

NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE EL CANCER DE TESTICULO EN ESTOS ULTIMOS DIEZ AÑOS

Por los res. A. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y J. C. LURASCHI

En esta última década hemos tenido oportunidad de ver y tratar a 27 pacientes portadores de neoplasias testiculares y en esta cifra no solamente entran los del Servicio de Urología del Hospital T. de Alvear, sino también los de nuestra clientela privada.

De acuerdo a nuestro movimiento quirúrgico la frecuencia del tumor de testículo es del 0,13 % en el medio hospitalario y del 2,7 % en el ejercicio privado. Estos porcentuales demuestran la poca frecuencia del cáncer del testículo, con respecto a las otras afecciones quirúrgicas del aparato urogenital.

Si bien los tumores testiculares llaman rápidamente la atención del paciente, es muy frecuente ver que el diagnóstico exacto no se hace con tanta rapidez. La presencia de un testículo aumentado de tamaño y discretamente doloroso, solicita la consulta médica rápidamente, pero habitualmente el urólogo ve al enfermo después de un cierto tiempo de tratamiento con antibióticos, tiempo que oscila entre los 1 y 4 meses.

Generalmente la edad del enfermo oscila entre los 16-18 años y los 38-40, siendo poco frecuente antes de los 10 y después de los 50.

El estudio clínico de los pacientes fué practicado en forma sistematizada. Estando en presencia de un testículo duro, poco o regularmente doloroso, pesado, irregular o no, hemos efectuado la trasiluminación, el examen radiográfico del aparato urinario y del tórax, el dosaje de gonadotrofinas y en el caso de haber derrame vaginal la punción y el examen microscópico del sedimento del líquido obtenido previa coloración con hematoxilina eosina.

A estos pacientes hemos efectuado distintos tratamientos que han ido desde la orquiectomía simple hasta la orquiectomía con vaciamiento ganglionar y venoso lumbar, acompañados siempre de radioterapia profunda.

De los 27 enfermos hemos visto 11 epitelomas espermatogénicos, ocho wolfianos, tres poliblasticos con degeneración sarcomatosa y dos de tipo adulto, un reticulosarcoma, un corioepitelioma y uno con examen anatomopatológico ignorado, que consultó por metástasis.

De la totalidad de los pacientes se efectuaron 12 orquiectomías con vaciamiento ganglionar y venoso y 14 orquiectomías simples, no siendo intervenido el enfermo que concurrió metastasiado.

La evolución postoperatoria alejada estuvo de acuerdo al resultado del examen anatomopatológico, sobreviven dos de los epitelomas wolfianos, y han fallecido los dos portadores de corioepitelioma y del reticulosarcoma. De los epitelomas espermatogénicos fallecieron tres, viven siete y uno lo ignoramos, y de los poliblasticos malignos vive solamente uno, es decir que después de

10 años de experiencia sólo tenemos 13 enfermos vivos y sin alteraciones de los cuales hay algunos que llevan menos de dos años de intervenidos.

Relatamos a continuación las historias resumidas a sus datos más importantes, de nuestros pacientes y lo haremos ordenadas respecto a la edad, en forma tal de tener un punto de partida solamente.

Caso N° 1. — M. H. C. 1 y 1/2 años. Ha. Cl. 2906. A. P. 1314. Hace tres meses aumento del tamaño de la bolsa izquierda que llega al tamaño de un huevo de pato, con transluminación positiva en la parte superior y negativa en el resto. No se pellizca la vaginal. Radiografías normales. Galli Mainini negativa. Se opera el 3-III-52 y se practica orquidectomía simple. El examen anatomopatológico revela la presencia de un teratoma poliblastico con cartilago, pulmón e intestino sin caracteres de malignidad. En 1957, vive sano y sin recidiva.

