

TUMORES DE TESTÍCULO BILATERALES (Simultáneos y Escrotales)

Por los DRES. A. SERGIO REBAUDI, LEON BERSTEIN-HAHN
y OSVALDO L. RUBINSTEIN

El tumor de testículo es uno de los tumores del organismo poco frecuentes pero de mayor malignidad por sus metastasis precoces que llevan rápidamente a la muerte y nos llena de angustia pues se desarrolla en hombres jóvenes en plena actividad sexual.

En los casos estudiados por Hamilton y Gilbert, el 40 % de los tumores bilaterales ocurre entre los 30 y 44 años, y un 25 % pasados los 50 años; se han encontrado casos en fetos de 8 meses hasta hombres de 76 años.

En la literatura hay pocos casos de tumores bilaterales simultáneos, más común es el desarrollo por separado en ambas glándulas.

Algunos autores aconsejan el control periódico del testículo aparentemente sano, en los que han tenido un tumor en el opuesto, pues existe una mayor probabilidad de que se desarrolle un tumor.

Abeshouse, en 1954, hizo una puesta al día de la literatura encontrando 209 tumores bilaterales de los cuales 41 casos eran simultáneos.

El primer caso fue publicado por Livingston en 1805. Entre nosotros, en 1956, los Dres. Sánchez Sañudo, Claret y colaboradores, presentan un tumor bilateral simultáneo de testículo a células intersticiales y en 1957, los Dres. Satorre, Cabrini y Fernández presentaron un caso de seminoma bilateral simultáneo en testículos escrotales.

La criptorquidea parece ser un factor predisponente en la patogénesis de los tumores. En los 148 casos de tumores bilaterales estudiados por Hamilton y Gilbert, 23 lo eran en testículos criptorquídicos bilaterales, 3 casos un testículo era criptorquídico y otro escrotal, y en 5 casos no tenemos información.

Rames y Hurdle, reunieron 9 casos de tumores testiculares bilaterales en 62 pseudo-hermafroditas.

Estos estudios indican que la incidencia de neoplasmas bilaterales es 32 veces mayor en testículos criptorquídicos que en los escrotales.

Como contribución a la literatura presentaremos dos casos de tumores testiculares simultáneos escrotales.

PRIMER CASO. *Historia clínica*: C. A., 51 años. Desde hace 2 años se queja de polaquiuria diurna y nocturna, cefalea y aumento de tamaño de ambos testículos, más acentuado en el derecho. Es tratado con antibióticos.

Tres meses antes de su ingreso presenta un tumor de maxilar que es irradiado, ignoramos el diagnóstico anátomo-patológico.

Como el tamaño testicular va en aumento, acompañado de sensación de peso decide consultarnos. Presentando al examen físico aumento de peso y volumen de ambos testículos, superficie lisa indolora. Galli-Mainini negativa, eritro 22/48, Resto S/p.

En diciembre 1961 orquidectomía bilateral con resección del cordón a la altura del orificio inguinal interno. Postoperatorio sin particularidades.

Diagnóstico anátomo-patológico linfosarcoma-bilateral.

A los 45 días de operado se queja de dolor en rodilla izquierda que da una imagen radiológica de descalcificación en región superior de la tibia derecha. La biopsia ósea revela linfosarcoma.

Se le efectuó cobalto y quimioterápicos, ignorándose su evolución posterior.

SEGUNDO CASO. *Historia clínica*: J. I., 34 años. Casado. Hace nueve meses nota aumento de tamaño bilateral de los testículos indoloros. En la oportunidad se le aconseja la intervención, que no acepta.

Recién 30-XI-61, se interna presentando mal estado general. Piel y mucosas de coloración blanco terrosas, dolor lumbar izquierdo, gran aumento de tamaño de ambos testículos, pesados, lisos, indoloros, con transluminación negativa. El cordón del lado derecho estaba duro e infiltrado. Galli-Mainini negativa.

Reacción de Huddleson negativa. G.R. 1.900.000 - G.B. 14.400. Eritro 40/88. Resto S/p.

Se efectúan dos transfusiones de 500 cc.

El 1º/XII/61 se opera bajo anestesia general y con otra transfusión de 500 cc.

Se efectúa orquidectomía bilateral ligando el cordón a la altura del orificio inguinal interno.

Del lado izquierdo existía un derrame de 300 cc. entre las hojas de la vaginal de líquido cristalino.

Ambos tumores eran de gran tamaño midiendo el derecho 15 x 8,5 x 7,5 cms., y el izquierdo 14 x 10 x 6 cms. En cuanto al peso el derecho pesaba 680 grs. y el izquierdo 600 grs.

Creemos que son las tumoraciones de mayor tamaño bilaterales y escrotales de la literatura.

Melnicow dice que en los seminomas existe una relación entre el peso, tamaño y duración de los síntomas.

Los tumores de mayor tamaño según la literatura son intraperitoneales, relatando Melnicow un caso de 2.180 grs. La mayor tumoración escrotal unilateral que halló fue de 780 grs.

Deiporte (1956) en su estadística encuentra un tumor unilateral intraperitoneal del tamaño de una cabeza de feto, no mencionando el peso; en cuanto a los escrotales nunca sobrepasaban dos o tres veces el volumen de la glándula normal.

Volviendo a nuestro caso el diagnóstico anátomo-patológico es de carcinoma embrionario bilateral con infiltración neoplásica masiva en el cordón espermático derecho.

El post-operatorio sin particularidades con transfusiones. Mejora el estado general llegando a 3.800.000 G.R. y 8.800 G.B.

Se efectuó radiografía simple del árbol urinario y urograma escretor donde puede observarse un desplazamiento hacia afuera de ambos uréteres y una rotación del riñón izquierdo atribuibles a metástasis ganglionares.

La radiografía de tórax sin particularidades.

Se indica cobalto terapia que no efectuó, fallece a los tres meses, por metástasis generalizadas.