

Hospital Angel C. Padilla. San Miguel de Tucumán.
Servicio de Urología. Jefe: Dr. Oscar A. Fonio.

DISEMBRIOMA TESTICULAR MALIGNO

Por el Dr. OSCAR A. FONIO y el Prof. Dr. DACIO DEZA CENGET

El caso que vamos a relatar lo consideramos especialmente interesante por su extrema rareza, ya que en él se combinan, las imágenes histológicas de los tumores típicamente testiculares (seminoma y corionepitelioma), en forma simultánea con desarrollos blastomatosos propios de los tumores mixtos, tri-dérmicos, en evolución histioide embrionaria.

Nos hace pensar nuestra observación, en la razón por la cual muchos de los investigadores modernos (Oberndorfer, Ewing, Wilms), asignan a los tumores de testículo, sin distinción, el carácter de disembríomas.

En lo que respecta a la clasificación de los tumores de testículo, existen dos tendencias: 1) la de la escuela francesa (Chevassu), que agrupa las neoplasias según su estructura histológica (clasificación común) y 2) la moderna con Oberndorfer (Tedesco) y Ewing (N. Americano), que se orienta por el origen único de los blastomas testiculares a partir de células indiferenciadas, considerando a cualquier tumor testicular de origen embrionario.

Este criterio se ajusta a la evolución y origen de muchas variedades malignas, pero no se puede negar, que no es aplicable a los rarísimos casos de neoplasias homeotípicas adultas, cuya histogénesis reconoce un origen parenquimático o estromático.

A pesar de la rareza extraordinaria de los blastomas benignos puros, nos inclinamos por la clasificación histológica pura, agrupando las formas específicas de los tumores testiculares, entre los "disembríomas teratoídes", de acuerdo a las presunciones establecidas por Wilms.

Si no existe aún unificación de criterios acerca del mejor modo de clasificar los tumores testiculares, se debe en primer lugar, a que gran número de casos relatados o publicados, no se presentan con la debida documentación micrográfica y en muchos de ellos (citados por Businco y Pepere), descriptos como tumores benignos conjuntivos, se demostró al examen exhaustivo del material histológico, tratarse de verdaderos disembríomas de tipo adulto, constituidos por diversas especies de tejidos mesodérmicos.

A los efectos de ubicar el caso de nuestra observación, presentamos una nueva clasificación de tendencia netamente histogénica, respetando los grupos benignos conjuntivos y epiteliales, que no por raros, dejan de ser demostrables.

Tumores de Testículo	Conjuntivos	benignos	}	fibroma lipoma míxoma condroma osteoma	
		malignos	}	sarcomas intersticiomas (Kauffman)	
	Epiteliales	benignos	}	adenomas	
		malignos	}	carcinomas	
	Mixtos (disembriomas)	simples (monodermonas)	}	seminoma	
		complejos (bi y tridérmicos)	}	teratomas (organoides)	
				}	sólidos quísticos
				}	carcinosarcomas corionepiteliomas embrionarios malignos (1) formas hipernetroides (2)

(1) Formas que han sido confundidas con sarcomas y carcinomas.

(2) Muy raras, descritas por Ciaccio.

Historia clínica.—El enfermo M. A., ingresa al Servicio de Urología de uno de nosotros (Fonio), el 25 de agosto de 1953; tiene 25 años de edad, es argentino, soltero, empleado de Correos y Telecomunicaciones (cartero), domiciliado en San Miguel de Tucumán.

Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: Nacido en Tafí Viejo (Tucumán), de parto eutócico; lactancia materna; enfermedades comunes de la infancia; niega venéreas; exoneraciones normales; bebedor y fumador moderado (1/2 litro de vino tinto y 10 cigarrillos diarios).

Antecedentes de la enfermedad actual: Desde hace tres meses dice que nota aumento progresivo del tamaño de testículo derecho, sin dolor y sin antecedentes de infecciones o traumatismos recientes ni alejados.

Estado actual. Buen estado general y de nutrición; peso y apetito conservados; mucosas de coloración normal; apirético; pulso rítmico, regular, de frecuencia normal y tensión arterial normal.

Al examen del aparato genital, se constata una tumoración de bolsas, lado derecho de 10 ctms. de largo por 6 ctms. de diámetro, lisa, indolora, almásica, no adherente al escroto, que a la palpación ofrece una consistencia semidura, elástica, renitente, uniforme, impresionando como un hidrocele a tensión.

No se palpan ganglios y el cordón espermático no presenta anormalidades. El paciente manifiesta que su actividad sexual es normal.