Caso N° 2. — F. J. O. 19 años. Desde hace 7 meses es tratado como epididimitis tuberculosa y luego como sífilis testicular. Un examen de aparato respiratorio revela la presencia de metástasis en ambos campos pulmonares. Se practica la orquidectomía izquierda y se hace radioterapia profunda. El examen anatomopatológico muestra un epiteloma wolfiano. Se totalizan 22.000 U. R. al cabo de las cuales desaparecen las metástasis pulmonares, se da un mes de descanso y la radio de control revela nuevamente la metástasis y muere a los cinco meses de la intervención.

Caso N° 3. — U. J. 21 años. Ha. Cl. 3147. A. P. 1474. Desde hace un mes y medio el testículo izquierdo es algo doloroso y aumenta de tamaño. Lo trataron con estreptomycin, hielo y reposo. El examen revela testis del tamaño de un huevo de gallina, duro, pesado, irregular, con transluminación negativa y con epididimo englobado en el proceso. Se practica orquidectomía izquierda y se indica radioterapia profunda. El diagnóstico anatomopatológico da un epiteloma wolfiano. No concurre a radioterapia y fallece a los seis meses de operado.

Caso N° 4. — C. C. 21 años. Ha. Cl. 3541. A. P. 1768. Comienza hace seis meses. Se lo trató con dihidroestreptomycin, sulfas, hielo y reposo. En el examen se encuentra tumoración del testículo izquierdo que engloba al epididimo transluminación negativa. La radiografía de tórax es normal. Galli Mainini negativa. Se practica el 23-VI-53 orquidectomía y vaciamiento ganglionar hasta la desembocadura en la vena renal. Se efectúa radioterapia profunda y actualmente está sin metástasis.

Caso N° 5. — J. R. 22 años. Es examinado en marzo de 1955. Se encuentra testículo izquierdo ligeramente aumentado con respecto al derecho, pesado y colocado en la raíz de la bolsa. La reacción de Galli Mainini es positiva. Se practica orquidectomía que da como resultado anatomopatológico corioepiteloma. Rechaza, el médico clínico el vaciamiento ganglionar y se hace radioterapia profunda sciamente. Fallece 4 meses después.

Caso N° 6. — B. E. Ha. Cl. 6090. 24 años. Tumor testicular izquierdo de 5 meses de evolución. Testículo duro leñoso y pesado. Galli Mainini negativa. Como tratamiento se hace orquidectomía y vaciamiento ganglionar inguino-abdominal. El diagnóstico anatomopatológico revela la presencia de un epiteloma espermatozónico. Se indica radioterapia profunda 12.000 U. R. Al año y medio no hay metástasis.

Caso N° 7. — R. D. 26 años Ha. Cl. 6937. En enero de 1956 se practica orquidectomía izquierda. Se ignora el resultado del estudio anatomopatológico. En noviembre de 1956 aparece ginecomastia, tumoración epigástrica, grande, dura y fija, que llega a ombligo. Las radiografías del árbol urinario dan desviación del riñón izquierdo hacia abajo y afuera. La reacción de Galli Mainini es positiva. La eritrosedimentación de 120 mm. Se considera inoperable y se hace radioterapia profunda que no modifica la lesión.

Caso N° 8. — M. A. 26 años. Ha. Cl. 2376. A. P. 973. Hace tres meses nota aumento de tamaño y peso del testículo que llega al de una naranja. Se le indicó hielo estreptomycin y reposo. El examen demuestra testículo del tamaño de un huevo de avestruz, con gran desarrollo venoso de la pared de la bolsa, discretamente doloroso y no se puede palpar el epididimo. La transluminación es negativa y la Galli Mainini también. Se practicó orquidectomía simple y el examen anatomopatológico reveló la presencia de un teratoma poliblastico con degeneración sarcomatosa, con mitosis típicas y atípicas predominando las primeras. Se indica radioterapia que no tolera y fallece en noviembre de 1951.

