

Hospital Angel Cruz Padilla, Tucumán.
Serv. de Vías Génito-Urinarias. Jefe: Oscar A. Fonio.

ESPERMATOCELE

Por el Dr. OSCAR ARMANDO FONIO

Motiva la presente comunicación el hallazgo quirúrgico de un caso de la afección del epígrafe, en el enfermo J. B. M., argentino, de 76 años, casado, talabartero, que ingresó al Servicio a mi cargo el 16 de octubre de 1947, con una gran tumoración de bolsas, lado derecho, interpretada erróneamente como hidrocele al examen clínico y que deliberadamente no se practicó punción exploradora por parecernos indudable el diagnóstico.

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes de la enfermedad actual. — El enfermo refiere que en diciembre de 1931, sufrió un *traumatismo* a nivel de las bolsas, en circunstancia que dormía compartiendo el lecho con una hijita, que, en una crisis epiléptica le dió un puntapié que le produjo *tumefacción dolorosa de testículo derecho durante 4 ó 5 días*. Algún tiempo después notó que paulatinamente el testículo traumatizado aumentaba de volumen pero sin acusar dolor.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Paludismo. *Niega venéreas*. Hasta hace 20 años fumador y bebedor moderado. Casado con mujer sana, con la que ha tenido 7 hijos (tres después del trauma referido), de los cuales 2 murieron, una de asfixia al nacer y el otro de "fuerte fiebre" al año de edad.

Estado actual. — Buen estado general. Apirético. *Kahn*: negativa. *Orina*: normal. *Recuento globular*: rojos 4.500.000, blancos 8.000. *Hemoglobina (Sahli)*: 85 %. *Valor globular*: 0.94. *Fórmula leucocitaria*: neutrófilos 52 %, linfocitos 43 %, monocitos 3 % y eosinófilos 2 %.

En bolsas, lado derecho, *tumoración* de gran tamaño, *algemásica*, que sólo produce al enfermo sensación de peso y tensión. Piel de escroto de aspecto normal (salvo la desaparición de los pliegues) y perfectamente deslizable sobre el tumor, que es renitente, piriforme de mayor extremidad inferior. *No se aprecia el testículo derecho*. En el lado izquierdo se palpa testículo, epidídimo y cordón con caracteres normales. Pene normal. Aparato urinario sin anormalidades.

Intervención quirúrgica. — Con *diagnóstico clínico de hidrocele*, resolví operarlo el día 20 de octubre de 1947, actuando como ayudante el Dr. George Sawaya (médico agregado). Incindidos los planos superficiales, exteriorizamos un *tumor quístico íntimamente unido al*

testículo a nivel de la zona correspondiente al epidídimo: mediante cuidadosa disección, extirpé el quiste respetando el testículo que se ofrecía de aspecto normal.

Al siguiente día de la operación, después de obtener una fotografía de la pieza extirpada, la puncé, constatando que el contenido líquido, opalino, era de 1.000 c.c., repartido en dos cavidades, la menor de 100 c.c.

Como puede observarse en la fotografía, el mayor diametro de la tumoración quística era de 19 cms. y el menor de algo más de 15 cms.

Por las características de la tumoración, ya en el acto operativo, rectifiqué mi primitivo diagnóstico por el de *espermatocele*.

Llama la atención el enorme volumen del quiste, en relación al que corrientemente suelen

