

# ENFERMEDAD DE LA HIDÁTIDE DE MORGAGNI

---

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y ARTURO B. ORTIZ

Confundida entre las orquitis agudas primitivas de la infancia, entre las que se incluían las torsiones de cordón, la torsión de la hidátide de Morgagni, toma carta de identidad clínica gracias a Ombredanne, quien se resuelve a intervenir sistemáticamente en el año 1913 todos los casos cuya etiología o mecanismo de producción resultaban oscuros a "prima facie". Los trabajos posteriores de Colt (1922) y de Mouchet (1929) dejan establecida en forma clara su sintomatología subjetiva y objetiva, de tal manera que las múltiples observaciones posteriores no han hecho más que enriquecer la casuística del síndrome.

No queremos repetir aquí lo que en la actualidad es por todos conocido, evitando entonces la descripción del cuadro nosológico, más bien traeremos a vuestra consideración lo que a través de nuestras observaciones hemos podido comprobar y que no lo hemos hallado descrito en otros trabajos.

Haremos, pues, una reseña sucinta de algunos casos del archivo de la Cátedra del Profesor Dr. E. Castaño y que constituyen nuestra experiencia.

Historia Clínica CCXL. - 1.

Ingresa al servicio el 3 de marzo de 1943. Pertenece a Marcelo Bertozzi, italiano, de 11 años de edad.

Relata el enfermo que hace 10 días comenzó a sentir en forma espontánea, un suave dolor en el testículo derecho, y al mismo tiempo notó enrojecimiento y paulatino aumento del tamaño de las bolsas, especialmente de ese lado.

Por prescripción médica se aplicó bolsa de hielo y suspensor. Este método curativo no ocasionó ninguna mejoría, el enfermo siguió sintiendo cada vez mayor dolor, tanto que, en los últimos días el más pequeño roce provocado por las ropas se lo agudizaba violentamente.

Estado actual. Testículo, epidídimo y cordones. Puede notarse en el lado derecho un marcado enrojecimiento y aumento de tamaño del escroto: éste se halla edematoso. El tacto del testículo despierta intenso dolor aunque este órgano lo mismo que el epidídimo, se delimitan bien y son de tamaño aproximadamente normales.

Los órganos del lado izquierdo no presentan nada de particular.

Tratamiento. Se resuelve la intervención quirúrgica, la que se hace con anestesia local, empleando novocaína en solución a 0,50 gr. %. Cirujano Dr. Ortiz.

Incisión inguino-escrotal derecha, se libera el testículo incindiéndose la vaginal constatando que el epidídimo y la glándula tienen una coloración rojiza. Sobre o el polo superior del testículo se encuentra una hidátide de Morgagni del tamaño de un grano de maíz que presenta un vólvulo de su pedículo y es de color morado. Se ilga el pedículo y se extirpa la hidátide.

Anatomía patológica. Protocolo N° 164.

La pieza enviada tiene el tamaño de una arveja, en cierto modo piriforme y es de color rojo violáceo de superficie lisa, brillante.

Si fija con formol y sesigue para su estudio ulterior los métodos clásicos, de inclusión a la parafina.

Obsérvase a pequeño aumento y a "grosso modo" un intenso infiltrado sanguíneo de tipo

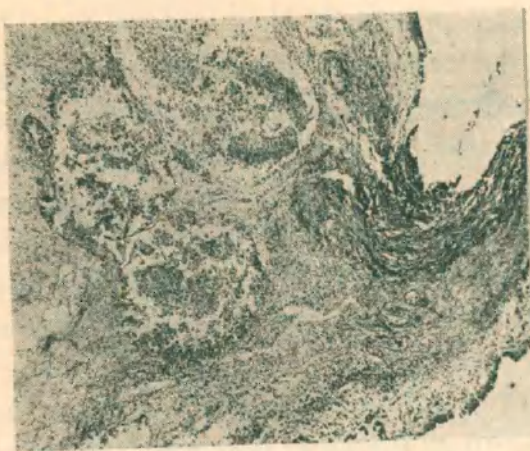


Figura 1. — Preparado N° 196. Fotomicrografía topográfica en donde se puede observar la marcada necrosis total de todos los elementos de la hidátide de Morgagni.

