

9ª Sesión Ordinaria - 26 de Noviembre de 1964

Presidente Dr. Natalio Cartelli
Secretario „ Oscar C. Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volumen XXXIII - Nº 10-11-12 - Páginas 426 a 430

MIGRACIÓN DE LAS CÉLULAS NEOPLÁSICAS DEL TESTÍCULO POR LA PLICA VASCULARIS

Por el PROF. DR. ARMANDO E. TRABUCCO

Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
Hospital Rawson.

En los últimos 15 años hemos reunido 104 casos de tumores testiculares de distinta naturaleza y en los más diversos estados de malignidad. Todos han sido tratados quirúrgicamente, con extirpación del cordón, de los vasos espermáticos, de la plica y de las formaciones ganglionares, cuando las había. La extirpación de los ganglios siempre nos ha dejado la sensación de ser incompleta. El transcurso del tiempo nos ha demostrado que, cuando hay ganglios visibles, el pronóstico es reservado, a pesar del correcto tratamiento actínico; hay excepciones, evidentemente, pero la regla es la metástasis a corto o largo plazo.

En aquellos casos en donde no se han encontrado ganglios neoplásicos, hemos insistido en la extirpación de la plica con sus vasos espermáticos y conducto deferente. Hemos estudiado sistemáticamente dichos elementos quirúrgicos y, aun sin haber evidencia macroscópica de tumor, hemos encontrado, casi siempre, células neoplásicas aisladas o en grupos, algunas veces visibles tan sólo después de un exhaustivo examen microscópico. Creemos que este hecho es importante en la evolución y en el tratamiento de los tumores del testículo (Figs. 1 y 2).

De los 104 casos estudiados, 56 revisten interés en relación al tema, porque en ellos hemos hecho extirpación del órgano y de las celulosas sin encontrar ganglios linfáticos, de manera que, la progresión celular no era demostrable ni evidente; así es que el hallazgo de células aisladas en las vainas celulósicas podría tener gran significado. De estos 56 casos estudiados, 23 de ellos mostraron células neoplásicas migratorias. Los sitios topográficos en donde se han encontrado han sido: 1º: La vaina celulósica que rodea al conducto deferente (10 casos). 2º: La porción del pliegue celulósico que va desde el conducto inguinal hasta la arteria hipogástrica (8 casos). 3º: En menor cantidad, en el resto

de la plica (5 casos). Vimos sin embargo que, cerca de la terminación de la banda celulósica, en el pedículo renal, se encuentran más fácilmente que en la zona que va desde la porción inguinal hasta el riñón (Fig. 3).

Respecto al tipo de tumor que ha mostrado células migratorias, el epiteloma espermatogónico es el que da la mayor cantidad, pero también hemos encontrado, en menor número, en los embriogénicos del tipo Wolffiano, encontrando rara vez en los disembrionomas poliblasticos y en los corioepiteliomas; en estas dos últimas variedades, las células neoplásicas estaban, generalmente, dentro de los conductos vasculares.

