

LINFO-SARCOMA DE TESTICULO

Por los Dres. OSCAR CARREÑO, ALBERTO CARRIL y HORACIO LEVATI

Con los Dres. Carril y Levati queremos contribuir al relato sobre tumores del testículo, con la presentación de un linfo-sarcoma de esta glándula. Lo raro de esta afección nos hace pensar que puede ser de interés.

Se trata de R. J. T. de 50 años, procedente de Dolores, Pcia. de Buenos Aires. Comienza su enfermedad cuatro meses antes de nuestro examen, con dolor y aumento de tamaño de la glándula. Se efectúa tratamiento con Penicilina y Estreptomicina, además de reposo de hielo. Experimenta una gran mejoría pero sin llegar a la completa normalización. Interrumpido el mismo tiene un recrudescimiento de sus síntomas por lo que nos es enviado.

Al examen nos muestra un testículo izquierdo del tamaño de una ciruela, moderadamente doloroso, de superficie lisa y consistencia aumentada, dando la sensación de la existencia de un nódulo hacia el polo superior.

Se interpreta como tumor del testículo, aconsejándose la extirpación que el paciente acepta.

Se opera a fines del mes de julio ppdo. Con anestesia local, se efectúa orquidectomía. El examen anatómico-patológico, gentileza de los Dres. A. Mosto y David Rojman diagnóstica: linfo-sarcoma del testículo.

El informe dice: los tubos seminíferos han sido separados unos de otros por una densa acumulación celular que ocupa el intersticio.

Tubos seminíferos: diámetro externo y luz normales en algunos que contiene su línea germinal intacta. Los más, presentan detención de la maduración gonadal en distintas etapas especialmente en espermatozoides I y II, normalidad de la basal y de la túnica propia. Normalidad de las células de Sertoli.

Células de Leydig: grupos pequeños de células de tipo maduro.

Infiltración del intersticio: está dada por numerosos elementos dispuestos apretadamente, los que en algún sitio se anastomosan formando un citoretículo, pero que preferentemente se disponen sin conexión y adquiere forma oval o redonda.

Predominan células pequeñas de 8 a 14 micrones, provistos de núcleos vesiculosos proporcionalmente grandes conteniendo uno o más aparentes nucleolos. Es franca la anisonucleosis, no se sorprenden mitosis. No existe soporte reticular o colágeno para estos elementos.

Vasos: Normales.

Post-operatorio: Sin particularidad.

Se remite al Instituto Municipal de Fisiología y Radioterapia donde le es instituido el siguiente tratamiento: hipogastrio 2.400 r.; sacro lumbar de echa, 2.250 r.; sacrolumbar izquierda: 2.250 r.; lumbo lateral derecho: 2.750 r.; lumbo lateral izq. 2.750 r.; dorsal sup. der.: 2.000 r.; dorsal sup. izq.: 2.000 r.

El estudio buscando enfermedad de sistema permite comprobar: Examen citológico de médula ósea. Material obtenido por punción externa.

Aspecto microscópico general: Gran riqueza de células nucleares.

Fórmula Citológica Porcentual: Mieloblastos 0.5; Promielocitos 4.5; Mieloc. inm. 3; Neutr. mieloc. 24; Neutr. metamieloc. 21; Neutr. nucl. seg. 18; Eosinof. 3.5; Basóf. 0. Total de Granulocitos 74.5 %; Pronormoblastos 0; Normobl. basóf. 2; Normobl. Policr. 6; Normobl. Ortocr. 2.5; Linfocitos 5; Monocitos 0; Plasmocitos 1; Linf. 9; Cél. rect. Plasm. 3.

Mitosis (cada 100 cél. nucl.): 1 % aproximado.

Relación mieloc/normobl.: 7/1.

Otras células: Blastos atípicos (grandes nucleolos, dobleces nucleares, pseudopodios, hernias nucleares 3 %). Estos blastos aparecen aislados o en número de 2 a 3 a lo sumo. No hay grupos de ellos.

Conclusiones: Hiperplasia mielode.

Hiperplasia reticular. Las células reticulares son en su mayoría linfoides pequeñas, de núcleo intensamente coloreado. No hay acúmulo de considerable número de ellos, ni se encuentra en disposición cordonal como para poder pensar en origen metastásico.

Interpretación: reticulo-is reaccional.

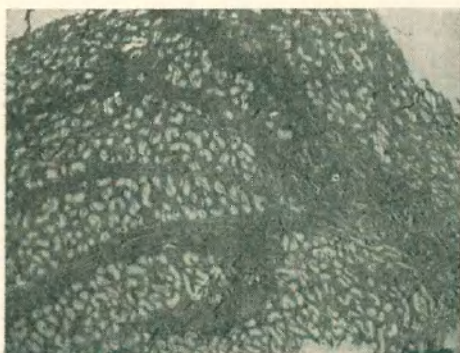


FIG. 1

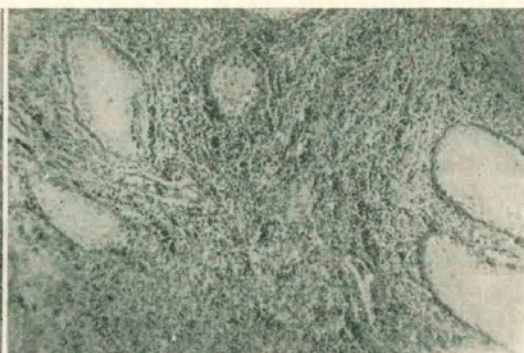


FIG. 2

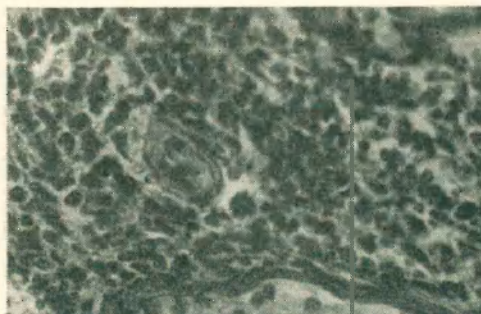


Fig. 3

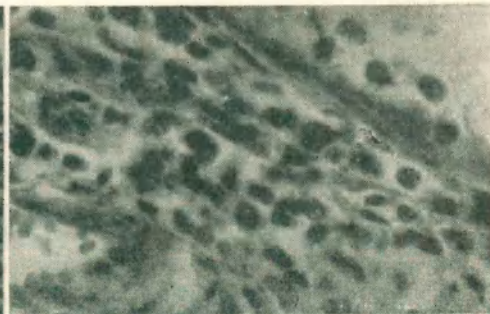


Fig. 4

CONSIDERACIONES

Creemos como Dean C. Varney que el linfosarcoma del testículo puede ser considerado como una entidad clínica cuando constituye la única localización del proceso. Por lo tanto debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores del testículo.

Es la más común metástasis en el testículo.

Es la causa más frecuente de tumores bilaterales del testículo que según Hotchkiss y Laury llegan al 50 %.

La no existencia de tejido linfoideo en la glándula exigiría una inflamación previa o la existencia de inclusiones embrionarias para explicar su desarrollo, de acuerdo con Ficari.

El linfo sarcoma es una variedad del linfo blastoma juntamente con la enfermedad de Hodgkin, el reticulosarcoma y la leucemia linfoidea.

La edad promedio de vida oscila entre los 50 y 60 años.

Hay un caso de Varney en un niño de 4 años.

La terapéutica es la orquidectomía y radioterapia.

El pronóstico es malo, la sobre vida oscila entre los 6 meses y los 3 años.