Guiados por nuestra primera impresión diagnóstica, no hemos considerado necesario punción exploradora, ni diafanoscopia; tampoco hemos investigado los signos de Chevassu y Sebileau, ni solicitado reacción de Aschheim-Zondek.

Análisis: Recuento global: rojos: 4.800.000; blancos: 7.200. Fórmula leucocitaria: N. 66%; L. 28%; M. 6%. Eritrosedimentación: 1ª h. 2 mm.; 2ª h. 4 mm.; Id. Ktz. 2. Uremia: 0.27%. Glucemia: 0.81%. Wasserman, Kahn y Pagniez: negativas. Orina: límpida, amarillo ámbar, sedimento escaso; densidad: 1.021; ácida; no contiene elementos anormales; al examen microscópico: regular células epiteliales, escasos leucocitos y escasos cristales de oxalato de calcio. Sedimento coloreado: escasos gérmenes saprófitos.

Operación (29 de agosto de 1953).—Anestesia local. Cirujanos: Fonio y Fainman. Incisión inguinoscrotal de unos 6 ctms. Aislada y exteriorizada la tumoración, se constata que contrariamente a lo que esperábamos, no se trataba de un hidrocele, sino de un tumor sólido, que confirmamos al abrir la vaginal y observar la vascularización anormal de la albugínea. La vaginal no era adherente. Praticamos la hemicastración; y los elementos del

cordón que no presentaron anomalías macroscópicas fueron ligados separadamente y en conjunto, seccionándolos lo más alto que nos fué posible.

Postoperatorio: normal.

Constatado nuestro error diagnóstico inicial, hemos examinado prolijamente al paciente, buscando infartos ganglionares abdominales y en fosa supraclavicular izquierda, con resultado negativo. Tampoco se observó ginecomastia, ni signos de metástasis pulmonares, mediastínicas, hepáticas, etc.

El enfermo es dado de alta de cama el 8 de setiembre ppdo. y dirigido al Director del Instituto de Fisioterapia y Oncología de la Universidad de Tucumán, Dr. Silvano Rossi, quien en el Instituto Regional de Oncología, le practica Radioterapia, de acuerdo a la siguiente técnica: campo inguinal derecho de 10 x 10 con borde inferior a la altura de la raíz del pene: campo abdominal lado derecho de 10 x 15 rebazando en 2 cms. la línea media hacia la



Fotografía del corte del tumor

izquierda: campo epigástrico de 10 x 10 centrado; campos homólogos a los anteriores lumbodorsales. Se irradian dos campos por día, menos cuando corresponde al campo epigástrico, por náuseas, vómitos y epigastralgias, a razón de 200 R por sesión y con un plan de 2.000 a 2.200 R por campo.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

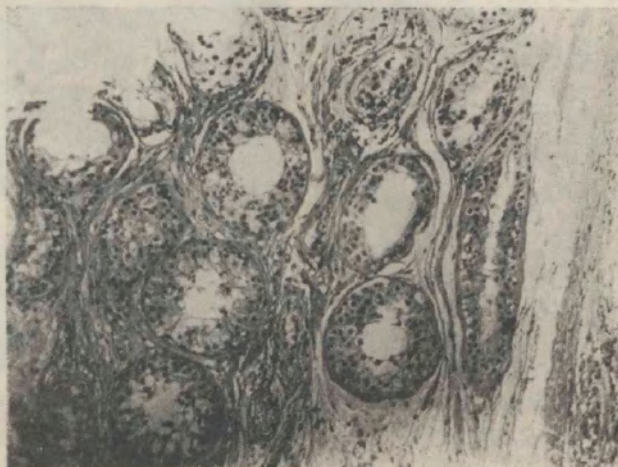
Examen macroscópico: Al examen del corte de la pieza operatoria, se constata un tumor bien encapsulado, de aspecto microquístico, de coloración amarillo grisácea, notándose a nivel de los polos, pequeñas sufusiones de tipo hemorrágico. El aspecto relativamente uniforme de la neoplasia se ve interrumpido por pequeños núcleos, uno de aproximadamente 1 ctm. de diámetro de aspecto papilar veloso en la región postero inferior e inmediatamente por debajo y adelante otro más pequeño de aspecto mucoso.

En ninguna zona de la periferia, el tumor infiltra las tunicas testiculares. El órgano en sí ha desaparecido reemplazado por la masa tumoral; queda visible únicamente la región posterosuperior de la cabeza del epidídimo, cuya porción anteroinferior se encuentra infiltrada por el desarrollo tumoral.

