

DISEMBRIOMA MALIGNO EN TESTICULO ECTOPICO

Dres. A. E. TRABUCCO, R. J. BORZONE y L. SANCHEZ SAÑUDO

Es ya clásico el concepto de que el testículo ectópico experimenta malignización en mayor proporción que el ortotópico y ello sea, posiblemente, debido a la persistencia de restos embrionarios anómalos, coexistentes con la anomalía del descenso, aparte de las distintas condiciones de circulación, temperatura y función que soporta.

El caso que presentamos une justamente la anormalidad del descenso glandular con una degeneración blastomatosa originada, no en los elementos gonadales, sino en los que corresponden a inclusiones embrionarias, aparte de una malformación uretral, hipospadias perineal. Ambas anomalías: hipospadias y criptoorquidia se hallaron en un hermano del paciente ya tratado por nosotros.

Historia clínica: 604/19. G. R. L. argentino, de 43 años, soltero, empleado, domiciliado en Merlo.

Ingresa en el Servicio el 9-XII-1957.

Enfermedad actual: concurre a la consulta pues desde un mes atrás nota tumefacción y dolor intenso en la región inguinal derecha, donde se encuentra el testículo correspondiente desde su nacimiento. El dolor le imposibilita sus ocupaciones y le dificulta la marcha, obligándolo a guardar cama. Desde hace tres años ha notado que la glándula ha ido aumentando de tamaño, progresivamente, con episodios intermedios de tumefacción y dolor, menos acentuados que el actual, que trataba con frío local y reposo.

Antecedentes familiares: padre fallecido de insuficiencia renal, madre fallecida de insuficiencia cardíaca. Cinco hermanos vivos y sanos. Uno de ellos, menor, ha sido operado por criptoorquidia bilateral e hipospadias vulviforme.

Antecedentes personales: Deambulación tardía a los 4 años. Reumatismo poliarticular a los 18 años. Operado en 1930 por hipospadias perineal, en distintos Servicios y oportunidades, con éxito parcialmente favorable. Ectopia testicular bilateral subcutánea abdominal. Nunca permitió, ni le interesa, lo operasen de su malformación testicular y se manifiesta satisfecho con el resultado logrado por la plástica uretral.

Estado actual: micción sin trastornos subjetivos, por meato penoescrotal. Orinas cristalinas. Riñón y uréter: no se palpan glándulas ni puntos ureterales sensibles. Uretra: meato situado en el ángulo penoescrotal. Calibre conservado al explorador Nº 18. Vejiga: no retención. Próstata y vesículas seminales: sin particulares. Pene: corto: 5 cm. ligeramente incurvado, de aspecto normal por su cara dorsal. En la cara ventral, aparte de la bifidez del glande, se ven algunos colgajos de piel flácida, restos de plásticas reconstructivas de la uretra hipospádica, fracasadas, quedando el meato a nivel del ángulo penoescrotal. El paciente manifiesta que sus relaciones sexuales son satisfactorias. Testículos y anexos: Ambas glándulas se encuentran en ectopia inguinal, subcutáneo-abdominal.

En el lado izquierdo tiene el tamaño de una almendra grande, es elástico, algo móvil, de sensibilidad conservada. En el lado derecho tiene el tamaño de un huevo de pata, fijo, duro y extremadamente sensible. No se palpan adenopatías retroinguinales ni abdominales profundas. Estado general bueno, sin alteraciones en aparatos y sistemas al examen. La distribución pilosa, muy abundante en todo el cuerpo, cuero cabelludo y cejas, es de tipo netamente masculino. No hay ginecomastía.

Exámenes de laboratorio: Orina: Amarilla, límpida, sedimento escaso, ácido, densidad 1025. Urea: 26.81. Cloruros: 9.60. Proteínas: ausentes. Glucosa: ausente. Sedimentos: células

planas y leucocitos normales; uratos de sodio y oxalatos de sal. Sangre: Urea: 0.37 g.%. Glucosa: 1.10 g.%. Eritrosedimentación: 5 mm. y 10 mm.; tiempo de coagulación: 4 m.; tiempo de sangría: 1 m 30 s.; glóbulos rojos: 4.280.000; blancos: 3.100. Hb: 80%. Hematócrito: 40%. Reacción de Kahn: negativa. Reacción de Galli Mainini: negativa. 17-Cetosteroides urinarios: 11 mg.% (7,26 mg. en 24 horas). Gonadotrofinas urinarias: + 6 U - 24 U.