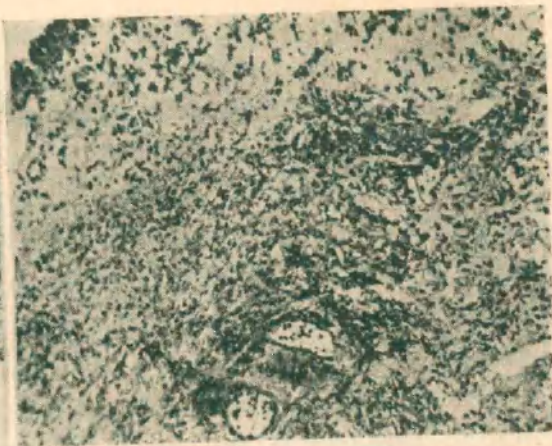


Figura 2. — Preparado N° 196. Coloración hematoxilinaeosina. Obj. 4x0c.8. Necrobiosis de tejido de sostén, infiltración hemorrágica y leucocitaria.

hemorrágico con ingurgitación de los vasos que en su interior contienen conglomerados de hematíes en estado de necrosis.

El tejido que soporta este infiltrado es un tejido de aspecto mucoso que no toma el carmín en las coloraciones especiales y que se encuentra salpicado por islotes bien limitados, al parecer vasos linfáticos cargados de elementos blancos, dando la impresión de estar en un verdadero estado de linfagitis, estos conglomerados se encuentran limitados dentro de endotelio propio de vasos linfáticos pudiéndose ver en ciertos puntos como se produce la migración de polinucleares a través de sus paredes hallándose en otras zonas un infiltrado disperso rodeando estas zonas vasculares.

En otras zonas puede verse un infiltrado leucocitario sumamente rico, sobre todo, en la parte cercana al pedículo. Llama la atención sobre todo el estado de necrosis celular que se encuentra en la base donde se observan también nervios en completa lisis y vasos trombosados.

Se encuentra rodeado este tejido por un epitelio ulcerado en muchas partes y constituido por una doble fila de células dispuestas irregularmente, de forma alargada en donde no es posible discernir cilias ni otros elementos diferenciados en ellas.

*Historia clínica.* — Consultorio externo del Hospital Rawson. Sala XIII. 10-12-42. Pertenece al Sr. Torrado, de 16 años de edad.

Relata el enfermo que anteaer percibió un dolor discreto en testículo derecho, dolor



Figura 3. — Preparado N° 130. Fotomicrografía topográfica. Puede observarse edema marcado, ingurgitación vascular submucosa, ectasia venosa.



Figura 4. — Preparado N° 130. Zona del pedículo correspondiente a la preparación anterior. Puede observarse la ausencia completa de fenómenos de torsión, pero ya una ectasia venosa marcada.

que se presentó espontáneamente sin mediar esfuerzo o masturbaciones de ninguna especie. Como el dolor no cede resuelve concurrir al Consultorio externo de este Servicio para el diagnóstico y tratamiento.

*Estado actual.* — Testículo, epidídimo y cordones. El hemiescrotó derecho se halla enrojecido, la palpación del testículo revela un órgano bien limitado, lo mismo que el epidídimo, no así en el polo superior donde al tacto despierta dolor intenso.

*Tratamiento.* — Se resuelve intervenir con anestesia local Novocaína 0,50 gr. por ciento. Cirujano Dr. Bontá. Incisión escrotal, se libera la glándula, se abre la vaginal y se encuentra una hidátide del tamaño de un grano de uva de color rojo-vinoso, turgescente, sin vólculo. Se liga el pedículo y se extirpa. Se cierra sin drenaje. Se envía a domicilio con curación apropiada. Se ve a los cuatro días curado.

*Anatomía patológica.* — Pieza N° 130.

La pieza enviada está formada por una masa tisular semejante a un grano de uva de color rosado con una parte más roja en el extremo afilado.

Se sigue con los métodos habituales de fijación y coloración y el corte histológico nos revela un tejido mucoideo laxo muy edematoso surcado por vasos ingurgitados que parten de una zona que podríamos considerar el pedículo y van disminuyendo de tamaño hasta llegar a la periferia. No hay hemorragia intersticial.

