

LEUCEMIA HEMOCITOBLASTICA A LOCALIZACION TESTICULAR

Por los Dres. L. M. BREA, D. A. LUCANO, R. A. ANTELO
y G. A. LORETTI

Hemos creído interesante traer a la consideración de los distinguidos con-
socios este caso, que por su extraordinaria rareza ya ha merecido los honores
de una muy bien documentada publicación por parte del Profesor R. J.
Pascualini en colaboración con los doctores G. Bur, G. Loretto, A. H. Riviello,
C. L. Enriori y D. A. Lucano, aparecida en la Prensa Médica Argentina N° 27
del 4/VII/52.

En esa publicación los autores hacen un enfoque endocrinológico de la
afección, algunos de cuyos más medulosos comentarios transcribiremos por
considerarlos de positivo interés, pero nos ha movido a traer a consideración
de esta sociedad el hecho de que se presta a ser tratado desde un punto de vista
uroológico por cuanto la iniciación de su enfermedad fué un proceso urogenital
de difícil rotulación y un análisis de rutina permitió al distinguido hematólogo
del Hospital Militar Central, Dr. G. Loretto despistar en un estudio exhaustivo
el diagnóstico definitivo de la grave enfermedad hematopoyética que le aquejaba.

Observación clínica. — N. N., 37 años de edad, argentino, casado, 3 hijos sanos, no hubo
abortos en su matrimonio, 3 hermanos sanos, madre sana, padre fallecido de cáncer maxilar.
Hombre sano de fuerte contextura física, no da en sus antecedentes ningún dato digno de men-
cionarse.

Concurre a nuestra consulta en las postrimerías del mes de agosto del año 1951, refiriendo
que el 3 del mismo mes había intentado sin éxito practicar un coito, por falta de erección, hecho
que le ocurría por primera vez, notando que sus testículos habían aumentado considerablemente
de tamaño y consistencia en forma absolutamente indolora. Después de esa fecha realiza dos
coitos irregulares, con erección deficiente y sin apreciar eyaculación.

El estado general del paciente era excelente y el examen clínico no comprobó más que el
aumento del tamaño, consistencia y peso de ambos testículos, con sensibilidad normal superficie
lisa, no pudiéndose diferenciar —nitidamente los epidídimos de las masas tumorales testiculares.
Transiluminación negativa de ambos lados. Cubiertas escrotales normales.

Los análisis practicados dieron los siguientes resultados:

Orina: Acida D. 1014, límpida.

Examen químico y microscópico: normales.

Urea en sangre: 0,20 grs. ‰.

Glucemia: 1,05 grs. ‰.

Eritrosedimentación: 1ª hora 4 mm. — 2ª hora 9 mm.

Reacciones de Wasserman, Paquiez, Khan Standard: Negativas.
Khan presuntiva: Positiva
Hemograma: Rojos, 4.120.000; blancos, 7.400; Hemoglobina, 13 gr.

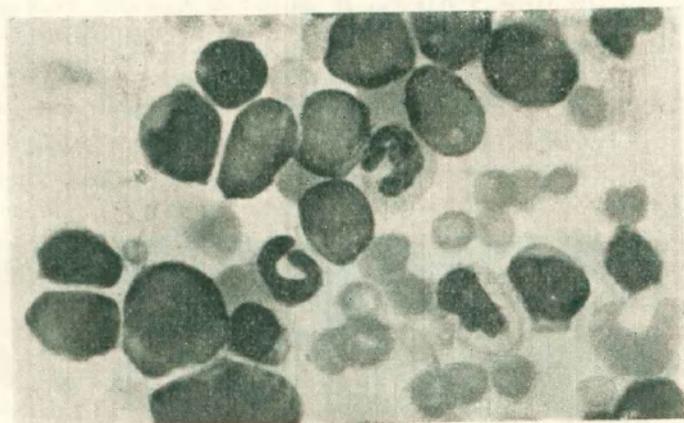


Figura 1

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 68 %; Linfocitos, 27 %; Monocitos, 5 %.
Reacciones de Friedman-Galli Mainini y a la melitina: Negativas.

Ante la falta absoluta de datos que orientaran el diagnóstico tanto clínicos, como de las pruebas de laboratorio, y presentando el paciente un blastoma de testículo bilateral, sin reper-



Figura 2

cusión del estado general, se le planteó la necesidad de realizar una biopsia de testículo que permitiera aclarar el diagnóstico y a lo cual se opuso y dejó de concurrir a nuestra consulta hasta el 27 de noviembre del mismo año '51, en que vuelve y nos manifiesta que si bien

había seguido sin haber observado variación alguna en el volumen de sus órganos genitales que ofrecían los caracteres ya descriptos, sólo aquejaba una discreta anorexia y astenia con decaimiento del estado general cuyas causas no podía precisar.

