

## CANCER DE TESTICULO

### Consideraciones sobre Diagnóstico, Pronóstico y Tratamiento

---

Por el Dr. FEDERICO WIENERT

Como es sabido, ya nos hemos ocupado de este tema en forma extensa y exhaustiva en otra oportunidad, pero queremos hoy volver sobre él, con motivo de este Congreso de Urología, porque en el transcurso de estos últimos años hemos visto algunos casos más de esta desafortunada afección y todos ellos han llegado a nuestras manos tardíamente.

Es de lamentar que tanto en nuestro país como en el extranjero, los enfermos de cáncer, cualquiera sea su localización, lleguen tarde a la consulta del especializado, habiendo perdido un tiempo precioso desde la primera manifestación de su enfermedad hasta el momento de la consulta. Falta pues una suficiente educación popular que induzca al paciente a consultar oportunamente y también, con mucha frecuencia, una suficiente preparación del médico general para orientar al enfermo hacia una terapia adecuada. Pues esta tardanza en llegar a nuestras manos, si bien es cierto es debida con mucha frecuencia a la enfermedad, que se inicia y desarrolla en forma insidiosa y solapada, y otras debida a la desidia o a la ignorancia del enfermo, no pocas veces es provocada —en un tercio de los casos— por la inexperiencia del médico que por primera vez examina al enfermo y que desconociendo los síntomas con que suele iniciarse esta enfermedad posterga inexcusablemente la oportunidad de llegar a un diagnóstico exacto y por ende de establecer un tratamiento oportuno.

Es necesario pues, y a esto están conducidas nuestras palabras, que tratemos de difundir nuestros conocimientos proporcionando los elementos necesarios, a los no especializados, para que estén en condiciones de despistar esta enfermedad y descubrirla precozmente. Sólo así se proporcionará a estos enfermos una probabilidad de curación y se mejorará el pronóstico tan sombrío de ellos.

El diagnóstico de un tumor de testículo es fácil, sólo es necesario pensar en él, y pesquisarlo, ante un enfermo que nos consulta. Estar prevenido contra el cáncer es función primordial y principalísima de todo médico general, pues de ello depende, muchas veces, la vida del paciente.

Si bien es cierto que el dolor o la pesadez indolora de un testículo es por lo general el primer síntoma que acusa el enfermo, y que habitualmente hace ya algún tiempo que lo padece cuando nos consulta, otras veces, con bastante frecuencia, desafortunadamente, los pacientes consultan por síntomas ajenos a su esfera genital, a distancia, pero que son consecuencia de su tumor que ya ha dejado de ser una enfermedad local, generalizándose.

En uno u otro caso el examen de sus testículos nos hará el diagnóstico. Si no hay reacción de la vaginal, es posible palpar claramente un nódulo en el espesor de la glándula, duro, y que no tiene a la compresión la sensibilidad característica de ella. Es necesario recalcar que en un principio y hasta muy avanzado en su evolución, el cáncer de testículo respeta el epidídimo y la vaginal, lo cual puede semiológicamente comprobarse con las maniobras que describieron Chevassu por una parte y Sebilau por otra. Signo de la cuerda del epidídimo y Signo del pinzamiento de la vaginal.

Otras veces, la vaginal, aunque no esté invadida por el tumor reacciona con un hidrocele —hidrocele sintomático de nuestra clasificación— lo cual dificulta la palpación del órgano y hace necesaria su evacuación para hacer el examen.

Es muy común ver que se buscan, para el diagnóstico de esta afección, las adenopatías inguinales, sin recordar que cuando los ganglios de esta región son invadidos por el cáncer de testículo es porque éste ha invadido ya la piel. en cuyo caso el diagnóstico es tan evidente como pésimo el pronóstico del enfermo. Las vías linfáticas del testículo van por el cordón inguinal hacia arriba y desembocan en los ganglios pre y para aórticos, pré y látero cava, y es allí donde hay que buscar las adenopatías metastásicas primarias. De allí los linfáticos siguen su curso ascendente hacia el mediastino cuyos ganglios son frecuentemente invadidos temprano, y a veces esta invasión llega hasta los ganglios supraclaviculares.

Es por esta razón que algunos enfermos portadores de esta afección y no obstante presentar un pequeño nódulo blastomatoso en el testículo, que no les molesta o incluso que ignoran, consultan por síntomas abdominales condicionados a la compresión que sus adenopatías efectúan sobre los grandes vasos o los uréteres o el intestino, cuando no por síntomas mediastinales de compresión y de éxtasis. De ahí que el examen de un paciente portador de un nódulo testicular nunca será completo si no se le efectúan estudios radiográficos del tórax y radiografías contrastadas de su aparato digestivo y árbol urinario.

