

TUMOR TESTICULAR (DISEMBRIOMA) EN UN NIÑO

Per los doctores PARRA SANZ Y B. BUALÓ

Los tumores del testículo afectan todas las edades, pero las estadísticas son acordes en firmar su aparición en la época de mayor actividad sexual, encontrándose raramente en los niños. Esta particularidad es confirmada por todos los autores, en particular por quienes han recopilado gran cantidad de casos (cuadro 1).

Autor	Total de casos observados	Correspondientes a niños	Por ciento
Gilbert	5.500	131	2,38
Tenner	101	1	1
Culp, Frazer y Buttler	113	4	3,5
Chevassu	239	4	1,7
Desjardins, Couceller y Gianturco	155	1	0,7
De la Peña y Ravadán Marina	155	1	
Delporte	125	7	5,6
Navarrete	—	—	8,09

CUADRO 1

El tumor de testículo en el niño, por su rareza, provoca siempre titubeos en el diagnóstico precoz y errores de apreciación inicial aún en manos especializadas. Es que al diagnóstico clínico, difícil en los primeros períodos, se llega

en la generalidad de los casos por exclusión de otras patologías del contenido escrotal que se manifiestan con el signo tumoración, y por otra parte el cuadro clásico de glándula de consistencia modificada, indolora, con sensación de "peso" en el escroto no solamente no es patognomónica, sino que no se presenta en todos los casos. Ante un tumor de tales particularidades o en el que existe evolución progresiva, deberá pensarse en tumor testicular, pero habrán de descartarse otros factores etiológicos entre los cuales destacamos como más importantes la sífilis y la tuberculosis y, además, hidrocele, espermatocele, hernia, infarto y epididimitis, para poder efectuar un correcto diagnóstico diferencial.

La sífilis ataca al testículo y puede tomar la forma de orquitis intersticial difusa o de goma, simulando un tumor con mayor frecuencia que cualquier otra lesión de la glándula. En estos casos los antecedentes (sífilis congénita o adquirida), las reacciones serológicas positivas, el crecimiento lento, gradual y regular, a veces las características al tacto de algo rígido como "bola de billar" y su involución con el tratamiento específico de prueba, ayudan al diagnóstico diferencial aunque excepcionalmente, existe la posibilidad de coexistencia de una sífilis generalizada con lesiones malignas del testículo y en tales casos de diagnóstico dudoso será preferible explorar un testículo lúctico, que diferir la intervención de una neoplasia maligna.

La tuberculosis, siempre localizada primitivamente en el epidídimo y sólo invadiendo el testículo en períodos avanzados, tiene el antecedente de procesos bacilares previos, focos familiares, cordón infiltrado, arrosariado, la palpación muestra una formación nodular, adherente a los planos superficiales, con tendencia a la fistulización y eventualmente investigación del bacilo de Koch.

Los procesos que asientan en las envolturas escrotales pueden plantear dudas, como sucede con el hidrocele y el hematocele, pero la transluminación, el curso de crecimiento gradual o estacionario, la palpación de una tumoración lisa, blanda, renitente, indolora, con posible individualización del dídimo y el epidídimo, colaboran para realizar un diagnóstico exacto. Sin embargo, debemos señalar de acuerdo con algunos autores que es posible que en determinado número de casos un tumor sea enmascarado por un hidrocele, o éste sea un síntoma de aquél; entonces únicamente la exploración quirúrgica podrá sacarnos de la duda.

Una hernia puede simular un tumor testicular y no es raro encontrar en la literatura casos de tumores que fueron internados con ese diagnóstico, a pesar de que el diagnóstico de hernia no complicada no debería presentar dificultades.

Los procesos inflamatorios del testículo tienen particularidades que ayudan a su diferenciación: antecedentes de parotiditis, brucelosis, actinomicosis, etc.; comienzo rápido (aunque a veces es insidioso), cordón espermático engrosado, palpación dolorosa de una tumoración lisa, firme o fluctuante. Su curso es bueno y la involución por antibióticos y descongostivos es más o menos rápida. La orquitis u orquiepididimitis del recién nacido puede prestarse a confusiones, pues no debemos olvidar que en el niño un tumor testicular puede ser doloroso.

