interino: Prof. Dr. L. FIGUEROA ALCORTA

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA  
y ARMANDO TRABUCCO

## TUBERCULOMA DEL CORDON ESPERMATICO

A. G., argentino, soltero. Conscripto de Marina, de 21 años. Ingresó al Servicio de la sala IX, el 2 de marzo de 1934.

Los *antecedentes hereditarios* no tienen importancia.

*Antecedentes personales.* — Ni blenorrea ni sífilis; el resto nada de particular.

*Enfermedad actual* (23 marzo 1934). — Como único dato útil, menciona un dolor localizado en el hemi-escroto derecho, sin irradiaciones, que comenzó hace 6 meses, y que se exagera con los movimientos de fuerza. Dado que con una terapéutica simple: suspensión, reposo, calor etc., no mejora, resuelve consultar.

*Estado actual.* — Sujeto en buen estado general.

El examen atento de sus distintos sistemas y aparatos, aparte del genital, no ofrece particularidades dignas de mención, por lo que en obsequio de la brevedad no daremos el detalle.

*Aparato genital.* — En el cordón del lado derecho, a dos traveses de dedo por encima del epidídimo, se nota una tumefacción, que se destaca netamente de los elementos del cordón. Esta tumoración es de superficie irregular, de consistencia renitente, de forma ligeramente alargada, del tamaño de una pequeña nuez y poco dolorosa al tacto.

En el resto de su aparato genital no se observa ninguna otra anomalía.  
Fórmula leucocitaria: normal.

Dosaje de urea en suero sanguíneo: grs. 0,40 por mil.

Análisis completo de orinas: nada de particular.

Tiempo de coagulación: Labbé 8 minutos.

*Operación* (28 de marzo 1934). — Con anestesia local, se reseca a nivel del cordón derecho, a la altura ya mencionada, un pequeño tumor alargado, de consistencia firme. Se reseca y se deja drenaje de crin.

*Post-operatorio.* — Normal.

ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO.

La pieza reseca es de un tamaño aproximado al de una aceituna, de bordes y de superficie irregulares, sembrado de pequeñas prominencias cuyo tamaño oscila entre el de un grano de pimienta y la cabeza de un alfiler; su consistencia es firme, elástica y uniforme; es de color blanco rosado y está salpicado de pequeñas zonas hemorrágicas que podrían ser producidas por el traumatismo operatorio.

El corte pasando por su eje mayor, permite ver una superficie ligeramente irregular, de color blanquecino con pequeñas zonas re-



Figura 1

dondeadas, más uniformes que las circundantes y de un color ligeramente más blanco y opaco que el resto del tejido.

No se ven ni se palpan zonas de reblandecimiento macroscópicamente manifiestas.

El examen microscópico de los cortes de esta pieza, observados a pequeño aumento con el objeto de tener una vista topográfica de conjunto, presenta la estructura correspondiente a un tejido más o menos indiferenciado, sembrado por numerosos vasos y capilares de neoformación. Se observa también la presencia de algunas zonas redondeadas más intensamente coloreadas que parecen folículos y

en cuyo centro se encuentran escasos detritus celulares y células de Langhans.

A mayor aumento se puede comprobar que en algunas zonas existe una intensa reacción conjuntiva con fibras que llegan hasta la hialinización, hay numerosas células histiocitarias y plasmocitarias; en esas zonas es donde predomina la neoformación capilar. En las de que hemos hablado más arriba, zonas de intensa coloración, corresponden en realidad a folículos con intensa reacción linfocítica que se acomoda circularmente, formando una recia empalizada,

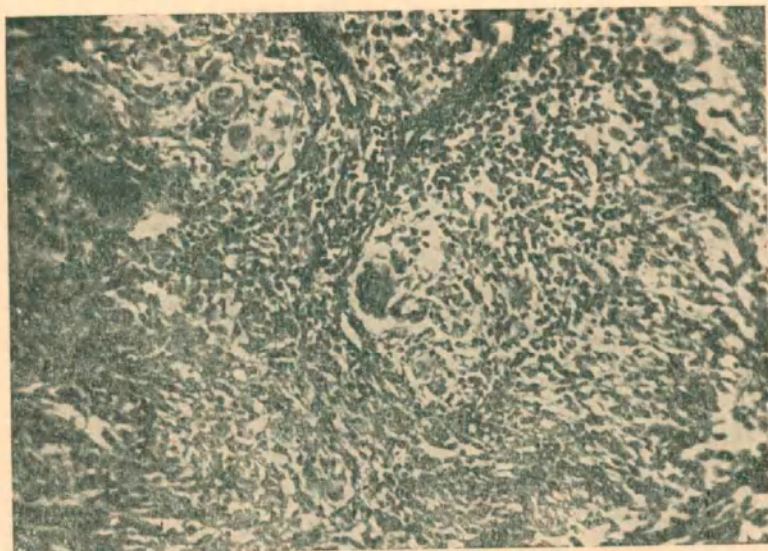


Figura 2

dejando el centro ocupado por células epitelioides entremezcladas a los linfocitos y células gigantes que poseen muy diversa cantidad de núcleos.

