

INSTITUTO DE ANATOMIA Y FISILOGIA PATOLOGICA
"TELEMACO SUSINI"

Director: Profesor Dr. PEDRO I. ELIZALDE

TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO (DISEMBRIOMA DE ORIGEN WOLFFIANO)

por los Dres.

JOSE L. MONSERRAT e ISIDORO GALVEZ

Consideramos de interés la presentación de este trabajo, exclusivamente desde el punto de su anatomía patológica, como contribución al estudio del complejo problema de los tumores mixtos del testículo, capítulo que va desmembrándose día a día, con las nuevas interpretaciones histopatológicas.

Resumimos esquemáticamente los datos que hemos podido recoger del enfermo:

J. L. G. 23 años. Soltero. Empleado. Argentino.

Sin ningún antecedente de traumatismo en la región, nota el enfermo, accidentalmente, la aparición de una tumoración pequeña, indolora, del tamaño de un garbanzo, formando cuerpo con el testículo. La tumoración crece con relativa rapidez hasta adquirir el tamaño de una mandarina pequeña. Quince días antes de la intervención, el enfermo experimenta una sensación dolorosa de tironeamiento en la región inguinal.

Del examen clínico practicado, no se ha constatado la presencia de metástasis. El enfermo disminuye escasamente unos 3 kilos de peso. Se instituye tratamiento específico intensivo, que no modifica para nada la tumoración.

Operación. — Incisión inguinal, alta. Disección del cordón. Se hace ectomía por tracción del testículo.

Post-operatorio, normal. Visto el enfermo a los dos meses, se encuentra en buen estado general. Ha recuperado su peso.



FIGURA 1
PLACA No. 104

Pieza operatoria; obsérvese la amplitud de la resección del cordón inguinal. - La tumoración es homogénea rojiza