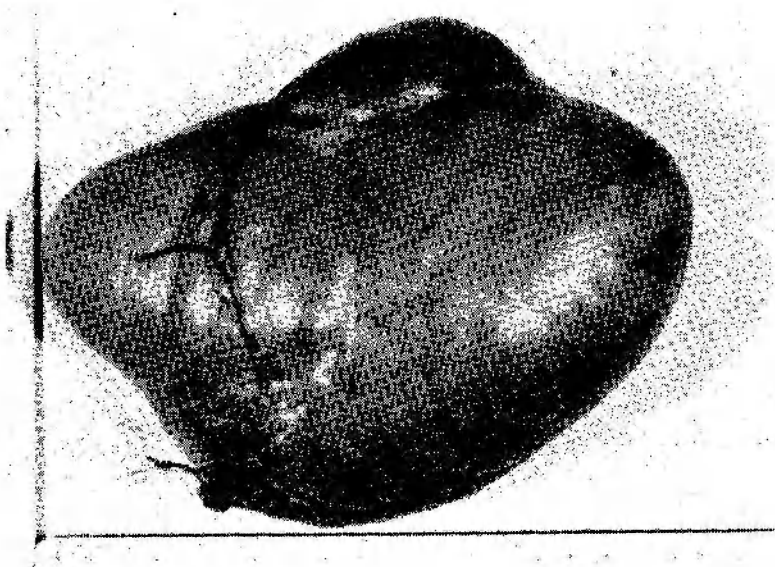


Figura 1

presentar esta clase de procesos, que aunque su frecuencia es mayor de lo que se cree (según Rolnick lo presentarían el *uno por ciento de los hombres*), pasan inadvertidos por su pequeño tamaño y ausencia de sintomatología subjetiva.

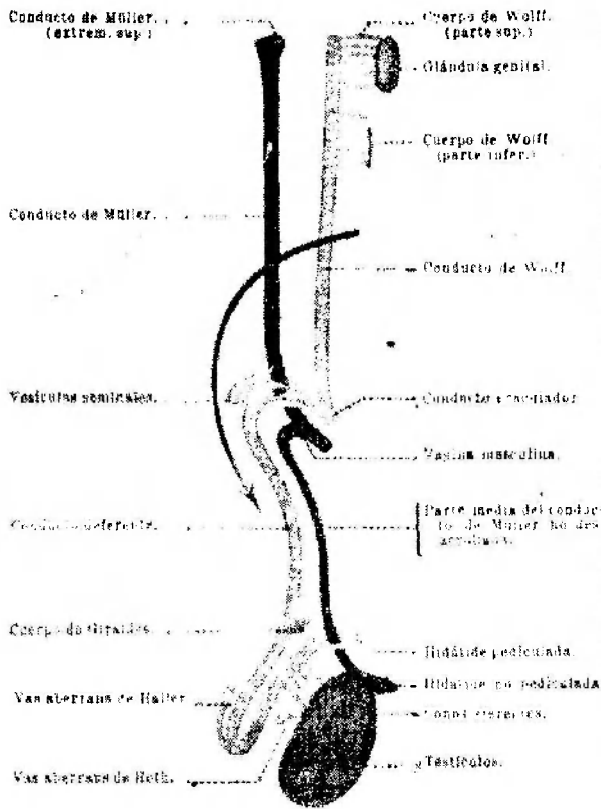
El análisis practicado por el Dr. Osvaldo Lonio (Bio Químico), 4 horas después de puncido el quiste y 30 horas después de la intervención quirúrgica, reveló la presencia de gran cantidad de *espermatozoides*, de los que una elevada proporción conservaban su movilidad normal. La densidad del líquido quístico era de 1011, la reacción alcalina al tornasol, con un pH aproximado de 7.5, y con 1.10 grs. de albúmina por mil.

COMENTARIOS

Aunque con el caso que presentamos, no pretendemos aportar nada nuevo ni original, el considerarlo de interés como contribución a la casuística, nos invitó a relatarlo y como las publicaciones de observaciones clínicas o qui-

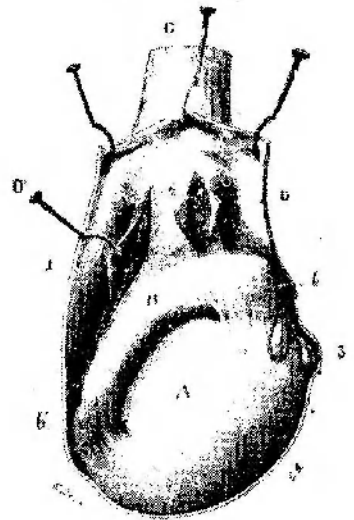
rúrgicas del quiste espermático son escasas, nos parece de utilidad algunos recuerdos etiopatogénicos:

Estos quistes, pueden desarrollarse ya después de iniciarse la función del testículo, aunque generalmente aparecen entre los 20 y 40 años y más raramente en los viejos. Se observan con más frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo. no raras veces la afección es bilateral y en algunos casos se acom-