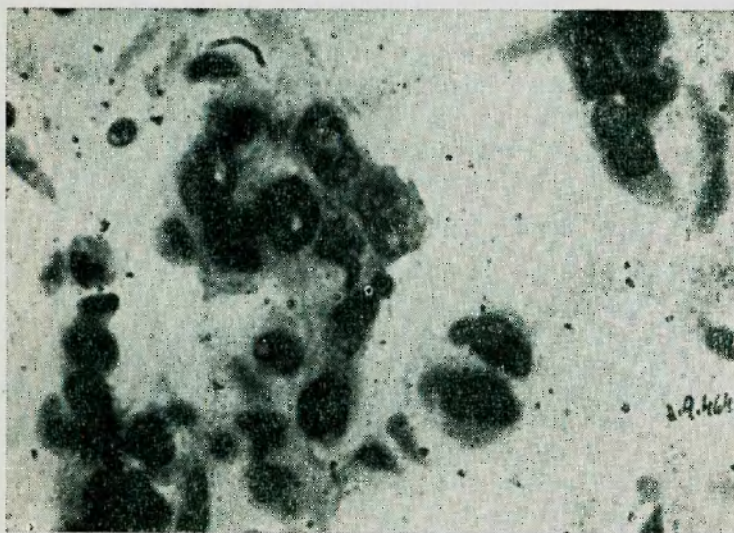


Fig. 1. — Migración de las células neoplásicas en forma agrupada

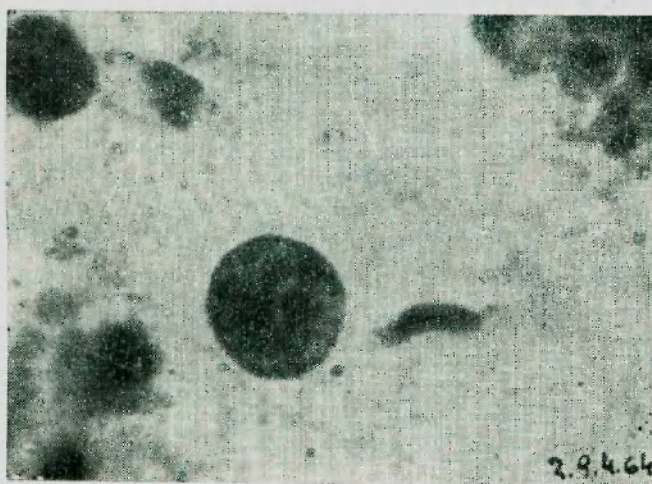


Fig. 2. — Migración de las células neoplásicas en forma solitaria

DISCUSION

La vaina celulósica, llamada comúnmente Plica Vascularis, es una formación de tejido laxo que rodea a los vasos espermáticos y en especial a la vena, y hay que buscar su origen en el mesénquima embrionario que formará una amplia vaina, que fijará, rodeándolos, a la pared posterior del abdomen.

Hay formaciones neoplásicas en las que rara vez se encontraron células migratorias; tumores a marcha benigna como los teratomas y tumores supermalignos como los disembrionomas sarcomatoides y los corioepiteliomas que, cuando se malignizan, lo hacen en forma sumamente violenta y con crecimiento tan rápido que no alcanzan las defensas orgánicas para limitarlos y pasan rápidamente al torrente sanguíneo. La migración se hace en la sangre.

Volviendo a las células migratorias de la Plica Vascularis, vemos que se observan predominantemente en los epitelomas espermatogónicos y en los epitelomas wolffianos; podemos colegir que, si la iniciación neoplásica no es violenta y el organismo puede limitar el proceso, el volcamiento de la célula cancerosa no se produce de inmediato, recurriendo ésta (la célula) a otro mecanismo de progresión en relación con su actividad de crecimiento. Observando las preparaciones fijadas inmediatamente de extirpada la gonada, vemos que,

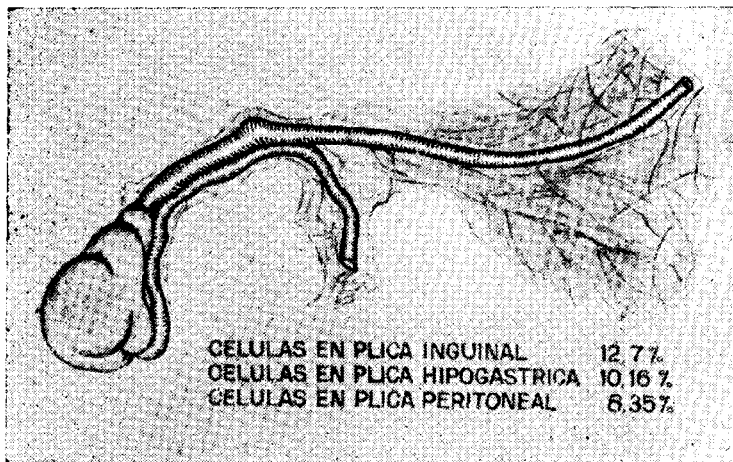


Fig. 3. — Porcentajes de células migratorias halladas en la Plica

aparte de la estructura propia del tumor, hay otros elementos neoplásicos colocados cerca de los límites con el tejido orgánico aparentemente sano, que, si bien presentan características similares a las de la estructura anterior, no son iguales a ésta, aunque, morfológicamente, son también malignos. Estas células están deformadas y han sido sorprendidas por la fijación en franco estado de movimiento. Es precisamente la capacidad ameboidal de este tipo de células la que las hace traspasar las barreras defensivas orgánicas, para penetrar en los tejidos de vecindad (Figs. 4 y 5).

La meta de las células neoplásicas aisladas puede ser diversa. En general y de acuerdo a los conocimientos actuales de inmunología, estando las células en la Plica, el organismo debería destruirlas pero, si hay sensibilidad hacia

dichos elementos, no sólo no serán destruidas sino que estas células mostrarán mayor actividad, pudiendo originar metástasis diversas. Por otra parte, la Plica Vascularis confluye en dos grandes grupos ganglionares: lumboaórtico e hipogástrico; las células migrantes podrían alojarse en dichos ganglios.

La existencia de células neoplásicas dentro de la Plica Vascularis debe hacernos pensar en la importancia terapéutica de su extirpación total y sistemática.

