

TUMOR PRIMITIVO BILATERAL NO SIMULTANEO DE TESTICULOS

Dres. BENEDICTO BRINDICCI * e IVAN SEOANE

A pesar de no ser de extrema rareza la incidencia de tumores bilaterales de testículo, hemos considerado oportuno la presentación de este caso, ya que, como afirma Ulm y col., muchos autores no han hecho hincapié en sus publicaciones, en distinguir el origen primitivo del tumor, de una infiltración secundaria.

En la literatura revisada, se describen más de doscientos casos de tumores de testículo bilaterales. En 1940 Hamilton y Gilbert, entre siete mil casos de tumores de testículo revisados, hallaron sólo ciento cuarenta y ocho casos bilaterales (dos por ciento).

Friedman y Moore en 1946, en novecientos veintidós casos de tumores de testículo no hallaron un solo caso bilateral.

En 1955 Abeshause y col. hallaron 209 casos, en total, de tumores bilaterales en la literatura mundial.

Entre nosotros, el Dr. Rebaudi, presentó en 1964, un caso de tumor bilateral de testículo simultáneo, y en setiembre de 1967, los Dres. Repeto, Schmidt y Murray, presentan un caso de tumor bilateral de testículo, no simultáneo, con intervalo de 4 años.

En el Journal of Urology de octubre de 1961, uno de los 4 casos de tumores bilaterales presentados por Ulm y Draper, tenía la misma histología tumoral que nuestro paciente, con un intervalo de 1 año.

En nuestro caso, se trata del paciente E. G., H. C. N° 13.756, de 39 años de edad quien concurre por primera vez al Servicio de Urología del Policlínico San Martín, el 2 de setiembre de 1967, por presentar desde hacía 15 días, después de haber levantado un peso de 80 kg., sensación de pesadez y tumefacción dolorosa de testículo izquierdo, sin otra sintomatología. Entre los antecedentes personales figuraban: Gonorrea, y Neumonía a los 20 años; colecistectomía por litiasis vesicular a los 21 años.

El examen urológico reveló un aumento de tamaño uniforme de testículo izquierdo, doloroso, con signo de Chevasu positivo. El resto del examen físico no revelaba alteraciones, y los exámenes de laboratorio de rutina, salvo una eritrosedimentación acelerada (1° hora 35 mm y 2° hora 60 mm) eran normales.

Tratado con antibióticos y antiinflamatorios, volvió a los 20 días, mejorado de su sintomatología dolorosa, revelando un nuevo examen urológico, un nódulo duro, de consistencia leñosa de 2 cm. de diámetro sobre cara anterior de testículo izquierdo levemente doloroso a la compresión y epidídimo normal, no palpándose ganglios abdominales. Ante la sospecha de un tumor maligno, se decide exploración quirúrgica, que se realiza al mes y medio de la primera consulta.

1°) *Protocolo operatorio*: incisión inguino-escrotal izquierda. Se halla testículo izquierdo de consistencia semifriable solida, de superficie levemente

* Mitre 356, Lanús, Prov. Bs. As.

irregular, asalmonada, con algunas telangiectasias en su cara anterior. Epididimo macroscopicamente respetado.

Previa ligadura del cordón se efectúa orquidectomía, con sección del mismo a nivel del anillo inguinal interno. A través de la misma incisión se realiza exploración intraperitoneal no hallándose adenopatías presacras ni preaórticas.

Anatomía patológica: descripción microscópica: blastoma atípico ricamente celular indiferenciado con zonas necróticas.

Diagnóstico histopatológico: carcinoma embrionario.

El postoperatorio tuvo una evolución favorable, siendo negativa la reacción de Gravindex. Una vez cicatrizada la herida operatoria, el paciente no volvió a concurrir al Servicio, a pesar de las reiteradas citaciones, perdiéndose para el seguimiento, hasta el 9 de octubre de 1969, es decir a los 2 años de la intervención, en que consulta por presentar desde hacía un mes, una tumefacción indolora en el testículo restante, que fue en progresivo aumento de tamaño.

