

## ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DEL EPIDIDIMO

Por el Dr. ENRIQUE NAVARRETE

El epidídimo es asiento de tumores, que en su mayoría son malignos (60 %). Es importante pues hacer el diagnóstico precoz. Por su gran parecido clínico con las afecciones inflamatorias crónicas, son causas frecuentes de errores.

Hemos tenido ocasión de seguir de cerca un caso, al cual le agregamos otro que nos ha facilitado nuestro colaborador doctor Reyes Núñez, creyendo conveniente presentarlos para incrementar las magras casuísticas. (Ferrier y Foord, 92 casos).

*Caso N° 1.* — Enfermo de 26 años, inicia su enfermedad en agosto de 1952, con dolor agudo en el testículo derecho y tumoración.

El examen clínico practicado en la fecha permite constatar un epidídimo derecho aumento de volumen uniformemente, doloroso a la palpación, de consistencia dura, sin compromiso de testículo y cordón.

Los exámenes hematológicos son negativos, serológicos también, así como una radiografía de pulmones. Se planteó el diagnóstico diferencial con la epididimitis tuberculosa descartándose porque el órgano afectado no tenía los caracteres semiológicos característicos; además que Mantoux era negativa y la velocidad de sedimentación normal. Sin embargo por la gran frecuencia de este proceso entre nosotros; su médico le hizo un tratamiento con estreptomycin durante un mes. El dolor desaparece pero no así la tumoración. Hasta el mes de octubre, se encuentra mejor localmente, hasta que vuelve a presentar una pousse. Se descarta la posibilidad de una tuberculosis, siendo tratado esta vez con aureomicina. Mejoría de la tumoración y desaparición del dolor. Esta se mantiene durante dos meses al cabo de los cuales una reaparición de los síntomas, deciden pedir una consulta especializada. Cuando lo examinamos nosotros (febrero de 1953), planteamos el diagnóstico de epididimitis crónica. Le practicamos el 11 de dicho mes una epididimectomía. La pieza enviada al estudio histo-patológico reveló: Adenocarcinoma del epidídimo. Al 6to. día decide viajar a los Estados Unidos para continuar su tratamiento. Confirman el diagnóstico nuestro, le practican un estudio radiológico del tórax, encontrándole múltiples metástasis pulmonares. Le practican una orquidectomía y le recomiendan regresar a su país. Es seguido por su médico quien controla el avance de las metástasis pulmonares asintomáticas, hasta el mes de junio en que presenta hemoptisis, razón por la cual viaja a Europa, Italia, donde es tratado con rádium, disminuyendo las imágenes metastásicas, así como la hemoptisis. En agosto reaparición de la hemoptisis que se hacen persistentes y abundantes. Las radiografías revelan aumento de las lesiones y una última antes de su fallecimiento revela además un derrame pleural. Durante estos últimos meses se le hizo un estudio radiológico de columna vertebral no encontrándose lesiones metastásicas. El enfermo fallece en noviembre de 1953.

*Caso N° 2.* — Enfermo de 60 años, consulta por melena y dificultad en la defecación, durante los ocho últimos días. Además bolsa escrotal derecha aumentada de volumen que el paciente no da importancia "porque se trata de un tumor" que lo tiene aproximadamente 20 años. El examen clínico revela infiltración tumoral dura, irregular que circunda el tubo rectal, impresiona como carcinoma del recto que posteriormente se confirma al ser operado, resección y colostomía. La bolsa escrotal derecha semeja a la inspección una hernia ínguino escrotal. La palpación revela tumoración redondeada, de superficie lisa, discretamente dolorosa, con evidencia de líquido, que no permite diferenciar los elementos contenidos en la bolsa derecha. Se le practica una orquidectomía con resección de la bolsa A los ocho meses el enfermo

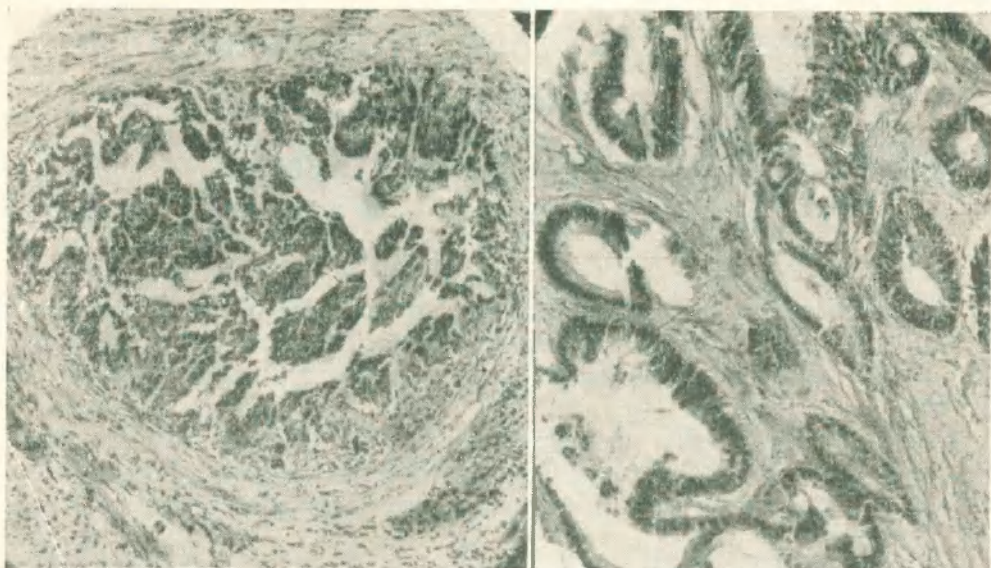


Foto 1. Pequeño aumento. Muestra un conducto en la luz ocupada por tejido tumoral que en este lugar no ha roto la basal.

