

TERATOCARCINOMA DE TESTICULO CON ULCERACION DE PIEL DE ESCROTO

Por los Dres. MARTIN MENDOZA, DELFINO DE BERNARDI, TITO GAGLIARDI

El *teratocarcinoma* es un tumor compuesto por otros tejidos ajenos al órgano. El grado de malignidad depende de la diferenciación de los tejidos y es importante recordar que como han escrito Collins y Pugh sobre el desconocimiento de su etiología y que el testículo se vuelve diferenciado a partir de un estroma gonadal pluripotencial.

O, como recalca Trabuco A., que es una indudable inclusión embrionaria tumoral heterotípica por vecindad de tejidos y no por totipotencialidad celular gonocitaria, es nada más que un elemento general que se ha introducido dentro del embrión y nos dará toda la gama de tejidos comunes tanto ectodérmicos, mesodérmicos y endodérmicos. El pronóstico está vinculado con el grado de malignidad que nos será dado por su naturaleza histológica de tumor mixto.

La mayor incidencia se encuentra entre los 16 y 30 años de edad, siendo como todo proceso tumoral: los factores traumáticos e irritativos los predisponentes, como en el caso que aportamos que evolucionará rápidamente después de un traumatismo genital.

Historia clínica: N° 6024, A. V. 18 años. Ingreso 23/12/69. Ant. familiares s/p. Ant. hereditarios s/p. Ant. personales l/p.

Enfermedad actual: Comienzo hace 6 meses. nota aumento de tamaño de bolsa escrotal derecha. Consulta a un facultativo quien lo trata sintomáticamente sin resultado.

Hace 2 meses accidentalmente sufre un traumatismo en región genital, siendo más afectado ese mismo testículo. A partir de ese entonces comienza a aumentar de tamaño la bolsa escrotal derecha, experimentando dolor y cambio de color de la piel de la zona. Consulta nuevamente a un colega y éste lo deriva a nuestro servicio.

Estado actual: Facies: trasunta dolor, el resto s/p. Ap. cardiovascular, digestivo, locomotor s./p. Ap. urogenital: riñón s./p.; uréteres; s./p.; vejiga s./p. Genitales: pene sin part.

Testículos: Se observa un aumento marcado de la bolsa escrotal derecha, de color rojo violáceo y edema que nos hizo suponer estar frente a un hematoma postraumático. La palpación es dolorosa y muestra una tumoración de consistencia leñosa del tamaño de un pomelo, de superficie irregular, rugosa, conformando una masa única piel de escroto y su contenido. Se palpan numerosas adenopatías inguinales bilaterales fijas del tamaño de una ciruela, otras móviles y dolorosas pero más pequeñas.

Exámenes complementarios: Laboratorio: R. y F. 3.800.000 y 12.300. Eritros: 34/60/52. Glucemia: 0,80 gs. %. Urea: 0,20 gs. %. Se pide urografía excretora. No se practica linfografía.

El 30/12/69: Se realiza punción presumiendo estar frente a un hematoma coleccionado y organizado, siendo negativa; se decide su intervención.

Acto quirúrgico 2/1/70: Se decide abordar por vía escrotal por las múltiples tumoraciones inguinales derechas que presentaba y por posible adherencia a escroto,

La incisión de piel: resulta imposible separarla de la masa tumoral, debido a la gran adherencia entre ambas. Se procede a extraer mediante incisión sobre tumoración de un tejido duro, de color grisáceo con aspecto de coliflor, con coágulos muy organizados y muy adheridos a piel y testículo; un trozo de tejido no identificable incluyendo piel. Por no poder realizar sutura de la misma, pues se presentaba sin tejido celular subcutáneo y sin irrigación y en parte esfacelada se decide rellenar la cavidad con gasa yodoformada embebida con coagulantes y rifocina local.

Tratamiento: Antibióticos, analgésicos, coagulantes. El enfermo evoluciona aparentemente bien.

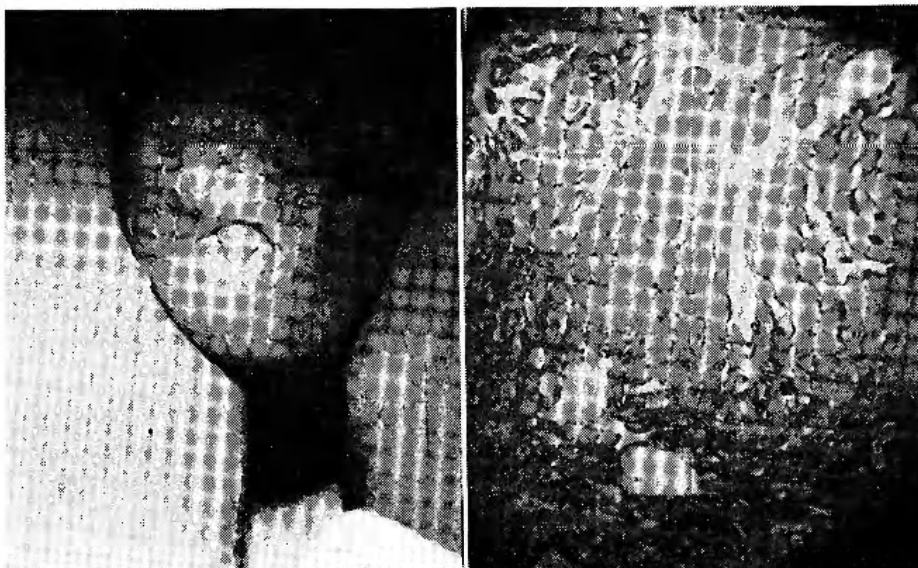
El 10/170: Se retira el tapón quedando un orificio de bordes irregulares y con olor fétido.

Resultado de biopsia 16/1/70: Protocolo nº 25.315. Dr. Winograd. *Teratocarcinoma testicular.*

La herida no cierra. Se envía al paciente al Instituto Radiológico Municipal. Allí permanece internado 25 días con tratamiento de actinoterapia y citostáticos.

El 15/5/70: Reingresa a nuestro servicio remitido por especialistas actinoterapeutas para evaluar posibilidad de conducta terapéutica quirúrgica.

Recibió tratamiento de Telecobaltoterapia de 4.000 rads. en zona testicular y 2.800 rads. en piel y masas ganglionares.



Terratocarcinoma testicular ulcerado

Histopatología de la punción biopsia

El nuevo examen genital nos muestra a la inspección haber mejorado su estado general y parte de su aparato genital. El testículo afectado muestra un orificio de fistula cutáneotesticular de bordes duros por la misma дрена secreción seropurulenta. La palpación sigue mostrando la misma consistencia leñosa y mucho más adherida piel a tumor testicular.

En región inguinal se comprueba múltiples y grandes adenopatías fijas a planos subyacentes y de consistencia leñosa.

Se le realiza tratamiento con antibióticos, sangre, corticoides durante 10 días. El paciente evoluciona mal, acusa cefalea, epigastralgia, náuseas, vómitos y somnolencia. Se agrava, se contraindica la intervención, siendo retirado por sus padres. Diez días después fallece en su domicilio particular.