

Por los Doctores

RICARDO ERCOLE,  
T. MINNHAAR y A. FORT

## TROMBOSIS DEL PLEXO PAMPINIFORME EN UNA ENFERMEDAD DE VAQUEZ

**L**A trombosis de las venas espermáticas, o mejor aún, desde un punto de vista más anatómico, del plexo pampiniforme, es de acuerdo a nuestra búsqueda bibliográfica de relativa rareza y frecuentemente confundida con procesos orquiepididimarios agudos y menos comunmente con afecciones tumorales del testículo, epidídimo o del cordón espermático.

Mc Gavin en un breve artículo publicado en *The Lancet*, relata dos observaciones en que el diagnóstico clínico fué de orquiepididimitis tuberculosa y que el examen histopatológico reveló en ambos casos tratarse de trombosis del plexo pampiniforme. En el citado trabajo recuerda a la vez una observación de Rusell Howard en que este proceso fué equivocadamente diagnosticado como sarcoma del testículo.

Boeminghaus ha publicado a su vez un caso de trombosis aguda aséptica del plexo pampiniforme en un enfermo portador de un varicocele, la cual sobrevino a consecuencia de un esfuerzo violento. Este caso fué operado con los diagnósticos probables de epiplocele estrangulado o torsión del cordón espermático, mostrando la intervención simplemente la existencia de una trombosis sin que se efectuara ninguna terapéutica quirúrgica con lo cual, refiere el autor, desapareció la tumefacción aunque poco tiempo después el enfermo hizo una embolia pulmonar. Hamilton Bailey en su libro sobre enfermedades del testículo hace notar que entre las complicaciones del varicocele la trombosis puede hacer confundir el diagnóstico con torsión del cordón u orquiepididimitis aguda.

La falta de unidad en la representación sintomática de nuestra enfermedad, cuyo diagnóstico, como acabamos de ver se hace muy difícil, nos inclinan a relatar la presente historia clínica en la esperanza de contribuir con el valor de la causística a su mejor conocimiento clínico.

*Observación personal.* — Luis I. 70 años, argentino.

Ingresa a nuestra clínica privada en el mes de julio de 1940.

*Antecedentes hereditarios.* — Padres muertos ignorando la causa. Han sido 5 hermanos de los cuales uno falleció de ataque cerebral. Los restantes vivos y sanos. No hay antecedentes de hemopatías en los ascendientes ni en los colaterales.

*Antecedentes personales.* — Parotiditis supurada en la infancia. Fuera de ello ha sido siempre sano; buen fumador, discreto bebedor. Niega blenorragia y lues.

*Enfermedad actual.* — Desde hace años viene observando que la bolsa escrotal izquierda y su contenido es de mayor tamaño que la del lado opuesto, teniendo a ese nivel sensación de pesadez ligeramente dolorosa, sobre todo en la estación prolongada del pie. Hace aproximadamente 20 días resbala comprimiéndose el testículo entre los muslos y como consecuencia de esta caída la glándula crece rápidamente alcanzando el tamaño de un puño. Se le somete a reposo y aplicación de hielo localmente con lo cual disminuye el volumen de la tumoración aunque sin llegar a desaparecer totalmente. Agrega además haber tenido dolor que apareció inmediatamente al accidente referido y que ha ido atenuándose en los días sucesivos. En estas condiciones llega el enfermo, llamándonos de inmediato la atención la coloración rojo violácea que presenta la piel en los sitios descubiertos (cara, cuello, manos), por lo cual interrogamos sobre este particular, refiriéndonos el enfermo que sus familiares le llamaron la atención hace más de un año sobre la coloración rojo vinosa que adquirían sus orejas y labios, agregando que ésta fué extendiéndose progresivamente al cuello, manos y pies y que se acentuaba aún más por el frío, el enojo y la fatiga. No ha tenido disnea de esfuerzo ni hemorragias.

