

SEMINOMA DESARROLLADO EN TESTICULO CRIPTORQUIDICO

Por el Dr. ALBERTO ABDALA

Relator: Dr. CONSTANCE COMOTTO

El Dr. Abdala nos envía un trabajo sobre un tema que lo viene ocupando desde su Tesis del Doctorado en 1952 y que ha sido el motivo de diversas y documentadas observaciones muy interesantes presentadas en nuestra Sociedad y en otros centros científicos.

Con el presente caso, el Dr. Abdala apoya la tesis que considera factor de suma importancia, la "distopia testicular" en la degeneración cancerígena del órgano. Todos conocemos las discrepancias a ese respecto y mientras hay autores como Cunighan (citado por Alfonso De La Peña en su obra Tumores del Testículo. Ed. Paz Montalvo-Madrid) que aceptan hasta un 67 %, y sólo Baker (Discussion of Chytorchidism in Fertility & Sterility, 3,746, 1953) un 11 %, mientras que Kofey (citado por De La Peña) sobre 1257 distopias testiculares no encuentra ninguna con malignidad. Esta discrepancia tan acentuada nos lleva a reflexionar seriamente en presencia de datos tan dispares y como siempre lo más cómodo es aceptar un término medio prudencial aunque nosotros nos inclinamos hacia los que aceptan como real la incidencia de la anomalía sobre la degeneración cancerígena. El autor de esta comunicación y de acuerdo a sus observaciones acepta que 1 de cada 4 testículos distópticos presenta en algún momento indeterminado la degeneración blatomatosa, es decir, un 20 %, lo cual nos parece excesivo.

Estamos de acuerdo con el Autor en cuanto al tratamiento instituido, vale decir, la simple ectomía del tumor y la irradiación sucesiva que debe ser lo más precoz posible y llegar hasta el mediastino por lo menos.

El resultado terapéutico alejado es muy interesante aunque todos hemos visto recidivas tardías que a veces pasa ampliamente de los diez años.

Creo que no debemos dejar pasar la oportunidad de felicitar al Dr. Abdala no sólo por su interesante comunicación sino que por el hecho de estar radicado en la Patagonia, no deje de colaborar para el mejor éxito de nuestras reuniones científicas.

La presente comunicación tiene por objeto presentar simplemente un caso más de resultado feliz en el tratamiento de los tumores malignos desarrollados en testículos criptorquídicos; pero por llevar nueve años desde la extirpación del testículo y una serie de hechos coincidentes hacen que detalle el caso.

En el año 1954 a consecuencia de un cuadro de confusión mental, el examen clínico descubre la presencia de una tumoración en hipogastrio y que

desde el nacimiento presenta el enfermo criptorquidia derecha que no fue tratada. Paciente de 34 años de edad con tumoración un poco mayor que un puño, se moviliza poco, situada casi en la línea media aunque con mayor desarrollo a F.I.D., de consistencia firme elástica, indolora. No se palpan ganglios

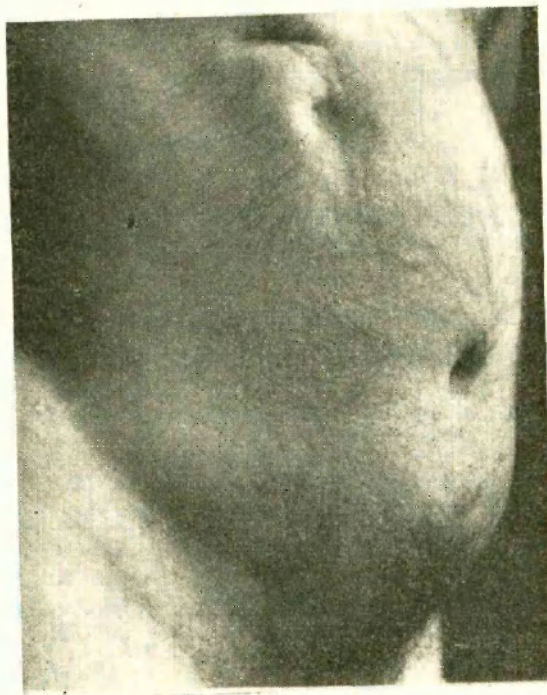


Figura 1



Figura 2



Figura 3

regionales. No se encuentra el testículo derecho en las bolsas ni en regiones superficiales. Caracteres sexuales secundarios normales. Testículo izquierdo semiológicamente normal.

