

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil — Prof. R. B. Yannicelli

A PROPOSITO DE UN CASO DE POLIORQUIDISMO

Dra. María Teresa Cabrera Roca

Con la colaboración anatómo-patológica de la Dra. Perla Mamán Gamón
(Posta C. de Anatomía Patológica. Dr. Alberto L. Matteo)

El caso que presentamos sólo tiene el valor de las malformaciones poco frecuentes y nos ha decidido su presentación, el no haber encontrado otro caso descripto en nuestra bibliografía nacional y sí, numerosas publicaciones en el extranjero.

Este, como todos los casos, fue de encuentro casual, en un niño que ya había sido operado de su ectopia testicular izquierda y al ser intervenido por su ectopía derecha, encontramos la anomalía.

Embriología

Imposible entender esta malformación sin la ayuda de la embriología. La glándula genital indiferenciada nace del epitelio celónico situado en la pared posterior de esta cavidad entre el cuerpo de Wolff y la raíz del mesenterio. Este epitelio y el mesenquima forman la cresta genital.

Originariamente pronefros, luego evolucionan transformándose en: a) El mesonefros (anterior); b) El metanefros (posterior).

De los restos Mullerianos sólo quedan la hidátide pediculada, hidátides cecil, etc. Una falla en la reabsorción de la zona anterior o mesonefros, podría dar lugar a testículo bipartito o doble. En principio es posible la presencia de más islotes testiculares pero en la práctica no se han encontrado más que dos testículos de un lado. Total tres entre ambas bolsas.

Esta malformación es por lo tanto debida a un trastorno alrededor de la séptima semana. Embrión de 13 a 17 mms., época

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 6 de noviembre de 1957.

en que se produce la diferenciación sexual. El deferente y el epididimo se originan en el conducto Wolfiano. Como también se han encontrado ambos testículos en una sola bolsa (Winiwater, 1905); sólo la operación bilateral puede dar la seguridad de la poliorquidia.

Historia

El primer caso es un encuentro de autopsia y pertenece a Blacius, en 1670. El segundo descrito se remonta a 1880 y pertenece a Ahlfeld, citado en el tratado de embriología de Keibl y Mall, en 1912.

Luego, reuniendo algunos autores citados en los trabajos leídos, tenemos: Lane, 1835; Chevassu, 1898; Boggon, 1933; Jordán and Dodson, 1934; Goldstein y Cassilli, 1939 (Rabdo-miosarcoma y poliorquidia); Cranz, 1942 (cuadro de F. I. D., testículo intra - abdominal); Constantini, 1947; Thiessen, 1949; Smith, Evans, etc., 1950; Carey V. F., 1954; Darrow, 1954; Waile V. C., 1954; Caiphilips, 1956; Coleman, 1956.

Clínica

Clínicamente no es posible hacer diagnóstico.

a) No hay síntomas funcionales.
b) De los signos físicos la presencia de dos tumefacciones en la bolsa, puede tratarse de:

- 1) Quiste de cordón.
- 2) Espermatocitos.
- 3) Tumores } benignos
 } malignos
- 4) Restos embrionarios.
- 5) Vasos supernumerarios.
- 6) Dos testículos en la misma bolsa.

Anatomía patológica

El diagnóstico es: *Anatomo patológico microscópico.*

Sólo la biopsia de ambas tumefacciones presumiblemente testículos pueden dar la seguridad.

Los testículos son generalmente estériles. En nuestro caso el paciente presentaba caracteres sexuales secundarios correspondientes a su edad.

Hay que recordar que son la mayor parte de estos encon-

trados en el curso de ectopias aunque hay casos citados encontrados en accidentes agudos de torsión, tumores, etc.

La intervención debe ser conservadora, pues microscópicamente no es posible hacer el diagnóstico.



FIG. 1.
Testículo I.

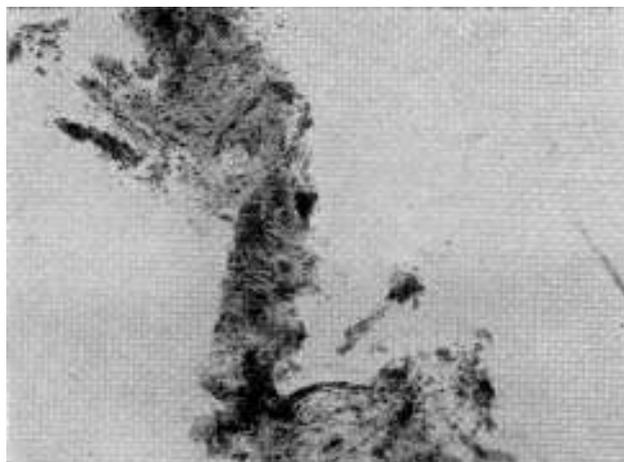


FIG. 2.
Hidátide.

