

## QUISTES DERMOIDEOS DE TESTICULO CIRUGIA CONSERVADORA

Por los Dres. ALBERTO J. CLARET, CARLOS A. MACKINTOSH y  
ENRIQUE FISCH

Dentro de la patología tumoral del testículo, debemos considerar en un porcentaje del 2 al 4 por ciento los teratomas benignos o quistes dermoideos de testículo.

En la literatura mundial que ha sido recopilada sobre esta entidad, debemos mencionar a H. W. B. Cairns, que encuentra 47 casos de quiste dermoideo de testículo hasta el año 1926. Posteriormente se suceden los informes sobre casos semejantes, y así debemos nombrar a Williams E. Stevens, quien sobre 171.933 casos vistos en el S. Francisco County Hospital, en el año 1942 solamente encuentra un caso de quiste dermoideo de testículo en un niño de 16 meses de edad; Francis P. Twinem en el mismo año presenta un quiste dermoideo de testículo derecho, en un niño de tres años. Dockerty y Priestley publican tres casos de 23, 35 y 51 años respectivamente. Deam, sobre 300 casos vistos en el Memorial Hospital, encuentra dos casos de niños de 3 y 4 años. En un trabajo sobre quistes dermoideos publicado por Colcock, Sass y Staudinger en Boston, en el año 1955, sobre 146 quistes dermoideos vistos en la Lahey Clinic en el período 1930/52, no se encontró quiste dermoideo de testículo. En el año 1954, el Dr. Robert Atkinson de Illinois, menciona dos casos que englobaban testículo y epididimo. También presenta otro caso el Dr. Ian Muir de Birmingham en 1952, caso en que se efectúa la exeresis total. Además el Dr. James Surver opera en 1931 un teratoma de testículo semejante al nuestro, en un joven de 25 años que controlado en el año 1951, permanecía en buenas condiciones de salud.

En la casuística nacional, debemos mencionar el trabajo publicado por los Dres. Rebaudi, Cupri y Saubidet con el título de "Disembrioma Poliquístico; tratamiento quirúrgico de un caso", publicado en la Revista Argentina de Urología en el año 1947. Sería interesante conocer la posterior evolución.

El origen de estos tumores es desconocido. Existen 3 teorías que tratan de explicar la presencia de ellos en el parénquima testicular: 1º) *Teoría de la inclusión*, que explicaría esta anomalía por la inclusión de un pliegue del ectodermo durante la evolución de las hojas o láminas ventrales y dorsales.

2º) *Teoría de la partenogenesis*, que tiene en cuenta el origen hermafrodita de la glándula genital primitiva, y la posibilidad que dentro de un tejido testicular adulto persista un óvulo que por su evolución partenogenética determina la producción de tejidos de esta naturaleza, y por último *la teoría blastomérica* por evolución de un blastómero incorporado al comienzo de la embriogénesis

y que recupera tardamente todo su potencial de evolución y puede por lo tanto dar origen a todos los tejidos derivados de las hojas blastómeras. Además de estas tres teorías clásicas aplicables a todos los tumores teratoides del organismo, nombremos la que supone un origen peritoneal, dada que King en 1951 mostró que células peritoneales por metaplasia pueden formar epitelio escamoso.

El quiste dermoideo es de variado tamaño, siendo el mayor encontrado, uno de 10 x 7 x 6 cm. Según sus medidas y forma de desarrollo puede invadir y reemplazar todo el testis, estar encapsulado en el interior del mismo o completamente separado de él. Mauclair y Halle informan que un quiste incluido en la túnica albugínea.

La mayoría de estos quistes aparecen y se diagnostican en los primeros años de vida. Cairns en 44 casos observó 5 en adultos y en uno el teratoma se hallaba en un testículo ectópico en el interior de la cavidad abdominal.

Tienen preferencia en su localización por el testículo derecho y pueden estar constituidos por un quiste simple unilocular conteniendo un material sebáceo, siendo el tejido testicular periférico de caracteres normales. En otros el tumor puede ser multilocular con algún quiste conteniendo material sebáceo, otros con pelos, cartílagos y material calcificado.