CUANDO EL WOLFF Y APARATO GENITAL EN EL UTERO ANTES DE LA MIGRACION DEL TESTICULO

LA MISMA CONFIGURACION EN EL PUTO Y EN EL ABOY EN LOS PRIMEROS DÍAS DESPUES DEL DESMORTE DEL TESTICULO



A. testículo: B. epidídimo: C. cordón: D. hoja parietal y D'. hoja visceral de la vaginal. 1. vasos aberrantes de Haller: 2. cuerpos de Giralde's: 3. hidátide pediculada: 4. hidátide sesil.

pañan de hidrocele. En cuanto al tamaño pueden variar desde un pequeño guisante, a una nuez, un huevo, una manzana y más raramente mayores.

Al parecer tienen importancia *etiológica* procesos *inflamatorios* varios, en especial la *blenorragia* y también los *traumatismos*: algunos autores los atribuyen además a excitaciones sexuales no satisfechas.

En lo que se refiere a la *patogenia*, variadas son las opiniones emitidas: Paget, con su *teoría heterotópica*, pretendió que los quistes por el hecho de ser *vecinos al órgano que segrega espermatozoides*, en un momento dado podrían

segregarlos a su vez. Esta teoría carece de todo valor, pues está en contra de las comprobaciones anatomopatológicas y de las leyes biológicas generales.

Según la *teoría linfática* de Hoehenegg, el quiste se originaría en una *dilatación linfática* y posteriormente se derramaría en su cavidad el líquido espermático. Esta teoría tampoco tiene fundamento, pues la estructura anatomopatológica de estos quistes no tienen ninguna semejanza con los tejidos de los vasos linfáticos y por otra parte en la región donde se desarrollan los espermatoceles no existen dilataciones linfáticas.

Teoría serosa de Curling-Poiries: En 1848 Gosselin describió ciertos quistes serosos pequeños, que se forman por *exudación* líquida en los espacios tabicados por adherencias de las hojas de la vaginal; estas adherencias se efectúan en los primeros años de la vida, en el curso de los cambios de posición del epidídimo en relación con el testículo. La comunicación con las vías espermáticas se establecería por romperse un vaso eferente en el quiste seroso. Es admisible que tengan este origen algunos espermatoceles.

Es posible también que algunos quistes espermáticos se originen de acuerdo a la *teoría del derrame espermático* de Gosselin-Sedillot, según la cual el espermatocele se formaría al *derramarse el esperma en el tejido celular*, al romperse un vaso eferente; luego el líquido espermático se enquistaría formándose a su alrededor una membrana accidental.

Teoría de la retención espermática (Lloyd-Liston-Dolbeau-Kocher-Reclus-Rolnick). Los quistes se formarían por *retención del líquido espermático en un conducto dilatado por detrás de una zona obliterada*. Esta hipótesis tan simple y seductora, está en contraposición a la observación clínica frecuente de obstrucciones blenorragicas que lejos de formar quistes, provocan la involución de las vías espermáticas por detrás del obstáculo.

La *teoría Wolffiana* de Brocca-Vautrin es la que explica la formación de casi todos los quistes espermáticos (primitivos y secundarios). *Algunos restos del canal de Wolff, que comunican con las vías espermáticas, al cerrarse la comunicación se dilatarían formando quistes*. En estos canales preformados, penetra el esperma que por su estancación produciría una irritación crónica que daría lugar a la formación de secreción mucosa; ésta por taponamiento sería responsable de la obliteración de la comunicación y del consiguiente crecimiento del quiste al sumarse al contenido espermático.

Para la mejor comprensión de la génesis de los espermatoceles son muy ilustrativos los esquemas tomados de Testut (que muestran la disposición del cuerpo de Wolff y los restos embrionarios anexos al testículo), frente a los que recordaremos las siguientes referencias anatómicas:

1º Aplicado al polo superior del testículo, debajo de la cabeza del epidídimo, se encuentra el appendix testis o hidátide sésil de Morgagni (4).

2° En la cabeza del epidídimo y unido a él mediante un fino pedículo, se encuentra el appendix epididymidis o hidátide pediculada (3).

3° En la cabeza y cola del epidídimo se encuentran pequeños canales de terminación ciega llamados conductos o vasos aberrantes de Roth y de Haller (1).