En nuestro caso, la histología de ambas masas dió estructura de testículo normal. Ambas eran independientes y separadas una de otra por unos 2 cms. Una de ellas tenía una hidátide de Morgani y ambos pedículos independientes.

Historia clínica: M. I. P. C. 17 años. Oriental. Procedente del Departamento de Cerro Largo. Operado de criptorquidia izquierda hace dos meses; ingresa para tratarse su criptorquidia derecha.

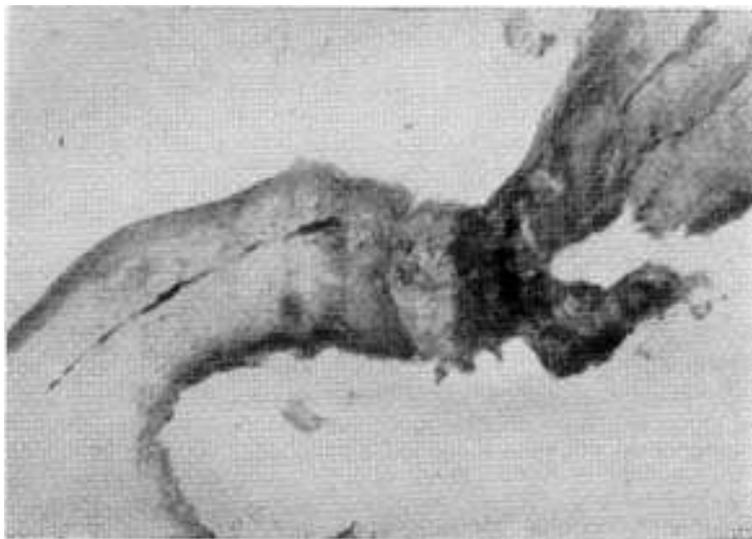


FIG. 3. — Albugínea

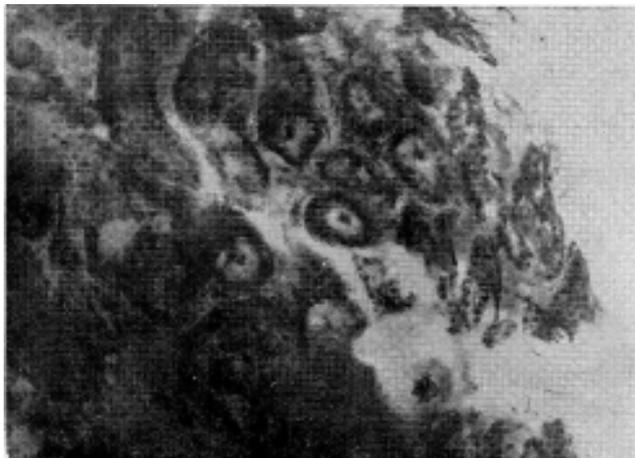


FIG. 4.
Testículo II.

Examen: Región inguinal derecha: ausencia de testículo en bolsa derecha. Se palpá en el canal inguinal pero no se logra descender más allá del orificio externo. Región inguinal izquierda: se visualiza cicatriz

de operación anterior. El testículo se encuentra en la bolsa correspondiente con caracteres normales. Resto de abdomen: s/p. Cardiovascular: s/p. P. A. 12 y 7. Pulso: 80 p.m. Respiratorio: s/p.

Intervención: 28-V-57. Incisión sobre el canal inguinal. Se incide el oblicuo mayor según la dirección del canal. Luego el oblicuo menor se incide muy próximo a la arcada reclinándolo hacia adentro junto con el medio abdomino genital

Se encuentra la disposición que se muestra en el dibujo, donde se ven:
1º Saco herniario.

2º Testículo pequeño de unos 12 mms. de diámetro mayor, al lado del cual se encuentra una hidátide de Morgani.