El examen físico revela un paciente con buen estado general, palpándose en cara posterior de testículo derecho, una masa dura, firme, abollonada e insensible de 2 cm. de diámetro; en la zona anteroinferior la sensibilidad y la consistencia son normales. Cordón inguinal libre, cola de epididimo libre, no se palpan adenopatías superficiales ni profundas.

La Rx. de Tórax no revela alteraciones.

Exámenes básicos: eritrocitos: 4.800.000 x mm³, hematocrito: 45 %, leucocitos: 6.500 x mm³, Eritrosedimentación: 1º hora 50 mm, 2º hora 72 mm, Glucemia: 2,19 g. %, Uremia: 0,30 g. %.

Con diagnóstico presuntivo de tumor maligno de testículo derecho, se decide intervención quirúrgica.

2º) *Protocolo operatorio:* 24 de octubre de 1969.

Incisión inguino-escrotal derecha, se libera el cordón inguinal, interrumpiendo su circulación, y la glándula, hallándose escasa cantidad de líquido citrino intravaginal, y en testículo, a nivel de la rete testis, una masa dura, leñosa de 2 x 2 cm. que se incide, observándose un estroma amarillento, homogéneo y sangrante, hecho que decide la orquidectomía, con sección del cordón a nivel de anillo inguinal interno. También en esta oportunidad tras exploración intraperitoneal no se hallaron adenopatías profundas.

El postoperatorio inmediato cursó con supuración de la herida, cicatrizando completamente a los 20 días de la intervención.

Diagnóstico histopatológico: Seminoma.

Nuevamente el paciente se perdió para el seguimiento, reapareciendo hace 2 meses, tras citación, acusando como únicos inconvenientes, la ausencia de libido y un síndrome ácido-sensitivo.

Los exámenes de laboratorio de control, revelaron una eritrosedimentación acelerada: 1º hora 62 mm, 2º hora 78 mm, y una glucemia de 3,07 g. %. La Rx. de Tórax y una seriada gastroduodenal fueron normales.

Tratado con andrógenos, reapareció la libido, y en la actualidad está realizando tratamiento radioterápico.

COMENTARIO

Dada la escasa frecuencia de tumores testiculares primitivos bilaterales, se presenta un caso de carcinoma embrionario de testículo izquierdo y con un intervalo de 2 años, seminoma del testículo restante.

Hamilton y Gilbert, afirman que en el testículo sano del sujeto afecto de

una neoplasia, existe una propensión a la carcinogénesis testicular subsiguiente, veinte veces mayor, y el riesgo es todavía más manifiesto en aquellos, cuyos testículos se encuentran en diferentes grados de retención.

Concluyendo, consideramos indispensable el control periódico de todo paciente con neoplasia testicular unilateral tratado quirúrgicamente ante la posibilidad ya mencionada.

B I B L I O G R A F I A

- Abeshouse B. S., Tiengson A. and Goldfarb M.*: Bilateral Tumors of testicles: Review of literature and report of case of bilateral simultaneous lymphosarcoma. *J. Urol.* 74: 522-532, 1955.
- De la Peña*: Tumores de Testículo. Edit. Paz Montalvo, Madrid.
- Repeto, Schmidt, Murray*: *Rev. Arg. Urol. Nefrol.* 36: 273-276, 1967.
- Ulm A. H. and Draper J. W.*: Bilateral primary tumors of testis: a report of four cases: *J. Urol.* 86: 422-427, 1961.
- Wienert Federico*: Cáncer de Testículo. Edit. El Ateneo, Bs. As., 1952.
- Satorre B. A., Cabrini R. L., Fernández A. S.*: Seminoma Bilateral Simultáneo de testículos escrotales. *Rev. Arg. Urol.* Año 1957.