

Por los Doctores

**GUILERMO IACAPRARO**

y **ROGELIO IACAPRARO**

## LA ENFERMEDAD QUISTICA EPIDIDIMARIA DE CATHELIN O EPIDIDIMITIS QUISTICA O ESCLERO QUISTICA BILATERAL

**T**ODOS los órganos de la economía pueden ser asiento frecuentemente de lesiones de carácter quístico. Cuando ello ocurre simultáneamente en órganos glandulares dobles como ser: glándulas salivares, glándula mamaria, ovario o testículo, adquieren un interés especial.

Bard y Lemoine consideran una verdadera afección específica a la enfermedad quística esencial de órganos glandulares dobles y las consideran siempre de origen congénito. Y en este grupo especial de lesiones está incluida la llamada por Cathelin enfermedad quística epididimaria o epididimitis quística o escleroquística bilateral.

El síndrome clínico de Cathelin descrito por él magistralmente en el año 1921 con el aporte de 14 observaciones inéditas, se caracteriza esencialmente por:

1º — Afección de carácter quístico a forma tanto simple como multilobular, de tamaño variable, que oscila en general de una pequeña nuez al de una naranja. Quiste en general más bien fluctuante que renitente, es decir, de poca tensión.

2º — Bilateral — carácter dominante y que da particularidad al síndrome.

3º — Localización siempre en la cabeza del epidídimo nunca en el cuerpo ni en la cola. Absoluta independencia con los elementos del cordón, con los que guarda simple relaciones de contiguidad. La presencia constante de la hidátide pediculada de Morgagni suspendida en la superficie del quiste prueba que se trata de una lesión de la cabeza del epidídimo.

4° — Nunca repercusión sobre el testículo el cual siempre se halla sano.

5° — Ausencia completa de dolor, lo que explica que el enfermo muchas veces ignore su afección y sea a menudo simple hallazgo de un examen clínico.

Estos cinco caracteres son suficientes para dar autonomía a la afección que tratamos.

Accesoriamente puede observarse un pequeño hidrocele concomitante y a veces impotencia.

Muy discutida la patogenia de esta producción quística, su indolencia permite sospechar su origen congénito, dado que no es posible especificar su iniciación, aboga también en favor de este origen su carácter de bilateralidad. En ese sentido la considera Cathelin, quien cree que se desarrollan a expensas de restos wolfianos. De cualquier manera puede categóricamente desecharse toda idea de origen gonocócico, específico o tuberculoso. Corresponden al grupo de quistes supraepididimarios de la clasificación de Sebilleau y Descomps y como constitución anatómopatológica se hallan formados por una delgada pared conjuntiva surcada de pequeños vasos, recubierta interiormente por una capa epitelial cilíndrica; aun cuando a veces este epitelio se transforma en pavimentoso. Es dable observarlos en general en hombres jóvenes a diferencia de los quistes epididimarios múltiples de los ancianos consecutivos a procesos de esclerosis intersticial del epidídimo que determinan obstrucciones parciales de los conductos del mismo y su dilatación quística consecutiva. En estos casos el proceso lógicamente nunca es bilateral.

Son escasas las observaciones en nuestra literatura, debiendo señalar el relato de Grimaldi y Rubi, en el cual, después de consideraciones generales sobre el síndrome en cuestión, detallan la observación de dos casos inéditos.

En las dos observaciones relatadas en el seno de esta sociedad por uno de nosotros en el año 1929, consignamos el carácter transparente del contenido quístico, franca disfanoscopia positiva. Agregamos hoy dos observaciones más y justificamos su relato sólo a título casuístico.

Nuevamente en estos casos que hoy relatamos el carácter mencionado volvimos a observarlo; ello nos anima para permitirnos

incluir en el síndrome de Cathelin como carácter del mismo la transparencia del contenido quístico. Consideramos este carácter de valor, dado que el diagnóstico diferencial de más importancia debe hacerse con los quistes espermáticos en los cuales el contenido siempre es lechoso, lactecente y en consecuencia el examen diafanoscópico nunca da la transparencia de éstos cuyo contenido líquido es francamente acuoso, incoloro, nunca lechoso, ni siquiera citrino.

He aquí el relato de nuestras observaciones:

OBSERVACION N° 1. INEDITA.

J. B., de 46 años, casado, peón.

Nos consulta el 10 de julio del corriente año por el aumento lento y progresivo del contenido de su bolsa en su mitad izquierda. Aumento lento y progresivo que data de hace unos 4 años. Con antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Gonorrea a los 20 años, tratada y curada sin complicaciones. Padecimiento siempre indoloro. Función genital normal.

