

Hospital Alvear. Servicio de Urología  
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

## EPITELIOMA CANALICULAR DEL EPIDIDIMO

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y CONSTANTE COMOTTO

De los tumores sólidos del aparato genital, los que se desarrollan en el epidídimo son los menos frecuentes. Predominan, evidentemente, los de tipo maligno y entre éstos, las variedades conjuntivas. En cuanto a las formaciones epiteliales correspondientes a los tumores epididimarios se desarrollan, en general, a expensas del epitelio canalicular.

La particularidad sobresaliente de estas formaciones nosológicas es la dificultad para establecer un diagnóstico clínico correcto y precoz, condición ésta de indudable importancia para toda terapéutica anticancerosa. Creemos que, frente a cualquier proceso epididimario de naturaleza poco definida y cuya etiología no se pueda establecer claramente, debe siempre pensarse en la posibilidad de existencia de un caso de tumor, en general maligno, y proceder inmediatamente en consecuencia. Este modo de pensar podría parecer demasiado radical pero, si estudiamos aunque sea someramente los casos hasta ahora publicados, veremos que en la mayoría de ellos, 11 entre los 16 presentados, el diagnóstico clínico ha sido de afección inflamatoria del epidídimo, catalogándose 9 de ellos como de origen tuberculoso. Entre nosotros, Castaño y Astraldi, 1926, publicaron una observación con diagnóstico preoperatorio de epididimitis tuberculosa subaguda; recién ocho meses más tarde la evolución propia de la afección rectificó el diagnóstico.

Llambías y Branchetto Brian 1931, publicaron un caso operado por Elizalde, en donde también se había hecho el diagnóstico preoperatorio de tuberculosis epididimiaria.

Agregaremos a estos casos dos observaciones recogidas de enfermos tratados en el Servicio de Urología del Hospital Alvear, cuyos diagnósticos preoperatorios fueron de epididimitis a probable etiología tuberculosa. Añadiremos, además, que el diagnóstico de tuberculosis no podía sentarse claramente por falta de

muchos elementos agregados, como veremos en el desarrollo de las historias clínicas siguientes:

Caso 1º — Historia clínica Nº 548. A. A. 32 años. Soltero. Peón. Ingresa al Servicio el 14-4-47.

Refiere el enfermo que, hace un mes, notó un aumento paulatino en el volumen del testículo derecho, que se hacía en forma lenta e indolora, llegando poco a poco al tamaño de un huevo de pato. Sometido a reposo por indicación de un facultativo, dicho testículo se reduce de tamaño, quedando como residuo un engrosamiento de la parte posterior del mismo, motivo por el cual consulta.

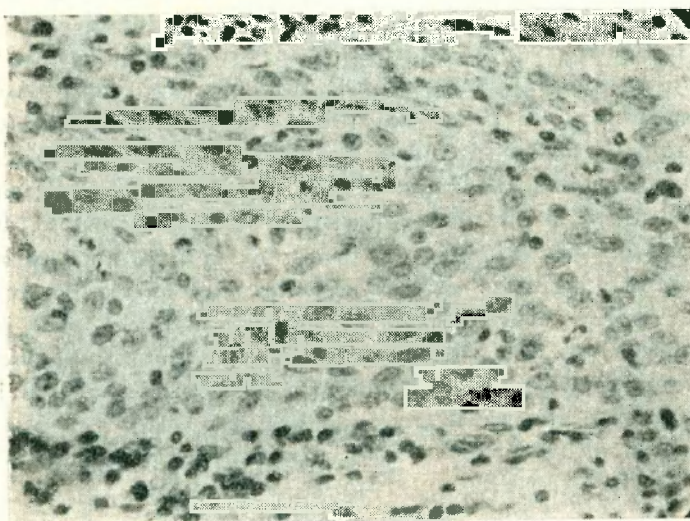


Figura 1

Se trata de un enfermo bien constituido, sin nada de particular en sus sistemas orgánicos, con orinas límpidas y de caracteres normales tanto químicos como bacteriológicos.

La palpación del epididimo derecho permite tectar un órgano del tamaño de un dedo meñique, de consistencia dura, de forma irregular, compuesto al parecer por nódulos de tamaño de garbanzos o algo mayores en la cabeza. El deferente ligeramente indurado en la parte convoluta, el resto normal. El testículo y sus envolturas libres sin caracteres patológicos apreciables. Próstata ligeramente aumentada de tamaño, algo indurada e irregular. Vesículas seminales no palpables.

Las reacciones pertinentes para determinar una probable naturaleza específica, brucelósica o tuberculosa han sido negativas.