Hay también algo que nunca dejará de hacerse en estos casos: me refiero a la investigación de hormonas gonado-tróficas en la orina del paciente (Reacción de Aschheim-Zondek; Fridman; Galli-Mainini) o mejor aun, si ello es posible, su dosaje, Prolan A o factor folículo estimulante, en la sangre del paciente. Sabemos ya, aunque su íntimo mecanismo no está del todo aclarado, que debido a una interrelación hormonal testículo-hipofisaria, en los enfermos portadores de un cáncer de testículo se produce una abundante eliminación de Prolan A por la orina porque su tasa en la sangre circulante está enormemente aumentada; y ello en proporción directa del grado de malignidad del tumor y por ende en relación con el tipo histológico de éste, con el grado de indiferenciación celular. No olvidar que esto sirve no sólo para establecer un pronóstico de la futura evolución del caso sino también para poder valorar la eficacia del tratamiento instituido, como ya nos referiremos a ello más adelante y para hacer un control de los enfermos tratados.

El diagnóstico del Cáncer de testículo, pues, si es fácil como hemos dicho al principio de esta exposición, es delicado y requiere del médico que examina por primera vez al paciente un agudo criterio clínico, un cabal conocimiento del tema y un elevado sentido de su responsabilidad. Luego, ante la duda diagnóstica vendrá la biopsia del órgano a aclararla con absoluta seguridad. Nos

declaramos totalmente partidarios de la biopsia a cielo abierto y proscribimos en este órgano la punción biopsia por el peligro de la propagación blastomatosa a la vaginal y a las cubiertas escrotales que su práctica implica y que ensombrecen el pronóstico.

#### TRATAMIENTO

Sin ahondar en detalles, dado lo exiguo del tiempo de que disponemos, hemos de decir que seguimos considerando que el tratamiento del Cáncer de Testículo debe ser combinado: Cirugía más Roentgenterapia.

La cirugía consistirá en la extirpación del órgano, con la sola condición de extirpar con él todo el cordón inguinal, ligándolo lo más alto posible previamente a toda maniobra intraescrotal y evitando todo manipuleo innecesario del órgano. Hay que bloquear la posible diseminación hematógena o linfática de la neoplasia que puede producirse con intempestivas maniobras quirúrgicas en la orquidectomía.

Pensamos que sólo está justificada la operación ampliada con vaciamiento ganglionar en continuidad a lo Chevassú-Hinman llegando hasta los ganglios para pre-aórticos y cava, superiores, en casos muy especiales y excepcionales, pues hoy, el mejoramiento de las técnicas Roentgenterápicas y la posibilidad de usar mayores dosis, hace de esta terapia una efficacísima coadyuvante de la cirugía. A ella pues debe dejarse el tratamiento de las adenopatías metastásicas.

Creemos que en esta localización no debe prevalecer el concepto que para otras es un axioma en la cirugía del cáncer: extirpación del tumor en block y continuidad con los ganglios regionales (Halsted, Westheim, etc.). Aquí, los ganglios regionales se escalonan desde la pelvis hasta el mediastino y la región supraclavicular, y su extirpación total no es posible, y parcial está probado que no mejora los resultados. Aquí la Roentgenterapia posoperatoria es la única terapia capaz de afianzar los resultados del tratamiento quirúrgico.

No somos partidarios de la Roentgenterapia previa a la orquidectomía que propician algunos autores; ya hemos dicho en otras oportunidades que el estudio histológico del tumor es para nosotros de fundamental importancia para guiar la Roentgenterapia posoperatoria y hacerla más eficiente, y sirve además para establecer un pronóstico, y él no puede hacerse eficazmente si se ha irradiado al testículo antes de extirparlo.

Orquidectomía con extirpación alta del cordón en continuidad, seguida lo más pronto posible de Roentgenterapia sigue siendo nuestra posición hasta el presente en esta localización del cáncer. Y la Roentgenterapia estará condicionada en cuanto a dosis y localización: 1º) ante todo, al tipo histológico del tumor, 2º) Al tiempo de evolución de la enfermedad. 3º) A la existencia o no de adenopatías lumboaórticas, mediastinales y supraclaviculares evidenciadas por la clínica y la radiología y 4º) Al tenor de hormonas en la sangre del enfermo.