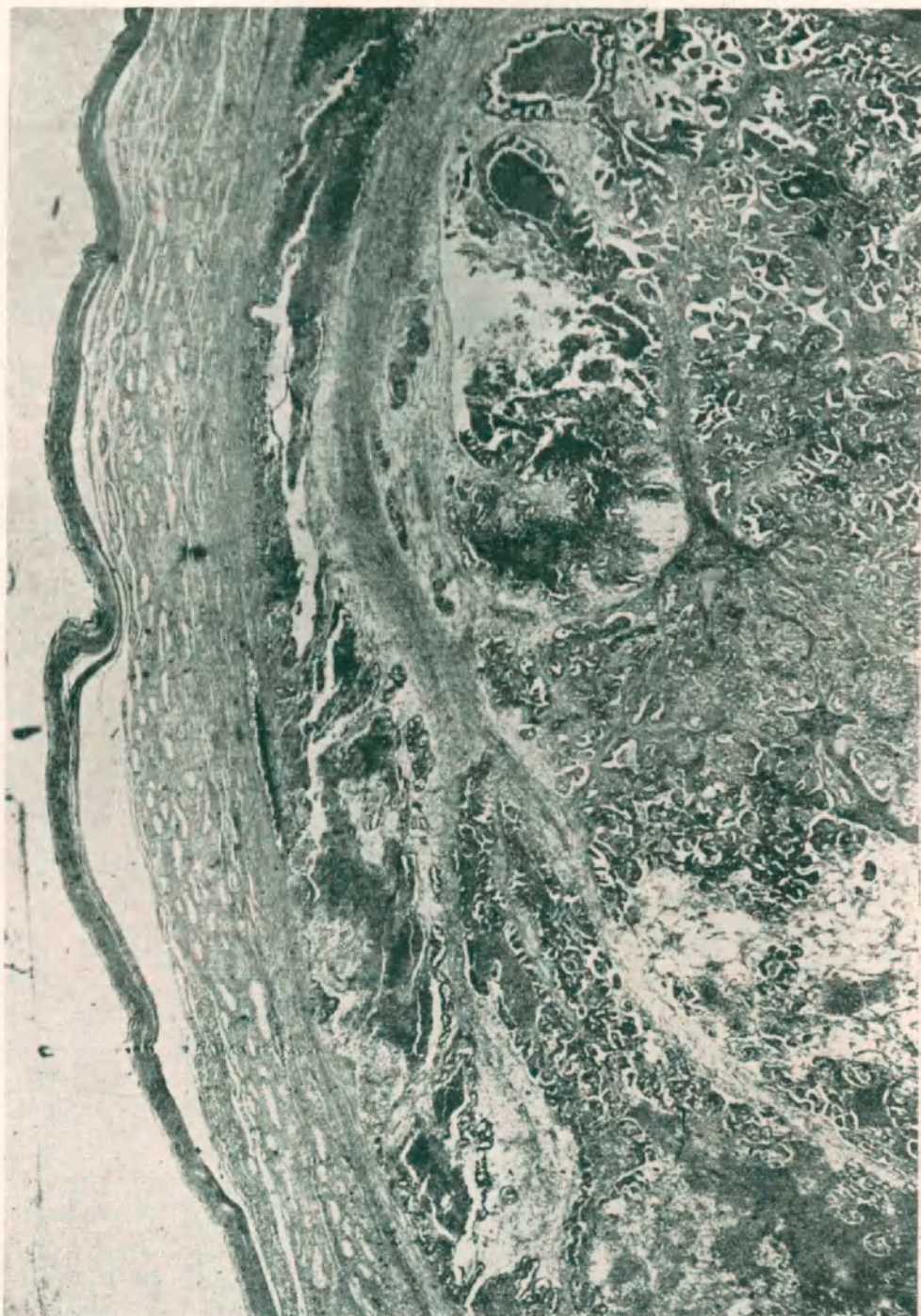


FIGURA 2

PLACA No. 103

HEMALUMBRE — ERITROSINA

Imagen topográfica del tumor, observándose como rechaza y comprime al tejido testicular. - Se destaca bien el carácter hemorrágico del tumor y su constitución, sólida, cavitaria o papilomatosa, según la zona observada

Pero, antes del año, desmejora netamente, constatándose la presencia de metástasis múltiples. (Fig. No. 10).

ESTUDIO ANÁTOMO PATOLÓGICO

Descripción macroscópica. — Tumorción del tamaño de una pequeña mandarina (Fig. No. 1), de consistencia blanda. Al corte, se observa una superficie homogénea, rojiza, muy sangrante. Rechazada por la tumorción hacia arriba y atrás,

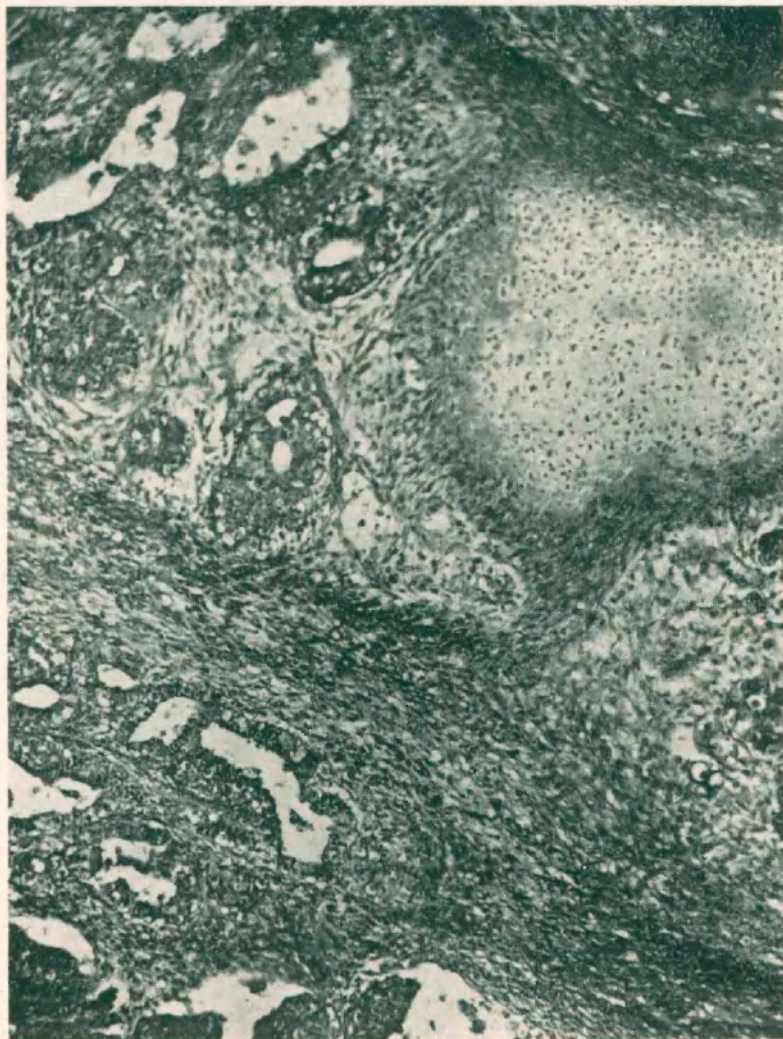


FIGURA 3

PLACA No. 679

HEMALUMBRE — ERITROSINA

Nódulo cartilaginoso, pudiéndose observar el paso de los fibroplastos a células cartilaginosas, el resto, formaciones tubulares

se destaca un tejido de coloración amarillenta que corresponde al testículo. En cortes transversales, podemos reconocer al epidídimo que no presenta alteraciones.