Examen microscópico: Métodos empleados: inclusión en parafina; coloraciones: método común, hematoxilina eosina, hematoxilina férrica y Van Gieson.

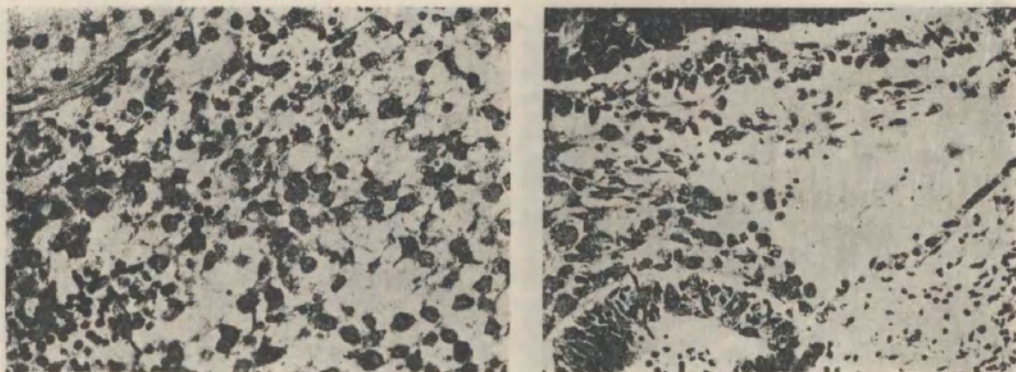
El tumor se encuentra perfectamente encapsulado a expensas de una envoltura colágena, con frecuentes vasos hialinizados, que rechaza contra las envolturas externas testiculares, los

restos de tubos seminíferos, con las siguientes alteraciones: esclerosis de las basales e intensas proliferaciones de las células de Sertoli, que forman conglomerados compactos que ocupan la totalidad del tubo (Microfotografía N° 1).



Micrografía 1. — Hiperplasia de los canaliculos a expensas de las células de Sertoli.

El tumor se caracteriza por un extraordinario polimorfismo y así se pueden describir las siguientes estructuras en distintas regiones: 1º una imagen de seminoma puro, con el clásico aspecto de conglomerados celulares de bordes difusos y constituidos por elementos cuyo protoplasma deja entrever un abundante acúmulo de lipoides (Micrografía N° 2).

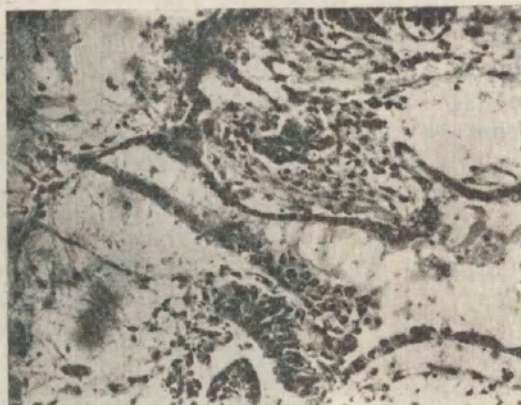
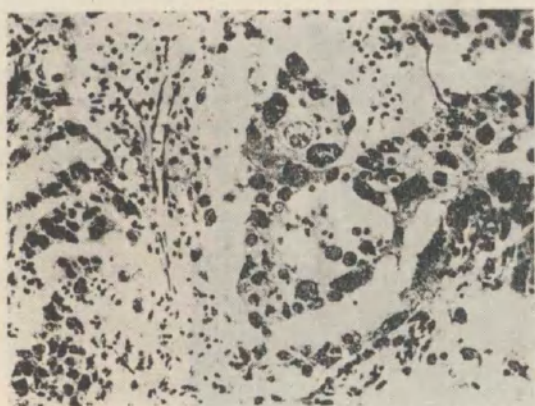


Micrografía 2. — Aspecto clásico del seminoma: células vacuoladas, bordes difusos, ricas en lipoides.

Micrografía 3. — Transformación del epitelio de una pseudovello-sidad, en elementos corioblásticos.

2º formaciones adenomatosas constituidas por cordones de células en parte cilíndricas, en parte cúbicas, ampliamente anastomosadas y que se caracterizan por la evolución atípica de sus componentes. Entre éstos se observan grandes células de núcleo monstruoso, al lado de elementos pequeños redondos en relación núcleo plasmática típicamente embrionaria (Micrografía N° 3).

