

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

## TROMBOSIS ESCLEROGENA DEL PLEXO PAMPINIFORME ANTERIOR

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO y CONSTANTE COMOTTO

La tromboflebitis del plexo pampiniforme anterior, es muy rara como observación y lo es aún más cuando de acuerdo al cuadro clínico debe considerarse como proceso primitivo, vale decir, cuando se presenta en ausencia de otras alteraciones de orden general, ya de carácter infeccioso, ya de carácter tóxico o discrásico o de orden traumático, causales que no se han evidenciado en nuestro enfermo en ningún momento.

Entre nosotros el Dr. Ricardo Ercole presentó en el año 1941 (Rev. Arg. de Urol., pág. 406, tomo X) un caso de trombosis del plexo pampiniforme en un enfermo de "policitemia vera" o enfermedad de Vaquez y Osler, en el cual un traumatismo sobre la región escrotal, desencadenó el cuadro que describe, actuando sobre un terreno favorablemente preparado por las alteraciones humorales que la afección citada produce. Esta observación difiere mucho de la muestra, sobre todo desde el punto de vista clínico, pues nuestro enfermo no acusó ni en sus antecedentes ni en su estado actual, ninguna afección de carácter general capaz de ser imputable, como favoreciendo la implantación del proceso. Tampoco existieron causales de orden traumático, siendo el curso de la afección casi por completo silencioso. En el caso del Dr. Ercole, el comienzo fué agudo como lo fué también en los casos que cita. En el nuestro, nunca hubo molestias mayores provocadas por la afección, que evolucionó casi silenciosamente, consultando el enfermo preocupado tan sólo por la presencia de un nódulo indoloro, que desde algún tiempo antes notara en la extremidad inguinal del funículo izquierdo.

A continuación transcribiremos resumida la historia clínica, extendiéndonos algo más en la anatomía patológica por considerarla realmente interesante.

Hist. n° 1478. — V. C., de 60 años, soltero, argentino, empleado. Ingresó: 9 de mayo de 1949. *Enfermedad actual:* Hace unos 15 días, nota en la raíz de la bolsa izquierda, una tumoración con el tamaño y la forma de una cereza que sólo provoca sensación de tensión molesta que se irradia al conducto inguinal y al cordón hacia abajo al estar mucho tiempo de pie, pero que alivia por completo al acostarse o con el uso de un suspensor.

*Antecedentes personales:* Blenorragia a los 20 años que trató y cree curada. Dice haber sido siempre sano.

*Estado actual:* sujeto bien constituido, con decúbito indiferente. Examinado clínicamente en sus diferentes aparatos orgánicos no revela nada anormal, salvo tensión arterial de 17 mm. de

máxima y 10 mm. de mínima. Nos detendremos con más detalle en la transcripción del examen de la región afectada. El hemiescrotulo izquierdo se presenta laxo y flácido alcanzando a unos 15 cms. de longitud con el enfermo de pie. Por palpación las cubiertas escrotales están

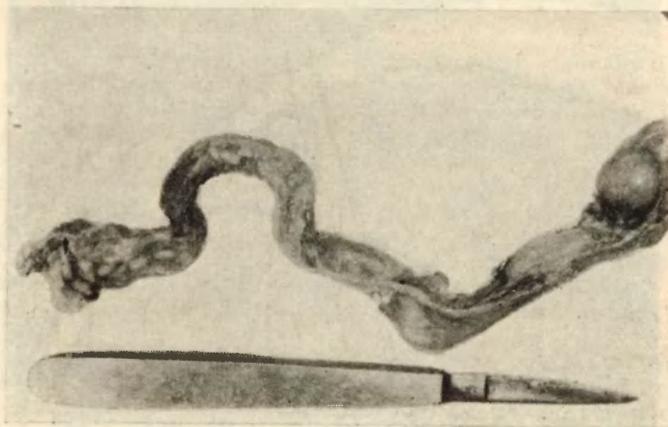


Figura 1

Se ha dispuesto un bisturí debajo de la pieza operatoria para dar idea de la magnitud de la misma

libres; el testículo algo blando y de tamaño normal; el epidídimo grueso y algo irregular pero no duro se encuentra rodeado por formaciones blancuzcas vermiformes y apelotonadas, dando la clásica impresión de paquetes varicosos que se siguen, algo menos desarrollados, todo