Quedaba como diagnóstico el de epididimitis subaguda de naturaleza etiológica indeterminada, inclinándonos a pensar en un probable origen tuberculoso atenuado y de escasa alergia tuberculínica.

La falta de involución ante los diversos tratamientos instituidos, reposo, sulfamidas, penicilina, etc., nos indujeron a la extirpación quirúrgica del proceso, creyendo este criterio perfectamente justificado.

La intervención quirúrgica se practicó con anestesia local, encontrándonos con un testículo perfectamente libre, sin compromiso inflamatorio de sus envolturas, pudiéndose hacer la epididimectomía con toda facilidad. La cicatrización se hizo *per prima*, dándose de alta a los 7 días.

*Anatomía patológica:* El examen macroscópico de la pieza mostraba un epididimo agrandado, de forma arrosariada, con nudosidades del tamaño de garbanzos y de consistencia firme. Su color era rojo violáceo y no presentaba signos evidentes de adherencias ni de lesiones destructivas de la albugínea epididimaria.

El examen histológico fué practicado en varios cortes hechos en distintas partes del órgano, preparados de acuerdo a las técnicas habituales y coloreados con Hematoxilina-Eosina, Tricrómico de Mason e impregnación argéntica de Río Hortega. Llama la atención: a) pequeño aumento, una gran reacción del tejido conjuntivo intersticial, con aumento del espesor del mismo, neoformación conectiva y un sembrado linfocitario que se localiza especialmente alrededor de ciertos tubos epididimarios, cuyas características describiremos en seguida.

Los tubos epididimarios presentan caracteres diferentes según sean las zonas que se observan y aun dentro de lo que podría considerarse elementos de vecindad. Así, podremos ver, en los cortes próximos a la cabeza, tubo rellenos con conglomerados de espermatozoides; otros con células aparentemente no ciliadas y otros, tal vez los más interesantes y que determinan el diagnóstico, que presentan un aspecto macizo y que están ocupados íntegramente por células de forma predominantemente alargada, de protoplasma finamente granuloso, algunas veces vacuolado y que guardan una orientación bastante pareja. Sus núcleos, notables, así como de picnosis y situación, tienen en general dos nucleolos acidófilos. Se observa discreto número de mitosis.

Agregaremos que los tubos rellenos por este tipo de células, cuyo parentesco indudable con las células canaliculares salta a la vista, no poseen epitelio normal discernible. Podríamos además decir que, en ciertas zonas, la delimitación de la membrana basal ha desaparecido, no siendo visible ni aun con exploraciones argénticas (Fig. 1).

*Diagnóstico anatómopatológico.* — Epitelioma canalicular, grado 1, de Broders.

Caso 2. — Historia clínica N° 591. L. M. R., de 34 años. Argentino. Soltero. Albañil. Ingreso al Servicio el 3-5-47.

Hace aproximadamente un mes nota dolor en el testículo derecho con tumefacción de la glándula, siendo ésta del tamaño de una mandarina, enrojecimiento del escroto y cree haber tenido fiebre. Por indicación del facultativo permaneció en cama 5 días, tratándose con aplicaciones locales de bolsa de hielo e ingestión de sulfamidas. A la semana el dolor había desaparecido, quedando pequeñas molestias y la tumefacción que presenta actualmente.

Entre los antecedentes figuran: una blenorragia hace 10 años, que trató y curó sin complicaciones; hace 3 años padeció un proceso pulmonar con temperatura elevada, que lo obligó a internarse en el hospital, donde permaneció varias semanas. Padre fallecido por una afección vertebral, ignora diagnóstico. En el examen clínico se percibe como única sintomatología general algunos rales subcrepitantes en el vértice del pulmón izquierdo. Desde el punto de vista urológico, las orinas son límpidas, sin particularidades dignas de mención tanto en los análisis químicos como citobacteriológicos.

La palpación del epididimo derecho lo muestra duro e irregular, en forma de cimera de casco y moderadamente doloroso, no estando adherido a los planos vecinos. El cordón ligeramente engrosado y sin particularidades patológicas dignas de mención. El testículo de forma, tamaño, consistencia y sensibilidad normales. La próstata ligeramente aumentada de tamaño, algo dolorosa, bien limitada. La vesícula seminal izquierda se palpa de consistencia blanda, regular e indolora.

Los análisis revelan: Eritrosedimentación 10ml. la 1ª hora y 22ml. la 2ª hora. Otros exámenes hematológicos revelan: 5 millones de glóbulos rojos C. C., 10.000 leucocitos C. C. con una neutrofilia de 60% y una linfocitosis de 24%. Reacción de Wasserman, negativa. Reacción de Hudleson, negativa.