El diagnóstico clínico de estos tumores se hace con el conocimiento y examen de testículos que aumentan de tamaño en semanas o meses y que pueden o no ir asociados de dolor. Otras veces se acompañan de hidrocele. Radiológicamente se revelan opacidades o calcificaciones si hay hueso. Comúnmente las hormonas gonadotrópicas no aumentan en la orina de estos enfermos.

La complicación más frecuente es el hidrocele y la transformación maligna aunque sobre esto último, no hay informes de que se haya recopilado algún caso ya sea sobre dicha transformación, ya sea sobre metástasis de la misma índole.

El diagnóstico diferencial debe ser con la variada patología testicular como ser epididimitis, sífilis, tuberculosis, hidrocele, hematocele, otros tumores, etc.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico y éste estará supeditado a la forma y tamaño del tumor: en unos casos orquidectomía total, en otros cirugía conservadora de la glándula con la exéresis única del tumor.

Deseamos presentar en este trabajo un caso más de este tipo de tumor de testículo.

Se trata de E. L. un joven de 21 años de edad, soltero, quien se presenta en la consulta del 19 de agosto del cte. año, manifestando como padecimiento una tumoración que palpaba en su testículo derecho y que estaba presente desde unos cuatro años antes. Como antecedentes solamente apendicectomía.

El examen clínico nos muestra en la semiología genital un aumento de volumen del escroto a expensas de la mitad derecha, con borraramiento de los pliegues cutáneos. Continente y contenido del lado izquierdo sin particular. Del lado derecho la palpación del testículo revela aumento de tamaño del mismo con mayor consistencia en su mitad superior, dando la sensación de ser ésta más voluminosa que la parte inferior. El epidídimo es normal excepto a nivel de su cabeza donde existe una pequeña tumoración redondeada, renitente, que parece hacer cuerpo con el mismo, del tamaño de un garbanzo. El cordón es normal, no constatóndose signo de Duplay. Todos los análisis fueron normales.

En el mismo mes se lo operó con anestesia local infiltrativa con novocaína al 1 %. Incisión a nivel de la raíz escrotal derecha. Se exterioriza el testículo de ese lado, previa apertura de la túnica vaginal, que se halla discretamente adherida y que es necesario liberar a punta de tijera. Se constata a nivel de cabeza de epidídimo una tumoración redondeada, elástica, del tamaño de un garbanzo incluido en el interior del órgano. Se efectúa incisión longitudinal sobre el mismo y se libera dicha formación previa ligadura y sección de un minúsculo pedículo. Constatada buena hemostasis se afrontan con catgut 00 los labios de la herida. Se reseca la hidátide de Morgagni previa ligadura en la base. Por palpación se determina la presencia de

una zona indurada en el interior del parénquima testicular a nivel del polo superior con sensación de tejido sano interpuesto. Se efectúa, previa compresión del funículo, sección de la albugínea en una longitud de unos tres centímetros a nivel del polo superior y bordeando el epidídimo, con fines exploratorios. Al incidir hace hernia el parénquima testicular y a una profundidad de  $\frac{1}{2}$  cm. se visualiza una superficie blanquecina nacarada de consistencia firme. Al disecar a punta de tijera se consigue enuclear una tumoración redondeada del tamaño de una avellana, de superficie blanca, sin pedículo visible que se extrae fácilmente. El lecho no sangra, por lo cual se reintegra el tejido testicular y se cierra la brecha operatoria con puntos separados de catgut 00. Se completa la hemostasia y se evierte la serosa vaginal que se fija con puntos de catgut. Se reintegra la glándula a la cavidad escrotal y se cierra por planos. Piel de escroto con puntos de Blair-Donatti. Vendaje compresivo.