*Estado actual.* — Regular estado de nutrición. Ninguna particularidad en su aparato respiratorio. Aparato circulatorio: pulso regular, de 85 de frecuencia con una tensión arterial de Mx. 14, Mn. 8. Tonos normales. Hígado: borde superior se percute a nivel del 5º espacio. El borde inferior se palpa a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Bazo: se palpa a unos 4 traveses de dedo rebasando el reborde costal, duro, liso, con borde escotado, libre, no doloroso. Riñones no se palpan. Testículo derecho con sus caracteres normales. Testículo izquierdo: llama la atención la coloración rojo violácea que presenta la piel del escroto que se halla surcada por abundantes venas felxuosas. La palpación del testículo permite apreciar el desigual tamaño del mismo en sus dos polos, puesto que a nivel del inferior, si bien la glándula parece ligeramente aumentada de tamaño la consistencia a este nivel no está alterada. A nivel del polo superior y haciendo cuerpo con el mismo existe una tumoración dura, de superficie irregular que se prolonga en dirección al cordón espermático englobándolo presentándose éste por lo tanto, engrosado y de superficie irregular hasta las proximidades del orificio inguinal externo. No se aprecian signos de derrame en la vaginal.

*Exámenes de laboratorio.* — Examen de orina salvo la presencia de regular cantidad de leucocitos granulosos y algunos cristales de ácido úrico, nada de particular.

Dosaje de úrea en sangre: 0.70 por mil.

Exámenes\* de sangre: glóbulos rojos: 8.200.000 por mmn.; glóbulos blancos, 9.500 por mmc.; Hemoglobina (Hellige), 164 por ciento; Valor globular; Reticulocitos: 0.3 por ciento; Plaquetas (Fonio): 672.400 por mmc.

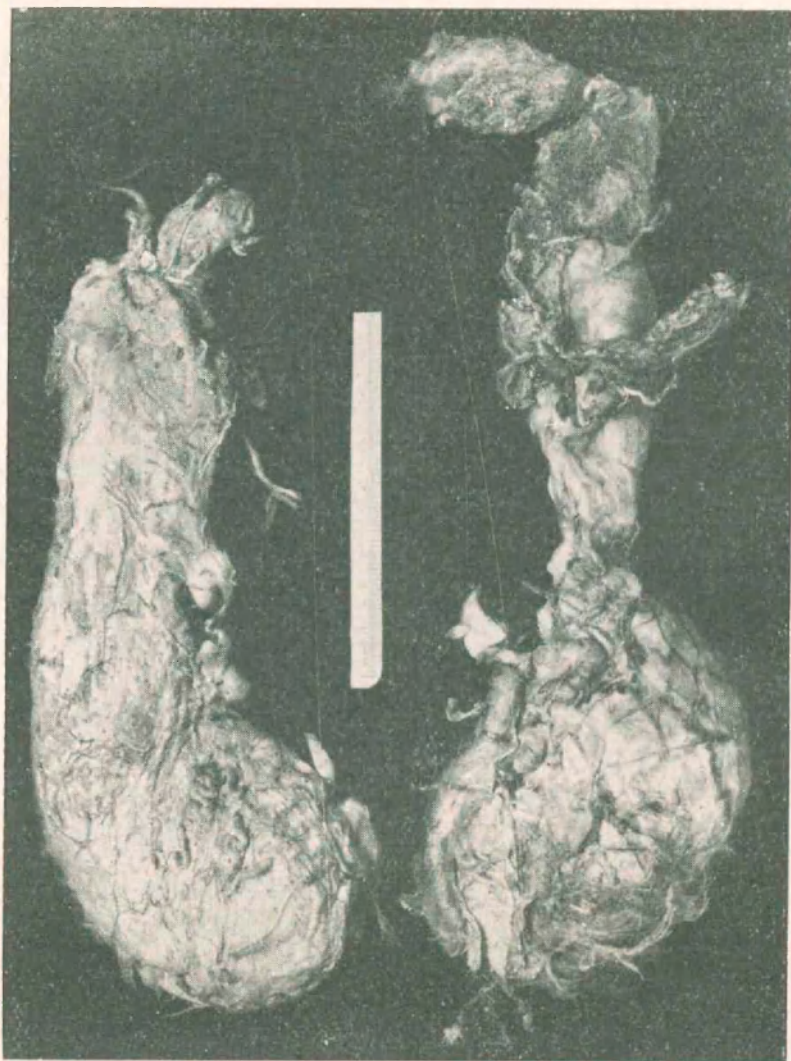


Figura 1  
Corte longitudinal de la pieza operatoria

*Fórmula leucocitaria:* Neutrófilos: en cayado, 10 por ciento; segmentados, 75 por ciento. Total: 85 por ciento.

