

Servicio de Urología del
Hospital Rawson,
Jefe: Prof. Dr. B. MARAINI

Inst. de Anatomía Patológica de
la Facultad de Ciencias Médicas,
Jefe: Prof. Dr. P. I. ELIZALDE

Por los Doctores

ARMANDO TRABUCCO y
GUILLERMO IACAPRARO

QUISTE HEMATICO DEL CORDON

CREEMOS de interés la publicación del presente caso que rotulamos como quiste hemático del cordón, interesante no solamente como contribución casuística, por el hecho de ser muy poco frecuente, sino por permitirnos también comentar el concepto patogénico del mismo.

Las colecciones hemáticas funiculares o del cordón han sido magistralmente descritas por Legueu y es su clasificación la que de delimitar en la mayor parte de su periferia, netamente separado de las partes blandas vecinas que lo recubren, asentando ordinariamente en la parte superior del escroto. El quiste en cuestión se halla rodeado de cierto número de hojas celulosas surcadas por numerosos elementos venosos, y salvo el caso de tratarse de un quiste de larga evolución puede siempre enuclearse con facilidad como si se hallara un cómodo plano de "clivaje".

adoptamos. Los derrames sanguíneos enquistados del escroto excluida la cavidad vaginal Legueu los divide en: 1º, hematocele enquistado del cordón; 2º, hematocele del cordón por derrame sanguíneo; y 3º, hematocele del epidídimo. Legueu llama también al hematocele enquistado del cordón, vaginalitis funicular hemorrágica, y únicamente considera como tal los hematoceles en los cuales la evolución del mismo ha sido seguida paso a paso y cuya relación u origen con un quiste seroso anterior no puede dudarse. Se trata en realidad de hematoceles por transformación de un quiste seroso del cordón.

Pueden presentar variaciones de forma y volumen; en general su tamaño es limitado, de superficie lisa y regular, contorno fácil

En general los elementos del cordón permanecen indemnes, y el canal deferente en particular conserva sus caracteres normales y su permeabilidad.

El contenido del quiste, variable, puede ser sero-sanguinolento, francamente sanguíneo, y aún constituir un coágulo único, uniforme de color "chocolate".

¿Cuál es la patogenia de este grupo de hematoceles?; precisamente idéntica a la de los quistes serosos del cordón. Se trata de un derrame en una cavidad serosa en miniatura, resto del canal peritoneo vaginal, el cual obliterado en el adulto; constituye el ligamento vaginal de Cloquet, que viene en forma de cordón fibroso entre los elementos del funículo.

Este ligamento o cordón puede a veces permanecer permeable en toda su extensión o en parte dando lugar a una pequeña cavidad serosa donde puede originarse un quiste. La inflamación de ese quiste seroso, trae alteraciones vasculares del mismo en forma lenta, como ocurre en la pleura, pericardio o vaginal originándose neo membranas en capas superpuestas que delgadas al principio pueden luego engrosarse y adherirse sufriendo transformaciones que van desde el tejido embrionario al tejido conjuntivo adulto. Los vasos de esa serosa modificada se alteran, hay neoformación de elementos capilares y su ruptura constituye en esencia el origen del hematocele.

Lo que prueba la realidad de este proceso patogénico en la transformación de un simple quiste seroso en hematocele, son las pequeñas apoplejías capilares que pueden ser observadas al microscopio en el espesor de la pared de los mismos. Que el vaso que se rompa sea grande, o que varios vasos capilares sangren al mismo tiempo y el contenido del quiste seroso se hace rápidamente sanguíneo y el hematocele está constituido. Pero la transformación en él, es decir la producción de sangre por rotura vascular a continuación de esa serositis plástica no es fatal que se produzca y así ese proceso inflamatorio puede sufrir toda una evolución sin que el contenido seroso sea seriamente modificado.

Curling relata el caso de un quiste del cordón en el cual el contenido era seroso pese el engrosamiento fibroso de la pared. Maligne comenta una observación en la cual el proceso inflamatorio plástico llegó a la transformación cartilaginosa de la pared sin modificar el carácter seroso del contenido.

Carrou, Massiddo citan un caso de quiste seroso cuya cápsula estaba tapizada de estratificaciones fibrosas calcificadas; caso análogo relata Schwartz.