En estas condiciones lo internamos para realizar un nuevo estudio y la biopsia del testículo a la cual ya no ofrecía inconvenientes.

Al efectuarse los exámenes de rutina de laboratorio en el hemograma que le practicara el doctor Guido Loretti con fecha 4-XII-51, se obtiene el siguiente resultado:

Serie roja, 4.190.000; Serie blanca, 96.000; Hemoglobina, 12 gr.

Fórmula leucocitaria: Promielocita neutrófilo, 7 %; mielocito neutrófilo, 6 %; mielocito eosinófilo, 2 %; mielocito basófilo, 1 %; metamielocito neutrófilo, 5 %; granulocitos neutrófilos lobulados 2 %; neutrófilos lobulados, 36 %; granulocitos basófilos, 2 %; linfocitos, 7 %; monocitos, 2 %.

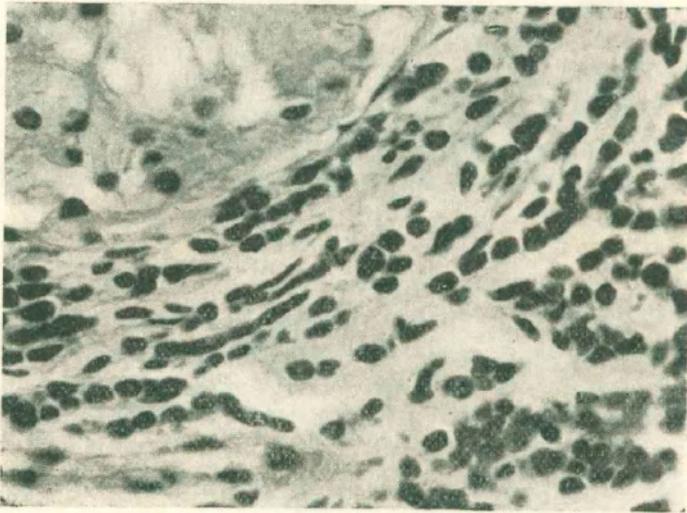


Figura 3

Eritrosedimentación: 1ª hora 18 mm.; 2ª hora 33 mm.

Orina: Normal.

Ya con el sello de la afección surgido del minucioso estudio hematológico efectuado y con el diagnóstico de Leucemia hemocitoblástica hicimos la bopsa bilateral de testículo cuyo resultado según el informe del profesor Dr. Ramón Latienda, es: *infiltración leucémica difusa casi maciza, con desaparición total de los tubos seminíferos, a base de células inmaduras.*

Nuevos hemogramas dan los siguientes resultados:

Con fecha 11-XII-51: Rojos, 2.790.000; blancos, 97.800; hemoglobina, 7,5 gr.

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 38 %; linfocitos, 9 %; monocitos, 1 %; mieloblastos, 52 %.

Con fecha 13-XII-51: Rojos, 2.370.000; blancos, 16.600; hemoglobina, 6 gr %.

Fórmula leucocitaria: Basófilos, 1 %; neutrófilos, 30 %; linfocitos, 8 %; monocitos, 1 %; mieloblastos, 60 %; reticulocitosis, 0,2 %.

Con fecha 15-XII-51: Rojos, 1.860.000; blancos, 67.300; Hemoglobina, 5,5 gr. %.

Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 22 %; linfocitos, 5 %; mieloblastos, 73 %.

Como resumen del examen hematológico el Dr. Loretti dice: Citología periférica: en la sangre circulante los elementos inmaduros adoptan el aspecto de parahemocitoblastos de tamaño mediano, núcleo amplio, lobulado, nucleorado con escaso citoplasma linfoide.

Medulograma: El material se halla constituido por: elementos de tipo hemocitoblástico con el aspecto parahemocitoblástico, que constituyen la casi totalidad del material celular. Escasos elementos de la actividad hematopoyética mieloide de la serie roja y blanca. No se observan megacariocitos ni plaquetas.

Con el diagnóstico establecido es pasado al Servicio de Clínica Médica del Hospital Militar Central, que dirige el Profesor R. Pasqualini., donde se completó el estudio endocrinológico y se trató con transfusiones de sangre diarias y ACHT 37.5 miligramos endovenosa, falleciendo el 19 de diciembre de 1951 con el cuadro típico y completo de la Leucosis Hemocitoblástica aguda.