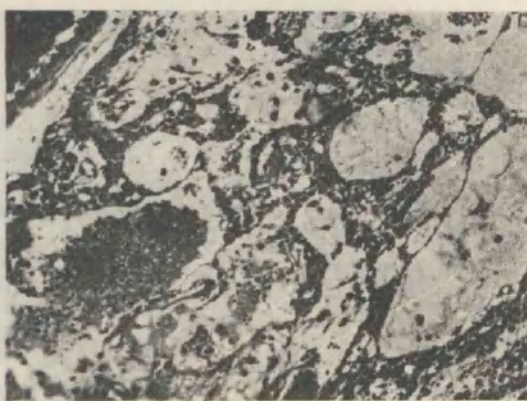
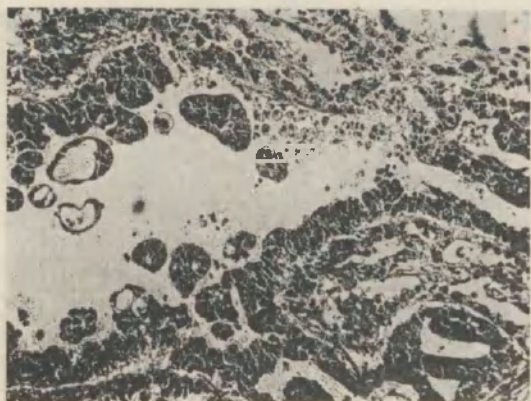
Los espacios libres entre las mallas, están constituidos por capilares de tipo sinusoidal. En síntesis en estos campos, si no existieran otros, diríamos se trata de una forma adenoide de adenocarcinoma.



Micrografía 4. — Zona de aspecto característico del corioepitelioma: células de tipo sincicial y monstruosidades nucleares (pseudovello-sidad).

Micrografía 5. — Proliferaciones blastomatosas de tipo sólido y elementos de tipo mixomatoso (metaplasia). Zonas limitadas por epitelio cúbico de aspecto pseudovello-sitario.

Estas formas adenomatosas, sufren variaciones interesantes como ser: (dentro del mismo campo marcado) formaciones pseudopapilíferas, que con frecuencia presentan monstruosidades celulares con grandes vacuolas (Micro N° 4).



Micrografía 6. — Trabéculas de tipo endodérmico y formaciones mesenquimales en proliferación desordenada y sin límites precisos.

Micrografía 7. — Aspecto de disembriona típico: fibro-mixo-angio-endotelioma.

3º Proliferaciones de aspecto cordonal sólido, irregulares, cuyas zonas periféricas se continúan insensiblemente con un tejido de tipo mixomatoso, limitado por un endotelio apla-nado o cúbico muy regular y cuyo aspecto recuerda el de las vellosidades embrionarias (Micro N° 5). Es posible observar en algunos campos que estas formaciones en corte transversal

presentan un capilar central repleto de glóbulos rojos. Continuando la observación de estas formaciones que son siempre de trayecto muy irregular, cabe observar como el epitelio que rodea estas vellosidades, se transforma en un revestimiento francamente atípico constituido por células en distintos grados de evolución, siendo frecuentes los grandes elementos sincitiales de tipo Langhans. En estas zonas el tumor presenta aspecto corionepiteliomatoso.

Al lado de estos tipos fundamentales existen estructuras blastomatosas constituidas por tejidos mesodérmicos y endodérmicos sin limitaciones precisas y entremezclándose entre sí (Micro N° 6).

En síntesis tratase de un quisebrioma histioide tridérmico, en el que es posible observar como estructuras no frecuentes, porciones de seminoma y de corionepitelioma, alternando con estructuras teratoides complejas.

De carácter maligno en todas aquellas regiones de aspecto epitelial demostrable por la existencia de frecuentes figuras de mitosis en metafase normal y otras francamente patológicas, tripolares.

Completan el cuadro histológico, zonas de necrosis extensas y hemorragias difusas.