Es decir, que el proceso inflamatorio plástico de un quiste seroso puede seguir todo un ciclo evolutivo, alcanzar la transformación fibrosa, la calcificación, la degeneración cartilaginosa sin transformarse en hematocele; para que éste se constituya únicamente debe aparecer el elemento característico: líquido hemorrágico en su contenido.

Debemos considerar ahora al hematocele enquistado del cordón por hemorragia, segundo grupo de la clasificación de Legueu. Una hemorragia traumática o espontánea trae como consecuencia lógica una colección sanguínea que puede reabsorberse o enquistarse. En este último caso evoluciona como si fuera un cuerpo extraño, provocando fenómenos inflamatorios de reacción sobre los tejidos vecinos que originan la formación de una pared para limitar la cavidad y contener el derrame. Tal el mecanismo y evolución del hematocele por hemorragia. Ziegler y Bluth asignan la causa de esta hemorragia a la brusca presión que sufren los vasos del cordón en los esfuerzos.

Bouison, Berard y Schwartz aceptan igual patogenia. Lewin considera factible la contracción del cremáster como capaz de producir la ruptura de vasos.

Duvergey al relatar 2 casos de hematoceles por esfuerzos, sin varicocele aparente, considera como causa productora, la ruptura de una vena ectasiada. Sin embargo lo frecuente es que esto mismo ocurra durante el esfuerzo en los portadores de varicocele.

El hematoma espontáneo del cordón como también se lo llama al hematocele enquistado por hemorragia, lógicamente se comprende es de fácil diagnóstico; aparición brusca de un tumor renitente, elástico, cilíndrico, ubicado en la parte superior del escroto, dolor agudo, intenso, a veces sincopal irradiado hacia el vientre apareciendo en ocasión de un esfuerzo, a veces con la sensación subjetiva de rotura. Puede el hematoma extenderse a lo largo del deferente y llegar hasta la región prostática, permitiendo el tacto rectal reconocer tal propagación.

La iniciación brusca, el antecedente del esfuerzo, el dolor in-

tenso, pueden en cierta ocasión inducir a pensar en una estrangulación herniaria. A este grupo corresponde el caso relatado entre nosotros por Galvez y Monserrat de hematoma funicular evidentemente traumático obedeciendo a un esfuerzo miccional en un prostático.

Quedan por relatar los hematoceles del epidídimo, tercer grupo de la clasificación de Legueu. Dejando de lado el derrame sanguíneo traumático en el tejido intersticial del epidídimo se consideran en este grupo los quistes epididimarios que sufren la transformación hemorrágica, es decir, reconocen igual patogenia que los quistes hemáticos del cordón diferenciándose únicamente en la localización inicial. Raros por cierto, hay casos referidos por Cooper y Delhaye.

El caso que nosotros presentamos es el siguiente:

HISTORIA CLINICA:

J. C. de 23 años, soltero, argentino, peón. Entra al Servicio el 4 de noviembre de 1935. Alta 20 de noviembre del mismo año.

Antecedentes hereditarios, personales y urinarios. — Sin importancia.

Enfermedad actual. — Comienza hace 8 años, notando que la región escrotal aumenta de tamaño en forma asimétrica a expensas del lado derecho, progresiva y paulatinamente. No siente dolores ni molestia alguna.

La observación cotidiana le demostró que en un principio sólo la glándula testicular, al decir del enfermo, estaba aumentada de volumen y consistencia, quedando en su evolución estacionada durante 6 años.

Hace aproximadamente 2 años nota un nuevo aumento de la región escrotal, pero es elocuente el enfermo, al manifestar que esta nueva "tumoración" es distinta a la anterior; más rápido su crecimiento, más blanda, francamente renitente, adquiere mucho mayor volumen y es también indolora. Visto por un facultativo, recién entonces, se le aconseja una operación, decidiendo el enfermo consultarnos y en la fecha mencionada es internado.

Estado actual. — Hombre bien constituido. Perfecto estado de salud. Apirético.

Examen urológico. — Normal.