Las vías espermáticas que han sido extirpadas en gran

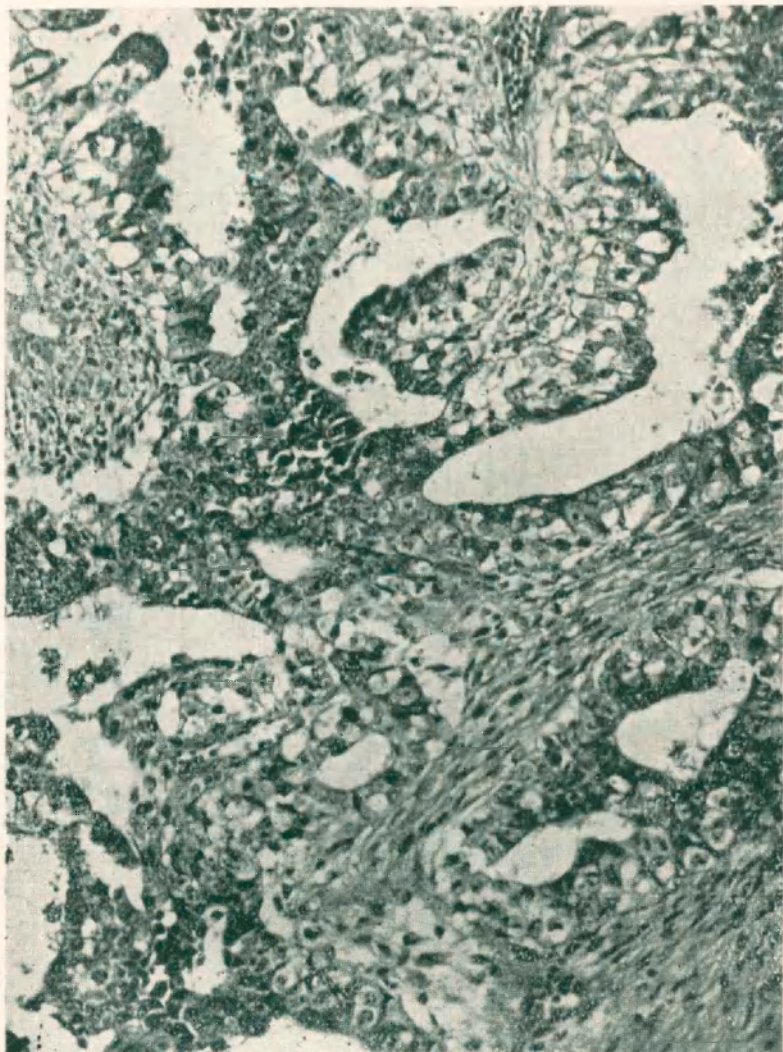


FIGURA 4

PLACA No. 685

HEMALUMBRE — EOSINA

Se observan las cavidades recubiertas por un
epitelio cilindromatoso

parte de su extensión, no presentan alteraciones en los distintos cortes practicados.

Técnica Histológica. — F. No. 1293 y 1353. — Inclusión en parafina. Coloraciones con: hemalumbre - eritrosina. Van

Gieson, Mallory. Tricrómico de Masson. Del Río Hortega, sobre cortes de parafina.

Descripción histológica. — La observación topográfica de los preparados (Fig. No. 2), nos muestra que el tumor está

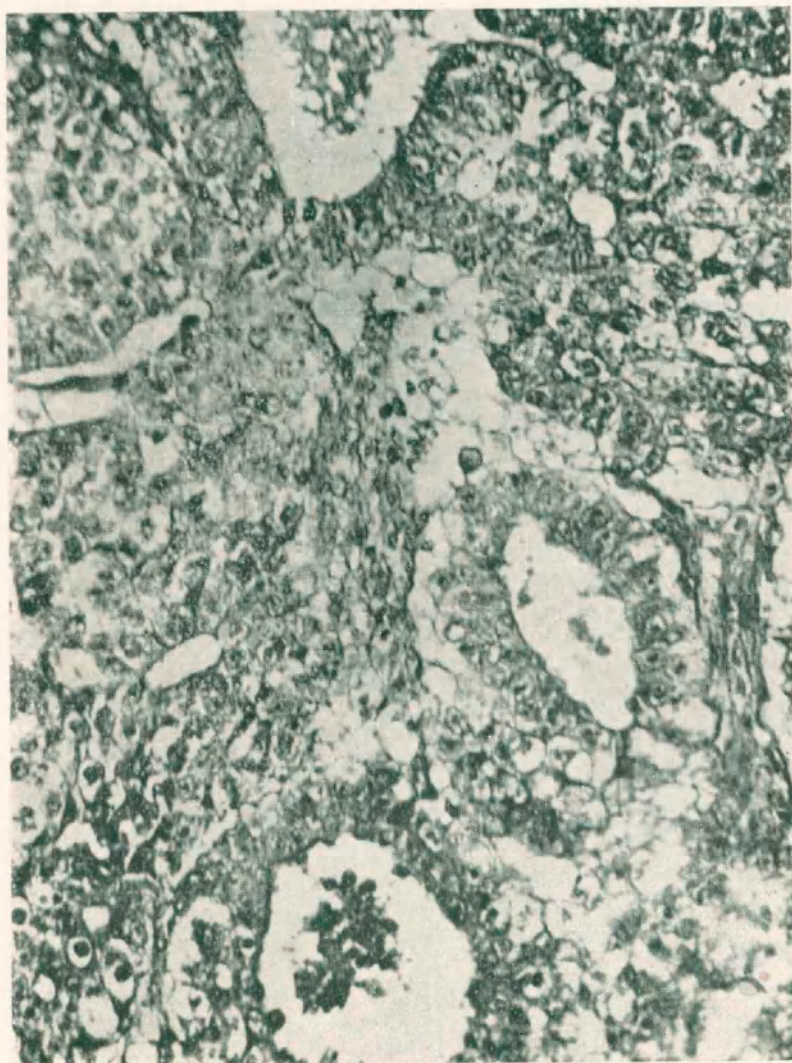


FIGURA 5

PLACA No. 684

TRIC. DE MASSON

Nos permite estudiar las células de los revestimientos tubulosos y las infiltradas. - Citoplasma lábil, núcleo con membrana irregular y grueso nucleolo

constituido por masas compactas epiteliales abundantemente infiltradas de sangre y que rechaza al tejido testicular, comprimiendo los tubos seminíferos e insinuándose entre ellos. En algunas zonas llega a ponerse en contacto directo con la

vaginal que se presenta muy espesada y con vasos dilatados.

