

LINFOSARCOMA PRIMITIVO DE TESTICULO

Por los Dres. JUAN C. LORENZO y OSVALDO F. GROSSO

(de Montevideo, Uruguay)

El linfosarcoma testicular constituye una afección rara.

En la literatura angloamericana se han señalado alrededor de 30 casos. Watson y colaboradores en un estudio de 1073 casos de procesos malignos primitivos del tejido linfoide (linfoblastomas) encuentran 456 linfosarcomas de los cuales sólo 2 con extensión al testículo. Se presenta habitualmente como manifestación secundaria de una linfosarcomatosis; muchas veces es bilateral ya sea simultánea o sucesivamente, constituyendo la forma más frecuente de los tumores bilaterales de testículo (50 % en las cifras de Hotchkiss y Lawry). Turley y Moore señalan que puede presentarse como la primera manifestación de un linfosarcoma sistematizado. Si bien lo corriente es que esta lesión acompañe el cuadro general de una linfosarcomatosis, ya sea abriendo la escena, concomitantemente con las restantes manifestaciones o como hecho secundario, Varney señala que puede constituir una entidad propia, como tumor primitivo.

El propósito de esta comunicación es relatar una observación que probablemente cae en esta última categoría, que por otra parte debe considerarse excepcional.

Historia clínica. — F. M., 65 años, italiano. Consulta en abril 15 de 1955 por tumefacción de hemiescrotó izquierdo. Comienza la historia de su afección 5 meses antes con discreta tumefacción y aumento de peso en el hemiescrotó izquierdo, sin acusar dolor, ni especial sensibilidad, que fué creciendo lentamente con el transcurso del tiempo. Hace tres meses fué puncionada la tumefacción por médico, sin que aquélla se modificara y sin que se le planteara diagnóstico. Desde hace un mes tumefacción inguino - funicular y desde entonces tiene dolores irradiados a la cara interna del muslo, en posición sentada.

No acusa trastornos urinarios; apetito conservado pero existe un adelgazamiento de 4 kilogramos. Los antecedentes no muestran nada digno de mención

Al examen físico se comprueba en la región escrotal izquierda una tumefacción periforme de 6 cms, por 12 cms. sin modificaciones del aspecto de los planos cutáneos, ni adherencia, de superficie lisa, de consistencia dura, indolora a la palpación, salvo en la parte media que tiene una discreta sensibilidad. Esta masa se continúa hacia la región inguinal por un grueso pedículo, cuyos caracteres físicos son semejantes a los que presenta la tumefacción escrotal de la que parece ser sólo su continuación.

El resto del examen físico no presenta nada de particular a excepción de una discreta hipertrofia prostática.

La radiografía de tórax y la urografía son normales.

Urea en suero 0gr.50 por mil.

Orina: Normal.

Recuento globular 4.200.000. Hemoglobina 80 %. Valor globular 1.

Dosificación de gonadotrofina. La eliminación en 24 horas es inferior a 10 U. R.

Es intervenido en abril 25 de 1955 con el diagnóstico de neoplasma de testículo.

Incisión inguino - escrotal. Al abordar el cordón se comprueba que la infiltración va más allá del canal, por lo cual se amplía la incisión hasta la parrilla costal. Se reseca el

pedículo espermático que está infiltrado y de aspecto moniliforme hasta la región renal. Seccionado en su parte alta se disecciona en sentido descendente hasta separar de la bolsa la masa testicular. Disección y exéresis de los ganglios retrocrurales, que están invadidos por el proceso.

Evolución. — Frente al diagnóstico etiológico se envía al paciente al otorrinolaringólogo para efectuar un examen del cavum, sin que éste arroje nada positivo. Es dado de alta a los 14 días con su herida operatoria cicatrizada y en buenas condiciones generales, esperando un total restablecimiento para iniciar radioterapia. En el interín hace un cuadro suboclusivo que cede con la medicación habitual y 2 inyecciones de gas de mostaza. Es enviado al Instituto de Radiología donde se le efectuaron 4.000 r. en localización inguinal e igual dosis a nivel del pedículo renal. En el momento actual no se palpa ninguna anomalía y el estado general es muy satisfactorio.