Examen genital. — Lado izquierdo: normal. Lado derecho: el escroto aumentado de volumen, del tamaño de un huevo de avestruz, piel con caracteres normales, a la palpación se percibe una entumescencia lisa, francamente renitente en sus 2/3 inferiores, no así en la porción superior, en el sitio que corresponde al cordón, donde da la impresión de ser una tumoración diferente, más chica, lisa y redondeada, que se haya contigua a la anterior, de consistencia firme, muy dura, y también indolora. Resto del cordón, normal. No se consigue palpar la glándula testicular.

Diafanoscopia. — Positiva en los 2/3 inferiores; negativa en la parte superior.

Con examen de sangre y orina normal es operado.

Operación. — Anestesia local. Incisión escrotal. Se punza y evacúa el hi-

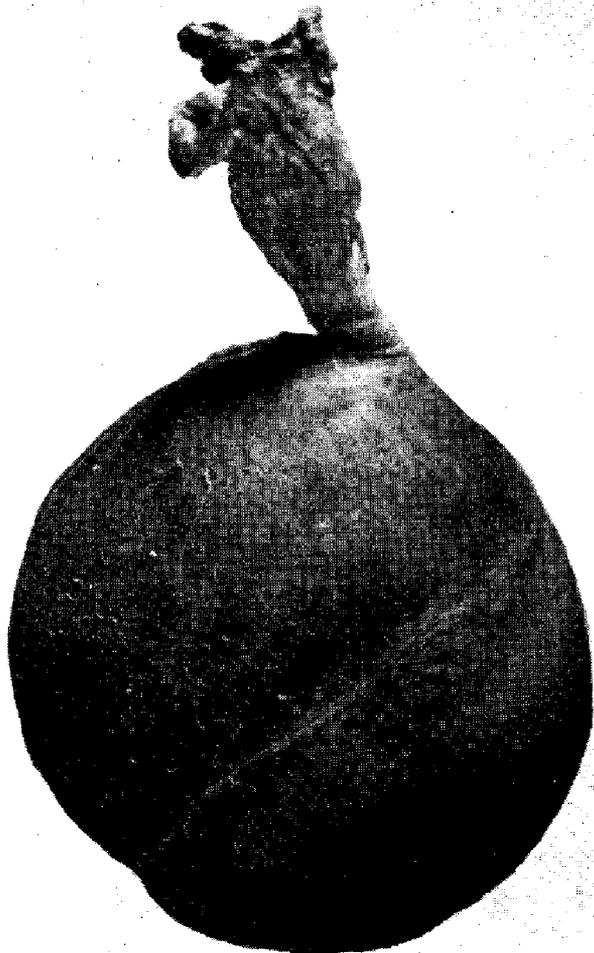


Figura N° 1

La pieza extraída, al tamaño natural.

drocele, líquido citrino y transparente. Inversión de la vaginal. A nivel del cordón, completamente independiente de la cavidad vaginal, se reconoce un tumor del tamaño de una mandarina, duro, con características macroscópicas que luego se consignan, adherido a los distintos elementos del funículo por tejido celular relativamente laxo, que se consigue desprender con relativa facilidad.

El tumor quístico prácticamente enucleado, queda suspendido por un cordón fibroso, resistente, que adhiere fuertemente a la cápsula del mismo como formando cuerpo con ella.