Caso N° 9. — G. F. O. 27 años. Ha. Cl. 3860 . A. P. 2045. Evolución de 4 meses de tumor testicular izquierdo que no cedía a los antibióticos El examen muestra tumor de bolsa del tamaño de un huevo de gallina, duro irregular e indoloro. Se palpa el epididimo y

cordón igeramente doloroso. La Galli Mainini negativa. Las radiografías sin particularidades. Se practicó orquiectomía y vaciamiento ganglionar hasta la confluencia con la vena renal. El examen anatomopatológico revela epiteloma wolfiano. Se aconseja radioterapia profunda que no hace. Fallece el IX-55.

Caso N° 10. — B. H. 27 años. Ha. Cl. 6957. En noviembre de 1956 consulta por impotencia pero en el examen se nota que el testículo derecho está aumentado de tamaño, irregular, de consistencia dura, leñosa, pesado y maciza. El examen radiográfico demuestra urectectasia alta sin desplazamiento renal de ese lado. La eritrosedimentación es de 23 y la Galli Mainini negativa. Se practicó orquiectomía y vaciamiento ganglionar y venoso. El examen anatomopatológico revela tumor poliblastico de tipo teratoma con apariencia de sarcoma indiferenciado. Se practicó radioterapia profunda. Al año vive en buenas condiciones.

Caso N° 11. — P. E. 28 años. Ha. Cl. 3189. A. P. 1521. Evolución de 8 meses sin tratamiento. El examen revela testículo derecho duro leñoso, irregular, no doloroso y pesado, del tamaño de una mandarina. La Galli Mainini es negativa. El examen radiográfico es negativo. Se practicó orquiectomía simple y radioterapia profunda. El examen anatomopatológico da epiteloma espermatogénico. A los 4 años vive sin recidivas ni metástasis.

Caso N° 12. — M. F. 28 años. Ha. Cl. 2368. A. P. 974. Comienza hace un mes con aumento progresivo del testículo izquierdo sin dolor. Consulta en nuestro servicio y se hace punción de vaginal encontrándose líquido sanguinolento con células redondeadas de núcleo picnótico. El testis es del tamaño de un huevo de pato, irregular con transluminación negativa. El examen radiográfico sin alteraciones. Galli Mainini negativa. El tratamiento quirúrgico consistió en orquiectomía simple y el examen anatomopatológico reveló la presencia de un epiteloma espermatogénico. Se efectúa radioterapia profunda y a los 5 años vive sin recidiva.

Caso N° 13. — R. M. 30 años. Ha. Cl. 2507. A. P. 1076. Comienza hace 2 meses con aumento del tamaño del testículo derecho que crece progresivamente y que desde hace diez días duele a la palpación. El examen da tumor irregular, nodulado doloroso, pesado y duro. El urograma y la radiografía del tórax son normales. La Galli Mainini es negativa. El tratamiento consistió en orquiectomía derecha y el examen anatomopatológico revela la presencia de un epiteloma wolfiano. Se indica radioterapia profunda que no tolera. Fallece al año y medio.

Caso N° 14. — B. A. 32 años. Estando en tratamiento por una impotencia sexual, aparece un endurecimiento del testículo derecho, aumento de peso del órgano y discreto dolor. El examen radiográfico es normal y la Galli Mainini negativa. Se opera a los doce días de haberlo descubierto con examen anatomopatológico en sala de operaciones que revela la presencia de un epiteloma espermatogénico. Se practica orquiectomía y vaciamiento inguino pelviano. Radioterapia profunda discretamente tolerada. Lleva 4 meses de operado y sin metástasis.

Caso N° 15. — J. G. 35 años. Ha. Cl. 6420. — A nivel de una hernia inguinal izquierda nota desde hace tres meses dolor y endurecimiento del conducto inguinal. Se observa al examen tumor inguinal fijo, duro, doloroso, que no se reduce ni pulsa con la tos ni esfuerzos. En el estudio clínico hay azoospermia que es el motivo de la consulta. Se opera con diagnóstico de neoplasia de testículo ectópico encontrándose el órgano en el conducto inguinal difícilmente enucleable. La pieza es del tamaño de un huevo de gallina, es duro y de color rosado. La anatomía patológica da un epiteloma espermatogénico. Se propone una segunda operación con el fin de efectuar el vaciamiento debido y se niega aceptando la radioterapia. Ignoramos su evolución posterior.