Al incidir la tumoración intratesticular se observa que se halla formada por capas concéntricas de un tejido blanquecino que en el centro toma una coloración gris-verdosa. El post-

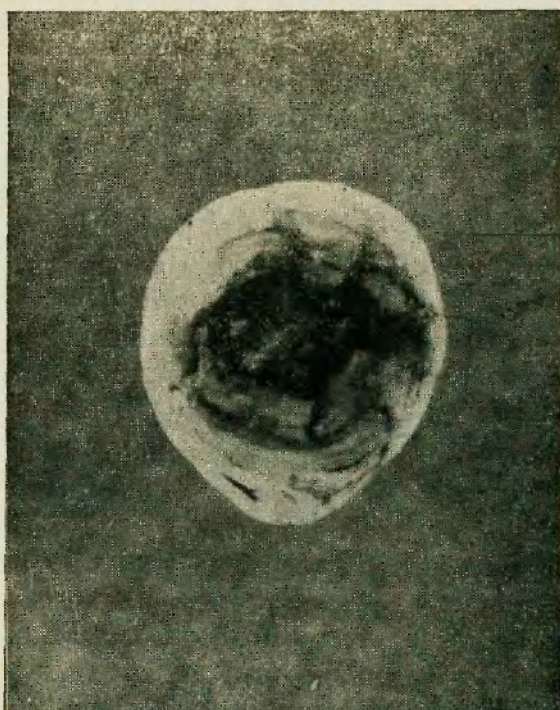


FIG. 1. — Una mitad del quiste del testículo vista por la superficie de sección mostrando su contenido dispuesto en capas concéntricas estratificadas.



FIG. 2. — Corte de la mitad del quiste testicular mostrando a la derecha tejido conjuntivo, en el medio restos de un epitelio pavimentoso estratificado y a la izquierda laminillas córneas estratificadas y maceradas.

operatorio transcurre sin incidentes y al quinto día se retiran los puntos superficiales. No se indicó radioterapia dada la naturaleza del tumor.

La pieza se envía para su estudio anatomopatológico al profesor Dr. Julio César Lazcano González. El informe que lleva el número 11.178 dice así:

*Examen macroscópico:* El material que se examina comprende dos tumoraciones quísticas que corresponden respectivamente al testículo y al epidídimo donde ocupaban una situación intraparenquimatosa; la primera es de mayores dimensiones (unos 2 cms. de diámetro) y da a primera vista la impresión de una masa sólida; la superficie externa es lisa y brillante, la consistencia relativamente firme y el color un blanco nacarado.

Al dividir la pieza por una sección mediana se presenta el aspecto que reproduce la fotografía 1, contenida por una cápsula —que es la pared de un quiste— se encuentra una substancia amorfa, de color blanco amarillento y dispuesta en capas concéntricas, aspecto que hace pensar en la posibilidad de que se trate de un quiste hidático involucionado.

El quiste epididimario, más pequeño, comparable a una arveja, es una pequeña bolsa con un contenido acuoso que sale al seccionarlo dejando una pared muy delgada y traslúcida.

*Examen microscópico:* Se incluyen en parafina porciones de cada uno de los quistes y se hacen cortes que se colorean con hemalumbre de Meyer y eosina.

Los preparados del nódulo testicular muestran su naturaleza quística con una pared constituida de fuera a adentro por una capa de tejido conjuntivo comparable al de la dermis de la piel, por un epitelio pavimentoso estratificado del cual quedan sólo restos y por un conjunto de laminillas córneas estratificadas y maceradas que dan un aspecto colestestomatoso a la lesión (Fig. 2).

Es evidente que el proceso se ha originado sobre algún resto embrionario bajo la forma de un simple quiste dermoide y que progresivamente se ha ido acumulando en su interior el producto de descamación de sus laminillas córneas hasta constituir la masa semisólida y estratificada que constituye su contenido.

El quiste epididimario tiene otro aspecto, su pared es conjuntiva, edematosa y su revestimiento, donde se conserva, es de células aplanadas de tipo celómico, se encuentran además, en el espesor de la pared, pequeñas cavidades revestidas por un epitelio cilíndrico parcialmente ciliado comparable al de los tubos epididimarios.

*Diagnóstico:* Quiste dermoide del testículo con un contenido descamativo de tipo colestestomatoso y otro más pequeño epididimario de tipo celómico (derivado de la vaginal). Ninguno de los dos tiene caracteres blastomatosos.

*En resumen:* Se presenta un caso de quiste dermoideo de testículo, entidad rara en la casuística mundial.