El epitelio que presenta un estado de ulceración en ciertas partes, está formado por una capa de células alargadas que se disponen en una sola fila conservando en ciertas partes

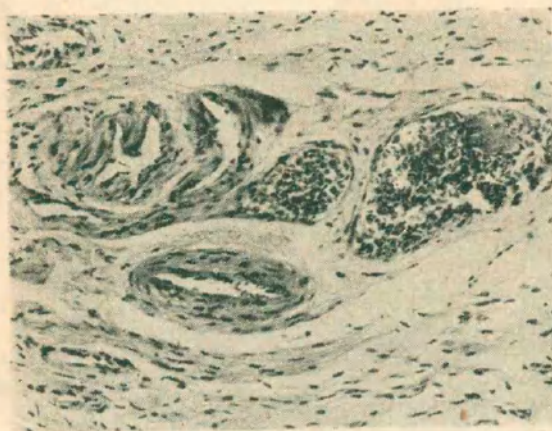


Figura 5. — Preparado N° 130. Zona de la arteria pedicular correspondiente a la figura anterior; obsérvese a la arteria libre y permeable, no así la vena que da la impresión de tener una parte trombotica.

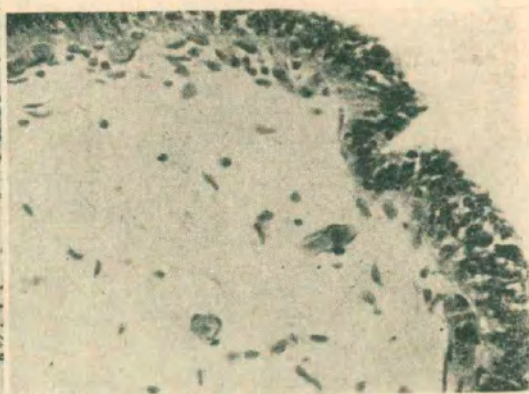


Figura 6. — Preparado N° 130. Zona epitelial de la imagen representada en la figura 3; congestión activa de los vasos subepiteliales y edema.

una estructura ciliada particular. Esta capa de células es muy compacta y conserva en general la membrana basal intacta.

En la zona del pedículo hállase una superficie en donde los vasos están vacíos de sangre que contrasta con la ingurgitación que hay en ellos por arriba de esa zona.

*Historia clínica CCLV.* — Ingresó al Servicio el 1° de junio de 1943. Pertenece a José Otero, argentino, de 2 años de edad.

Relatan los padres del enfermo que hace 15 días en forma espontánea y brusca sintió un dolor a nivel del testículo derecho; al poco tiempo observaron un aumento discreto de volumen en las bolsas con dolor a la presión y aún al roce de la ropa que la cubre. En vista de que no mejoraba por sí solo resuelven recién a los 15 días recurrir a la asistencia médica.

*Estado actual.* — Testículo, epidídimo y cordones. Hemiescrotos aumentados de volumen, muy edematosos, de color rojo, la palpación de testículo despierta dolor así como la del epidídimo encontrándose éste aumentado de tamaño.

Lado derecho, nada de particular.

*Tratamiento.* — A pesar de llevar 15 días de evolución se resuelve intervenir, lo que se hace con anestesia local, utilizando Novocaína a 0,50 gr. por ciento. Cirujano Dr. Ortiz.

*Incisión inguinal.* — Se libera el testículo que se halla adherido a las celulosas que lo rodean. Al abrir la vaginal da salida a líquido de color amarillento opaco; el epidídimo se encuentra turgente y aumentado de tamaño. Obsérvase a la hidátide de Morgagni del tamaño de un grano de maíz, de color morado, tensa con un pedículo en donde se puede observar perfectamente dos vueltas de torsión; se liga éste y se extirpa la hidátide.

Se cierra por planos dejando drenaje. Alta a los nueve días, curado.

*Anatomía patológica.* — Preparado N° 196.



Figura 7. — Preparado N° 209. Fotomicrografía panorámica. Infiltrado difuso; grandes lagunas linfáticas vacías.