COMENTARIO

Como surge de la historia clínica relatada, se trata de una enfermedad del sistema hematopoyético de evolución aguda, calificada por el examen hematológico como una leucemia hemocitoblástica de acuerdo a la clasificación de Ferrata y que se inicia subjetiva y objetivamente como una afección genital, impotencia "coendi" y tumor bilateral testicular con la particularidad que la localización y la manifestación clínica testicular precede en casi tres meses a la sanguínea y cuyo diagnóstico no se pudo hacer en esa oportunidad por la incomprensión del paciente que se negó al único examen que en ese momento hubiera podido despistar la verdadera etiología.

Hemos realizado una prolija búsqueda en la bibliografía nacional y extranjera sin haber podido hallar ninguna referencia en un caso similar al que presentamos, tanto en lo que se refiere a localizaciones testiculares en el curso de Leucemia agudas como a iniciación de una Leucemia con un síndrome urogenital.

Por los datos que hemos podido recoger de distintas publicaciones, las localizaciones en órganos como el bazo, médula ósea, hígado, pulmones, riñones, etc., son frecuentes en el curso de Leucemia agudas, mieloideas y especialmente linfoideas cuya rotulación ha sido previamente hecha por los caracteres de los exámenes de la sangre periférica o punciones medulares.

En nuestro caso la iniciación con un síndrome genital a localización testicular, no admite dudas que precedió a las manifestaciones sanguíneas, pues el proceso tenía los mismos caracteres clínicos, que no sufrieron modificación en el curso de la evolución, desde el comienzo de la enfermedad, en que el primer hemograma reveló una absoluta normalidad de la fórmula hematológica.

Desde un punto de mira histopatológico es de señalar cómo la extraordinaria proliferación de elementos mononucleares de tipo histiocitoide, de origen mesenquimático, de diversos tamaños, con núcleos reticulados y de aspectos semejante a los comprobados en la sangre periférica y a los de la punción medular invade en forma difusa el tejido propio del testículo reemplazando la conformación histológica normal de la glándula hasta el punto de observarse sólo restos de tubos seminíferos con escasa gonias basales y células de Sertoli muy vacuolizadas.

Es evidente que el mismo carácter de inmadurez que se observa en los elementos sanguíneos se repite en los que han invadido el tejido testicular destacando de este modo la unidad etiológica del proceso y el sello que caracterizó la evolución aguda de la enfermedad encontrándose los elementos en un estadio histocitario previo a su orientación linfoidea o mieloidea típica.

Con el objeto de hacer más completa esta comunicación queremos destacar algunas de las interesantes conclusiones a que arribaron el Profesor R. Pasqualini y colaboradores y que transcribimos:

1° A pesar del grave estado general y de la destrucción masiva testicular, excreción normal de 17 cestosteroides y aumento de 11 oxisteroides y la res-

puesta al tratamiento con ACTH, que revela la conservación de la actividad suprarrenal espontánea, con capacidad de reacción al estímulo córticotrófico.

2º Hipergonadotrofinuria que no considera imputable a la anulación funcional del testículo y que por ser del tipo "A", es probablemente de origen hipofisiario y no debida a una hiperplasia del tejido hematopoyético.

De manera pues que destaca la actividad córticosuprarrenal conservada con hiper-reactividad de la misma. Actividad gonadotrófica hipofisiaria aumentada y factible de disminución por el estímulo córticotrófico.

Dicen los autores: Los cambios hormonales comprobados son insuficientes para dar base a alguna interpretación patogenética de las leucemias, pero no debe olvidarse que al mismo tiempo que una anomalía hormonal puede existir también una anomalía en los órganos efectores que figurando entre los tejidos mesenquimáticos hemopoyéticos, no en su ubicación específica sino también en territorios que conservan una capacidad metaplásica, como ocurre en el caso presente en lo que se refiere al testículo, cuya infiltración masiva forzosamente hay que admitir como de origen metaplásico. Por otra parte, no debe olvidarse que las hormonas de "stress" especialmente los corticoides, tienen como sitio de acción predilecta los tejidos de origen mesodérmico".