Estudiando segmentariamente el tumor a grandes aumentos, encontramos en algunas zonas que el tumor es compacto, recuerda vagamente al seminoma. Sin embargo, las célu-

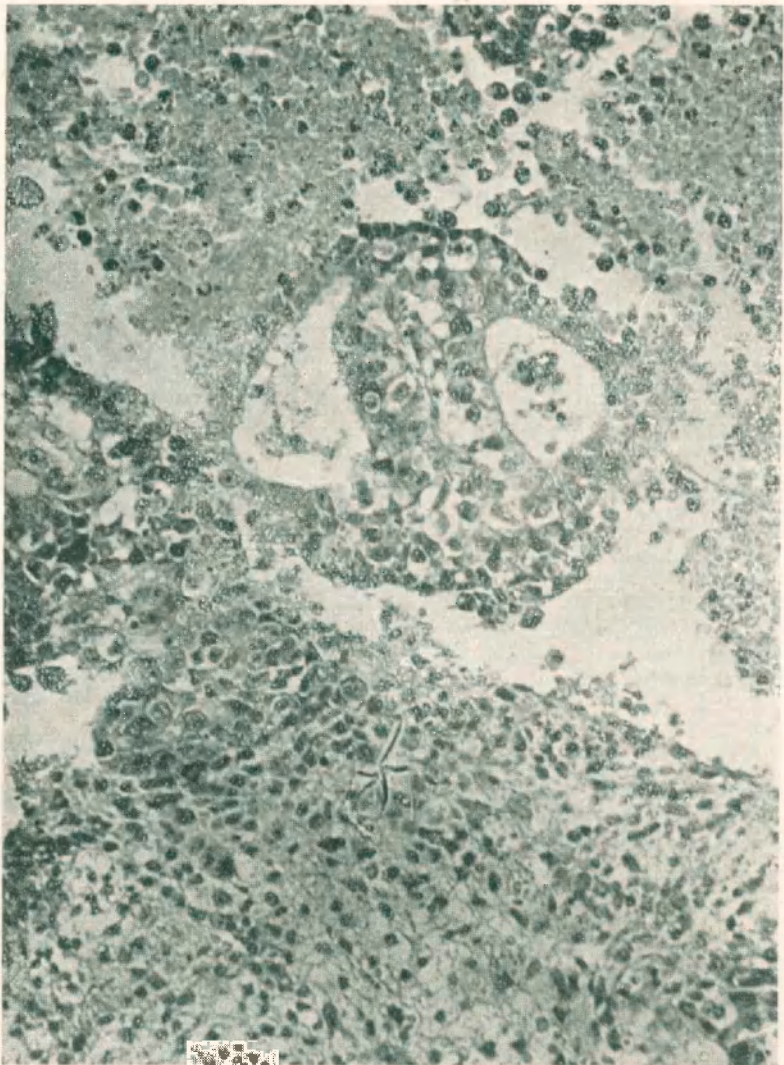


FIGURA 6

PLACA No. 682

HEMALUMBRE — EOSINA

Zonas compactas y tubulares del tumor, comprendidas dentro de una vasta zona hemorrágica

las pueden diferenciarse fácilmente de la de estos tumores, por cuanto su tamaño es irregular, el núcleo con red cromática escasa, de contornos irregulares. El protoplasma es lábil y la membrana celular, poco manifiesta.

Al recorrer los campos, se observa una tendencia a las formaciones tubulares (Fig. No. 4 y 5), que en otras zonas se hacen francamente del tipo papilomatoso (Fig. No. 8).

