

Servicio de Clínica Génito - Urinaria del  
Hospital Alvear; Prof.: JUAN SALLERAS

Por el Doctor

JUAN SALLERAS

## EL DOLOR EN LAS EPIDIDIMITIS AGUDAS. SU TRATAMIENTO POR LA INCISION Y DRENAGE

EL dolor, ha sido siempre el síntoma más alarmante, el más molesto y el que ha llamado más la atención, tanto al enfermo y su familiares, como al médico tratante. Para suprimirlo lo más rápidamente se han intentado toda clase de tratamientos, médicos o quirúrgicos, habiéndose reemplazado unos a otros, sucesivamente, por su ineficacia franca. La mayoría de los pacientes con formas dolorosas de epididimitis agudas blenorragicas o no, sufren un proceso lento, que suele contarse por semanas o por meses y es por esta causa que nosotros venimos preocupándonos, especialmente en los medios hospitalarios, por ser gente pobre, de abreviar dicho proceso, con algún tratamiento que al par que limite muchísimo el período doloroso, le permita restablecer sus funciones de trabajo, necesario en general para subvenir las necesidades de la familia. Otro problema también de importancia a considerar, es la infecundidad en que quedan estos pacientes cuando son atacador por un proceso bilateral.

Como decimos antes, el tratamiento quirúrgico, por punción y aún por punción con bisturí ha sido empleado ya antes, y nosotros mismos lo hemos realizado muchas veces con suerte diversa, seguramente porque estos métodos hechos a ciegas, no llegan siempre al foco principal de infección. Por esta razón nosotros resolvimos, hace ya algunos meses poner en práctica un procedimiento que a nuestro criterio podía ser útil, tanto para mejorar el dolor, como para mejorar también, la permeabilidad del epidídimo enfermo.

Debemos reconocer desde ya, que en lo referente a la mejoría de la permeabilidad del epidídimo por la incisión y el drenaje del mismo, de inmediato nos dimos cuenta que resultaba un fracaso, ya que nosotros al practicar la incisión, seccionábamos una buena porción del tubo epididimario y de hecho terminaba con la obstrucción. Nosotros habíamos entonces interpretado mal la explicación de Cuneo, al decir que en las complicaciones de la blenorragia la infección del epidídimo se hacía por vía linfática y que el epidídimo era atacado por un proceso de periepididimitis, que, en forma mecánica, obstruía la luz de dicho conducto. De acuerdo con dicha explicación, pensamos nosotros que la periepididimitis de referencia podía hacerse por encima del órgano, quedando en consecuencia éste apretado y comprimido contra la albuginea. En el primer caso operado por mí, así parecía encontrarse el proceso, pero enseguida en los casos siguientes ya nos dimos cuenta, que las periepididimitis, eran procesos difusos y entremezclados con todo el tubo del epidídimo desplegado, de modo que el tumor inflamatorio era una mezcla de tejido conjuntivo, vasos y órgano excretor. Llegado casi de inmediato a este convencimiento, dejamos de un lado este asunto de la fecundidad, en los casos de epididimitis bilaterales.

Quedaba el problema importantísimo del dolor, como síntoma principal y pensamos, que la incisión del epidídimo previa incisión de piel en el sitio de elección o sea sobre el mayor tumor y sobre el máximo del dolor, nos resolvería el problema, como lo resuelve en otros casos urinarios o no. En efecto desde el primer epidídimo incindido, sobre la tumoración de la cola o sobre todo el órgano, nos dimos cuenta que los resultados, tanto locales como generales eran óptimos; el enfermo descansa de inmediato, cesa el dolor espontáneo y el provocado disminuye considerablemente, los síntomas generales, desaparecen y en muy pocos días, el paciente se restablecía a sus ocupaciones, sin la menor molestia del lado de su epidídimo. Claro está que el paciente debe continuar su tratamiento uretral, por cuanto, en nada se modifica por este tratamiento el mismo.

Al mismo tiempo, este procedimiento nos permite comprobar, una idea ya difundida en los medios científicos, de que una buena porción de las epididimitis agudas blenorragicas eran supuradas y

que el pús quedaba como una consecuencia, de largas evoluciones, enquistado en el órgano: en efecto, por las doce historias clínicas que van a continuación, podrá observarse que en algunos enfermos se han comprobado la presencia de focos supurados únicos o múltiples y que de no haberse abierto y drenado seguramente hubieran terminado por enquistarse después de un largo proceso, con recidivas frecuentes que conducen al enfermo a las formas crónicas dolorosas que acaban con la neurastenización del enfermo. Hay más todavía, pensamos nosotros que en algunos enfermos a los cuales no se les encuentra focos purulentos constituidos, la incisión enseña que ya hay lesiones difusas de tipo presupurativo y que muy probablemente hubieran llegado al absceso, si no se las hubiera drenado, desde el comienzo, que es cuando a nuestro criterio hay que proceder.