Polinucleares eosinófilos: 1 por ciento; Polinucleares basófilos: 3 por ciento; Linfocitos: 10 por ciento; Monocitos: 1 por ciento.

Caracteres morfológicos de los elementos figurados:

*Hematies:* ligera aniso y poiquilocitosis, regular policromatofilia, no se observan formas inmaduras de la serie roja.

*Glóbulos blancos:* morfológicamente normales. No se observan formas inmaduras de las series linfocítica y granulada.

*Plaquetas:* muy abundantes; caracteres tintoriales normales. Aglutinadas en grandes colgajos en los distintos preparados estudiados.



Tiempo de coagulación en tubo de 10 mm. diámetro: 10 minutos.

Tiempo de sangría: prueba de Duke: 1 minutos 45 segundos.

Punción esternal: por medio de la punción esternal se logra una regular cantidad de médula roja. Al estudio microscópico se constata una médula ortoplástica con ligero predominio de las formas rojas sobre las mieloides; numerosas

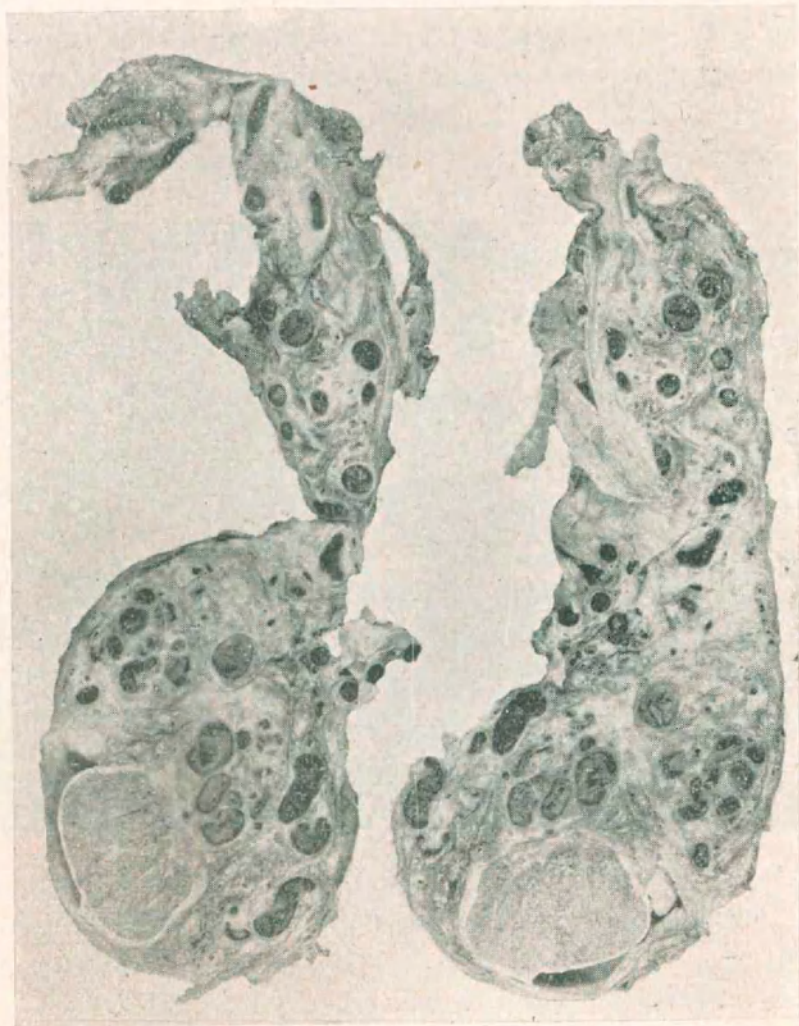


Figura 2  
Trombosis venosa en vías de organización

formas en carioquinesis especialmente entre los elementos de la serie roja. No se observa aumento del número de megacariocitos en los diferentes preparados observados.

En resumen: médula ortoplástica con ligera reacción eritroblástica.

Por los datos clínicos y los suministrados por la hematología hacemos diagnóstico de enfermedad de Vaquez - Osler o policitemia vera.

En estas condiciones y con el diagnóstico probable de tumor del testículo, decidimos intervenir al enfermo.