En las regiones tubulares papilomatosas, el eje conjun-

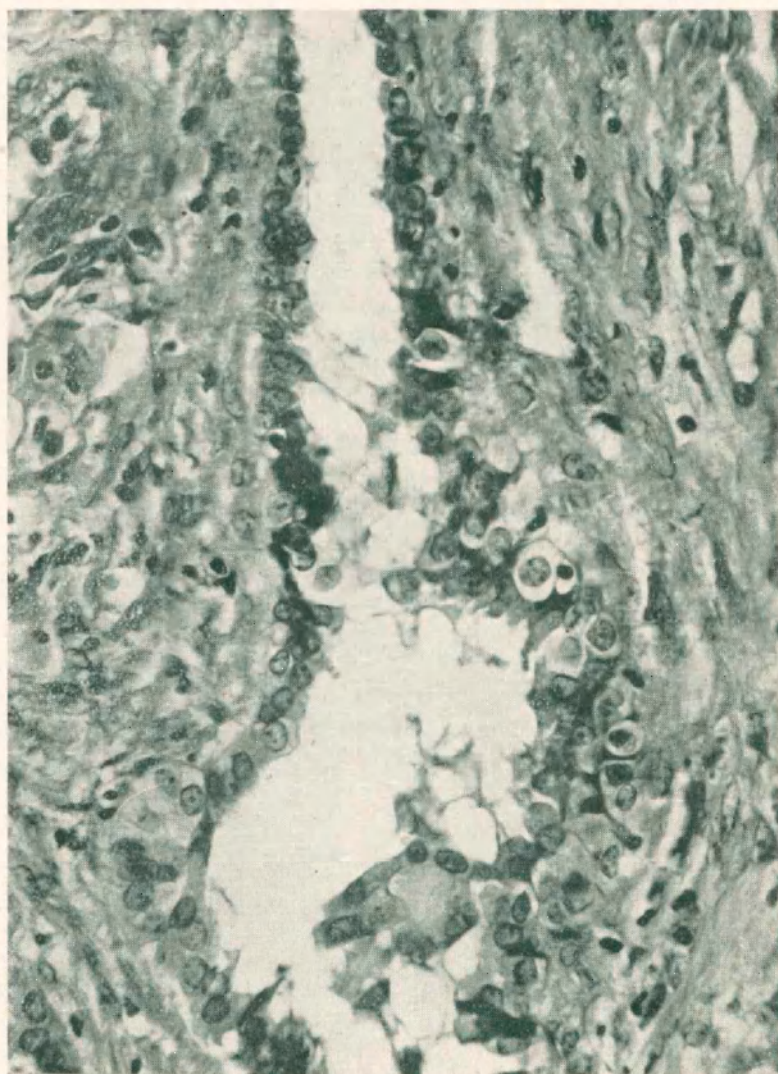


FIGURA 7

PLACA No. 698

HEMALUMBRE — ERITROSINA

Podemos observar la evolución neoplásica de las células de revestimiento de un tubo recto del cuerpo de Highmore

tivo - vascular de sostén, tiene vasos tan ampliamente dilatados que forman lagos sanguíneos.

Al aproximarnos a la región del cuerpo de Highmore, observamos los vasos rectos y aferentes con su epitelio caracte-

rístico, pero en algunos de ellos es posible observar una proliferación intensa con infiltración de las células en el estroma. (Fig. No. 7).

En algunos de los preparados estudiados, hemos visto

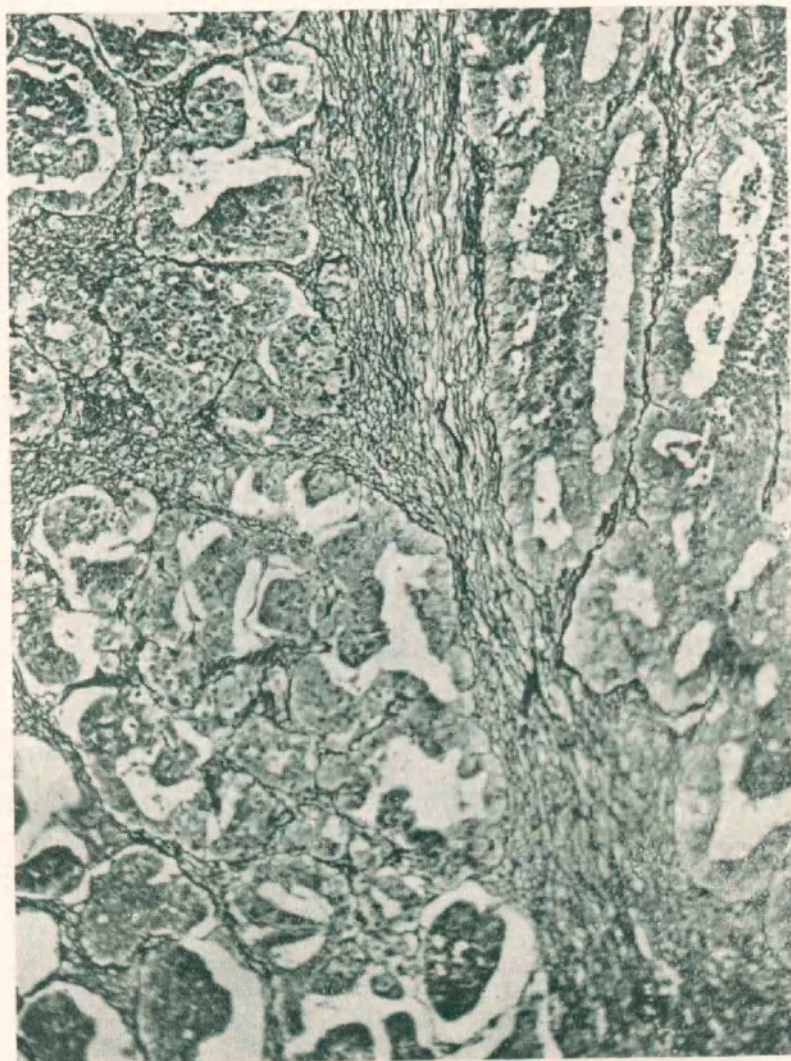


FIGURA 8
PLACA No. 682

Río Hortega; variante A; sobre cortes de parafina, pegados al porta-objeto. — Nos muestra la disposición del estroma

escasas cavidades con células cilíndricas muy claras y el núcleo más próximo a la región apical, confiriendo así a los tubos, un carácter eminentemente embrionario. En la región del cuerpo de Highmoro se observan vasos linfáticos reple-

tos de células neoplásicas, lo cual nos revela que ya están produciéndose metástasis. (Fig. 9).