Ante la exposición del Prof. Lemos Ibáñez me abstengo pues de dar mayores detalles, que no son además del terreno de mi especialidad. Sólo diré que si los síntomas que aquejan al paciente datan de más de 6 meses debe considerarse a sus ganglios lumboaórticos invadidos, independientemente del tipo de tumor; que si se comprueba clínicamente invasión de estos ganglios debe considerarse que los mediastínicos también lo están e irradiarlos aun en ausencia de signos clínico-radiológicos; y que si a estos se los considera invadidos debe irradiarse también la región supraclavicular.

## PRONOSTICO

Aquí como en cualquier localización del cáncer el pronóstico del paciente debe ser condicionado a una serie de hechos y circunstancias que sólo podré enumerar, pero quiero recalcar que todos y cada uno de ellos deben ser considerados aisladamente y en conjunto para poder establecerlo, y que deben ser por todos los médicos conocidos para poder responder al interrogante siempre angustioso que nos plantean enfermos y familiares ante esta afección.

1º) *Edad del enfermo*: Como en todas las localizaciones del cáncer la edad está en relación inversa con la malignidad del proceso y el pronóstico será tanto más sombrío cuanto menor edad tenga el paciente.

2º) *Tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta la iniciación del tratamiento*: Cuando más precozmente se inicie el tratamiento mejor será el pronóstico que haremos. Ya lo hemos dicho: a los 6 meses del primer síntoma se debe considerar que ya hay invasión de los ganglios lumboaórticos a pesar de que clínicamente no se evidencien infartados, lo que ensombrece seriamente el pronóstico.

3º) *Existencia de metástasis clínicamente evidenciables*. Este hecho que empeora considerablemente el pronóstico es también el que condiciona en parte el tratamiento, por las radiaciones, posoperatorio. Si hay metástasis abdominales debe considerarse que los ganglios mediastínicos están invadidos y deben irradiarse, lo mismo que los supraclaviculares. Para la mayoría de los autores el hecho de la existencia de metástasis reduce a la mitad el promedio de supervivencia a los 5 años: el 80 % de los enfermos que al iniciarse el tratamiento no tenían metástasis sobreviven más de 5 años y tan sólo el 40 % de ellos llegan a alcanzar ese plazo si ya tenían metástasis.

4º) *Tipo histológico del tumor*. Algunos tumores dan metástasis más precozmente que otros; unos tienen predilección por la vía linfática, los más, y otros por la vía sanguínea, los menos; unos son más radiosensibles que otros, y por último algunos tienen, en sí mismo, un grado mayor de malignidad que otros. Todas estas circunstancias condicionan para cada tipo histológico un pronóstico: Bueno para los Teratomas adultos; le siguen los seminomas cuyo pronóstico es favorable, los adenocarcinomas con pronóstico malo y por último los corioepiteliomas cuyo pronóstico es fatal.

5º) *Cantidad de hormonas en la sangre circulante y eliminadas por la orina del enfermo*: Parece ser que existe una relación directa entre la cantidad de hormonas que elimina el enfermo y el grado de malignidad intrínseca del tumor de donde su dosaje es de particular importancia para establecer un pronóstico del paciente. Cuanto menos diferenciado es el tumor mayor es la cantidad de hormonas eliminadas y peor es el pronóstico que haremos. Además la cantidad de hormonas disminuye o desaparece con el tratamiento si éste es eficaz, o permanece estacionaria o aumenta si éste no lo es; una vez ausente o muy disminuida reaparece o aumenta aun antes de que una metástasis o una recidiva se manifieste clínicamente. Como se ve, además de importante para establecer un pronóstico, el dosaje de hormonas es utilísimo para seguir la evolución y el control alejado de los enfermos tratados.

6º) *Elección del tratamiento*: De la elección y combinación de los medios terapéuticos que para esta afección hagamos, lo que deriva no pocas veces

del medio en que actuamos, depende, en una gran mayoría de casos, la suerte y el pronóstico del paciente.

7º) *Respuesta a la Roentgenterapia*: Dependiendo de la técnica y de las dosis usadas, condicionada por el tipo histológico del tumor y puesta en evidencia por la regresión de las metástasis, por el aumento de peso del enfermo, por la mejoría de su estado general y sobre todo por el descenso de la curva de eliminación de hormonas gonadotróficas, esta circunstancia incide notablemente sobre el pronóstico, cualquiera sea el que hayamos hecho antes del tratamiento en base a los otros factores antes mencionados.

8º) *Medio en el cual es tratado y controlado posteriormente el enfermo*: Circunstancias obvias, que me eximen de todo comentario, el medio en el cual es tratado y luego seguido periódicamente el paciente para despistar y tratar las posibles recidivas o metástasis que puedan manifestarse en el transcurso del tiempo, incide especialmente en el futuro del enfermo.