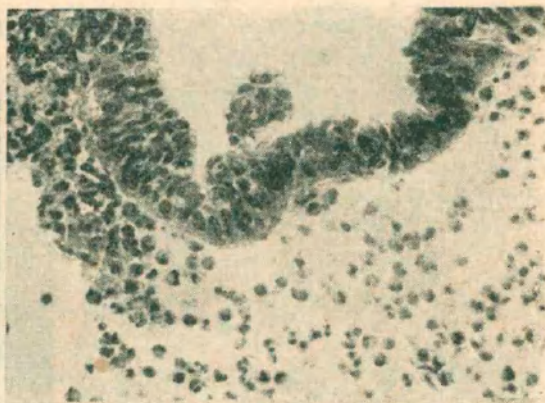


Figura 8. — Preparado N° 209. Coloración hematoxilina-eosina. Obj. 6x0c.3. Zona epitelial que corresponde a la preparación representada en la figura 7. Puede observarse una abundante infiltración de leucocitos polinucleares y congestión activa de un vaso.

Pequeña masa tisular del tamaño de un grano de maíz de color rojo violáceo, tensa, sin brillo.

Se fija con formol inmediatamente y se siguen los métodos habituales de coloración y montaje.

Esta masa está representada histológicamente por un tejido conjuntivo laxo en donde llama la atención a simple vista la gran hemorragia que se halla dispersa en toda la superficie.

Los vasos están llenos de sangre y sumamente dilatados. Pueden verse en ciertas zonas subepiteliales grandes formaciones huecas limitadas por el epitelio en el límite de afuera y por el tejido conjuntivo hacia adentro y formadas por una pequeña membrana endotelial adoptando todos la forma quística.

Cerca del epitelio este órgano está formado por un tejido en estado de necrosis perdiendo completamente las características estructurales propias.

Se halla el todo rodeado por un epitelio a células sumamente altas muy próximas unas de otras y sin cilias ni elementos protoplasmáticos dignos de mención y con núcleos muy picnóticos.

*Historia clínica CCXLVIII.* — Ingresó al Servicio el 15 de agosto de 1943. Pertenecía a Horacio Iles, de 7 años de edad.

Comenzó espontáneamente hace 3 días con dolor a nivel del testículo izquierdo así como también aumento de volumen de la glándula con enrojecimiento del escroto.

*Estado actual.* — Testículo, epidídimo y cordones. El hemiescroto izquierdo se halla enrojecido y edematoso. A la palpación del testículo del mismo lado se consigue despertar un dolor exquisito, sobre todo en el polo superior y cabeza del epidídimo, el que se halla aparentemente aumentado de volumen.

Testículo derecho, nada de particular.



Figura 9. — Preparado N° 164. Fotomicrografía panorámica. Hidátide de Morgagni con un infiltrado difuso discreto, venas trombosadas y linfáticos con ectasia evidente.

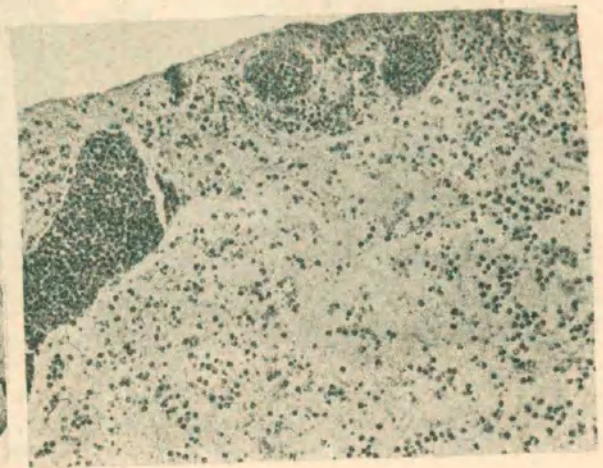


Figura 10. — Preparado N° 164. Zona periférica del órgano representado en la figura anterior. Nótase la linfagitis evidente y el infiltrado difuso polimorfo.

*Tratamiento.* — Se resuelve la intervención inmediata con diagnóstico de torsión de hidátide.

Cirujano Dr. Bontá. Anestesia general con éter. Incisión inguino-escrotal izquierda. Se libera el testículo y al incidir la vaginal se puede constatar a la glándula de aspecto normal, al epidídimo ligeramente tumefacto al nivel de su cabeza y la hidátide de Morgagni de color rojo oscuro, aumentada de volumen, tensa y con un vólvulo de su pedículo, se liga éste y se extirpa la hidátide. Se cierra sin dejar drenaje. Alta a los 8 días curado.