Frotis de raspado de epitelio bucal y uretral: células muy escasas donde pueda verse cromatina sexual en el núcleo: 4,8%.

Frotis de sangre: aislados leucocitos polinucleares neutrófilos, donde se ve cromatina en palillo de tambor: 2/800.

Genéticamente masculino.

Examen radiográfico: Radiografía directa de aparato urinario: No hay sombras calcúscas ni alteraciones esqueléticas. Urografía excretora: buena función y morfología bilateral. Uréteres normales sin desviaciones ni compresiones extrínsecas.

Considerando el aumento gradual y progresivo del testículo ectópico, su dureza y su

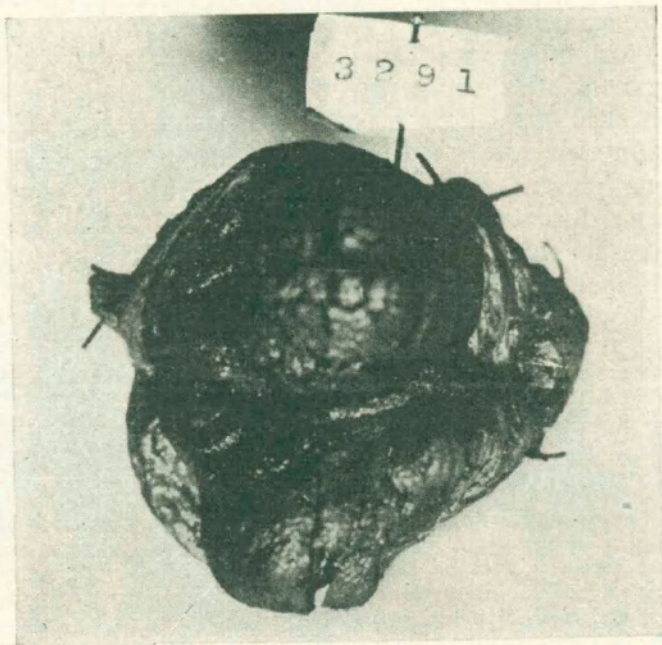


Figura 1

fijación a los planos profundos, se hizo el diagnóstico presuntivo de tumor aunque sin descartar totalmente la posibilidad de un proceso inflamatorio, por la agudeza de los síntomas subjetivos. Empero, la ausencia de fiebre, la eritrosedimentación y el recuento de glóbulos blancos bajos, así como la negatividad de antecedentes infecciosos genitales, hacían poco probable esa última presunción.

Se operó el paciente el día 17-XII-57. Cirujano: Dr. Trabucco. Ayudantes: Dres. Sánchez Sañudo y Borzone. Anestesia general. Incisión inguinal alta, hasta 2 cm. por encima de la espina iliaca anterosuperior, que interesa piel y tejido celular subcutáneo. Se repara el testículo, que se encuentra subcutáneo abdominal y se lo aísla de sus numerosas adherencias, algunas muy vasculares, siendo laboriosa la liberación del polo inferior, unido por un grueso gubernáculo a la piel, el cual es resecaado entre ligaduras. Libre el testículo, se ve su cordón introduciéndose en el conducto inguinal. Se incide entonces oblicuo mayor, menor y transversal, reparándose los vasos ilíacos, la epigástrica y constátanse firmes adherencias del cordón al peritoneo. Se sigue el conducto deferente hasta la vejiga, disecándolo con sus vainas hasta las vesículas seminales, al ras de las cuales se lo reseca. Se disecan los vasos espermáticos hasta por encima de la línea innominada, pensando seguirlos por una incisión lumbar hasta el pedículo renal; pero se interrumpe allí la intervención, resecaando los vasos espermáticos en la zona iliaca, por no haber oxígeno en sala de operaciones. Se decide realizar la resección vasculo-ganglionar lumbo-aórtica en un segundo tiempo. Refección de la pared por planos sin drenaje.