El estroma del tumor está formado por fibroblastos muy abundantes, que también en ciertas zonas adquiere carácter

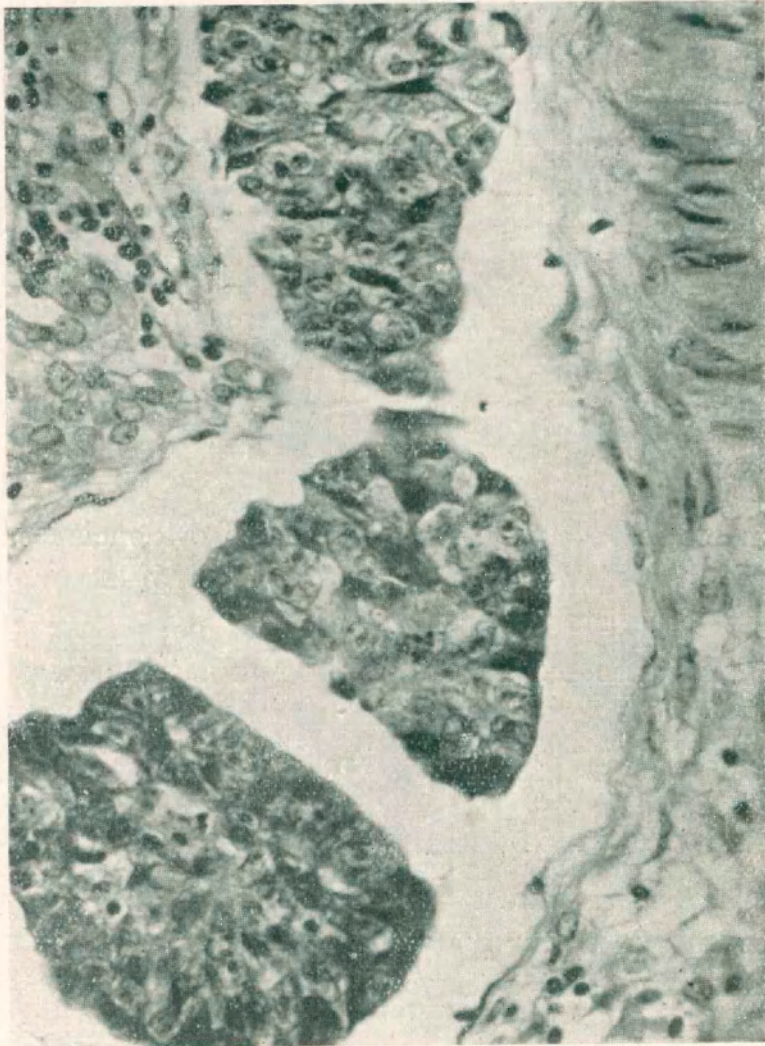


FIGURA 9

PLACA No. 699

HEMALUMBRE — ERITROSINA

Vaso linfático de la región del cuerpo de Highmore, conteniendo una embolia de células neoplásicas

embrionario, confiriendo así a los preparados un carácter especial.

En medio de este estroma colágeno embrionario, se observa un nódulo cartilaginoso, pudiendo seguir el pasaje del fi-

broblasto a la célula cartilaginosa (condroblasto). (Fig. No. 3).

Las zonas hemorrágicas descritas, están constituídas por extravasaciones sanguíneas muy abundantes, células epiteliales en necrobiosis y tubos glandulares. (Fig. No. 6).

Estudiados los preparados con los métodos de impregnación argéntica, vemos que el colágeno se distribuye encerrando en acúmulos a las células epiteliales, tal como sucede en los tumores de naturaleza epitelial.

En las regiones tubulares y papilares, el colágeno forma el eje de sostén y la membrana basal.

Los tubos seminíferos en el resto del testículo, son azoospermicos, con degeneración esclerosa intertubular. Entre los tubos se observan conglomerados de células epitelioides, de núcleo pequeño y de protoplasma acidófilo, que podemos interpretar como células intersticiales, hipertrofiadas e hiperplasiadas.

Con los métodos argénticos podemos evidenciar en el interior de estas células, gruesos bastones acidófilos que corresponden a los cristaloides.

El epidídimo, no presenta ninguna alteración.

COMENTARIOS

Si nos ajustáramos a la definición de Chevassu (1), que dice: "Cuando un tumor del testículo, que parece homogéneo, presenta un punto, aunque sea muy circunscripto, quistes claramente limitados o cartílago, se puede afirmar que se trata de un embrioma degenerado", nuestra observación la clasificaríamos por el examen histológico (nódulo cartilaginoso y quistes microscópicos), es este grupo de los tumores testiculares.