Si llegamos a la intervención quirúrgica con la sospecha o el diagnóstico presuntivo de tumor testicular, tendremos allí elementos que nos ayudarán a confirmarlo; el aspecto macroscópico de la glándula con ligeros abollonamien-

tos y deformaciones que borran las estructuras normales y, sobre todo, la tortuosidad y deformación marcadas de los vasos albugíneos que consideramos decisivo para el diagnóstico de neoplasia maligna y para la indicación inmediata de orquidectomía. La confirmación definitiva nos la dará el estudio anátomo-patológico de la pieza extraída, analizada en su totalidad. Hay quienes prefieren efectuar biopsia operatoria por congelación con colocación previa de un clamp en el pedículo; preferimos el primer método, pues consideramos el examen de la totalidad de la glándula un requisito indispensable.

Descartamos la biopsia por punción como método diagnóstico por los peligros ciertos de factor de diseminación. Esta conducta es aconsejada entre otros por Mathe, Schwart, Mallis y Delporte quien ha presentado un caso personal que, sometido a la biopsia previa por punción, falleció tres meses después de efectuada la orquidectomía con metástasis generalizadas.

Caso Clínico.— R.R., de un año y nueve meses de edad, concurre a la consulta el día 12/VII/61. H.C. 341539. Presenta el testículo derecho aumentado de tamaño uniformemente, no doloroso, no adherente a los planos superficiales. El cordón espermático se palpa de caracteres normales. La madre manifiesta que la glándula se encuentra agrandada desde el nacimiento, pero la evolución aparente se ha hecho en el término de dos meses. La reacción de Wassermann y Kahn es negativa. Se efectúa tratamiento de prueba con un antibiótico de amplio espectro y al no obtener mejoría se decide la intervención. Parte quirúrgico: Incisión inguinoscrotal. Al incidir la vaginal se descubren los vasos de la albugínea muy dilatados, por lo cual se decide la orquidectomía con ligadura alta del cordón espermático. Se cierra por planos y se deja un pequeño drenaje. El enfermito es dado de alta dos días después. Sucesivos controles hasta la fecha lo muestran en perfecto estado general.

CONCLUSIONES

El tumor testicular en el niño es infrecuente; según las estadísticas consultadas su incidencia oscila entre el 0,7 y el 8,09 por ciento de los tumores del testículo. El diagnóstico de la enfermedad es dificultoso en la generalidad de los casos, pues debe diferenciarse de otras afecciones que más comunmente atacan al testículo en esa edad, siendo la sífilis la que más fácilmente simula un tumor. Cuando exista la sospecha de tumor testicular, preferimos la exploración quirúrgica del órgano a cualquier otro método por considerar que el engrosamiento de los vasos albugíneos constituye un elemento de juicio suficiente como para efectuar una orquidectomía. Esta conducta la estimamos superior a la biopsia por congelación, pues permite el estudio histológico de la totalidad de la glándula y pensamos que la punción biopsia debe ser abandonada definitivamente por los peligros de disminución ya comprobados por varios autores. El caso que presentamos se trata de un niño de un año y nueve meses que fue sometido a una orquidectomía por un tumor que resultó ser un teratoma embrionario.

BIBLIOGRAFIA

1. Boehme, E. J.; Bagley, R. O. y Humphrey, A. F.: Calif. Med., 74:397, 1951.
2. Bormel, P. y Mays, H. B.: Jour. of Ur., 86:119, 1961.
3. Culp, D.; Frazier, R. A. y Butler, J. J.: Jour. of Ur., 76:162, 1956.
4. Dean, A. L.: Ped. Clin. N. Am., 839, 1955.
5. De la Peña y Ravadán Marina: Jour. Int. Coll. Surg., 21:738, 1954.
6. Delporte, T. V.: Bol. Soc. Cir. Rosario, 16, 1948.
7. Gilbert, J. B.: Jour. of Ur., 48:665, 1942.
8. Guilleminet, M. y Fourier, P.: Lyon Chir., 44:57, 1949.
9. Llambias, M. R.: Bol. Tr. Soc. Arg. Cir., 17:508, 1956.
10. Magner, D.; Campbell, J. y Wiglensworth, F. W.: Cancer, 9:165, 1956.
11. Melicow, M. y Cahill, G. F.: Jour. of Ur., 71:103, 1954.
12. Mostofi, F. K.: Bull. N. Y. Acad. Med., 28:684, 1952.
13. Phelan, J. T.; Woolner, L. y Hayles, A. B.: Surg. Gyn. Obst., 105:569, 1957.
14. Rusche, C.: Jour. Ped., 40:192, 1952.
15. Waddell, R. W.: Jour. of Ur., 85:956, 1961.