*Anatomía patológica.* — Protocolo N° 209.

La pieza enviada es del tamaño de un grano de uva de forma ovoidea, de superficie lisa, brillante, de color morado, de consistencia blanda, pero elástica.

No se nota ninguna torsión particular de pedículo en ninguno de los dos polos de la pieza aunque en uno de ellos se note la superficie cruenta de separación por estar reflejados y no tapizados con epitelio en el resto del órgano.

Se fija con formol y se prosigue con los métodos habituales para su deshidratación y montaje. Se colorea con hematoxilina-eosina, dando los siguientes resultados:

En el centro del órgano se aprecia un tejido conjuntivo laxo edematoso en donde pueden verse vasos cargados de glóbulos rojos; el número de estos vasos es muy escaso y está compuesto por uno de mediano tamaño en el centro y varios otros cada vez más pequeños a medida que se acerca a la periferia.

Existen también algunas lagunas, ciertamente de gran tamaño; estos espacios están limitados por una delgada capa endotelial sin contenido propiamente dicho salvo una substancia fibrinoide que toma mal la coloración; se trata con toda seguridad de grandes vasos linfáticos vacíos.

Diseminados en toda la superficie del órgano pueden verse focos hemorrágicos con glóbulos rojos bien conservados, focos más intensos a nivel del pedículo.

También se observa una reacción inflamatoria aguda por la presencia de numerosos leucocitos cuyo número aumenta a medida que se acerca hacia el borde del órgano. El epitelio está formado por una capa de células alargadas con un borde protoplasmático libre, irregular y de núcleos alargados y al parecer colocados en empalizadas.

No hay zonas de necrosis apreciables observándose por el contrario una iniciación de movilización conjuntiva por la presencia de células plasmoidales, de algunos capilares de neoformación y de linfocitos en escaso número.

*Historia clínica CCXX.* — Ingresó al Servicio el 10 de abril de 1942. Pertenece a Félix Pallero, de 10 años de edad, argentino.

Mientras estaba dedicado a juegos propios de su edad, después de una caída y contusión en la región inguino-escrotal izquierda, notó dolor al nivel del testículo izquierdo, pero de poca intensidad.

A las pocas horas de ese accidente se desarrolla en esa región una tumefacción que fué aumentando paulatinamente de tamaño, así como el dolor que se hizo más intenso por momentos. Al tercer día de dolor, resuelve concurrir al servicio donde se lo interviene con el diagnóstico de torsión de hidátide.

*Estado actual.* — Testículo y epidídimo. Se nota a la inspección que el escroto en el lado izquierdo se encuentra rojo, distendido y con edema. La palpación de la glándula y del epidídimo despierta intenso dolor sobre todo en el polo superior en donde parecería estar aumentado de volumen. Deferentes normales y órganos del lado derecho, nada de particular.

*Tratamiento.* — Se resuelve la intervención con anestesia local empleando Novocaína 0.50 gr. por ciento. Cirujano Dr. Ortiz.

Incisión inguinal, se libera el testículo, se incinde la vaginal y se puede observar a la hidátide de Morgagni de color morado, de aspecto turgescente no constatándose torsión de pedículo. Se extirpa ligando pedículo. Se cierra dejando drenaje. Alta a los 8 días curado.

*Anatomía patológica.* — Protocolo N° 11.

La pieza enviada está formada por una masa de tejido del tamaño de un grano de pimienta, de color rojo morado, de superficie lisa, uniforme y de consistencia elástica.

Se fija con formol al 10 por ciento siguiendo los métodos habituales para su inclusión, montaje y coloración, empleándose para este último fin la hematoxilina-eosina y el Mucicarmín de Mayer.

De la observación a pequeño aumento puede apreciarse un órgano revestido con epitelio y formado por tejido conjuntivo. A mayor aumento nótase congestión de los vasos arteriales y venosos, hemorragia discreta diseminada en todo el órgano; se observa además un infiltrado

leucocitario marcado y difuso, con glóbulos deformados y alterados, el tejido conjuntivo parece ser fibrilar. Cerca del pedículo pueden apreciarse zonas de necrosis muy evidentes no siendo posible reconocer elementos celulares percibiéndose más bien una masa fibrinoide irregular. Las células epiteliales de revestimiento son cilíndricas, no pudiéndose notar cilias, su núcleo está intensamente coloreado; hay zonas en donde el epitelio se halla desprendido.