Pero, desde 1906, fecha de la clásica tesis de Chevassu, a nuestros días, nuevas observaciones de tumoraciones testiculares con modalidades histológicas variables han hecho tan amplio el capítulo de los tumores mixtos del testículo, que se impone una subdivisión de estos, de acuerdo a su histología y patogenia.

Gordon Bell, (2), en un buen estudio propone una división de los tumores *teratoides* en tres grandes grupos:

1o.) Tumores teratoides poliquísticos provenientes de las tres hojas embrionarias.

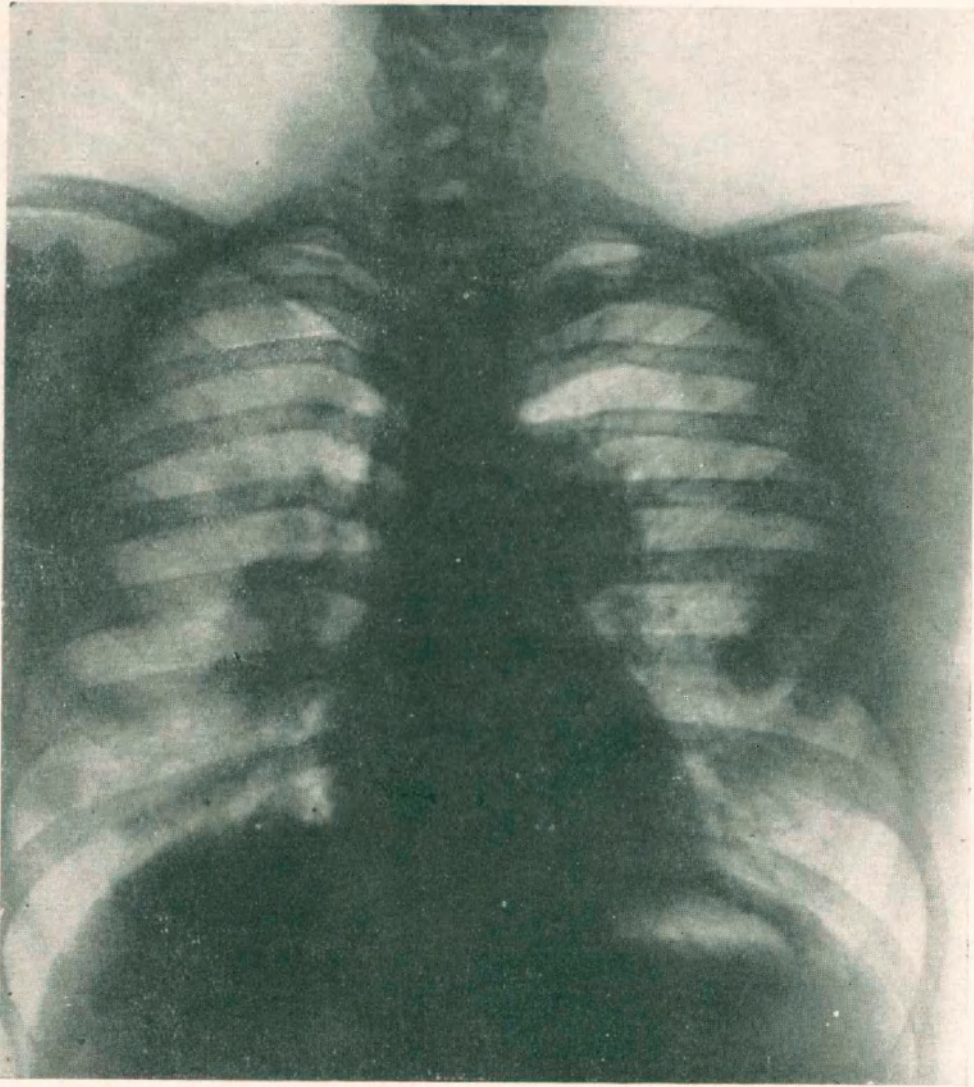


FIGURA 10

Radiografía obtenida en la faz final, mostrándonos múltiples metástasis

2o.) Tumores sólidos de aspecto homogéneo, pero que el estudio histológico muestra complejidad estructural.

3o.) Tumores con predominio de los elementos de una sola hoja embrionaria, o de un solo tejido, pero pudiéndose reconocer su origen en algunos de los tipos precedentes.

El autor insiste sobre la frecuencia de la degeneración maligna que puede hacerse en un solo tipo de tejido, invocando esta patogenia para todos los tumores testiculares, incluso los seminomas, Ewing (3), Hinman, Gibson y Kutzman (4), etc., designando estos últimos a los seminoma como "seminomata". Contra este concepto, se oponen muchos autores, como ya comentamos en otra ocasión, donde tuvimos oportunidad de seguir la evolución tumoral de los tubos seminíferos.

La clasificación de Gordon Bell, si bien establece una lógica escala estructural de complejidad decreciente e inversa malignidad, nada nos indica en cuanto a la histogenia o permite suponerlos dentro de un nexo común, eludiendo así el arduo problema de la histogenia de los tumores embrionarios del testículo.

