

Hospital Teodoro Alvarez. Sala VIII.
Vías Urinarias Jefe: Dr. Pedro Wallace

TORSION DE LA HIDATIDE SESIL DE MORGAGNI

Por el Dr. RODOLFO I. MATHIS

Hace justamente 20 años que L. Mouchet publicara en la "Presse Medical" (mayo 30 de 1923) el primer trabajo llamando la atención sobre un cuadro cuya causa era la torsión de la hidátide sesil de Morgagni, y si bien anteriormente Calt en 1922 (*British Jour. of Surg.* 9 : 464) y Walton en el mismo año hacen conocer sendas observaciones, ellas pasaron poco menos que ignoradas. Se debe, pues, a Mouchet la descripción más completa de esta enfermedad, ampliándola pocos años más tarde con el estudio de las formas frustas más frecuentes en el adulto. (Mouchet A. — Les formes frustes de la torsion de l'Hydatide sessile de Morgagni. *Presse Med.* N° 83, 24 oct. 1928).

Desde esa época, las observaciones publicadas se han multiplicado en todos los países. Llama la atención como se ha tardado en conocer una entidad nosológica que no es extraordinariamente rara, tanto más cuanto el gran cuadro se asemeja en su sintomatología a la torsión del cordón espermático para el que desde muchos años antes, y debido a las prédicas de la escuela de Ombredanne se tenía una conducta absolutamente intervencionista.

Nuestra observación no difiere del cuadro conocido; fué operado con el diagnóstico de probabilidad de torsión del cordón espermático.

N. B., de dos años y medio de edad, nos viene dirigido a la sala de Urología, el 20 de septiembre de 1941.

Niño sin antecedentes patológicos, que cuatro días antes comienza con dolor y tumefacción en testículo izquierdo. La madre da un antecedente no claro de un trauma. Pérdida de apetito, no hubo vómitos. Temperatura axilar 38,5°; pulso 120; contipación.

Al examen testículo y epidídimo del lado derecho sin particularidad, bien descendido y fijado. El hemi-escroto izquierdo del tamaño de una nuez, flegmonoso, con intensa congestión y edema. La tumoración no se desplaza dentro de la bolsa correspondiente, participando del proceso también el escroto. Imposible diferenciar testículo de epidídimo en esa masa

ovoidea pero llama la atención que a la presión sostenida existe una excelente sensibilidad testicular. El cordón en su trayecto pubo-inguinal está libre y de tamaño normal. No existe hernia. El tacto rectal es negativo. Las orinas están claras.

Con el diagnóstico de torsión del cordón espermático se interviene de inmediato.

Anestesia general por éter. Operador: Dr. Mathis, Ayudante: Dr. J. Saubidet.

Incisión oblicua inguino-abdominal izquierda. Se libera el cordón y se exterioriza testículo o mejor una masa piriforme intensamente congestionada. Con prudencia se trata de buscar la cavidad vaginal y después de atravesar varias capas celulares que pertenecen a la serosa muy engrosada muy engrosada se llega a la vaciedad que contiene unos diez gramos de líquido sero-sanguinolento. El testículo se presenta entonces de tamaño y formas normales lo mismo que el epidídimo, únicamente su superficie está extraordinariamente congestionada. En el surco epidídimo-testicular se implanta un tumorcito piriforme, del tamaño de un grano de maíz de un color rojo vinoso subido, y cuyo pedículo muy delgado, se encuentra torcido en el sentido de las agujas de un reloj, siendo imposible contar el número de vueltas, que son muy fijas. Ligadura a nivel de su implantación con catgut y sección. Inversión de la vaginal a lo Vauttin. Reposición de la glándula en las bolsas. Cierre de la pared con crin. Curación plana.

Post-operatorio sin incidentes. Al día siguiente el aspecto flegmonoso de las bolsas ha cedido casi por completo. A los 7 días se retiran los puntos cutáneos con cicatrización por primera. El testículo recupera sus caracteres normales: sólo resta una leve infiltración que cede a los 15 días.

Breve: se trata de un caso de torsión de la hidática de Morgagni con la sintomatología que Ombredanne rotula de "síndrome de orquitis aguda en el niño" y para el que reclama por poco que el cuadro no sea bien claro, la intervención quirúrgica sistemática.

Queda por explicar la sintomatología tan ruidosa por causa tan mínima, no en cuanto al derrame intravaginal y al dolor, sino los síntomas generales, y los trastornos vasculares de congestión y edema intensos, que acompañan y hacen de esta forma clínica un cuadro imposible de diferenciar de la torsión del cordón espermático y la orco-epididimitis especialmente en la infancia.