CONCLUSIÓN

Mantenemos la esperanza de haber controlado definitivamente la neoplasia de nuestro joven enfermo, en el estadio puramente local, sin que se haya ni tan siquiera insinuado en el período de generalización y si así no fuera que las irradiaciones hayan sido oportunas, para que no resulte en este caso, aquello que "con frecuencia, por más temprano que se llegue, se llega tarde". Esperamos de acuerdo con Dean, que transcurran 8 meses de la operación, para solicitar la reacción de Aschheim-Zondek, o la técnica simplificada de Powel como lo hacen Irazu y Pujol, que entre nosotros se han ocupado del tema, para poder formarnos un juicio más exacto, en lo que respecta al pronóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackermann, R. — Cáncer, Pág. 713; ed. U.T.H.A., 1951.
2. Angulo, R. — Tumor de testículo diagnosticado precozmente Rev. Arg. de Urología, N° 9-10, pág. 432, 1939.
3. Berblinger, W. — En Aschoff, Tratado de Anatomía Patológica, pág. 560; Ed. Labor, 1950.
4. Castaño, E. — Lecciones Clínicas y Terapéuticas de Génito Urinarias, pág. 239, 2ª ed.
5. Cieza Rodríguez, M. — Cáncer primitivo de testículo, El Día Médico, N° 17, pág. 310, año 1941.
6. Clerici, U. y Manzini, C. — Anat. Pat. dell aparato genitale. En Peperè y Businco, Trat. Anat. Pat., v. III, pág. 38, 1950.
7. Dotta, J. S. y Delporte, T. — Nuestra experiencia con las reacciones biológicas en los tumores de testículo, Anales del IV Congreso Americano y I Chileno de Urología, p. 1117, 1950.
8. Ewing, J. — Oncología; pág. 899 y sigts.; Ed. Salvat, 1948.
9. Gazzolo, J. J. — Tratado Práctico de las Enfermedades de las Vías Génito Urinarias.
10. Granara Costa, A. y Aimó, M. A. — Tumor maligno encapsulado de testículo, Rev. Arg. de Urología, N° 7-12, pág. 470; 1947.
11. Irazu, J. y Pujol, A. — Tumor de Testículo, Rev. Arg. de Urol. N° 11-12, p. 673, 1939.
12. Irazu, J. y Pujol, A. — Valor diagnóstico de la reacción de Aschheim-Zondek, Rev. Arg. de Urol. N° 3-4, pág. 195; 1941.
13. Kaultmann, E. — Anat. Pat. Especial, t. II, pág. 1301; 1939.
14. Llanos, M. A. — Cáncer del aparato genito urinario, Rev. Arg. de Urol. N° 3-4, p. 168; 1940.
15. Lowry, E. C., Beard, D. E., Hewitt, L. W. y Barber, S. L. — Journal of Urology, 46, 55, p. 373, Resumen en Rev. Arg. de Urol. N° 1-6, p. 65; 1947.
16. Lowesley, O. S. y Kiwlin, T. S. — Clínica Urológica, t. I, p. 459; ed. 1945, castellana.
17. Maisonne, J. — En Basset, A., Constantini, H., Jeanneney, G., Maisonne, J. y Migiainac, G. Nuevo Tratado de Patol. Quirúrgica; t. VI, Urología; 1937.

18. *Mathis, R. I. y Alvarez Colodrero, J. W.* — Gran tumor abdominal por blastoma de testículo ectópico. *Rev. Arg. de Urol.* Nº 9-12, pág. 175: 1950.
19. *Pérez Irezabal, J.* — Tumor de testículo con metástasis lumboabdominal voluminosa, asociado a pionefrosis tuberculosa del mismo lado. *Archivos Españoles de Urología.* Nº 2, pág. 154: 1952.
20. *Rebaudi, L., Capri, C. F. y Saubidet, J.* — Tumores de testículo. *Rev. Arg. de Urología.* Nº 7-12, pág. 358: 1945.
21. *Rebordi, F. y Palazzo, R.* — Teratoma maligno de testículo. "La Semana Médica", Nº 8, pág. 558: 1945.
22. *Rubi, R. A.* — Tumor de testículo y epidídimo. "El Día Médico", XIV, p. 970: 1942.
23. *Rubi, R. A.* — Seminoma de testículo ectópico descendido quirúrgicamente a las bolsas. *Rev. Arg. de Urol.* Nº 7-8, pag. 171: 1945.
24. *Rubi, R. A. y Grimaldi, A.* — Seminoma de testículo ectópico. *Rev. Arg. de Urología.* pág. 371: 1946.
25. *Sandro, R. E. y Marrugat, O. E.* — Teratoma de testículo con proliferaciones corioepiteliomatosas. *Rev. Arg. de Urol.* Nº 1-6, pág. 9: 1947.
26. *Wienert, F.* — Cáncer de Testículo. Ed. "El Ateneo", 1952.
27. *Wildbolz, H.* — Tratado de Urología. Ed. Pubul; pág. 809: 1936.

DISCUSION

Dr. Pajol. — Deben practicarse las reacciones urológicas con fines diagnósticos y pronósticos.

Dr. Fonio. — Ya aclaré que fué un error de diagnóstico: se pensó en hidrocele. Por ello no se efectuó reacción biológica.