*Estado actual.* — Región escrotal aumentada de volumen, en forma asimétrica a expensas de su mitad izquierda. Piel normal. La palpación demuestra que la bolsa, en el lado izquierdo, se halla ocupada arriba por un tumor del tamaño de un limón, de superficie irregular, multilobular, de consistencia líquida, poco renitente, que no adhiere a los planos superficiales. La palpación minuciosa comprueba que el tumor quístico forma cuerpo con un órgano que por su ubicación y caracteres es el epidídimo, reemplazando dicho quiste a la cabeza del mismo.

Diafanoscopia positiva.

Cuerpo y cola del epidídimo normal. Cerdón sano. Por debajo del tumor líquido la bolsa se halla ocupada por una masa que, por su forma, consistencia, tamaño y sensibilidad, corresponde a un testículo sano.

Lado derecho. Por encima de la glándula testicular sana, se halla un pequeño tumor del tamaño de una aceituna con los caracteres del anterior y que, como él, forma cuerpo con el epidídimo reemplazando por su situación a la cabeza del mismo.

Diafanoscopia positiva.

Resto del aparato génito-urinario, normal.

*Operación.* — Anestesia local. Dr. G. Iacapraro.

Incisión inguinal izquierda; exteriorización del testículo. Se abre la vaginal, liberación del quiste, separación cuidadosa del testículo, sección del epidídimo en porción correspondiente al cuerpo del mismo. Inversión de la vaginal. Se extirpa el quiste íntegramente. Sutura profunda con catgut. Piel con agrafe.

Incisión inguinal derecha. Idéntica operación, se extirpa un pequeño quiste del tamaño de una aceituna.

Post-operatorio normal.

*Anatomía patológica* (fig. 1). — Quiste izquierdo del tamaño de un huevo de gallina, translúcido, de contenido francamente acuoso, multilobulado, superficie lisa a excepción del sitio correspondiente a su implantación en el epididimo. En su superficie puede observarse una formación pequeña del tamaño de un maíz que corresponde a la hidátida sesil de Morgagni.

Quiste formado por una delgada pared conjuntiva recorrida por vasos.

El quiste derecho se remite para examen histológico, cuyo informe dice:



pared quística conjuntiva tapizada por una delgada capa de células planas de núcleo poco visible, contenido líquido acuoso, incoloro.

#### OBSERVACION N° 2. INEDITA.

C. K., de 38 años, soltero, empleado.

Nos consulta el 1° de julio del corriente año por ligeras molestias en la región escrotal.

Nota que la región de las bolsas aumentan lentamente, notando este fenómeno desde hace 6 años. Nada de particular en sus antecedentes. Hijo de padres sanos, no hay antecedentes personales de importancia.

Función genital, normal. Apto para desempeñarse en su trabajo.

*Estado actual.* — Región escrotal aumentada de volumen en forma asimétrica a expensas de su mitad derecha. En total del tamaño de una naranja. Piel

normal. La palpación demuestra que la bolsa en el lado derecho se halla ocupada, abajo por un testículo sano, sus caracteres son normales, arriba por un tumor líquido de poca tensión indoloro, de superficie lobulada, sin adherencias a la piel, dicho tumor ubicado en forma de casquete sobre el testículo forma cuerpo con el epidídimo substituyendo en su ubicación a la cabeza del mismo.

Diafanoscopia positiva. Cordón normal.

Lado izquierdo. Sobre un testículo sano se halla ocupado la cabeza del epidídimo por un pequeño tumor del tamaño de una aceituna, liso, indoloro, renitente, libre de los elementos del cordón y de las cubiertas del escroto y transparente a la diafanoscopia.

Resto del examen del aparato génito-urinario, normal.

Diagnosticamos enfermedad quística epididimaria de Cathelin.

*Operación.* — Anestesia local. Cirujano, Dr. Iacapraro.

Incisión inguinal derecha. Exteriorización del contenido escrotal. Se abre vaginal, se disecciona cuidadosamente el quiste que parece contener líquido acuoso. Se libera del testículo y se hace epididimectomia a nivel del cuerpo del epidídimo. El tamaño del quiste es el de una mandarina. Sutura profunda con catgut. Piel con agrafes. Dado el tamaño del quiste izquierdo se desiste de operarlo. Postoperatorio, normal. Curado al 6º día.

Anatomía patológica. Quiste del tamaño de una mandarina (fig. N° 2); translúcido, de contenido acuoso, multilobular. En su superficie se nota la hidátide sesil de Morgagni.

Histológicamente constituido por una delgada pared conjuntiva recorrida por vasos, tapizada interiormente por células planas de núcleo poco visible.