*Operación.* — Anestesia local. Incisión ínguino-escrotal. Se exterioriza el testículo que se presenta aumentado de tamaño especialmente a nivel de su polo

todo los antecedentes, el examen clínico del enfermo y el estudio histopatológico de la pieza operatoria, de los cuales destacaremos los hechos fundamentales cuya correlación nos permitirá interpretar el mecanismo de producción de la trombosis.

Sabemos que para que se produzca la formación de un coágulo intravascular, varios factores pueden entrar en juego sin que el rol predominante de uno de ellos excluya la participación de los demás en íntima asociación.

En primer lugar es condición fundamental que para que haya trombosis debe existir lesión de la pared venosa, sea ella de origen infeccioso, tóxico o traumático.

En nuestro caso los preparados microscópicos demuestran, como acabamos de ver, lesiones vasculares preexistentes, al parecer muy anteriores al comienzo de la enfermedad actual, muchas de ellas de antigua data, pues existen en algunas venas proliferación de la íntima de tipo poliposo y en otras hay trombosis en vías de organización. A estas lesiones habrá que agregar las determinadas por el traumatismo referido por el enfermo a partir del cual se reveló la lesión sin que podamos precisar con exactitud la participación del mismo en la extensión de la trombosis, pero que indudablemente ha podido lesionar la pared venosa ya alterada. En segundo lugar debemos considerar las condiciones físico-químicas de la sangre que se invocan como elemento accesorio en el desarrollo de la trombosis. A este respecto conviene hacer notar que la trombosis aparece con cierta frecuencia en la enfermedad de Vaquez sin predilección por determinadas zonas del organismo, sino que puede aparecer en cualquier sitio, siendo las más comunes y frecuentes las trombosis de los vasos abdominales y siguiendo en frecuencia las que aparecen en las extremidades.

Para algunos autores las trombosis que se observan en estos enfermos estaría en íntima dependencia con la mayor viscosidad que presenta la sangre. Otros atribuyen importancia a la coexistencia de esta mayor viscosidad con la presencia de un número considerablemente mayor de plaquetas y así autores como Jürgens y Bacñ refieren una serie de 7 casos de policitemia vera en quienes practicaron prolijas investigaciones hematológicas y químicas de la sangre, encontrando que de los 7 casos estudiados sólo 3 presentan la com-

plicación trombótica y sólo en estos 3 casos encuentran un acortamiento considerable del tiempo de trombosis (apreciado por estos autores por medio del trombómetro), una trombosis intensa y un aumento de las globulinas del plasma que motiva un índice serinaglobulina muy bajo. Los otros 4 casos no presentan ninguna de estas modificaciones y tampoco existía en ellos trombosis alguna, motivo por el cual concluyen sosteniendo que sólo las modificaciones hemáticas anotadas son las que condicionan la trombosis en los policitémicos verdaderos. Dentro de estos factores estudiados atribuyen mayor importancia al aumento de plaquetas (trombocitosis) las que a su vez presentan un poder aglutinante superior al normal, tal como se ha podido demostrar experimentalmente examinando esta sangre en gota suspendida. En nuestro enfermo el número de plaquetas estaba exageradamente aumentado como asimismo la viscosidad sanguínea.

Y por último el tercer factor a considerar es el retardo circulatorio motivado por la existencia de un varicocele cuyo rol mecánico si bien no es fundamental debe ser tenido en cuenta como favorecedor de la trombosis.

Resumiendo, creemos que no es posible incriminar a un sólo factor de los que hemos examinado como causal del proceso trombótico aparecido en nuestro enfermo, sino que por el contrario, ha habido asociación de los mismos siendo a nuestro entender, la lesión vascular el elemento fundamental como punto de partida de la trombosis facilitada indudablemente por el retardo circulatorio y favorecida aun más por las particulares condiciones físico-químicas de la sangre.

Respecto a la conducta terapéutica a adoptar en estos procesos, ella indudablemente dependerá de la magnitud que haya alcanzado la trombosis y la repercusión que la misma ha podido tener sobre la glándula testicular —difícil de apreciar por el examen clínico y aún mismo en el acto operatorio— pues si bien es cierto como dice Aschoff —que la trombosis venosa puede producir un infarto hemorrágico del testículo, en los casos de Mc. Gavin y en el nuestro, la estructura glandular no se halla alterada, lo cual hace contemplar la posibilidad de una conducta más conservadora con las reservas inherentes a la evolución de toda trombosis, es decir, a su organización o al desprendimiento de émbolos.