

Servicio de Vías urinarias del Hosp.
Salaberry. Jefe: Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

A. ASTRALDI, JUAN P.
TORROBA y E. ITURRIAGA

QUISTE DE EPIDIDIMO

EL hecho de tratarse de una afección rara, a pesar de ser proporcionalmente numerosa la bibliografía nacional, nos ha llevado a publicar el caso que este trabajo tiene por título.

Al entrar a hacer algunas consideraciones sobre el mismo, nos eximiremos en lo que respecta a etiología y patogenia de esta afección, pues todo ello ha sido suficientemente tratado y mencionaremos, como más completo entre nosotros, el trabajo de Monserrat y Gálvez, para los que pueden tener interés en ello. Por otra parte, caeríamos en el terreno hipotético, campo del cual no han podido salir actualmente, los que han investigado más o menos profundamente el tema.

El diagnóstico no presentaba muchas dificultades. El hidrocele quedaba descartado, pues se palpaba perfectamente el testículo y aunque no en toda su extensión, también el epidídimo se palpaba. Por su falta de bilateralidad eliminábamos el síndrome de Catelin. Y por último, en atención a su topografía, no podíamos pensar en un quiste de cordón.

No presentamos la pieza anatómica, pues, cómo se verá en la historia clínica, al pretender separar el quiste de la vaginal, aquél se abrió, perdiendo por este hecho, interés su presentación. Acompañamos un esquema del mismo.

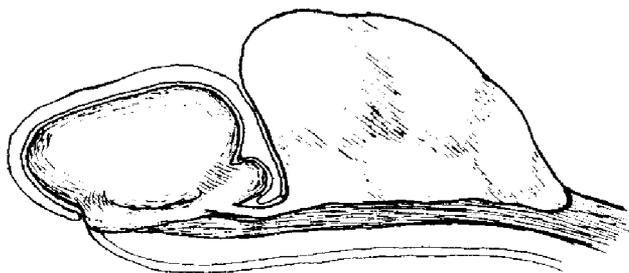
HISTORIA CLÍNICA.

A M., arg., 44 años, viudo. Cama 22. Historia 144. Entrada el 7 de noviembre de 1937.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido ignorando causa. Madre vive sana. Han sido 5 hermanos. 1 muerto, ignora causa. Restantes sanos.

Antecedentes personales. — A los 20 años uretritis blenorragica que curó en 2 meses, con lavajes uretrovesicales de permanganato. No hizo complicaciones. Dice no haber padecido de ninguna otra enfermedad.

Enfermedad actual. — Hace dos años golpea violentamente su escroto contra el asiento de una máquina para cortar pasto. Durante 4 ó 5 días el paciente experimentaba dolor en la misma región, sin tumefacción ni aumento de volumen. No guardó cama. Pasa un año sin molestias, al cabo del cual nota, dice el enfermo, que la bolsa del lado izquierdo aumenta lentamente de volumen, hasta adquirir el tamaño que tiene actualmente. Sin dolor a la presión, pero en la estación de pie o en la marcha prolongada, acusaba dolor a nivel de la región



inguinoabdominal del lado izquierdo. Todo esto cedía con el uso de suspensor.

Estado actual. — Orinas de emisión y de sedimentación claras. Micciones: nada de particular.

Examen clínico general. — No se comprueba nada digno de ser mencionado.

Sangre. — Reacciones de Wassermann y Kahn; negativas. Urea en suero sanguíneo: 0.53 ‰. Tiempo de sangría: 2'40''. Tiempo de coagulación: 7'30''.

Examen urológico clínico e instrumental:

Riñones. — No se palpan ni comprueban puntos dolorosos.

Ureteres. — Nada de particular.

Uretra. — Semiología normal. Pasa un explorador N° 20, sin recoger datos dignos de mención.

Vejiga. — Semiología normal. Sonda: no hay retención. Sensibilidad y contractibilidad normal. Capacidad fisiológica.

Próstata. — Se tacta de caracteres normales.

Vesículas seminales. — No se tactan.

Bolsas. — A la inspección aumento de volumen a expensas del lado izquierdo. Piel de coloración normal, con desaparición parcial de los pliegues es-

crotales del lado izquierdo. Palpación: piel que desliza fácilmente sobre el contenido en ambos lados. En el derecho se palpa testículo, epidídimo y cordón con caracteres normales. Sobre el lado izquierdo una tumoración del tamaño de una naranja, alargada en sentido vertical, blanda, lisa, renitente e indolora. Por debajo de ella y formando cuerpo con la misma se palpa el testículo y difícilmente una parte de epidídimo. Vaginal que se deja pellizcar. Por encima, los elementos del cordón normales. Transiluminación positiva absoluta, sin sombra alguna, observando en todos sus ejes.

Operación. — 13 de noviembre de 1937. Operador: Dr. Iturriaga. Ayudante: Dr. Torroba. Anestesia local.

Abierta piel y tejido calular subcutáneo, se llega al quiste y al pretender entrar al plano de clivaje de polo inferior, se abre el quiste y la vaginal, por lo que se resuelve reiniciar la enucleación por el polo superior. A partir de aquí se resuelve con facilidad, hasta el pedículo de inserción en epidídimo, que se liga y secciona, no pudiendo a este nivel establecer las relaciones con la vaginal por el accidente más arriba mencionado. Debido a la amplia abertura de la vaginal, se opta por la eversión de la misma y no por la sutura. Cierre de pared.

El 18 de noviembre se retiran los puntos.

20 de noviembre: escroto izquierdo aumentado de volumen, rojo, doloroso, fluctuante. Se abre a bisturí y da abundante pus cremoso. Drenaje.

El día 7 de diciembre se le da alta en perfectas condiciones.