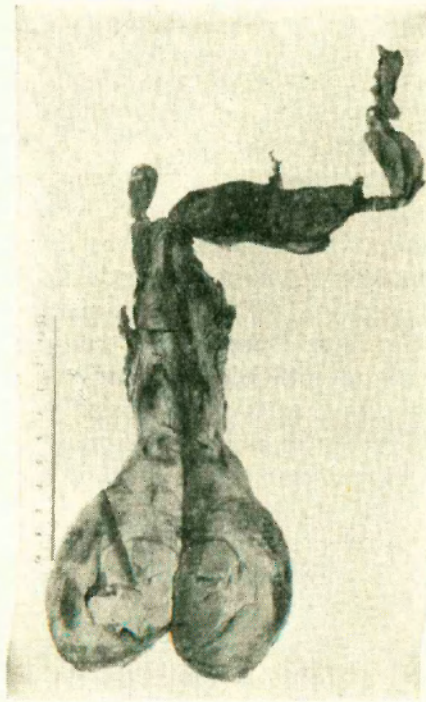


Figura 1

Aspecto de la pieza operatoria en su totalidad, en la que se pueden ver el aspecto de la masa testicular, así como el del pedículo.

Examen de la pieza operatoria. — La pieza comprende el testículo, el cordón y parte del pedículo. El plano de exéresis pasa por la celulosa del escroto.

El testículo se presenta uniformemente aumentado de volumen de forma abovada; sus diámetros son 8 x 5 x 5 cms. La cara externa está formada por el tejido conectivo laxo de la celulosa escrotal. En la superficie de sección se notan tres zonas bien definidas. Un área central amplia, de contorno irregular, geográfico, de aspecto homogéneo, liso y coloración amarillenta. Una porción media limitada por una lámina fibrosa incompleta también homogénea, de coloración gris amarillenta y por último una zona periférica de 12 mms. de espesor de coloración gris amarillento con manchas pequeñas, irregulares, diseminadas, de coloración parda lo que le da un aspecto moteado.

Del polo superior de la tumoración se desprende el cordón espermático en forma de cilindro uniforme, de 3 cms. de diámetro, de textura homogénea, de la misma coloración gris amarillenta, en el cual no se reconocen las estructuras del cordón salvo algunos vasos. Termina en una extremidad filada que se continúa con el pedículo en una extensión de 22 cms.; a lo

largo de ésta se presentan varios engrosamientos en forma de rosario cuyos diámetros oscilan entre 20 y 30 mms.

Microscopía. — Cortes histológicos tomados a distintas alturas en la masa testicular, el cordón espermático, los engrosamientos nodulares del pedículo y las porciones delgadas de este último muestran una imagen histológica similar.

Se trata de una densa proliferación de elementos uniformes, pequeños, de tamaño ligeramente mayor que el linfocito, de citoplasma escaso y núcleos esféricos, prominentes, ricos en cromatina, con un pequeño número de mitosis.

En las distintas topografías de la lesión pueden anotarse algunos hechos particulares. La zona central de la masa testicular está constituida por un foco de necrosis masiva. La zona media corresponde al testículo propiamente dicho; las células tumorales infiltran difusamente los espacios intersticiales con preservación de la arquitectura tubular; los tubos se reconocen

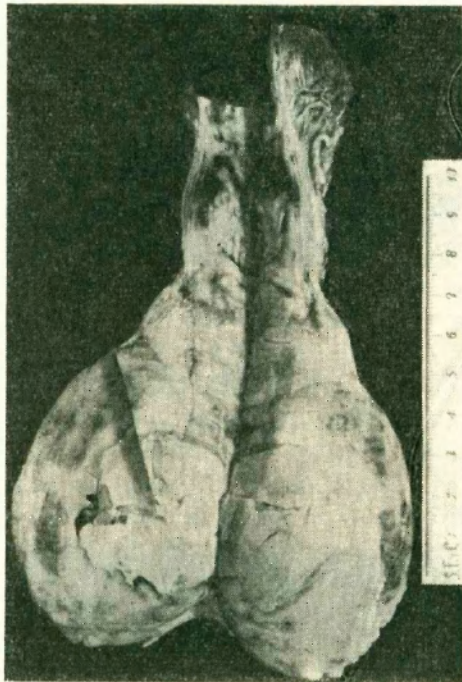


Figura 2

La tumoración testicular a mayor aumento muestra las 3 zonas bien definidas.