Por otra parte, estas células gigantes se hallan diseminadas en gran número por toda la preparación y en general son eje de otros tantos folículos típicos algunos y de otros, completamente atípicos.

Los bordes del tumor están formados por tejido conjuntivo y numerosos vasos bien constituídos.

El cuadro está dentro de lo que normalmente podría constituir un tuberculoma formado por la presencia de numerosos folículos y con una reacción conjuntiva de defensa que va en vías de in-

vadirlo poco a poco y terminaría por llegar a la abolición de las formaciones foliculares que en este caso no llegan a la caseosis central franca, como sería de rigor para formar el tubérculo.

La localización tuberculosa con reacción tumoral en el cordón espermático dejando libre e intacto el conducto deferente, lo que nos hace excluir su relación de dependencia, es sumamente raro; los medios bibliográficos puestos a nuestro alcance no nos han permitido encontrar un caso semejante, y es éste el motivo por lo que lo traemos a esta Sociedad.

En las coloraciones especiales para diferenciar el bacilo de

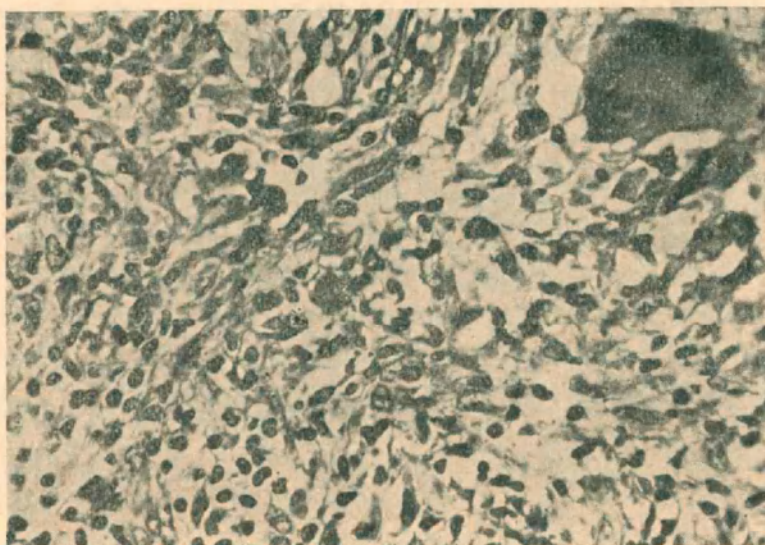


Figura 3

Kock, no nos fué posible hallarlo de una manera indiscutible: vimos una formación en V con sus ramas muy abiertas, que estaban teñidas intensamente en rojo por la Fuchsina Carbónica, caracteres que corresponderían a un par de vacilos de Kock; pero como con ese elemento únicamente no es suficiente, no nos animamos a afirmar la presencia objetiva del vacilo tuberculoso.

Hay otros tumores inflamatorios del tipo crónico y parecidos a éste, que debemos mencionar para su diagnóstico diferencial.

Las características histológicas del Granuloma Tuberculoso son bastantes fijas y de una propiedad bien aceptable; pero, hay otros Granulomas que también dan células gigantes, células epite-

lioideas y linfocitos que hacen difícil el diagnóstico, sobre todo cuando la falta del bacilo de Koch en la preparación no nos permite afirmar rotundamente su origen tuberculoso. Así tenemos el granuloma por cuerpos extraños, formado a expensas de sales o tejidos no reabsorbibles que muestran una exagerada tendencia a las células gigantes y que podría encuadrar en nuestro caso, pero como se ha visto en la historia clínica, no ha habido traumatismos y no se han encontrado en las preparaciones restos de cuerpos extraños.

Los tuberculomas producidos por bacilos pseudotuberculosos muy semejantes en todo el granuloma tuberculoso, son atributos de animales rumiantes o roedores o en el recién nacido (Lubarsch).

Los tumores sífilíticos son de diagnóstico diferencial relativamente fácil, aún en aquellos que no tienen reblándecimiento gomoso, porque sus lesiones arteriales específicas típicas, rara vez se presentan en la tuberculosis.

Los granulomas debidos a la presencia de hongos actinomicetos y fomicetos, estreptotrik, dan en general la presencia del agente causal de fácil diferenciación en preparados o en cultivos.

Por lo antedicho pensamos que el tumor descrito está dentro de los caracteres del tuberculoma provocado por los bacilos de Koch, y con intensa reacción conjuntiva, de defensa, cuya evolución no es posible de prever.