Caso N° 16. — P. E. 35 años. Desde hace cinco meses es tratado por epididimitis izquierda. El examen revela la presencia de un testículo duro irregular pesado, con transluminación negativa y aumento de la red vascular de la bolsa. Las radiografías son negativas y la Galli Mainini negativa. Se efectúa orquiectomía simple y el examen anatomopatológico revela la presencia de un epiteloma wolfiano. No tolera la radioterapia y fallece a los 5 meses con metástasis múltiples.

Caso N° 17. — P. J. A. — 36 años. Ha. 2177. A. P. 833. Hace tres meses es operado por tumor cerebral y hace dos meses que según manifiesta la esposa nota aumento del testículo derecho, con dolor a la palpación. La neoplasia cerebral fué un astrocitoma protoplasmático. El examen clínico revela un tumor testicular derecho del tamaño de un huevo de pato, irregular abollonado, duro, pesado, se pellizca la vaginal. La reacción de Galli Mainini es positiva y la eritro de 86 mm. Se practica una orquiectomía simple y el examen anatomopatológico revela la presencia de un epiteloma espermatogénico. Se indicó radioterapia y fallece a los 16 meses de la intervención.

Caso N° 18. — G. G. V. 36 años. Ha. Cl. 6870. En Octubre de 1956 es visto por un tumor de testículo derecho difícil de determinar, localizado en el borde superior del testículo que interesa el epididimo, duro, pesado, y opaco a la transluminación. Los exámenes fueron normales y se practica una escrotomía exploradora; revela la presencia de una tumoración que ocupa el cuerpo de Highmore y que se practica orquiectomía y vaciamiento ganglionar inguinolumbar. Se trataba de un epiteloma wolfiano que trece meses después sin radioterapia mostraba sintoma de recidiva.

Caso N° 19. — A. I. 36 años. Ha. Cl. 7439. En Febrero de 1957 fué operado del testículo derecho haciéndose solamente orquiectomía, el examen anatomopatológico reveló la presencia de un epiteloma espermatogénico. Actualmente, en Agosto se puede constatar una masa tumoral que se palpa en la zona epigástrica, de consistencia dura, adherida a la pared posterior y lateralizada a la derecha. La radiografía de excreción muestra desplazamiento marcado del riñón derecho. Por considerarse inextirpable, la metástasis ganglionar lumbar, se recomienda radioterapia la que en un comienzo actuó favorablemente reduciendo el tamaño de la tumoración. Visto el enfermo 4 meses después se constata la marcha sobreaguda con aumento de las metástasis y muerte.

Caso N° 20. — G. R. 36 años. Ha. Cl. 5115. A. P. 2775. Dos meses de evolución de tumoración testicular izquierda indolora. El examen revela tumor del tamaño de un huevo de gallina, duro y doloroso, a la palpación. La transluminación es negativa así como las radiografías. Se practica la orquiectomía y el examen anatomopatológico revela la presencia de un epiteloma wolfiano. Se hace radioterapia pero muere a los 14 meses por metástasis pulmonares.

Caso N° 21. — A. H. 37 años. Ha. Cl. 5994. Lleva tres meses de evolución tratado como epididimitis que al comienzo cedió con estreptomocina, pero que se reagudiza aumentando de tamaño y con dolor en F. I. D., La palpación del abdomen despierta dolor en F. I. D. y trayecto inguinal. La palpación del testis derecho muestra doloroso, duro de tamaño ligeramente superior al del otro lado pesado e irregular. Las radiografías sin particularidades y la eritro de 50 mm. Se efectúa la orquiectomía y vaciamiento inguinoabdominal. El examen anatomopatológico reveló tratarse de un reticulosarcoma. A pesar de la radioterapia intensiva que soporta mal, aparece una tumoración epigástrica y a los 11 meses fallece con metástasis múltiples.