Foto 2. — Gran aumento. Adenocarcinoma papilífero, infiltrante.

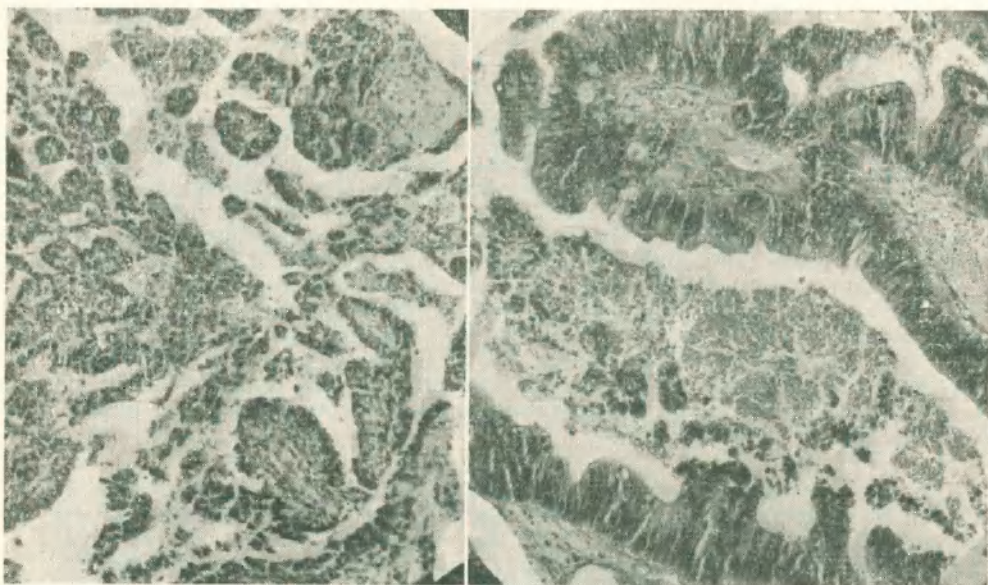


Foto 3. — Pequeño aumento adenocarcinoma grado II Broders, a células mucosas.

Foto 4. — Gran aumento. Muestra un epitelio con características malignas, pero bien diferenciado.

murió en estado de caquexia. Estos dos casos son bien diferentes: 1º) porque éste se presenta en un paciente joven, mientras que el 2do. es persona de edad. La marcha clínica del 1ro. si bien tiene caracteres clínicos de una epididimitis crónica, en el 2do., el hecho de existir una tumoración de bolsa durante 20 años hace pensar que se trata de una afección benigna. La afección intercurrente, neoplasia del recto, despierta la sospecha de que la afección tumoral de la bolsa pueda corresponder a la misma etiología. El denominador común de estos dos casos es el examen de las piezas. El 1ro. Foto 1 y 2 corresponden a un adenocarcinoma papilífero y el 2do. pertenece a un adenocarcinoma grado II Broders a células mucosas Figuras Nros. 3 y 4.

Lo que llama la atención es la excesiva malignidad de ésta afección. Las metástasis pulmonares en el primero de nuestros casos se presentó al mismo tiempo del acto quirúrgico y los exámenes seriados radiológicos permitieron constatar el aumento de dichas metástasis que sólo fueron frenadas por poco tiempo con la acción del radium. La supervivencia una de un año y otro de 6 meses, nos está mostrando la gran malignidad de este proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. E. Granbille Crabtree. — Malignancy of the epididymis. The Journal of Urology. Vol. 50. Nº 6. Pág. 733. E.E. U.U. Diciembre de 1943
2. Lowsley - Kirwin. — Clínica Urológica. Tomo II. Cap. X. Pág. 473.
3. M. G. O'Brien. — Primary Sarcoma of epididymis. The Journal of Urology. Vol. 47. Nº 3. Pág. 311. E.E. U.U. Marzo de 1942
4. León Hierman. — The practice of Urology. Neoplasms of the Epididymis. Cap. XXII. Pág. 681.
5. George H. Strong. — Primary malignant of the epididymis. The Journal of Urology. Vol. 47. Nº 3. Pág. 533. E.E. U.U. Noviembre de 1942.
6. D. J. Cunningham. — Anatomía humana. Tomo I. Pág. 819.
7. Maximow - Bloom. — Tratado de Histología. Cap. XXV. Pág. 497.
8. Dr. Roberto A. Rubi. — Día Médico: 14. 970, 973. Bs. Aires. Setiembre 21 de 1942.
9. Tratado de las enfermedades Génito Urinarias. Cap. XXIV. Págs. 1027. 1029, 1037. Juan José Gazzolo.
10. B. Halpert. W. V. Thompson. — Fibrosarcoma. Arch Path. 43. 358. 362. E.E. U.U. Abril de 1947.
11. Fibrosarcoma primitivo del epidídimo. Minerva Chirúrgica de Torino. 6, 24. 15 de dic. de 1951.
12. Adenocarcinoma primitivo del epidídimo. Félix Perú Torres. Lima, 1954.