Figura 2

Pared de vena con un trombo adherido en vías de organización.

a lo largo del cordón. Llama la atención unas formaciones redondeadas del tamaño y la forma de arvejas una y otras como garbanzos, incluidas en los paquetes varicosos en número de 6 ó 7, las mayores en la parte superior, independientes entre sí, siendo la mayor del tamaño de una

avellana y dispuesta casi en la entrada del conducto inguinal; haciendo poner de pie al enfermo el conjunto aumenta de tamaño por ingulgitación venosa, que no se produce si antes de cam-

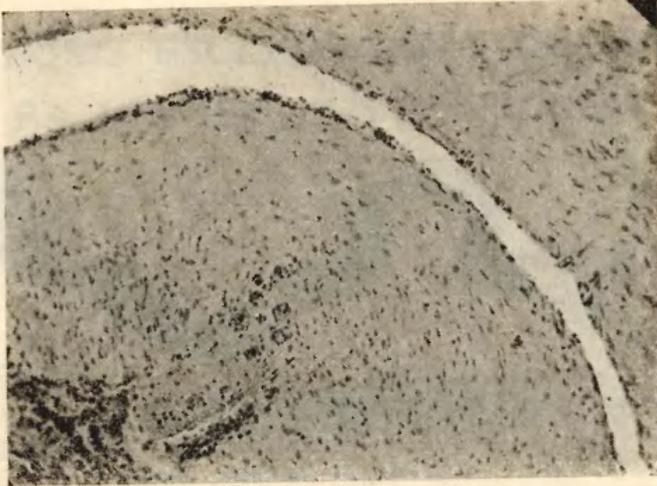


Figura 3

Vena trombosada y seccionada a la altura de una formación nodular. Obsérvese la pared venosa de tipo fibroso y recubierta por dentro de endotelio. El nódulo está constituido por un tejido fibromatoso, adulto también recubierto de epitelio



Figura 4

Testículo del mismo lado mostrando un proceso degenerativo evidente del epitelio germinal y edema intersticial.

biar de decúbito se comprime el cordón en su parte alta. Las demás partes del aparato urogenital no revelan ninguna particularidad. Las orinas son límpidas con caracteres químicos y bacteriológicos normales. Los exámenes hematológicos: recuento lobular, fórmula leucocitaria,

tiempo de coagulación y sangría, eritrocimentación, están dentro de las cifras normales; la serorreacción de Wasserman y la de Kahn resultan negativas.

Del examen clínico que transcribimos se desprende la existencia de un proceso varicocele izquierdo evidente, bastante desarrollado y la presencia de los nódulos que describimos, formando parte del funículo pero cuya real significación no conseguimos precisar, pensando más bien en fibrolipomas del cordón. En estas condiciones decidimos la intervención del enfermo.

*Operación:* Con anestesia local practicamos una incisión inguinoescrotal de unos tres traveses de dedo; se aísla fácilmente el cordón y el contenido escrotal que exteriorizamos. Se verifica que el paquete venoso anterior está grandemente engrosado casi del tamaño de un pulgar, con numerosas y amplias dilataciones varicosas que incluían haciendo cuerpo con ellas las formaciones nodulares que habíamos palpado, y que la mayor de ellas, la que había despertado la atención del enfermo sólo se diferenciaba de las demás por el tamaño y por ser la última de la serie por así decir, encontrándose casi en la entrada del conducto inguinal externo. Por encima de esta última ligamos el paquete venoso anterior que seccionamos entre dos ligaduras disecándolo hacia el otro extremo casi sobre el polo inferior del testículo donde colocamos una doble ligadura extirpando entonces la pieza operatoria. Después de practicar una biopsia del testículo, previa cuidadosa hemostasia cerramos en dos planos, practicando luego un Spica apretado.