En radiografías directa de abdomen, colon por enema, radiografías de

tórax no se encuentra nada de anormal. Los análisis de rutina normales. Por proceder de zona ganadera se hacen reacciones biológicas para quiste hidatídico que resultan negativas.

Con diagnóstico de presunción de tumor de abdomen a punto de partida en el testículo retenido es intervenido encontrándose una tumoración perfectamente encapsulada, reconociéndose el epidídimo, los vasos y conducto referente que no están infiltrados. Se extirpa dicha tumoración investigando cuidadosamente cavidad pelviana y abdominal en busca de posibles metastásis, no encontrándose nada de anormal.

La tumoración extirpada corresponde a un testículo tumoral de unos 200 grs. de peso (Fot. N° 1); sobre la vaginal serpentean gruesas venas pero dicha túnica no ha sido superada por el desarrollo neoplásico. Al corte, grandes zonas de necrosis y hemorragias desarrolladas en una masa neoplásica de aspecto encefaloide.

Histológicamente se confirma la presencia clínica (Foto N° 2). Seminoma con grandes zonas de necrosis y focos de infiltrado linfocitario atipia celular marcada.

Como tratamiento complementario se lo envía al especialista para ser irradiado.

A los seis años de esta primera intervención, o sea en 1957 (el día 12-X-57) este mismo paciente es nuevamente laparatomizado por quiste hidatídico de hígado haciendo una minuciosa inspección abdominal en busca de posibles metastásis de su anterior seminoma, no encontrando nada anormal como tampoco evidenciaron signos de metastásis los repetidos estudios radiográficos de tórax y columna vertebral. Más aún, hace un año y medio que ha contraído matrimonio, siendo ahora padre de un hijo en perfecto desarrollo. En la foto N° 3 se aprecia las cicatrices de ambas intervenciones aunque la primera de ellas ya casi no se distingue, igualmente se aprecia el abundante panículo adiposo.

En estos momentos lleva ya nueve años de la extirpación del seminoma y radioterapia post-operatoria por lo que las posibilidades de metastásis son remotas.

Presento este caso feliz para insistir en recordar la gran incidencia de neoplasias malignas en testículos retenidos o ectópicos como ya lo expresara en publicaciones anteriores (tesis de doctorado 1952 Córdoba, Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía de Córdoba en 1955 - Distopia testicular presentado en esta misma Sociedad en 1958); en todas ellas he insistido diciendo que "en un testículo distópico es cuatro veces más frecuente el desarrollo de una neoplasia maligna que en un testículo eutópico".

Pero también el testículo descendido lleva consigo la posibilidad de desarrollo de neoplasias lo que permite recalcar que en la "distopia testicular" es de aceptar el concepto de Ewing de "distopia celular", con el descenso se corrige la primera pero no la segunda.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Pido la palabra, señor presidente.

Es interesante que aparezca de vez en cuando un tumor maligno en testículo criptorquídeo, porque en alguna ocasión alguno de nosotros ha tenido oportunidad de ver una laparotomía de tumor de abdomen y se olvidaron de fijarse que no existía el testículo en el escroto. Como yo he observado ese hecho, lo denuncio.

VEJIGA ILEAL CON ABOCAMIENTO CUTANEO

Por los Dres. J. A. MOCELLINI ITURRALDE y FRANCISCO ALVARINHAS

Deseamos hacer conocer los resultados obtenidos en 2 enfermos en los cuales ejecutamos estas intervenciones.

El primero de los casos corresponde a una mujer de 47 años, a la que se le extirpó la uretra, en marzo de 1959, por una neoplasia de la misma. Posteriormente fue irradiada.

La vemos en setiembre de 1959, era portadora de una talla vesical hipogástrica, con cierre total del cuello de la vejiga. H. 10.982, Sala 6, Hosp. Fernández.

Se intenta en octubre del mismo año una plástica, para formarle una neouretra, el mal resultado en cuanto a la continencia se refiere, decidió volver a la situación anterior.

En 1962 se constata una marcada reducción de la capacidad vesical, hay pujos, tenesmo y dolores perineovaginales. Orina turbio hemática e intolerancia a la sonda de la cistostomía.

Rx: pequeña vejiga deforme y reflujo ureteral bilateral.

Ante esa situación se le propone la ampliación ileal de la vejiga.

Se opera el 30 de enero de 1962.

Cirujano: Dr. Mocellini Iturralde. Ayudantes: Dres. F. Alvarinhas y Leopoldo Serra.

Con incisión mediana infraumbilical, se aborda, libera y extraperitoniza la vejiga, pequeña, esclerosada, se elige la anteúltima asa ileal, se la excluye y extraperitoniza.