4° En el cordón espermático, inmediatamente por encima de la cabeza del epidídimo, se encuentran un grupo de pequeños tubitos y vesículas que forman el cuerpo ignominado de Giraldés (2), o paradídimo de Waldeyer, o para-epidídimo de Henle.

Los espermatocitos deben considerarse como quistes por retención de espermatozoides en los canalículos conductores del semen, en primer lugar en los vasos eferentes y en los restos embrionarios anexos al testículo, mencionados precedentemente.

En cuanto a su constitución histopatológica, la pared quística está formada por tejido conjuntivo y un revestimiento epitelial cilíndrico vibráctil, estratificado o pavimentoso.

El líquido de estos quistes es en general opalino o lechoso, con aspecto de agua de jabón, aunque a veces se presenta de coloración amarillo verdoso y claro como el del hidrocele. En el líquido se encuentran espermatozoides a veces en gran número y muy vivaces o degenerados y aglutinados, víctimas de los macrofagos que los reabsorben; también pueden faltar por completo, cuando está obstruida la comunicación con las vías espermáticas o bien cuando a consecuencia de atrofia testicular no se verifica la producción seminal. El microscopio muestra también células epiteliales redondeadas o poliédricas, linfocitos y glóbulos de grasa. La reacción del líquido es neutra o alcalina; su peso específico escaso (1,002 a 1,009) y su contenido en albúmina de 0.2 a 0.5 ‰.

En el caso que motivó este trabajo, el hecho que el líquido quístico contenía una mayor cantidad de albúmina (1.10 grs. ‰), explica el mayor peso específico (1.011), que el que comúnmente se observa en estos procesos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeshouse B. S.* — Quistes del epidídimo (Urol. Cut. Rev. 41, N° 11, noviembre 1937. Resumen publicado en "Journal D'Urologie", 1938, N° 4, p. 564.
- Astraldi A., Torroba J. P. e Iturriga A.* — Quiste de epidídimo. "Rev. Argentina de Urología", Nos. 3 y 4, 1938.
- Forgue E.* — Quistes de epidídimo. "Manual de Patología Externa", tomo 2°.
- Gazzolo J. J.* — Quistes de epidídimo. "Tratado de las enfermedades de las Vías Génito-Urinas", pág. 864, 5ª ed. 1944.
- Gitla Corbella Eduardo.* — Quistes de epidídimo.

- Isnardi Ubaldo.* — Gran quiste seroso del cordón espermático. "Semana Médica", 4 de abril de 1929, pág. 794.
- Jeambrau E.* — Quistes espermáticos. "Tratado de Patología Quirúrgica" de Begouin; tomo 3º, pág. 870.
- Joung Hugh H. and Davis David M.* — Operations on the spermatic cord-Spermatocoele. "Joung's Practice of Urology", vol. II, pág. 539.
- Kirschner-Normann.* — Espermatocoele. "Tratado de Patología Quirúrgica General y especial", tomo 7º, pág. 1953.
- Lowsley O. S. y Kirtwin Th. J.* — Espermatocoele. "Clínica Urológica", tomo I, pág. 481.
- Marión.* — Quistes de epidídimo. "Terapéutica de las enfermedades Urinarias", de Achard. Marión. París, pág. 464.
- Morchio Francisco.* — Espermatocoele. "La Prensa Médica Argentina", Nº 24, 14 de junio de 1946, pág. 1225.
- Wildbolz H.* — Espermatocoele. "Tratado de Urología", pág. 807.

DISCUSIÓN

Dr. Irazú. — *Deseo agregar a este trabajo de casuística del Dr. Fonio, tan bien documentado, que por lo general, es una lesión que todos hemos llegado a encontrar posiblemente, como hallazgo quirúrgico la mayoría de las veces y que esa lesión pasa desapercibida aun en un prolijo examen diagnóstico-clínico sobre todo cuando el espermatocoele se desarrolla en la parte caudal del epidídimo y entonces, engloba la glándula en lugar de desplazarla.*

Por ello, quería felicitar al Dr. Fonio por su interesante trabajo para que ese estímulo sirva de acicate a los colegas del interior del país, a fin de que nos envíen nuevas comunicaciones.