Se aísla dicho cordón, se lo recorre hasta el orificio inguinal externo y se

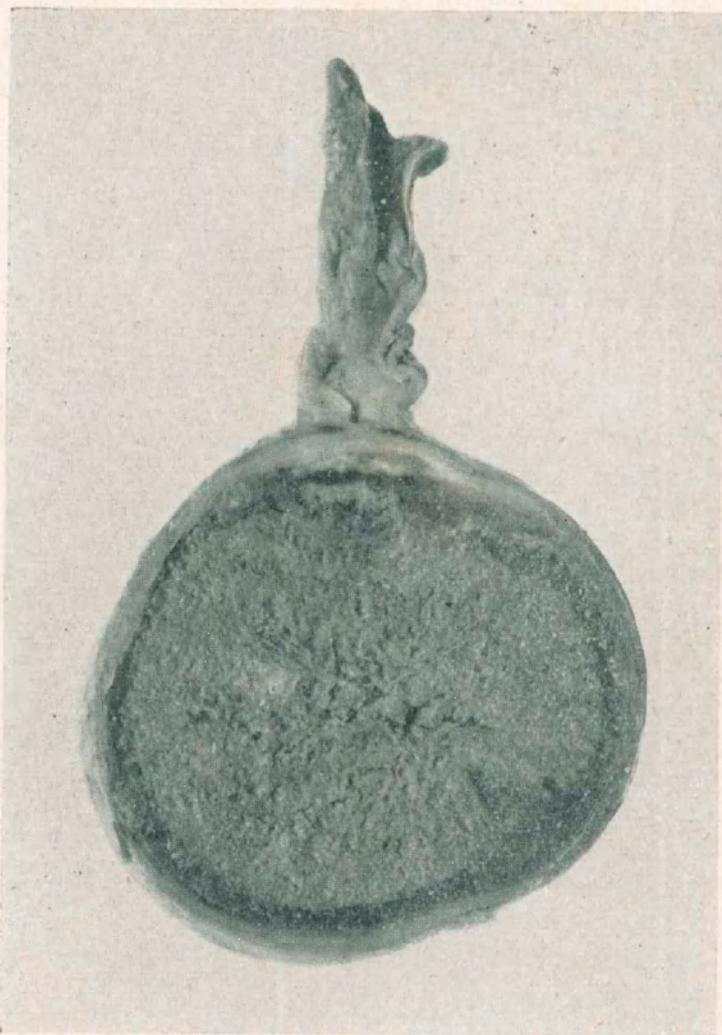


Figura N° 2

Corte ecuatorial del tumor, que permite ver el conducto y el quiste lemmático.

lo secciona, obteniendo así en bloc un tumor esférico y liso como pendiendo de dicho cordón que resulta ser permeable. Se deja pequeño drenaje de crin y se sutura.

Post-operatorio, normal. Alta curado.

El informe anátomopatológico dice lo siguiente:

La pieza extraída es de tamaño aproximado al de una mandarina, de forma redondeada perfectamente regular y de consisten-