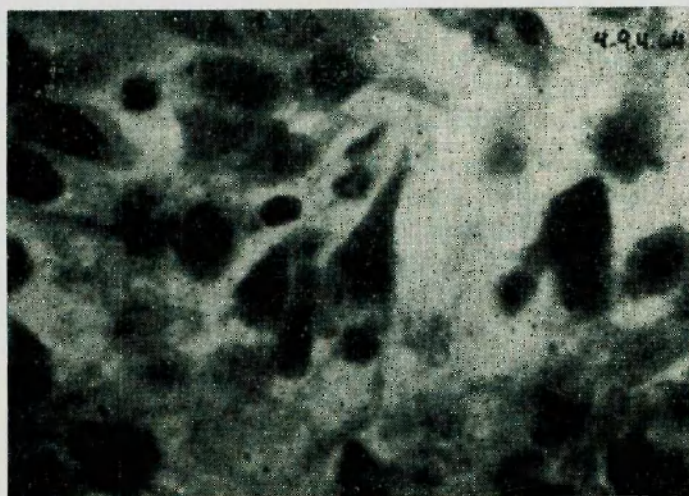


Fig. 4. — Estado ameboidal de las células neoplásicas que migrarán hacia los tejidos vecinos

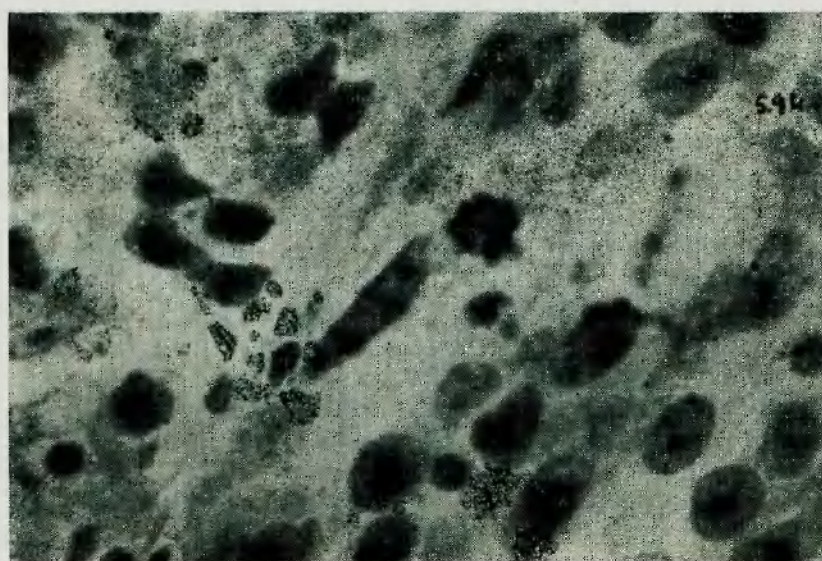


Fig. 5. — Mitosis y estado ameboidal en dos actitudes celulares

Se puede decir, quizá, que si en la exploración quirúrgica no se encuentran ganglios, toda otra intervención estaría de más; nos oponemos a esta manera de pensar. La existencia de células migratorias fuera de los vasos linfáticos y sanguíneos obliga a la extirpación de toda la vaina celulósica; su capacidad de progresión es mayor que la de las que están acantonadas en el tumor y, aunque consideramos que una célula en movimiento ameboidal no tenga una malignidad tan acentuada como la que se encuentra dentro del tumor, no podemos prever cuándo ni dónde se hará la metástasis.

El conocimiento de las células migratorias aisladas explica la formación de metástasis tardías. Una célula alojada en las celulosas puede vivir como cualquier otra célula orgánica y, mientras su actividad se encuentra controlada, podrá ser debidamente tolerada por el organismo, reproduciéndose neoplásicamente en un plazo más o menos largo.

Podría también decirse, oponiéndose a la cirugía de la Plica, que las radiaciones actínicas destruirían a los elementos neoplásicos; la actinoterapia en las zonas ganglionares neoplásicas de los tumores de testículo es espectacular a veces, pero no siempre. Cabe preguntar si la actinoterapia actuaría sobre las células aisladas de la Plica Vascularis, pero la extensión del tejido y la falta de concentración celular hacen aleatoria esta terapéutica. Si a eso le sumamos la mayor resistencia que toda célula en movimiento opone a las radiaciones, pensaremos que la radioterapia es insuficiente.

Como conclusión podemos decir que: todo tumor testicular debe ser siempre extirpado con su Plica correspondiente y consideramos que esta intervención tiene tanto o más valor que las adenectomías y que nunca debe hacerse una adenectomía sin hacer extirpación de la Plica Vascularis.