El postoperatorio perfecto, cerrando per primam y yéndose de alta el enfermo a los diez días de la intervención. Anatomía patológica: Pasamos a describir la pieza operatoria. Formación con el aspecto y el tamaño de una avellana de unos 2 cms. de diámetro de consistencia firme y englobada en las formaciones que la rodean; por debajo se constatan otros nódulos más pequeños algunos como garbanzos y otros como arvejas y con los mismos caracteres del que describimos más arriba. De esta pieza extraemos material para el examen microscópico cuya descripción va a continuación.

#### HISTOLOGICO

De la pieza extraída se elaboran dos trozos pertenecientes a distintos segmentos del tubo venoso. Uno de ellos en la zona de marcado endurecimiento y otro en distancia en una zona de flacidez. Se fijan con licor de Bouin y se procede con los métodos habituales de aclaramiento, sección y montaje, coloreando los cortes con hematoxilina-eosina y tricrómico de Masson.

A pequeño aumento el trozo de tejido perteneciente a la zona que mostraba un marcado endurecimiento globular, está compuesto por una zona central que describiremos más adelante, y una zona periférica formada por numerosos vasos especialmente venosos, de paredes gruesas con escaso contenido sanguíneo en su interior y con precipitados de hémosiderina en la parte endotelial de su pared.

También corren por alrededor de estos vasos y en un tejido netamente adventicial, algunas pequeñas ramas arteriales y arteriolas que se muestran cargadas de sangre.

Completa el cuadro encontrándose entre estos elementos algunos filetes nerviosos bien conservados.

Estas distintas formaciones están unidas entre sí por tejido celular, laxo en algunas zonas, sobre todo en las más periféricas, que va haciéndose cada vez más compacto a medida que toma contacto con las formaciones centrales, a las que se une, prácticamente de manera insensible, como absorbida por la pared vascular de la zona trombosada.

La estructura intrínseca de la pared de estos vasos está compuesta por histiocitos y sobre todo por fibrocitos muy adultos que forman zonas de hialinización, especialmente en contacto con la masa central. Existen, por

supuesto, capilares numerosos y algunos elementos de neoformación conjuntiva.

La masa central está formada por dos venas, una mayor que otra, muy dilatadas por su contenido. Las paredes de estas venas están constituidas por dos capas de fibrillas musculares, una longitudinal y otra transversal, cuyas características y afinidades citológicas obligan a pensar en un marcado estado de alteración conjuntiva del tipo conectoide. En algunas zonas pierden estas células la orientación característica, adoptando el tipo fibroso en torbellino. La pared interna de estos vasos, libre en una pequeña extensión, está tapizada por una capa endotelial que recubre también a la masa histioide que se encuentra dentro de la cavidad del vaso.

Las cavidades de estos dos vasos, sobre todo la del mayor, están ocupadas por una masa de tejido evidentemente de neoformación que nace francamente de la pared del vaso. Este tejido está formado por *histiocitos* en manifiesta invasión hacia el centro de esta masa ocupante, dejando aún libre la parte más central, constituida por un trombo sanguíneo formado por fibrina, glóbulos blancos y rojos en desintegración necrobiótica. En las zonas más antiguas, las que están netamente en contacto como compartiendo de la pared del vaso, existen numerosos capilares de neoformación y elementos conjuntivos ya adultos entremezclados con linfocitos dispersos. En todo el tejido conjuntivo neoformado hay precipitados de hemosiderina de tipo polvoriento. Llama además la atención y esto explicaría las diversas características que tienen ciertas zonas de esta *trombosis venosa*, que la organización del trombo ha llegado en ciertas partes a un estado histológico tal que adquiere la semejanza de un *pequeño fibroma intravascular*, la mayor parte de las veces en contacto con la parte necrótica del coágulo a la que se une poco a poco mediante la invasión de elementos citológicos conjuntivos jóvenes. Esto permite afirmar el origen formativo de estos pequeños fibromas intravasculares.