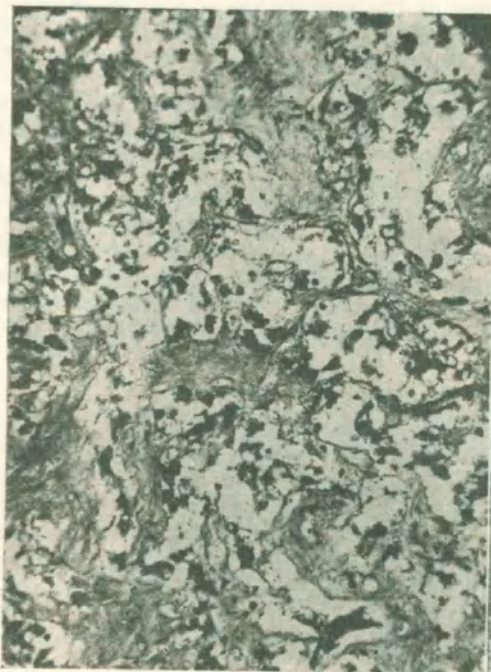


Figura 2



Figura 3



Figura 4

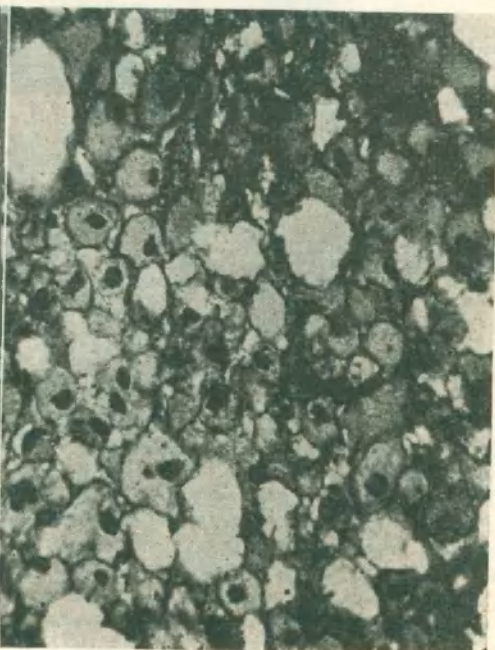


Figura 5

El 17-I-58, tres semanas después de esa primera operación, se realiza la segunda intervención: Cirujano: Dr. Sánchez Sañudo: Ayudantes: Dres. Borzone y Gallegos.

Anestesia general: Lumbotomía derecha prolongando la incisión inguinal anterior. Se encuentra en el espacio de Bogros el muñón de los vasos espermáticos, que ha hecho una reacción fibroso inflamatoria adherente al psoas y a la arcada de Poupart. Se diseca a tijera, reseca la vaina de psoas y se continúa la liberación de los vasos y sus adventicias linfáticas hasta llegar al pedículo renal derecho, a cuyo nivel se reseca entre dos ligaduras. No se observan ganglios infartados. El uréter está libre. Cierre por planos con drenaje laminar.

Evolución: sin particularidad digna de mención. El paciente egresa el 21-I-58 iniciando de inmediato radioterapia en el Instituto Municipal. Lo hemos visto a comienzos del mes de mayo pasado y se encuentra perfectamente bien.

Anatomía patológica: Macroscópica (Fig. 1): el testículo y sus envolturas tienen un tamaño de huevo de pata, con vascularización algo aumentada. Abierta la pieza, la cavidad vaginal está obliterada salvo en la parte superior donde hay un líquido marrón achocolatado. En el polo superior de la glándula hay una pequeña cavidad con líquido de igual carácter, rodeada por tejido blanduzco, marrón, como papilla friable, que se desprende. Observada esta papilla en frotis, al microscopio, muestra fibrina, cristales de colesterol, escasos leucocitos y regular cantidad de hematíes en desintegración. El testículo en sí es de color marrón oscuro y en su

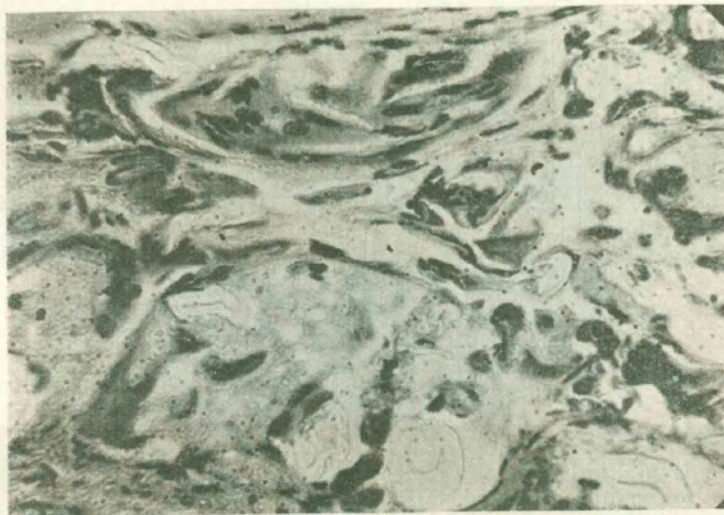


Figura 6

borde posterior hemorrágico, presenta numerosas formaciones nodulares, distribuidas irregularmente, la mayoría del tamaño de granos de mijo, algunos mayores, como lentejas y otros confluentes.