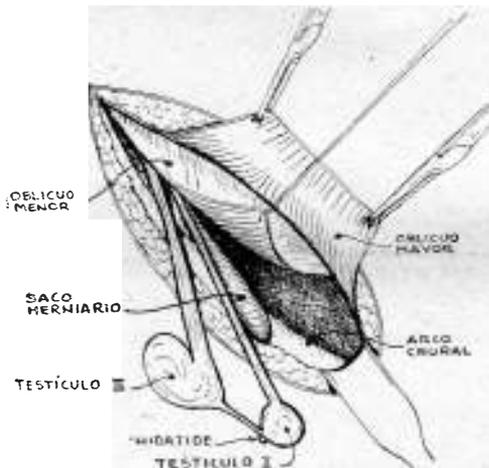


FIG. 5.

3º Una tumefacción mayor de unos 30 x 20 mms., de aspecto similar a un testículo. Liberación y cierre del saco herniario. Se liga y extrae la hidátide de Morgani. Se realiza biopsia de ambos supuestos testículos. Se descienden ambos a la bolsa, colocando el testículo II en la logia extradartóica, pues tiene pedículo más largo, y el I se fija a la bolsa escrotal. Cierre de la pared del canal inguinal por planos. Lino en la piel. Punto de lino en la bolsa. Post-operatorio, bueno. Alta: 31-V-57.

Informe anatómo-patológico: Dr. Alberto L. Matteo.

Se reciben cuatro fragmentos sin fijar, corresponden respectivamente a biopsia de testículo, hidátide y albuginea.

Se incluye el material en su totalidad en tubos debidamente identificados según referencia clínica.

Examen microscópico: Fragmento Nº 1: testículo I; fragmento Nº 2: hidátide de Morgani; fragmento Nº 3: albuginea; fragmento Nº 4: testículo II.

Cada fragmento presenta microscópicamente la textura que corresponde a la procedencia indicada.

RESUMEN

1º Hemos encontrado un caso de poliorquidismo confirmado por la anatomía patológica microscópica, en el curso de una operación de descenso de una ectopia testicular bilateral en el cual el testículo izquierdo presentaba caracteres microscópicos y de desarrollo normales.

2º Es el primer caso de la literatura nacional.

BIBLIOGRAFIA

- CAREY, V. F.: "Report of a case of duplicating of indecended testicle". J. of Urol. 72: 703-704, 1954.
- DAROW, R. P. and HUMES: "Poliochidism. A case report". J. of Urology. 72: 53-56, 1954.
- SAUL KAY and FRANK PHILIPS: "Duplication of left indecended testicle". Repor of a case. J. of Urology. 75: 815-818, 1956.
- H. H. GOLDSTEIN and A. R. CASSILLIS: "Rabdomiosarcom of the cremasterian muscle and concomitant poliorchidisme". J. of Urology. 41: 583-591, 1939.
- H. E. JORDAN and A. I. DODSON: "Poliorchidisme". J. of Urology. 32: 311-320, 1934.
- P. SMITH and EVANS and GARWOLF I. YNDER: "Poliorchidisme". A case report. J. of Urology. 64: 515-517, 1950.
- NORMAN S. THIESEN: "Poliorchidisme". Report a case. J. of. Urology. 49: 710-714, 1949.
- MAN AL OF HUMAN EMBRIOLOGY. Keibel y Mall. Vol. II. Pág. 751 y siguientes, 1912.
- ELEMENT D'EMBRIOLOGIE. A. Celestino Da Costa. Pág. 494 y sig.

Dr. Hughes. — Yo quiero felicitar a la Dra. Cabrera por esta nueva contribución de su entusiasmo a la Soc. de Cirugía, demostrado antes también, con motivo de observaciones pesquisadas en su diario trabajo de cirugía infantil del Hosp. de Niños.

Además, quiero hacer notar que el caso actual tiene un mérito especial, por la extrema rareza de la observación ya que, sin que en este momento pueda precisar exactamente el número de casos publicados de poliorquidia, creo que ellos no alcanzan a 30 en la totalidad de la literatura a nuestro alcance.

Por todo esto, yo reitero a la Dra. Cabrera mis felicitaciones.

Dra. Cabrera. — No quisimos poner números exactos, porque habíamos contado 27, y después aparecieron más casos.

Dra. Cabrera. Agradezco al Dr. Hughes sus conceptos.