Caso N° 22. — B. S. M. 37 años. Ha. Cl. 7423. Acromegálico y portador de un varicocele diagnosticado 4 años antes y con controles periódicos aparece doce días antes dolorimiento testicular izquierdo que no cede al reposo ni hielo. El examen clínico revela tumoración testicular del tamaño de un huevo de gallina irregular, pesado, con transluminación negativa. Las radiografías son normales para el dosaje de los 17-cestosteroides es de 42 mg. con gonadotrofinas normales. Se opera con diagnóstico de neoplasia leydiana y se hace orquiectomía y vaciamiento ganglionar inguinopelviano. El examen anatomopatológico revela la presencia de un teratoma poliblastico sin signos de malignidad. El control posterior mantiene la cifra de 30 mgr. de 17-cestosteroides. No hay al año de la intervención recidiva neoplásica.

Caso N° 23. — H. P. 38 años. Ha. Cl. 423. — Desde hace dos meses nota aumento del tamaño de testículo derecho que no cede a los antibióticos. El examen revela la presencia de un testículo del tamaño de un huevo de gallina, duro leñoso, irregular, con cordón ingurgitado y agandado. Los demás exámenes son negativos. Se efectúa la orquiectomía y vaciamiento ganglionar que llega a la altura de la 2ª vértebra lumbar, donde la vena renal desemboca en la cava. El examen anatomopatológico revela la presencia de un tumor poliblastico con zonas sarcomatosas. Se recomienda radioterapia profunda que soporta mal, debiendo interrumpir a las 6.000 U. R.

Caso N° 24. — G. J. 40 años. Ha. Cl. 2767. A.P. 1254. Dos años antes nota aumento del tamaño del testículo derecho que no duele, pero hace tres meses el crecimiento es rápido aumentando la consistencia y el peso. El examen revela un testículo del tamaño de un huevo de pato, duro, pesado e irregular con transluminación negativa. Radiografías negativas y la Galli Mainini también. Se efectuó orquiectomía simple y el examen anatomopatológico pone en manifiesto un epiteloma espermatogénico, desdiferenciado y con numerosas mitosis, tado y agrandado. Los demás exámenes son negativos. Se efectúa la orquiectomía y vaciamiento crurales, inguinoabdominales, falleciendo a los 8 meses de operado.

Caso N° 25. — R. H. 44 años. Ha. Cl. 7388. Desde hace un mes y medio nota que el testículo se agranda y endurece, indicándosele antibióticos. El examen revela testículo del tamaño de un huevo de gallina, duro, leñoso, no adherido a la piel del escroto, opaco a la transluminación con cordón espermático ingurgitado. El examen radiográfico no revela anormalidad y la eritro es de 30 mm. Se efectuó orquiectomía y vaciamiento ganglionar hasta nivel de la

vena renal. El examen anatopatológico muestra un epiteloma espermatogónico y se hace radioterapia sin inconvenientes.

Caso N° 26. — V. N. 49 años. Ha. Cl. 7573. Lleva una evolución de 30 días con aumento del tamaño del testículo izquierdo tratado con antibióticos. El examen actual revela un testículo del tamaño de una naranja grande, elástico, pesado, opaco a la transluminación con cordón ingurgitado y de consistencia aumentada. El examen radiográfico sin particularidades y se practica el vaciamiento hasta la vena renal. Se trata de un epiteloma espermatogónico y se recomienda radioterapia profunda.