#### COMENTARIOS

Como consecuencia del estudio anatonopatológico y de la observación clínica de estos 5 casos, algunos de los cuales se han intervenido muy precozmente, se nos plantea una serie de problemas cuya solución está en abierta contradicción con los hechos hasta ahora descriptos y tomados como definitivos en la literatura médica que trata de este asunto.

Según la opinión de los distintos autores que se han ocupado de esta patología, las alteraciones de la hidátide de Morgagni responden tan sólo a una etiología, la torsión del pedículo, y como consecuencia anatómica, la necrosis inmediata por anoxemia.

En los casos que hemos visto más arriba, tenemos presente también, en dos de ellos, la necrosis total del órgano, con completa alteración de todos sus elementos, estando también presente el vólvulo del pedículo, pues bien, esos dos casos fueron los operados después de muchos días de haberse iniciado el proceso y parecería estar de acuerdo con la manera de ver corrientemente aceptada por no poder precisar justamente en ese estado si la torsión ha sido primitiva a toda alteración o si ha sido secundaria a otro proceso previo. Figuras 1 y 2.

Por otra parte, en uno de nuestros casos en donde el estado de enfermedad ha sido precozmente constatado y resuelta su terapéutica con una intervención quirúrgica a las 48 horas escasas, nos encontramos con el interesantísimo hecho de no hallarse torsión de película, aunque evidentemente había a simple vista un estado inflamatorio del órgano, traducido por su color y un erectismo especial, estado inflamatorio confirmado por el examen histológico que reveló un edema difuso del tipo mucoide con congestión activa de todos sus vasos, especialmente las arteriolas subepiteliales que seguramente son las que han dado ese color rojo vinoso que ha permitido hacer confirmar el diagnóstico de alteración cuando se intervino quirúrgicamente, en esa pieza existe indudablemente un estado de ectasia sanguínea, pero es solamente arteriolar y venosa, estando los vasos linfáticos perfectamente libres y las arterias del pedículo perfectamente vacías como bien puede verse en los preparados adjuntos. Figuras 3, 4, 5 y 6.

Si hubiese habido torsión del pedículo tendríamos que ver dichos vasos del pedículo en estado de trombosis y debiera haber también hemorragias difusas en todo el órgano, que tampoco existen. Para nosotros ese estado de congestión activa responde a la primera etapa de un estado inflamatorio provocado



por alguna causa bacteriana o alérgica que no nos es posible precisar en este momento; después de esta primera etapa de congestión aguda deberá presentarse el infiltrado leucocitario o polinuclear: a esto responderemos con otro caso cuyas preparaciones nos muestran efectivamente, una hidátide con un regular infiltrado generalizado a todo el órgano, hecho a expensas de polinucleares que se alojan especialmente en la periferia y debajo del epitelio, acompaña a esta reacción netamente aguda una congestión superficial del órgano, con dilatación marcada de los vasos linfáticos y sin lesiones trombóticas de los casos de regular tamaño ni alteración marcada del epitelio que tapiza a la hidátide, pudiéndose ver a ésta en buen estado de conservación. Figuras 7 y 8; muy distinto sería el cuadro si la torsión del pedículo hubiera sido primitiva: en ese caso habría predominado la trombosis sanguínea y se habría manifestado precisamente la necrosis y no la inflamación aguda, puesto que mal podrían movilizarse los leucocitos si la circulación hubiese estado interrumpida.

Para afirmar más nuestra tesis en que defendemos la presencia de un estado inflamatorio de la hidátide, previo a la torsión, podemos presentar el otro de nuestros casos, Figuras 9 y 10, donde además de los marcados fenómenos agudos de inflamación difusa total, se presenta una verdadera linfangitis del órgano con sus vasos linfáticos llenos de glóbulos blancos predominando especialmente en la submucosa con algunos grandes troncos que se dirigen hacia el interior del órgano; aunque en este enfermo existía un verdadero estado de hemorragia intersticial, no podría explicarse la linfangitis por el sólo hecho de la torsión del pedículo, sino por un verdadero estado inflamatorio primitivo, completo en todos sus aspectos; por otra parte, también en este caso el epitelio se encuentra parcialmente conservado, aunque ausente en ciertas partes, desprendido seguramente por el ya avanzado estado tóxico en que se encuentra el tejido. Esta preparación llama especialmente la atención y creo que da la pauta del mecanismo de la torsión y como consecuencia de ella la necrosis consecutiva.

