

TUMOR DEL TABIQUE INTERESCROTAL

Por los Dres. LUIS M. BREA y DOMINGO A. LUCANO

La circunstancia de haber examinado a nuestro primer enfermo con un tumor del tabique interescrotal y no encontrar en la literatura médica a nuestro alcance ningún caso similar nos ha inducido a su comentario.

M. L. 30 años, casado, enfermero, con antecedentes hereditarios sin importancia y que cuenta entre sus antecedentes personales una uretritis contraída a los 22 años, tratada y curada sin complicaciones.

Enfermedad actual: Hace poco, aproximadamente un mes, en el instante en que iba a bajar un cajón del depósito de materiales experimentó un fuerte tirón en las bolsas, a raíz de lo cual se llevó las manos a las mismas y comprobó la presencia de una nudosidad del tamaño de un grano de maíz. Consultado el médico de la Unidad, éste aconsejó reposo y bolsa con hielo que el enfermo no acotó. A los 8 días volvió a experimentar dolor en la bolsa izquierda y el mismo facultativo diagnosticó epididimitis, aconsejándole penicilina, dihidroestreptomycinina, hielo; con este tratamiento que prolongó una semana, se encontró bien de su lesión genital, en cambio el tumor de la bolsa había aumentado de volumen, razón por la cual fué enviado al servicio de Urología del Hospital Militar Central.

Estado actual: Orinas claras, micciones normales.

Inspección génito urinaria: nada de particular.

Uretra libre al explorador N° 18.

Riñones: no se palpan.

Tacto: próstata pequeña, lisa, elástica, indolora.

Vesículas seminales: se palpan lisas e indoloras.

Testículos y epidídimo: normales. A nivel del tabique interescrotal se palpa una tumoración del tamaño de una ciruela, achatada transversalmente, dura, irregular, ligeramente dolorosa, no adherente a la piel del escroto ni a los planos profundos.

Examn radiológico: 20-11-54, Inf. N° 34371 — Urografía sin anomalías.

Tórax: sin anomalías.

Orina, análisis químico: reacción ácida, densidad 1020, sin elementos anormales, lo mismo que en su sedimento.

Baciloscopía: negativo; cultivos negativos a los 35 días.

Uremia: 0.35 %.

Glucemia: 0.92 %.

Reacción de Wassermann y Khan negativas.

Inoculación al cobayo, de orina y de esperma: negativas.

Intervención quirúrgica: 23 de marzo de 1954. Cirujano, Dr. Lucano; Ayudante, Dr. Morera; anestesia local con novocaina al 1 %. Incisión sobre rafe mediano interescrotal con balsa levantada. En el celular se encuentra la tumoración del tamaño de una ciruela achatada que se disecciona totalmente, comprobándose que se prolonga en profundidad hacia el lado izquierdo y al intentar separarla de la Vaginal se abre ésta incidentalmente, lo que se aprovecha para la exploración de su contenido, no comprobándose modificaciones patológicas. Se cierra la brecha vaginal y el escrito en dos planos, dejando Rubber: a los 7 días se quitan puntos, al 8° es dado de alta.

Biopsia: Inclusión N° 8051, granuloma crónico de tipo foliculoide con frecuente transformación hiliar del colágeno y focos de necrosis. En este punto existe exudado fibrinoso, gran riqueza de células gigantes; no se observan bacilos ácido alcohol resistentes.

Diagnóstico diferencial: Vamos a establecerlo con los tumores orgánicos e inflamatorios.

Los tumores del escreto pueden ser benignos y malignos.

1° *Benignos:*

a) Quiste sebáceo frecuente único o múltiples, de fácil diagnóstico, es producido por la obstrucción del conducto excretor de la glándula sebácea, abundantes en esta región.

b) Lipoma, raro, nace de los elementos grasos del cordón, y evolucionan ya hacia el interior del abdomen confundiendo con la grasa subperitoneal o hacia el escroto. Su diagnóstico es fácil pero es siempre posible su confusión con una hernia o la posibilidad de que ésta exista dentro de la masa grasosa.

c) Hemangioma: linfangioma, fibroma y condroma se diagnostican por su histología.

2° *Malignos:*

Son raros, el único que tiene importancia práctica es el epiteloma, que se presenta sobre todo en los trabajadores de productos derivados del alquitrán, aceites minerales y deshollinadores, tanto que es una enfermedad industrial.

Comienza como una inocente verruga hasta que degenera en un epiteloma.

3° *Cálculos escrotales:*

a) Hematomas calcificados.

b) Cálculos urinarios que ulceran la pared uretral y se alojan en el escroto.

c) Depósitos calcáreos de antiguas fístulas urinarias.

d) Quistes sebáceos calcificados del escroto.

4° *Tumores inflamatorios:*

a) Goma sífilítico, accidente terciario, es a menudo múltiple o se suceden varios muy cerca uno del otro.

Es una induración hipodérmica que más se palpa que se ve, aumenta poco a poco; levantando la epidermis y se abre formando una úlcera orateriforme: al comienzo es un nódulo del tamaño de un guisante a una nuez móvil, indoloro, luego se reblandece, fluctúa adhiriéndose a la piel que se enrojece y adelgaza, terminando por abrirse en una ulceración que despiden un líquido fluido, amarillo turbio o puriforme, la base es de consistencia pastosa y sensible a la presión, los ganglios correspondientes están infartados. Evoluciona en 15 a 45 días.

Responde de inmediato al tratamiento específico.

b) Goma tuberculoso. Se caracteriza porque adhiere precozmente a la piel, que presenta un color violáceo o blanquecino, se reblandece rápida y superficialmente dando una secreción saniosa, purulenta y mezclada con Caciúm.

La ulceración es de forma irregular, anfractuosa, de bordes violáceos, la evolución es lenta durando meses y se acompaña de linfangitis gomosa. Es producida por el bacilo de Koch o por la toxina tuberculosa.

c) Goma micótico: Esporotricótico, actinomicótico, blastomicótico, micetoma o pie de Madura. Su diagnóstico se hace por los cultivos que permiten la identificación del hongo.

d) Leproma: No es único sino múltiple, palpándose como perdigones en el espesor e la piel del escroto, del volumen de un guisante a una nuez, duros y elásticos al comienzo, se adhieren a la piel, que enrojece para más tarde reblandecerse por supuración y dar lugar a ulceraciones donde abundan los bacilos de Hansen.

COMENTARIOS

La rápida revista de los caracteres clínicos de las distintas tumoraciones que pueden localizarse en el escreto que acabamos de enumerar cotejadas con las del tumor que presentaba el caso a que hemos hecho referencia nos permite establecer:

- 1º Que no se trata de un tumor benigno ni maligno.
- 2º Las características no corresponden a ninguno de los tumores inflamatorios específicos.
- 3º Las reacciones serológicas son negativas.
- 4º Las investigaciones bacteriológicas e inoculaciones son también negativas.
- 5º La anamnesis hace presumir que la lesión era anterior al traumatismo y al proceso epididimario y que aquél no hizo más que revelarla y provocar el aumento de su volumen.

El tratamiento de antibióticos curó sin secuelas la epididimitis como pudo comprobarse macroscópicamente por la apertura accidental de la vaginal.

6º La histología nos permite por último clasificarle como un granuloma inespecífico ya que lo único que revela son acúmulos foliculoideos con focos de necrosis y gran riqueza de células gigantes.

RESUMEN

Los autores tratan el caso de un enfermo portador de un granuloma inespecífico del tabique interesrotal, operado y curado, siendo muy rara esta localización de la que no se encuentran antecedentes en la literatura médica consultada.