fácilmente, aunque son asiento de alteraciones regresivas de distinto grado. La albugínea se reconoce en algunas áreas pero en general se presenta difusamente infiltrada por los elementos tumorales, que traspasan esta barrera fibrosa y rellenan totalmente la cavidad vaginal (tercera zona de la descripción macroscópica).

En el cordón espermático la infiltración tumoral borra todo vestigio de estructuras con excepción de algunos vasos; algunas imágenes pueden corresponder a restos del canal deferente profusamente invadido.

En los engrosamientos del pedículo el aspecto es uniforme; no se reconocen restos de arquitectura gangliar linfática. Por último, en partes delgadas del pedículo se observan dos zonas: en una se reconocen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios; en la otra se encuentra un cordón de elementos tumorales, sin vestigios de estructuras preexistentes.

En suma, el diagnóstico anatómico es el siguiente: linfosarcoma de pequeñas células de testículo con invasión masiva de epidídimo, vaginal, cordón y extensión a lo largo del pedículo con engrosamientos múltiples.



Figura 3

Corte a nivel del cordón espermático, el mismo tipo de elementos tumorales que borran toda estructura anatómica.



Figura 4

Imagen histológica a pequeño aumento, mostrando la invasión de los elementos patológicos hasta la vaginal.

COMENTARIOS

Hay acuerdo entre los autores en el sentido de que el linfosarcoma de testículo, es en la mayor parte de los casos, manifestación de una linfosarcomatosis. Para muchos es siempre secundario. Sin embargo otros autores, Mathé, Gandin y Konwaler y Turley y Moore publican casos en los cuales el tumor testicular es la única expresión patológica y podría considerarse, por lo tanto, como tumor primitivo.

En nuestra observación el paciente se presenta a la consulta después de 6 meses de iniciado su cuadro con la masa escrotal, como única manifestación patológica. Después de intervenido no acusa ninguna expresión patológica de su sistema ganglionar tanto superficial como profundo, hasta donde puede afirmarlo la Clínica. En el momento actual lleva 6 meses de evolución. Se comprende claramente que el plazo es muy exiguo para extraer conclusiones; aún con plazos más largos la duda debe subsistir ante la ausencia de un cuidadoso examen anatómico.

En los tumores malignos primitivos del testis es un hecho anatómico habitual la indemnidad de la serosa; la albugínea suele constituir una fuerte barrera a la difusión tumoral; Varney señala que también en el linfosarcoma se observa este hecho. En nuestro caso sorprende la infiltración masiva del espacio seroso. La invasión del cordón y la presencia de los engrosamientos del pedículo ¿significan una simple extensión local del proceso o son manifestaciones de generalización.

La presencia de los engrosamientos del pedículo puede plantear dudas sobre su exacta significación ¿Son ganglios linfáticos o por el contrario, constituyen simplemente una extensión del proceso por simple continuidad siguiendo los vasos linfáticos, como lo indicarían la presencia de células tumorales en partes delgadas del pedículo, es decir, que no habría soluciones de continuidad? Nos inclinamos a pensar en esta última posibilidad.

La preservación de estructura general del testículo, con indemnidad relativa de los tubos seminíferos es un hecho frecuente, sobre el cual hay acuerdo entre los autores.

Se trata de un paciente de 65 años, portador de una tumoración testicular de 6 meses de evolución. Después de la intervención han transcurrido otros 6 meses; en este lapso de 1 año desde el comienzo de la afección el paciente no presenta otras localizaciones revelables por la clínica o la Radiología. Como hechos anatómicos salientes se destacan la infiltración masiva de la vaginal con oclusión total de la cavidad, la preservación de los tubos seminíferos, la invasión del epidídimo y el cordón y la presencia de engrosamientos modulares a lo largo del pedículo, que se continúan hasta las proximidades del hilio renal.