En vista de estos exámenes se hace el diagnóstico de epididimitis con leve prostatitis, probablemente tuberculosa. Para descartar la posible etiología colibacilar se lo somete al enfermo a un tratamiento sulfamidado, más calcioterapia y ácido ascórbico. Después de una semana de observación y al no modificarse el proceso, se practica la epididimectomía extirpando el órgano con el deficiente hasta el anillo inguinal intreno, operación que se hace con suma facilidad. Cicatrizando *per prima* y dándose de alta al enfermo a los ocho días.

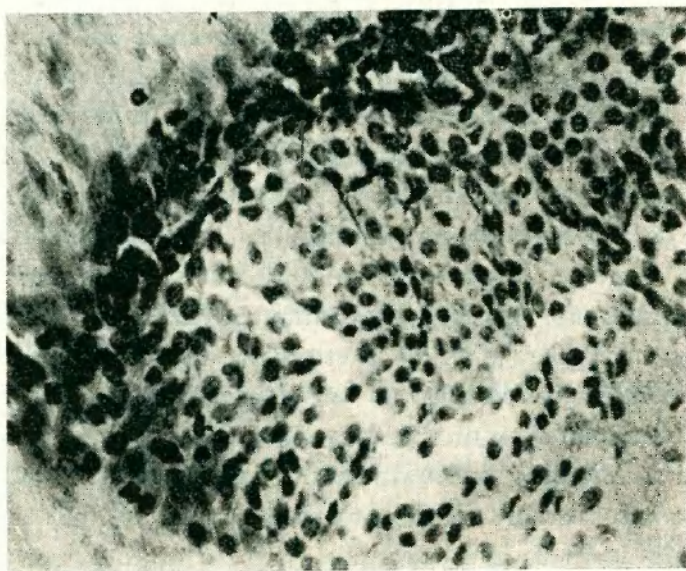


Figura 2

*Anatomía patológica.* — El examen macroscópico revela un epididimo aumentado de tamaño, especialmente en la cola y parte inferior del órgano, donde la consistencia es firme y elástica. La parte convoluta se halla también ligeramente aumentada de tamaño, no existiendo patología evidente en el resto de la pieza extraída. Al corte hay ausencia absoluta de pus y de tejidos necrosados.

*Microscopía.* — Extraídos diversos trozos de las distintas partes del órgano y preparados con los métodos histológicos habituales, coloreados los cortes con Hematoxilina-Eosina, Tricrómico de Mason e impregnaciones argentícas de Río Hortega, podemos ver que: los tubos epididimarios que están situados en la cabeza son de aspecto netamente normal y tienen en su interior algunos espermatozoides; en cambio, los tubos de la cola y de la parte inferior del cuerpo se encuentran vacíos, si bien las células canaliculares son, en su mayoría, normales. En esta zona puede observarse la presencia de tres compactos celulares muy próximos unos a otros, dando la impresión de tratarse de un mismo tubo cortado en distintas zonas, formado por células de distinta forma, irregulares aunque predominando el tipo cilíndrico. No existe epitelio ciliado canicular discernible. La basal parecería haber desaparecido. Los núcleos de las células

que forman estos compactos citológicos son de distinta forma y tamaño, con discreta picnosis de algunos de sus elementos. La mayor parte de los núcleos llevan dos nucleolos acidófilos y se observan algunas mitosis.

Agregaremos que algunos de estos elementos celulares son desmesuradamente grandes, dando la impresión de iniciar una división directa. El tejido conjuntivo intersticial que rodea los tubos, así como al deferente, no presentan reacción conjuntiva hiperplásica ni signos de inflamación de ninguna especie.

*Diagnóstico anátomopatológico.* — Epitelioma canalicular, grado 1 (Fig. 2).

#### COMENTARIOS:

De la literatura consultada se desprenden algunos hechos que es de interés hacer resaltar. Ya hemos hablado de la diferencia diagnóstica que presentaban los dos casos expuestos por nosotros. El error en la interpretación nosológica puede ser perfectamente disculpable, sobre todo si consideramos a estos procesos como la más temprana manifestación de desarrollo tumoral. Creemos lógico la presencia de una reacción inflamatoria puesto que ello hace pensar en un verdadero proceso defensivo aislante cuyo fin deberá ser la destrucción del agente determinante de la neoplasia. Se plantea, por lo tanto, la pregunta consabida: ¿Cuál ha sido el motivo etiopatogénico que ha determinado su desarrollo? Nuestros conocimientos no nos permiten una contestación satisfactoria. Pero, de todas maneras, cualquiera que sea la etiología, hemos sorprendido en estos dos casos una primera etapa defensiva, si se quiere inicial, de la lucha del organismo contra el establecimiento de una zona neoplásica; el tejido intersticial al intercanalicular ha reaccionado violentamente y ha simulado, desde el punto de vista clínico, un proceso inflamatorio, a tal punto que, en uno de los enfermos se presentó con elevación de mononucleares pero sin necrosis, sin pus y sin reacción focal de polinucleares; la movilización defensiva in situ se hizo predominantemente con elementos histiocitarios. En el otro caso, en cambio, el proceso defensivo fué tal vez mucho más evidente, quizás por el tiempo transcurrido desde su iniciación; la reacción esclerolinfocitaria estaba muy marcada y como rodeando a los tubos neoplasiados.