En algunos pacientes, a los cuales por una razón cualquiera, no se les practicó de inmediato la incisión y el drenaje, la estadía ha sido algo más prolongada, pero cuando se hace en seguida de su ingreso, los resultados son como decimos antes, óptimos y recomendables.

Quiero dejar especial constancia, de que los casos operados en el hospital Alvear, han sido siempre casos agudos, dolorosos y deseo insistir que no creemos esté indicada dicha operación, cuando se trata de formas subagudas cuya restitución *ad integrum*, de la permeabilidad del trayecto del epidídimo es la regla. Todo lo contrario resulta, con las formas agudas y en especial aquellas en que el dolor es su síntoma principal, y cuya consecuencia común es la obstrucción permanente y definitiva del tubo epididimario.

*Observaciones I.* — Hist. 1915. 40 años. Epididimitis aguda muy dolorosa derecha. Incisión de 3 cm. de piel, con anestesia local. Se abre la cola del epidídimo, en donde se encuentran *dos abscesos*, uno del tamaño de un guisante y otro del de un grano de trigo, separados entre sí. Se incinden y se deja una punta de gasa de drenaje. Se aproximan los labios de la herida por dos puntos de crin en sus extremidades. *Postoperatorio*: El dolor pasa de inmediato, así como sus fenómenos generales y a los 11 días, es dado de alta completamente curado de su proceso doloroso y con una desinfiltración total del órgano.

*Observación II.* — Hist. 1922. 23 años. Epididimitis aguda blenorragica a los 20 días del proceso uretral. Muy dolorosa, con fiebre y funiculitis. Incisión con anestesia local, de 5 cm. de piel, se abre la vaginal, llena de líquido

seroso y enseguida, el epidídimo en su cola. Se colocan dos puntos de crin achicando la herida. El epidídimo tiene un aspecto flegmonoso y es muy congestivo, por lo que sangra abundante al incidirlo. El enfermo sale por sus propios medios de la sala de operaciones y su dolor desaparece de inmediato para no reaparecer más. Alta curado en 13 días.

*Observación III.* — 23 años. Historia 1929. Epididimitis izquierda con gran dolor, edema, etc., blenorragica. Incisión de bolsas de 5 cm., con anestesia local. Se incide el epidídimo en su lugar de elección. No se encuentra absceso, pero sí muy grande y congestivo. Se deja un dren pequeño de tubo. El dolor cesa de inmediato y en forma definitiva. Alta curado, a los 17 días.

*Observación IV.* — Historia 1937. 21 años. Epididimitis hace 5 días, con intenso dolor en bolsa y en cordón. Incisión de 5 cm. con anestesia local. Se abre vaginal, de la que sale gran cantidad de líquido cetrino y se incide el epidídimo en su sitio de elección. No se encuentra pus. El dolor y la desinfiltración epididimaria, son inmediatas y definitivas. Alta curado a los 6 días.

*Observación V.* — Historia 1944. 31 años. Epididimitis aguda dolorosa del lado derecho, blenorragica. Incisión con anestesia local y sección y drenaje del epidídimo. El dolor y la desinfiltración son inmediatos y definitivos. Alta curado a los 5 días de operado.

*Observación VI.* — Historia 1950. 30 años. Epididimitis aguda blenorragica, muy dolorosa. Escalofríos, temperatura alta, etc. Incisión de piel con anestesia local. Se abre vaginal que contiene un gran derrame: se incide el epidídimo en su lugar de elección y sale una regular cantidad de pus, producto de la abertura de un absceso de cabeza. Drenaje con gasa. El dolor y la temperatura ceden de inmediato y en forma definitiva. Alta curado a los 13 días.

*Observación VII.* — Historia 2210. 24 años. Epididimitis aguda blenorragica derecha. Ha tenido recientemente del lado izquierdo. El dolor ahora no cede al reposo, ni al hielo. Incisión de 2 cm. de piel con anestesia local. Se abre el epidídimo, congestivo, pero sin pus. El dolor cede de inmediato y definitivamente. Alta curado a los 8 días de la intervención.