Creemos que la designación de disembrionoma es cómoda para englobar todos los tumores embrionarios del testículo y establecemos, de acuerdo al punto de partida de la disembrionoplasia, dos grandes grupos: o bien se originan en los vestigios embrionarios que han intervenido en la génesis del órgano (formaciones wolffianas), constituyendo lo que llamaremos disembrionomas vestigiarios o wolffianos; o su punto de partida reconoce las heterotipias embrionarias verdaderas, que designaremos con el nombre de disembrionomas heterotópicos.

Esta clasificación, nos permite comprender todas las gradaciones estructurales de los tumores embrionarios.

Los disembrionomas heterotópicos, nacidos de células embrionarias poco diferenciadas, dislocadas durante la organogénesis (teoría blastomérica de Bonet Marchand, célula sexual totipotente de Ewing, gonoblasto, etc.), tienen un potencial evolutivo alto, pudiendo por lo tanto, dar origen a tumores en los cuales son muy diversos sus constituyentes (teratomas, enfermedad quística de Cooper-Malassez). Como una observación que presentamos a esta sociedad (6).

Los disembrionomas vestigiarios, nacidos en el desarrollo neoplásico de los vestigios embrionarios que han intervenido en la constitución del órgano, están casi exclusivamente representados por un tipo de tejido a tal punto que, a veces,

se plantea el diagnóstico diferencial entre disembrionoma y epitelionoma puro.

Este diagnóstico diferencial se complica si consideramos con Gioja, que en el testículo pueden existir tumores desarrollados en los tubos rectos, constituyendo el grupo de *epiteliomas wolffianos*, variedad de la que presentáramos una observación a esta Sociedad (7).

Junto a este grupo, Gioja (5), coloca los tumores complejos de origen wolffiano, concepto ya sustentado por muchos autores (Pilliet et Costes, Masson, Polet et Bruyat (10), Labey y Barbaro) (11).

Masson (9), dice: "la observación demuestra que las inclusiones wolffianas y coriales, son las que sufren al cancerificación con más frecuencia" y los clasifica de acuerdo a su estructura en tres tipos: forma papilar, quística y tubulosa y forma difusa.

Para el diagnóstico debemos estudiar ante todo si no se trata de un embrioides o tumor mixto, del grupo de los disembrionomas heterotópicos en degeneración cancerosa, en cuyo caso alguna zona del tumor nos permitiría el estudio del tipo originario.

El carácter más firme lo deduciremos de la citología. Los elementos celulares están constituidos por un protoplasma frágil, un núcleo voluminoso de contornos irregulares, con red de linina, ricamente impregnada con cromatina.

El tamaño de las células es muy variable y existe una marcada tendencia a la formación de cavidades quísticas con revestimiento cilíndrico cúbico, a las formaciones papilares y la abundancia de zonas hemorrágicas.

La descripción histológica de nuestra observación nos ha permitido reunir todos estos caracteres.

Eliminamos a los tumores embrionarios heterotópicos por la repetición constante de un mismo tipo epitelial y a los tumores wolffianos puros, por el tipo embrionario del estroma y la presencia del nódulo cartilaginoso, cuya génesis explicamos.

El tratamiento de estos tumores, debe ser el quirúrgico, si no se constatan metástasis. Sin embargo, y pese a la precocidad del diagnóstico y a lo amplio de la exeresis, el pronós-

tico es siempre sombrío, dado que este tipo de tumores conjuntamente con los corioepiteliomas comparte el triste privilegio de una extraordinaria malignidad.

Nuestra observación lo comprueba por cuanto el enfermo dentro del año de su operación, sucumbe por metástasis generalizada.

BIBLIOGRAFIA UNICAMENTE DE LOS AUTORES CITADOS

- 1) *Chevassu M.* — Tumeurs du testicule. These Paris, 1906.
- 2) *Gordon Bell F.* — Tumors of the testicle. - 1, The teratoid groups. Brit. Journal of Surg. T. 13, pág. 7-38.
- 3) *Ewing.* — Neoplastic diseases, 1919.
- 4) *Himman, Gibson and Kutzman.* — Malignant tumors of the testicle. Am. Journ. of Surg. Bd. T. 82, pg. 552-75.
- 5) *Gioja.* — I tumori maligni primitivi del testicolo. Ed. Poria, 1923.
- 6) *Montes L. y Monserrat J. L.* — Consideraciones sobre el disembrionoma poliquístico del testículo. Revista de Cirugía, 1929, pg. 433. Revista de Especialidades, 1929.
- 7) *Monserrat J. y Gálvez I.* — Tumor maligno del testículo: Epitelioma Wolffiano y Seminoma. Revista de Especialidades, 1930; pág. 332. El Hospital Argentino, 1932.
- 8) *Pilliet et Cortes.* — Etude histologique sur les epitheliomes du testicule. Rev. du Chir. 1895, pág. 641.
- 9) *Masson P.* — Les tumeurs. (Colec. de Sergent).
- 10) *Polet et Bruyout.* — Sur un cas d'epitheliome testiculaire paraissant d'origine Wolffienne. Arch. Gen. du Chirurgie, 1909; pg. 560.
- 11) *Labey et Barbou.* — Tumeur quistique testiculaire histologiquement maligne. Ann. d'Anat. Path. 1926, pág. 859.