En ambos casos esta reacción defensiva, si bien de diferente intensidad, estaba limitada solamente a los tubos enfermos, lejos de ellos mismos no había lesiones inflamatorias de ninguna especie. Relacionando estos casos con los publicados hasta ahora, 16 en total, podemos decir que el diagnóstico exacto se ha hecho tan sólo en cuatro de ellos y esto a causa de que la tumoración era tan marcada que la verdadera etiología podía considerarse como evidente. El comienzo de la evolución clínica en todos estos procesos, de acuerdo a la literatura, siempre ha sido en forma dolorosa y simulando, la mayor parte de las veces, un proceso inflamatorio subagudo; tan sólo en muy raras ocasiones el desarrollo patológico se ha hecho en forma insidiosa y ha sido descubierto por la presencia

EPITELIOMA DEL EPIDIDIMO

Nº	AUTOR	EDAD	DATOS CLINICOS	DIAGNOSI. CLINICO	TRATAMIENTO	DIAG. HISTOLOG	EVOLUCIÓN
1	Wrobel 1902	24 años	Nódulos tamaño avellana en epidid. y cordón izquierdo dolorosos	No consta.	Castración	Carcinoma.	Muerte a los 2 años del comienzo sin especificar
2	Colby 1907	32 años	Nódulos en cola y cabeza de epidid. izquierdo.	No consta.	Castración	Carcinoma cordonado.	Metástasis masivas 9 meses despues, muerte al año y medio.
3	Rowlands y Nicholson 1909	46 años	Nódulos dolorosos en epidid. derecho	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia	Carcinoma escórrino. Epitelioma metaplasico epidermi.	Muerte poco despues de la operacion. 2 años del comienzo
4	Sakaguchi 1914	18 años	Nódulo doloroso tamaño avellana epididimo izqui. Invas testic. precoz.	Tumor del epididimo.	Castración	Epitelioma metaplasico pavimentoso.	Metástasis pulmonar 9 meses del comienzo. Muerte al año y medio
5	La Point y Cain 1923	66 años	Nódulo doloroso tamaño garbano en cada epididimo izquierdo	Epididimitis crónica post-blemorrásica dolorosa	Epididimec-tomia 1 año despues.	Epitelioma metaplasico pavimentoso	Bien 3 años despues
6	Himon y Gibson 1924	78 años	Nódulos doloroso epididimo derecha	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia	Adenocarcinoma.	Bien 1 año despues de operado
7	Costaño y Astraldi 1926	31 años	Tumoración dolorosa de cabeza epidid. izquierdo. tamaño huevo de pata	Epididimitis tuberculosa	Castración	Disembriom maligno a estructura epitelial	Metástasis ganglios Lumb-aorticos 1 año despues del comienzo clinico
8	Scholl 1928	22 años	Nódulos doloroso del epididimo derecho	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia	Adenocarcinoma	Metástasis pulmonares el año
9	Ullambas y Branchato Brian 1931	30 años	Tumoración tamaño castaña en epididimo derecho, dolor.	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia luego Castración	Epitelioma metaplasico pavimentoso	Bien 2 años y medio despues de operado
10	Sato M. 1932	36 años	Testículo derecho doloroso, tumefacción con crecimiento rápido en 3 meses	Tumor maligno del epididimo	Castración	Seminoma y adenocarcinoma separados (?)	Muerte a los 18 meses por generalización metastásica
11	Jaishon y Jordan 1933	34 años	Testículo izq. doloroso, luego tumefacción epididimo	Epididimitis aguda	Castración	Carcinoma	Bien 2 meses despues de la operacion
12	Ferrier y Foord 1934	73 años	Nódulo doloroso tamaño guinda en cabeza epidid. derecho	Tumor maligno del epididimo.	Castración	Adenocarcinoma papilar. Metastasis gangl y cordón	Muerte a los 12 años por generalización metastásica
13	Williamson y Bang. 1936	26 años	Tumoración dolorosa del epidid. derecho	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia	Epitelioma condricular.	Sano 2 años más tarde
14	May J. 1936	49 años	Nódulo tamaño cereza en cabeza epididimo izquierdo indoloro	Tuberculosis o tumor maligno	Castración	Carcinoma	Muerte por metástasis 3 años y medio despues del comienzo clinico
15	Trabucco y Comotto 1947	34 años	Epididimo derecho duro, nodular, tamaño lápiz, indoloro	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia	Epitelioma tubulado del epididimo	Bien, 3 meses despues
16	Trabucco y Comotto 1947	31 años	Epididimo derecho nodular, tamaño nuez en la cabeza y mas pequeños los de mas indoloro	Epididimitis tuberculosa	Epididimec-tomia	Epitelioma condricular del epididimo	Bien, 4 meses despues