La segunda preparación conseguida en una zona alejada y flácida ayuda a completar el cuadro, aclarando netamente su interpretación. En esta zona puede verse un gran vaso constituido por paredes musculares circulares y longitudinales, cuya faz interna toma íntimo contacto con la gran masa central trombótica que prácticamente está unida en toda su extensión, salvo en una *pequeñísima zona en donde todavía conserva el endotelio característico del vaso normal*. Esta masa trombótica está formada por elementos necrosados, fibrina, hemosiderina dispersa. En la parte que está en contacto y unida con la pared vascular se observan los comienzos de organización del trombo formado por una zona de hemorragia surcada por numerosos histiocitos y capilares de neoformación. Es evidente que el proceso trombótico inicial que ha abarcado más de 15 cm. de vasos venosos del plexo pampiniforme, está sufriendo distintas etapas correspondientes todas ellas a los períodos de organización y fijación, pero lo más notable es que no solamente va a la atrofia el vaso, con modificación en tejido de esclerosis, que terminará por destruir el trombo fijándolo, sino que, en su actividad neoformativa este tejido conjuntivo desarrolla, como hemos visto, pequeños fibromas redondeados, que dan la característica tan singular, tal cual vimos en la descripción macroscópica de la pieza operatoria a fin de ver el valor que podrían tener estas formaciones

trombosadas del plexo pampiniforme anterior y desarrolladas en una longitud tan grande; hemos hecho biopsia del testículo, que nos arroja el siguiente resultado: Tubos seminíferos de paredes algo espesadas por una ligera reacción conjuntiva inherente a la pared misma. Epitelio seminífero en estado de degeneración de segundo grado; obsérvanse espermatogonias basales espermato-citos y muy escasos espermátides. En muy pocos de estos tubos el epitelio germinal llega al estado de espermatozoides. En algunos de ellos la insuficiencia es tan marcada que se observan tan sólo algunas espermatogonias basales. A pesar de ese estado de alteración tan marcado del epitelio germinal, se puede constatar que las células de Sertoli permanecen en actividad manteniendo una superficie sincisal bastante característica. El tejido intersticial se encuentra aparentemente edematizado, estando los tubos separados entre sí, no por artificio de preparación, sino por un verdadero estado de edema del conectivo. Algunos vasos arteriales que recorren el tejido intersticial se hallan con las paredes ligeramente espesadas, pero de caracteres normales. En el tejido intersticial encontramos acúmulos de células de Leydig y en algunas partes se hallan estas células como separadas unas de otras por el edema que se interpone entre ellas. Sus características citológicas muestran un cierto grado de alteración sobre todo en las coloraciones selectivas con próstata y vesículas seminales estando su protoplasma vacuolado y grandes vacuolas, habiendo perdido el tipo esponjoideo, característica de estos elementos. Por otra parte, la tinción de los lipoides está muy alterada, existiendo numerosos elementos pálidos en relación a los otros. Sin embargo, el número de células de Leydig no se encuentra disminuído dando un índice de Sergeant y McDonald de un tubo por 29 células.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Puig.* — En estos momentos, tenemos en observación un caso que no es más que la faz aguda del presentado por los Dres. Trabucco y Comotto. Llegó a mis manos con diagnóstico de epididimitis aguda. Establecí el diagnóstico de trombosis del plexo pampiniforme, antes de haberla verificado en el acto operatorio. Intenté la ligadura de la espermática a nivel de la espina iliaca ántero-superior, pero me encontré con la sorpresa de que la espermática a esa altura era sumamente gruesa. Decidí entonces, postergar la ligadura y hacerla un poco más alta; en una segunda sesión hice la ligadura a nivel de la desembocadura de la cava, en que la espermática estaba más delgada. El paciente hoy se encuentra completamente restablecido. Presentaré este caso en una próxima reunión.