Se reseca la vejiga, respetando al trigono. Se anastomosa el asa al mismo y su otro extremo a piel. Drenaje, plancha de goma. Sonda ileovesical.

Nuestro intento quirúrgico de técnica un tanto personal, tenía por objeto crear a la enferma un reservorio de capacidad adecuada que le suprimiese los efectos de la cistostomía en la pequeña vejiga.

No hemos obtenido el resultado buscado. El reservorio ileal no tiene sino capacidad virtual, al lleno del mismo, responde con una serie de contracciones del asa, evidentes en la ostomía cutánea, que producen pujos y dolores epigástricos.

El líquido escapa entre la sonda y la pared ileal, mojando a la paciente.

Los reflujos persisten, como así mismo los dolores lumbares, que éstos ocasionan cuando se obstruye la sonda.

En conclusión el divertículo ileal, implantado sobre trigono y abocado a piel, ha sido funcionalmente un fracaso como reservorio.

La pacient elleva ya 9 meses de operada.

El segundo caso fue un hombre de 50 años. Historia: 11.190. Se le efectuó el 7/2/1961 (Dr. Mocellini) la ureterestomía cutánea bilateral por neo de vejiga sangrante y muy doloroso y estasis ureteral.

El día 25/7/61 (los Dres. Alvarinhas y Mocellini) procedemos a la cistoprostatectomía y le hicimos un Bricker. Se consiguió controlar los dolores.

La repercusión alta de la vejiga o reservorio urinario ileal no fue mala. La función renal mejoró así como la morfología de las vías excretoras.

El reservorio, como en el caso anterior sólo lo era virtualmente, fue más un trayecto o conducto drenado por una sonda.

La distensión producía dolores epigástricos y el escape de la orina por fuera de la sonda. El paciente falleció a los 6 meses por metástasis hepáticas con 0.30 de úrea.

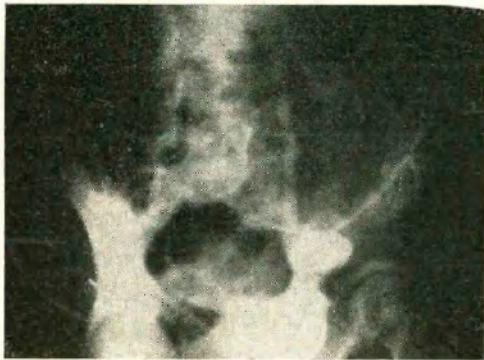
La repercusión alta de la vejiga o reservorio urinario ileal no fue mala. La función renal mejoró así como la morfología de las vías excretoras.

El reservorio, como en el caso anterior sólo lo era virtualmente, fue más un trayecto o conducto drenado por una sonda.

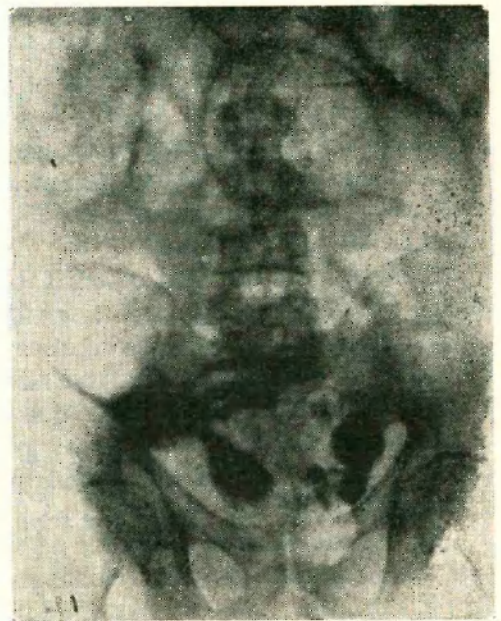
La distensión producía dolores epigástricos y el escape de la orina por fuera de la sonda. El paciente falleció a los 6 meses por metástasis hepáticas con 0.30 de úrea.

En resumen: en nuestra experiencia, tanto el Bricker como la técnica que empleamos en el otro paciente provee simplemente de conductos de capacidad virtual, cuya función como órgano reservorio es mínima o nula.

La indicación no debe exceder los límites de la conservación de la suficiencia renal con una sola ostomía cutánea. Pretender darle función de reservorio es utópico, actúa como tal la bolsa ortopédica que se le agrega.



Caso I. — Cistografía post-operatoria. Lleno parcial del asa ileal. Reflujo uretérico.



Caso II. — Radiografía. Relleno del asa de Bricker.