de una tumoración o de nódulos indoloros a crecimiento muy lento en la zona epididimiaria.

Con respecto al tratamiento, creemos que la conducta verdaderamente lógica a seguir es la de la exéresis quirúrgica del epidídimo, indicación de carácter categórico en los casos semejantes al nuestro, donde la confirmación histológica es indiscutible y sobre todo que evidencian el resto del órgano completamente sano. Demás está decir que algunos autores aconsejan la extracción extirpando con ella al testículo que nada tiene que ver con el tumor epididimiario primitivo. Nosotros nos oponemos a ese criterio, puesto que, no es quirúrgico sacrificar un órgano sano.

Con respecto a la evolución y pronóstico, lo que se desprende del estudio de los trabajos consultados es que, estos tumores son de gran malignidad. No debemos olvidar no obstante que, en la mayoría de ellos, la evolución había llegado a un estado tal que, la masa tumoral se hacía netamente evidente, invadiendo el proceso prácticamente a todo el órgano. En nuestros dos enfermos la zona del tumor estaba reducida a una mínima expresión, por lo que hacemos un pronóstico favorable.

#### CONCLUSIONES:

Deseamos sentar las siguientes conclusiones:

1º — Tener presente esta afección siempre que nos encontremos ante un proceso epididimiario de naturaleza dudosa y cuyo diagnóstico no haya sido aclarado con la debida precisión, observar muy de cerca la evolución del mismo y actuar quirúrgicamente en cuanto se plantee la duda más insignificante.

2º — Es preferible sacrificar un epidídimo inflamatorio que va casi fatalmente a la esclerosis canalicular que no dejar un foco de cancerización en potencia.

3º — Es de aconsejar la radioterapia profunda postoperatoria en los ganglios linfáticos tributarios del epidídimo afectado.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Carcinoma Primitivo del Epididimo*. — G. A. Williamson y T. R. Barry; J. Urolog.: 36: 388-390; Oct. 1936.
2. *Cáncer del Epididimo*. — J. A. May; ítem 36: 391-399; Oct. 1936.
3. *Carcinoma Primario del Epididimo*. — P. A. Ferrier y Foord; Urol. and Cutan. Rev., 1934, 36: 646-650.
4. *Epitelioma del Epididimo simulando Epididimitis tuberculosa*. — Castaño y Astraldi. Rev. A.M.A. (sec. Especial). 1926, Vol. 1, pág. 660.
5. *Contribución al Estudio de los Tumores Malignos y Epiteliales del Epididimo*. — Llam-bías y Branchetto Brian. La Semana Médica, 1931 (11), pág. 636.
6. *Los Tumores Malignos Primitivos del Epididimo*. — Coleman, C. A., J. A. Mackie and Walter M. Simpson. Surgery Ginecol. and Obstetrical, Vol. LV, Nº 1, Jul. 1932, páginas 111-117.

## JORNADAS UROLOGICAS DE CORDOBA

realizadas los días 29 y 30 de noviembre de 1947.

---

La Sociedad Argentina de Urología, siguiendo una costumbre que cada vez se arraiga más y que se está haciendo tradicional en nuestro ambiente, celebró sus sesiones en la ciudad de Córdoba, concurriendo a ellas distinguidos colegas del Uruguay, que dieron a las mismas el carácter de rioplatenses.

Prestó su gentil colaboración, para el mejor éxito de estas jornadas, el Prof Dr. Rodolfo González, que cedió para la realización de las mismas, la sede del Centro Médico y la del Hospital de Clínicas.

“Cáncer de vejiga” fué el tema oficial de estas jornadas, continuándose seguidamente con los temas libres que se insertan a continuación de aquél, en el orden que fueran presentados.

---

Los trabajos de la sesión correspondiente al mes de diciembre se publican al final.