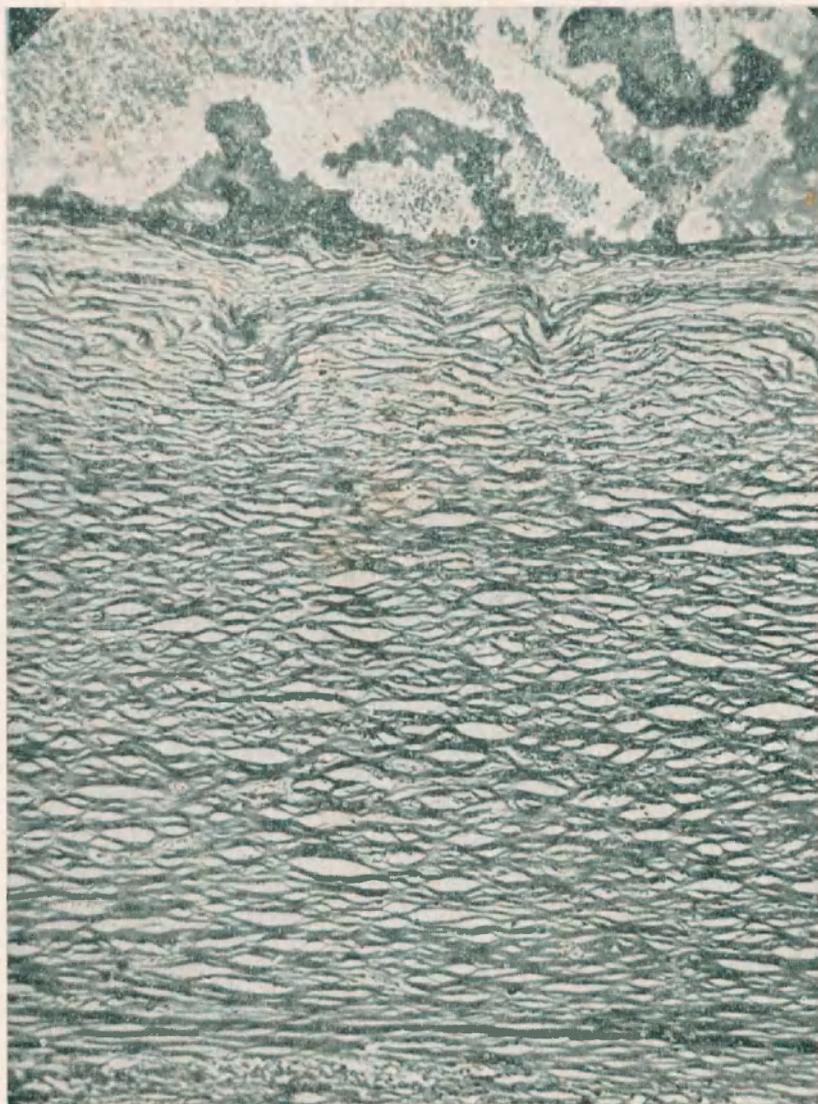


Figura Nº 3

Pared del quiste hemangioma. Obj. 4 x Ocl. 10 de Leitz. Color. Hemalum-Eosina.

cia dura, uniforme y elástica; es de color blanco grisáceo y de superficie lisa. Debemos hacer destacar que una semiesfera de dicha superficie presenta caracteres con algunas variantes respecto a la otra; los rasgos macroscópicos de la que está situada abajo y afuera (ver Fig. 1), se caracterizan por la neta saliencia que hace la línea de

unión con la parte superior y que, tal vez más que saliencia podríamos llamar surco de demarcación o divisorio entre dos zonas cuyas características difieren: en una, mayor dureza, brillantez más intensa, superficie lisa y más pulida que refleja muy bien la luz y que casi podríamos comparar con la imagen que presenta una cara articular de cabeza de húmero; en la otra, caracteres que se asemejan a los de todos los quistes de esta región, es decir, superficie lisa, regular, sembrada más o menos por numerosos vasos sanguíneos, de color gris blancuzco. Como vemos, no presenta esa tersura y brillantez que posee la parte anteriormente mencionada.

En la parte más superior este tumor tiene adherido un trozo de tejido de unos 5 cms. de largo con las características de las membranas comunes, que parece una especie de conducto atrofiado; es blando, y su interior en forma de tubo deja una cavidad suficientemente grande como para que se pueda introducir cómodamente un lápiz; al parecer es ciego en su unión con la masa tumoral.

La sección de esta pieza pasando por un diámetro mediano, interesando no sólo el tumor sino también la parte media del pseudo colgajo, nos permite ver que efectivamente este tejido se une a la masa tumoral sin relación de dependencia.

El corte del tumor nos deja ver asimismo dos zonas de distinta estructura: una, limitante externa que podríamos llamar cápsula, de unos 5 mms. en una mitad y de 3 mms. en la otra, es la que da por su parte superficial las características macroscópicas mencionadas anteriormente. Viendo el espesor de esta zona limitante externa, podemos decir que es de un color blanco grisáceo, de consistencia dura, regular, uniforme y está en relación por su parte interna con otra zona que podríamos llamar central debido a su situación y que es estructuralmente distinta, su color es de un rojo violáceo, su consistencia es blanda y elástica y su aspecto alveolar podría ser comparado con el que presenta un trozo de corcho muy poroso; esta zona no hace hernia en los bordes del corte y deja resumir un líquido rojo negruzco. El desprendimiento con la cápsula es fácil aunque deja adherida a ella una pequeña porción de sustancia.

El examen microscópico de las zonas de esta pieza nos demuestra que se trata de un Quiste Hemático en vías de organización,

compuesto por una cápsula o envoltura cuya circunferencia se puede dividir en dos porciones de distinto espesor pero de igual estructura histológica y, por otra zona central cuya estructura intrínseca es la que presenta el coágulo sanguíneo.