*Observación VIII.* — Historia 2080. 25 años. Epididimitis aguda blenorragica, derecha, que cede en 8 días al tratamiento clásico y ahora izquierda que no cede a pesar de dicho tratamiento. Incisión de piel de 3 cm. con anestesia de cloruro de etilo (general). Se abre la vaginal de la que fluye abundante cantidad de líquido seroso; se abre el epidídimo, del que no sale pus y sí una buena cantidad de sangre. El dolor desaparece así como la temperatura de inmediato y en forma definitiva. Alta curado a los 7 días, con bolsa y epidídimo indoloro.

*Observación IX.* — Historia 2081. 32 años. Epididimitis blenorragica muy dolorosa, que no cede a ningún tratamiento desde hace un mes. Incisión de 3 cm. con anestesia local. Se abre piel y vaginal, de la que sale gran cantidad de líquido seroso; se incide también el epidídimo, muy congestivo, pero sin pus.

El postoperatorio de este enfermo no ha sido bueno, por cuanto a los dos días, aparece de nuevo el dolor y hay temperatura, que obliga de nuevo a abrir el foco insuficientemente drenado. Habíase producido una vaginalitis supurada con retención. Alta curado en 25 días. Este caso es el único, que la intervención no benefició en forma inmediata y definitiva al enfermo, debido seguramente a insuficiencia de drenaje en el postoperatorio.

*Observación X.* — Historia 2107. 22 años. Epididimitis muy dolorosa aguda blenorragica. Incisión de piel y epidídimo con anestesia general al cloruro de etilo. No se encuentra pus. Se drena. Su dolor cesa de inmediato y definitivamente. Alta curado a los 6 días.

*Observación XI.* — Historia 2133. 32 años. Epididimitis izquierda de tres días de evolución y enseguida derecha, con intenso dolor, temperatura alta, insomnio, malestar general, todo de origen blenorragico. Incisión de piel y epidídimo, con anestesia general por el cloruro de etilo. Se abren una serie de pequeños abscesos, confluentes y congestivos. Drenaje. Desaparición del dolor enseguida y definitivamente, en el epidídimo, pero persiste dos días ligeramente en el cordón. Alta curado a los 10 días.

*Observación XII.* — Historia 2210, 24 años. Epididimitis aguda muy dolorosa blenorragica. No calma con los medios habituales. Incisión de piel y epidídimo, de 3 cm., con anestesia local. Intensa congestión tipo flegmosa del órgano, pero no se halla pus. Se drena. El dolor cede de inmediato y en forma definitiva. Alta a los 14 días curado.

Hay algunos otros casos, que no figuran en el presente trabajo, por razones de organización de las historias en mi servicio, pero deseo hacer constar que actualmente hay otro enfermo internado, con una epididimitis aguda muy dolorosa y que a la intervención ha dado varios abscesos, que inmediatamente han calmado el dolor, quedando en franca convalecencia y en espera de una cicatrización de su herida.

#### CONCLUSIONES:

De acuerdo con el detalle de las observaciones que anteceden y de las consideraciones hechas por nosotros, debemos concluir:

1° — La incisión y drenaje de los epidídimos muy dolorosos por un proceso agudo blenorragico o no, es de una eficacia evidente inmediata y definitiva. Este procedimiento sin ser nuevo merece ser puesto en práctica con mayor frecuencia de lo habitual.

2° — El período de convalecencia se acorta notablemente, pudiendo el enfermo a su salida del Hospital reanudar sus labores habituales.

3º — En los casos de epididimitis supurada, con tendencia a la reabsorción, permite un drenaje precoz y seguro, que pone al paciente al abrigo de las formas crónicas dolorosas recidivantes, que inutilizan moral y materialmente a los pacientes, que sólo curan cuando esto sucede, con la resección epididimaria.

4º — El procedimiento de la incisión y drenaje, no debe realizarse en las formas subagudas, y en todos los casos que se sospeche, la posibilidad de la permeabilidad del tubo epididimario, pues como lo decimos oportunamente, esta intervención deja obstruido indefectiblemente, la luz del canal.

5º — El procedimiento quirúrgico que nosotros hemos realizado, en ningún momento representa una intervención grave y es de técnica elemental.

Finalmente, diré que sobre este mismo tópico he publicado un artículo en la Revista del Círculo Médico y Centro de Estudiantes de Medicina, titulado "Tratamiento quirúrgico de las epididimitis blenorragicas agudas", de julio de 1935, N° 407, al cual puede recurrir quien desee conocer más ideas sobre este particular.

#### Discusión

*Dr. Rebaudi. — Dice que si el procedimiento asegura la cesación del dolor y lo pone al abrigo de las recidivas, lo considera ideal. Pero cree que para el tratamiento en público, la incisión del epidídimo resulta una operación poco practicable, sobre todo si no se llega a encontrar pus, cosa que a juicio del enfermo no justificaría la intervención.*

---