Caso N° 27. — A. D. 52 años. Ha. Cl. 3714. A. P. 1902. A raíz de un traumatismo, nota tumoración de testis derecho que con hielo y antibióticos vuelve a la normalidad, pero que a los dos meses aumenta nuevamente y que no cede tratándolo igual. Al examen revela la presencia de un tumor localizado a nivel del polo superior del testículo derecho, del tamaño de una nuez, duro, liso, doloroso. El epidídimo y cordón normales. Radiografías negativas y Galli Mainini y transluminación negativa. Se practica la orquiectomía y el examen anatopatológico revela la presencia de un proceso wolfiano de tipo adenomatoso pero sin malignidad. Evoluciona bien y a los 4 años de operado no hay muestra de recidivas ni metástasis.

CONSIDERACIONES

Las neoplasias testiculares que presentamos como aportación al tema oficial, revelan todas ellas su rápida evolución y su malignidad manifiesta.

Salvo en aquellos casos que se trate de una neoplasia radiosensible, como sucede con el epiteloma espermatogónico o de tumores poliblasticos de tipo adulto y sin malignidad, el pronóstico es serio y desgraciadamente en un plazo breve.

De los veintisiete enfermos operados se practicaron quince orquiectomías simples de los cuales han muerto 10 enfermos y se efectuaron 12 orquiectomías con vaciamiento ganglionar y venoso de los cuales viven 8 y ese es el motivo por el que nos orientamos hacia el tratamiento quirúrgico amplio, desde el momento que con la orquiectomía tenemos el 33,33 % de sobrevida y con la orquiectomía y vaciamiento obtenemos el 66,66 de éxitos.

La técnica operatoria de la orquiectomía y vaciamiento ganglionar consiste en practicar una incisión abdominal anterior que partiendo de la espina del pubis llegue a dos traveses de dedo por dentro de la espina iliaca antero-superior, interesando piel y tejido celular subcutáneo. Una vez aquí se investiga el cordón espermático que se liga firmemente. Se procede entonces a la enucleación del testículo enfermo y se continúa luego con la apertura del trayecto inguinal y la liberación del cordón hasta el lugar donde se separan la vena espermática del conducto deferente. Se liga y secciona éste y se libera la placa vascularis hasta la altura que sea posible. Llegados a este punto se procede a cambiar la posición del enfermo que se coloca en decúbito lateral y se hace un nuevo campo operatorio. La incisión se hará hasta la fosa lumbar e interesará todos los planos musculares, se reclina el peritoneo y se investiga el paquete vascular que preparamos en la incisión anterior. Hecho esto se continúa con la liberación de la vena espermática hasta su desembocadura, en la renal en el lado izquierdo y en la cava en el lado derecho, lugares donde se ligan. Se tendrá especial cuidado de investigar a nivel de las zonas intervenidas la presencia de adenopatías que se extirparán en la totalidad lo mismo que se debe investigar la posible presencia de ganglios a nivel del pedículo renal. Una vez hecho esto se procederá a practicar la síntesis de la pared.

Demás está decir que en esta forma el tratamiento quirúrgico del cáncer de testículo se transforma en una intervención grande y laboriosa y que,

como a nosotros, al comienzo nos hizo meditar entre los beneficios que podía dar y los riesgos que se corrían, pero después de practicarla en 12 pacientes y habiendo obtenido el 66,66 % de sobrevividas estamos convencidos de que esta intervención representa un medio realmente aconsejable en la maligna enfermedad que nos ocupa y que siempre ataca a hombres jóvenes.

Sin embargo es necesario recordar que la cirugía por amplia que sea no nos desliga del tratamiento radioterápico efectuado con la mayor intensidad posible y que los controles de laboratorio clínicos y radiográficos deben ser efectuados con la mayor frecuencia posible.

CONCLUSIONES

1º) Se presentan 27 casos de neoplasias testiculares, de distintos tipos anatomopatológicos.

2º) Se comparan los beneficios obtenidos entre la orquiectomía simple y la orquiectomía con vaciamiento ganglionar y venoso ínguinoabdominolumbar.

3º) Proponemos la sistematización de esta técnica quirúrgica que nos dió el 66,66 % de éxitos.