Se expone la conducta seguida en este caso, cuál fué, la de cirugía conservadora del órgano, actitud que fué posible, gracias al tipo y tamaño de la tumoración, y al hecho que se procedió a la exploración de la glándula antes de decidir la ectomía total de la misma.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Meredith Campbell.* — Urology. Vol. II, año 1954.  
*Peter A. Herbut.* — Urological Pathology. Vol. II, año 1952.  
*Aschoff L.* — Anatomía Patológica, año 1950.  
*Colcock, Sass y Studinger.* — Dermoids cysts. New. England J. Med. 252. 373-379. March. 1955.  
*Robert Atkinson.* — Dermoid cyst of the testicle. Illinois J. M. 105, 23-26. Jan. 1954.  
*Ian Muir.* — Benign cystic teratoma (dermoid cyst) of the testicle. Brit. J. Surg. 40, 144-147. Sept. 52.  
*Moon y Hullinghorts.* — Basic patterns in teratoid tumors. — Am. J. Path. 24. 6, 1067-1081. Sept. 48.  
*Kretschmer.* — Embrioma in 5 years hold child. Am. J. Surg 76. 99-101. July 48.  
*Rebaudi, Cupri y Saubidet.* — Disembrioma poliquistico; tratamiento quirúrgico de un caso. Rev. Arg. de Urolog. 16. 175-180. Jul.-Dec. 47.  
*A. Peyron.* — Particular mode of development of embryonic buds at expense of blastular cysts in polyembryonic parthenogenesis in man (testicular embryoma). Compt. rend Soc. de Biol. 135. 860-863, año 1941.  
*Barver.* — Teratoma of the testis; report of 65 cases. Am. J. Roentgenol. 54. 257-261. Sept. 1945.  
*Dockerty y Priestly.* — Dermoids cysts. J. Urol. 48. 392-400. Oct. 42.  
*Francis P. Twinem.* — Benign teratoma in 3 years old boy; a case. J. Urol. 47, 577-579, May. 42.  
*Williams Stevens.* — Benign teratomas (dermoid cysts) of testicle; a case. J. Urol. 44. 864-870. Dec. 40.  
*H. W. B. Cairns.* — Neoplasms of the testicle. Lancet. 1. 845, año 1926.

#### DISCUSION

*Dr. A. E. Trabucco.* — Quisiera que se aclare un poco más el diagnóstico de quiste dermoide.

Me parece que se trata más bien de una inclusión wolffiana del testículo y del epidídimo que cambia la naturaleza de todo el proceso. Es un embrioma de la misma naturaleza, que está formado el testículo.

En el quiste dermoideo, deben entrar por lo menos, dos hojas. No se puede hablar de quiste dermoideo si no se tienen ambos elementos en el desarrollo del quiste. Se ha visto una cavidad epididimaria con células epididimarias, pero no se observó tejido de otra naturaleza.

Esas imágenes pueden visualizarse en algunos quistes dermoideos en estado degenerativo, donde el retroceso al primitivismo celular, al estado embrionario celular los hace parecer a un mesenquimoma. Si esto fuese así, la permanencia de testículo cuando se está ante uno de esos casos, es un riesgo sumamente grave.

Mi impresión, pues, es que no es un quiste dermoideo, sino una inclusión wolffiana y puede ser que haya habido una metaplasia celular.

*Dr. E. Fisch.* — En realidad, el origen de estos tumores es desconocido.

Existen varias teorías. Una de ellas, es la de la inclusión que indica que en ellos parte del cuerpo de Wolff hace inclusión en el interior del testículo. También se denominan quistes dermoideos a los teratomas benignos que pueden ser derivados de tres hojas (ecto, endo y mesodérmica), pero no es necesaria la presencia de las tres. Se considera también, que puede ser solamente la ectodérmica. En este caso, el examen anatomopatológico nos informa: quiste dermoideo, y nos muestra esa imagen. No podemos asegurar otra cosa, dado que no se encuentra presente el anatomopatólogo que nos hizo ese diagnóstico.

De todos modos, agradecemos la colaboración del Dr. Trabucco al poner en duda el diagnóstico y trataremos de hacer la consulta con el anatomopatólogo para determinar la exactitud del mismo.