El mecanismo de la torsión de la hidátide de Morgagni si se aceptara el proceso de "torsión previa", es sumamente difícil de explicar, por no decir imposible, resultan pueriles todas las hipótesis, están exentas de lógica todas las que quieren hacer de la hidátide un órgano que puede retorcerse con los movimientos del líquido vaginal, en un órgano que no tiene musculatura de ninguna especie y que su estructura anatómica no permitiría una torsión espontánea.

Pero, en cambio, si como hemos visto admitimos un estado inflamatorio agudo previo, las cosas se simplifican extraordinariamente, siendo el mecanismo de la torsión fácilmente explicado, porque por el pedículo que es sumamente

delgado, corren arterias, venas y linfáticos, envueltos en tejido conjuntivo de sostén; ahora bien, cualquier proceso inflamatorio que produzca una congestión activa del órgano provocará un ingurgitamiento vascular, siendo los primeros vasos estrangulados los venosos y linfáticos, pudiendo entrar todavía sangre por las arteriolas; por otra parte, sabemos perfectamente el valor de la presión hidrostática y se verá qué fácilmente puede en esas condiciones hacer girar sobre su pedículo a un órgano, especialmente cuando éste es móvil y libre en casi todo su contorno, estando tan sólo colgado por un pedículo delgado. Para nosotros este mecanismo es el que determina la torsión y no la torsión previa sin causa justificada e imposible de explicar aun con la hipótesis más ingeniosa.

Nuestra manera de ver pensando que es el proceso inflamatorio el causante de la enfermedad de la hidátide de Morgagni explica también lo que los autores llaman caprichosamente torsión y distorsión de este órgano, cuando después de un período de dolor y de agudez, todo entra en orden sin necesidad de terapéutica cruenta; para nosotros este proceso de distorsión no existe y se trata tan sólo de la curación espontánea de una hidátide previamente inflamada que no se ha estrangulado y que ha podido por lo tanto volcar nuevamente al organismo los productos catabólicos, impidiendo con ello la necrosis y favoreciendo la curación por persistencia de una circulación expedita.

#### BIBLIOGRAFIA

- Loechke. — Munch. med. Wochenschrift n° 10, p. 302. 1920.  
 Honegger. — Zeitschr. f. Urol., t. XVI. 1922.  
 Tandler und Zuckerhandl. — Folia Urologica, t. V, pág. 587. 1911 y t. VI, n° 10.  
 Akira Takahaschi. — Journal d'Urol., 23: pág. 414. 1927.  
 Trabucco A. — Rev. Arg. de Urol., t. IX, pág. 377-395, 1940.  
 Trabucco A. — Rev. Asoc. Méd. Arg., t. LV, pág. 98-106. 1941.  
 Deming y Wolff. — J. Urol., t. XLII, pág. 566. 1939.  
 Albarrán et Motz B. — Ann. des mal. des org. G. U., 20:768, 1902.  
 Cúneo B. — Bull. Acad. de Méd. París, t. III, pág. 434-446, 1936.  
 Motz B. et Pereaudeau. — Ann. des mal. des org. G. U., 23:1521, 1905.  
 Papin E. et Verliac H. — Arch. urologiques de la Clin. de Necker, t. II, pág. 425-567. 1920.  
 Randall A. — J. Urol., 19:569-576, May 1928.

#### DISCUSIÓN

Dr. Schiappapietra. — *Quisiera preguntarle al Dr. Trabucco si en la hidátide él piensa que la inflamación es primitiva o de vecindad.*

Dr. Trabucco. — *Yo pienso que es primitiva de la hidátide, porque en el caso más interesante, que es el inicial, no había inflamación de vecindad alguna. La inflamación radicaba exclusivamente en la hidátide.*