En resumen, podemos decir que de esta observación clínica surgen algunas conclusiones que conceptuamos de interés práctico.

a) La posibilidad de tener presente en el diagnóstico diferencial de los blastomas de testículo sobre todo si presentan la particularidad de subilateralidad, las leucemias agudas por cuanto si bien nosotros no hemos hallado referencias bibliográficas de casos semejantes al nuestro, ignoramos si existen estudios histopatológicos que demuestren la localización testicular en el curso de leucemias agudas. Creemos que esta localización no tiene de por sí ninguna característica especial por cuanto existen en el testículo suficiente tejido retículo-endotelial para justificar la presencia de elementos mesenquimáticos histiocitarios como los observados. Sería pues interesante y en ello hacemos una invitación a los especializados para investigar en sucesivos casos de leucemias agudas el comportamiento de los testículos y su participación en la enfermedad hematopoyética.

b) El hecho de la concomitancia de la lesión testicular con hemogramas normales está justificado por el período aleucémico con que se inician generalmente las leucemias agudas, por lo cual adquiere importancia el tener presente la posibilidad de esta rara localización genital y pensar en ella aún cuando los hemogramas sean normales.

c) Insistir por cuanto creemos que nunca será lo suficiente, en la necesidad de practicar en forma sistemática, biopsias o punción biopsia, ante toda neoformación testicular. Reconocemos el haber cometido el error de indicar la biopsia por intervención quirúrgica que fué el motivo por el cual el paciente se negara a ello por cuanto no es siempre fácil hacerles comprender la verdadera importancia de este recurso diagnóstico, y por que bien sabemos que toda intervención sobre los órganos genitales crean complejos fáciles de comprender, que pueden ser obviados por la punción biopsia, como muy bien lo hacen destacar numerosos autores, entre ellos Lacal y Loretto en el año 1943 haciendo resaltar que se trata de un método valioso e inocuo ensayado por primera vez por Leyden en 1883, y entre nosotros por Picena, Tobías, Fernández Ithurrat, Pavlovsky y muchos otros, que han puesto en evidencia las ventajas de este

medio diagnóstico. Claro está que de él no podremos esperar la información que nos puede dar la biopsia operatoria, pero sí elementos suficientes para una orientación diagnóstica de sumo valor.

En síntesis se presenta una observación de leucemia hemocitoblástica que se inicia con el cuadro de una afección genital caracterizada por una tumoración testicular bilateral, cuyo diagnóstico definitivo lo dió el cuadro hematológico y fué ratificado por la biopsia testicular.

Hacemos resaltar la necesidad de tener presente en el diagnóstico diferencial de los blastomas de testículo la localización leucémica rara pero no imposible en los órganos genitales y la necesidad de recurrir en forma sistemática a la biopsia operatoria o más sencillamente a la punción biopsia ante toda enfermedad testicular que ofrezca la más mínima duda y sobre todo cuando se trata de lesiones de carácter blastomatoso.

DISCUSIÓN

Dr. Armando Trabucco: Realmente la iniciación a forma testicular de un proceso aparentemente sanguíneo no deja de tener un gran interés. Evidentemente es un proceso que se inicia en el tejido retículo endotelial y su foco ha sido testicular. La metaplasia se inicia como dice el Dr. Brea.

Discrepo un poco con respecto a la aceptación de la biopsia. Creo que la punción biopsica saca un conglomerado de células donde no se percibe la arquitectura y lo importante es esto.

En cambio con la biopsia operatoria se pudo hacer el diagnóstico y quien sabe si sólo con la punción se hubiera podido efectuar.

Dr. Juan Irazu: Quisiera preguntar si se había hecho la autopsia general del paciente, porque creo que no sería raro que con ella se hubiese revelado el estado de las suprarrenales.

Dr. Luis M. Brea: En cuanto a lo expuesto por el Dr. Trabucco, lo compartimos completamente, y tanto es así que insistimos sobre la biopsia operatoria.

A veces esta punción biopsica ofrece menos dificultades. De cualquier forma, nosotros creemos que si bien la biopsia por punción no hubiera dado toda la abundancia de datos, tal vez en ese primer instante nos hubiera hecho presumir ya la presencia de una grave enfermedad testicular, que obligaría al paciente a decidirse por la intervención. En ese sentido estamos completamente de acuerdo.

También pensamos que si se hubiera hecho una punción biopsica no sé si hubiera podido ocurrir, pero creo que el diagnóstico en el momento oportuno hubiera permitido

En cuanto a la pregunta del Dr. Irazu, infórmole que no pudimos practicar la autopsia. El diagnóstico previo confirmado impidieron rever el permiso para hacer la autopsia. Pero en cuanto a la integridad de la glándula suprarrenal, el Prof. Dr. Pascalini, consideraba que la glándula estaba muy sana.