El estudio microscópico, de acuerdo a las preparaciones habituales con hematoxilina-eosina, tricrómico de Masson y método argéntico de Río Hortega para retículo, revela lo siguiente: no se observa en ningún campo estructura normal. En algunas preparaciones se puede ver una estructura de tipo glandular; pero con caracteres muy curiosos. Esas glándulas están formadas por una pared muy delgada con células aplanadas de tipo endoteliforme (Fig. 2). En su interior no hay evidencia de secreción, en cambio puede verse numerosas proliferaciones que forman verdaderas pequeñas cavidades, que a mayor aumento (Fig. 3), parecen estar constituidas con el mismo tejido que forma la pared del tubo y en su interior existen algunas células de caracteres imprecisos, e irregulares en su forma; pero en general de núcleos muy picnóticos. Estas glándulas están rodeadas por un tejido conjuntivo algo espesado, con escasa reticulina. El conjunto da más la impresión de una neoformación alveolar cavitaria que de una glándula propiamente dicha. No se diferencian células de Langhans o similares.

En otras zonas (Fig. 4) predomina en cambio la hemorragia lacunar intersticial y limitada por tejido conjuntivo. En la misma preparación existe un centro celular muy proliferativo, a células pequeñas, de poco protoplasma, con núcleo picnótico, de tipo sarcomatoide.

Siguiendo el estudio de otras zonas, especialmente de los nódulos amarillentos (Fig. 5), la estructura está representada por células grandes, redondeadas, de membrana bien manifiesta, de contenido citoplasmático finamente granuloso, teñido ligeramente en violeta, índice de dis-

traza basofilia, con las coloraciones comunes y núcleo redondeado, irregular, bien teñido. Estas células se encuentran en un tejido de ambiente graso. En otra zona (Fig. 6) se presenta un tejido de raro aspecto, con células muy desiguales, de núcleos alargados, picnóticos, irregulares, como situadas dentro de una masa de tejido homogéneo, que se colorea también con los colorantes básicos. Este tejido es difícil de clasificar y parecería ser de tipo conjuntivo de sostén, osteoide.

En resumen: anatómopatológicamente, este se presenta como un tumor de difícil clasificación por dos circunstancias: 1º) por la existencia de tejido lacunar sanguíneo y polipoide, que puede hacer pensar en un corioepitelioma; pero faltan los elementos más importantes, que son las células de Langhans. Además los exámenes clínicos (falta de ginecomastia) y los biológicos: gonadotrofinas normales o bajas, obligan a desechar ese diagnóstico. 2º) queda por pensar, por el polimorfismo celular, en un tumor poliblastico de tipo teratoide; pero no encontramos ningún gemelar en el órgano. No obstante, si consideramos hipotéticamente la existencia de un tumor poliblastico; pero que se ha desdiferenciado al malignizarse, volviéndose de esa manera al primitivismo embrionario, es fácil concluir se trata en realidad de un *disembrioma poliblastico malignizado*, que conserva aún un remedo de las manifestaciones organoides que pudiera haber tenido antes.

COMENTARIOS

Llama la atención la coexistencia familiar de dos hermanos con ectopía testicular bilateral e hipospadias vulviforme, en el caso presente portador además de un tumor testicular maligno. Ello nos llevó a buscar las alteraciones genéticas presumibles en la cromatina nuclear, aunque psíquicamente ambos hermanos eran netamente masculinos, lo mismo que por su conformación somática general. La determinación de la cromatina sexual en los epitelios bucal y uretral, así como en los leucocitos polimorfonucleares neutrófilos fué predominantemente masculina, lo cual indicaría una determinación sexual monopolar.

Desde el punto de vista de su neoplasia, ella es indudablemente maligna, aunque la exploración del territorio ganglionar lumboaórtico, con resección quirúrgica de la plica vascularis, fué negativa para ganglios cancerificados. La radioterapia postoperatoria fué bien tolerada y seguiremos vigilando al paciente, para confirmar su aparente curación, como es de rigor en todo cáncer operado.

RESUMEN

Se presenta un caso de tumor de testículo ectópico, de naturaleza embrionaria, *disembrioma maligno*. El paciente tenía también un hipospadias vulviforme. Ambas anomalías las sufría también un hermano menor del mismo. Se hace un detenido estudio anatómopatológico del tumor y los detalles del tratamiento.