Para el estudio histológico hemos empleado el material fijado por el líquido de Bouin, y, como coloración hemos usado la hematoxilina-eosina, el método tricrómico de Masson y la orceína nítrica de Rubens-Duval. Un trozo de tejido tomado en la parte más ancha de la cápsula nos deja ver una sustancia colágena de estructura uniforme, recorrida en su parte media por una zona que podríamos llamar vascular, conteniendo arteriolas, venas y capilares, elementos cuya presencia no se puede hallar en las partes adyacentes. Este tejido conjuntivo de la cápsula se compone por haces orientados paralelamente a la superficie del tumor. La estructura de estos haces que, a simple vista podrían hacernos creer en la presencia de tejido conjuntivo hialinizado, está compuesta por manojos de pequeñísimas fibrillas que se entrecruzan y apretujan entre sí, adheridas por un sólido cemento, formando un compacto y macizo haz. Estos hacesillos, si bien tienen un predominio evidente de acuerdo a la orientación que dijimos más arriba, no por eso dejan de variar su dirección entrecruzándose y anastomosándose con sus vecinos inmediatos mediante cortas y compactas ramificaciones de igual estructura y limitando entre sí de esta manera pequeñas cavidades intercomunicantes que podría ser considerado bien como un sistema de irrigación lagunar puesto que no encontramos vasos visibles, o bien podrían ser producidas a causa de la retracción por las manipulaciones histológicas. En muchas de estas cavidades podemos ver una sustancia amorfa tipo mucoideo que seguramente debe actuar como elemento cementador. Aplicado a los bordes de los hacesillos podemos ver algunas células conjuntivas con protoplasma aplanado y con un núcleo aplanado y achatado que parece una simple estría o un resalto situado al costado del hacesillo conjuntivo.

Estos hacesillos de tejido conjuntivo fibroso conservan una topografía típica e igual en todo el contorno de la masa tumoral. Son más anchos, más definidos y más nítidos en la parte externa; a medida que nos dirigimos a su borde interno se van afinando y achicando paulatinamente, y así en la parte más interna de la cáp-

sula se nota que la estructura de este tejido fibroso tiene ligeras variantes con los caracteres descritos más arriba; siempre está compuesta por numerosas y delicadas fibrillas pero los intersticios entre estos hacesillos son más pequeños. Los mismos haces son también mucho más chicos, se encuentran más unidos, aumentando este acercamiento más y más a medida que se acercan al borde interno. Unidos al borde interno de la cápsula se encuentran elementos formados por fibrillas de fibrina que se entrecruzan y organizan depositándose en capas de variable espesor, conteniendo elementos de neoformación como ser polinucleares, linfocitos, histiocitos y neocapilares.

Esta capa de fibrina organizada es bastante angosta y se une casi bruscamente con la parte central del tumor, que se compone de una rica red de fibrina dispuesta irregularmente y que contiene en algunas zonas, aprisionados entre sus mallas, numerosos glóbulos rojos y leucocitos, y en otras partes una sustancia grumosa, sin caracteres estructurales definibles, que caracteriza a los coágulos sanguíneos.

El caso clínico relatado por nosotros lo consideramos de acuerdo a la clasificación precedente como hematocele enquistado, simple transformación hemática de un quiste seroso.

La evolución lenta, progresiva, ausencia de todo dolor, falta de todo antecedente traumático, así como la perfecta delimitación quística del tumor, junto con la comprobación anatómopatológica que adjuntamos, nos autoriza a considerarlo como un quiste seroso transformado secundariamente en hematocele.

El cordón permeable que forma continuidad con la cápsula del quiste, resto evidente del conducto peritoneo vaginal, confirma la presunción de que se trata de un hematocele enquistado, primitivamente simple quiste seroso del cordón.

Y la tendencia al proceso inflamatorio o de vaginalitis, se ve confirmado por el hidrocele que se desarrolla a posteriori independientemente del quiste y aislado de él como lo evidencia el relato clínico y operatorio harto elocuente. Y como casuística, el interés radica en el hecho de creer que sea el primer caso relatado en el seno de nuestra sociedad.

Discusión:

Dr. Schiappapietra. — *Pregunta si el pedículo correspondiente al resto del conducto peritoneo vaginal que se ha extirpado, era permeable y hasta que nivel. Desea saber además si se hizo estudio histológico del mismo.*

El Dr. Trabucco contesta diciendo que el pedículo era permeable hasta el nivel del orificio inguinal externo. Por ello no se hizo la reparación plástica de la pared por hernia. No se hizo estudio histológico porque no se consideró de interés.
