

TUMORES DEL TESTICULO - CURACION

(Dos comprobaciones)

Dres. Marco Aurelio CASTRIA

Aldo DI NOIA

Carlos Abel LOZA

Mario Juan CASAZZA

El pronóstico de los tumores del testículo sigue siendo realmente sombrío. Si bien es cierto que el mejor conocimiento clínico, su diagnóstico oportuno, su correcta interpretación histopatológica, como la de su estado evolutivo y la adecuación del tratamiento al caso planteado, han contribuido a la mejoría de los índices de sobrevivencia.

Así Smith y Wallace establecen hasta el año 1930 una tasa de sobrevivencia de 5 años inferior al 30 por ciento, en tanto Pugh y Cameron en su estadística (escuela inglesa), llevan actualmente la supervivencia de 5 años a más del 60 por ciento. En este momento la oncología nos señala en el tratamiento de los procesos testiculares la utilización de tres recursos que combinados racionalmente, pueden contribuir a un mejor pronóstico en tan nefasto padecimiento. Ellos son: la cirugía, la roentgenoterapia y la quimioterapia antiblastica. La cirugía comprende en primera instancia el tratamiento local, consistente en la orquiectomía simple con ligadura del cordón espermático lo más alto posible en el conducto inguinal, realizándose complementariamente la linfadenectomía lumbo-aórtica en todos los procesos malignos del testículo con excepción del seminoma y del carcinosarcoma, caso este último en que la diseminación temprana por vía venosa lo hacen más pasibles al tratamiento radiante y oncoquimioterápico. Tratándose del seminoma la conducta a seguir es la orquiectomía y la radioterapia, en razón de que las estadísticas no revelan mejores resultados con la linfadenectomía.

Los efectos de la radiación varían con la dosis total, el tipo de fraccionamiento y el tiempo en que se administran los mismos. La sensibilidad de una neoplasia está asociada al grado de diferenciación celular, considerándose por ello en general que los más anaplásicos son más radiosensibles. El tipo histológico del tumor y su etapa evolutiva determinarán la extensión del área a irradiar.

La quimioterapia con citostáticos ha demostrado tener valor paliativo en el control o inhibición del desarrollo de los tumores malignos del testículo, "in situ" o a distancia, pero con la posibilidad cierta de que el progreso alcanzado en los últimos años la incorporarán a la brevedad en la etapa curativa.

HISTORIAS CLINICAS

Caso N° 1

R.A., argentino de 41 años, casado, empleado. H.C. No. 34478. Instituto de Cirugía "Prof. Dr. Luis Güemes", Haedo.

Antecedentes: orquiectomía izquierda con ligadura alta del cordón, por tumor del testículo, realizada el 6 de enero de 1956.

Examen histopatológico. Ficha No. 16443. Diagnóstico histopatológico: teratoma maligno. Firmado Dr. Eduardo Lascano.

Tratamiento radioterápico: se dividieron las áreas a irradiar en 4 campos abdominales. La dosis total fue de 4.000 rad. en 6 a 8 semanas.

Es de cuil (3 de n rod 1974): cit do a p ciente se resenta

de excreción, radiografía de tórax, análisis de sangre y orina y reacción de Galli-Mainini-, la negatividad del estudio semiológico realizado. Sobrevida 18 años.

Caso N° 2

N.O.C. argentino de 51 años, casado, empleado. H.C. No. 23426. Instituto de Cirugía "Prof. Dr. Luis Güemes", Haedo.

Antecedentes: orquiectomía izquierda con ligadura alta del cordón, por tumor del testículo, realizado el 17 de octubre de 1962

Examen histopatológico N° 28731. Diagnóstico histopatológico: seminoma. Firmado Dra. Nelly S. Piegari .

Tratamiento radioterápico: se dividieron las áreas a irradiar en 4 campos abdominales. La dosis total fue de 4000 rad. en 6 a 8 semanas.

Estado actual (19 de junio de 1973): citado para control periódico el paciente se presenta clínicamente asintomático, realizándosele urograma de excreción, radiografía de tórax, análisis de sangre y orina y reacción biológica de Galli-Mainini. No se objetivan a través de los exámenes solicitados, alteraciones anátomo-funcionales. Sobrevida: 10 años y 8 meses.

CONSIDERACIONES

Desde el punto de vista anatomopatológico y clínico, todos los tumores del testículo han de considerarse malignos, condicionándose su tratamiento al tipo histológico y etapa evolutiva de los mismos.

De acuerdo a lo establecido por Boden y Gibbs existen 3 estadios:

Estadio I: tumores limitados al testículo y cordón espermatóico;

Estadio II: metástasis linfáticas locales, infiltración tumoral del escroto y

Estadio III: metástasis alejadas, ganglios linfáticos comprometidos por encima del pedículo renal.

La metodología establece para su tratamiento tres premisas:

- 1) Tratamiento quirúrgico. Hemicastración complementada según los casos con linfadenectomía uni o bilateral.
- 2) Tratamiento radioterápico convencional o de alto voltaje.
- 3) Tratamiento oncoquimioterápico con mono o policitostáticos.

Según Collin y Pugh la sobrevida de 2 años en el seminoma sin metástasis (grado I) es de 90 por ciento y la de 5 años de 85 por ciento. Sin duda que el diagnóstico oportuno y su radiosensibilidad, que al decir de Oberdorfer "funde el seminoma con la roentgenoterapia como la nieve bajo el sol" han mejorado las tasas de sobrevida.

Habiendo metástasis (grado II - III) estos índices para la sobrevida de 2 años descienden al 40 por ciento y para 5 años al 25 por ciento. Sabido es que el grado de diferenciación celular condiciona el pronóstico y dentro de las estructuras arquitectónicas del teratoma, el porcentual de sobrevida a los 4 años sólo llega al 35 por ciento. Estos guarismos permitirían establecer una hipotética barrera de curabilidad en función del tiempo transcurrido sin evidencias de metástasis ganglionares, todo condicionado al riguroso control de los pacientes.

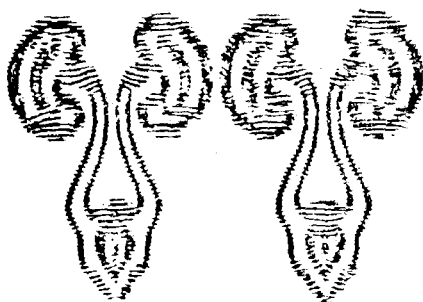
Algunos autores estiman que la sobrevida en el seminoma -para considerarlo curado- es de 5 años, en tanto otros lo extienden a 10 años, valores que adquieren mayor vigencia cuando se trata del teratoma maligno. Pero de ninguna manera se exime de la infausta posibilidad de que la estirpe maligna irrumpa con su infortunio sea cual fuese el tiempo transcurrido.

CONCLUSION

Se presentan 2 pacientes: uno con una sobrevida de casi once años, operado de seminoma y otro con una sobrevida de 18 años operado de teratoma maligno; que en términos relativos nos permiten hablar de curación.



<trimetoprima + sulfametoxazol + diaminofenilazopiridina>
Comprimidos recubiertos



Poderosa asociación bactericida-analgésica
para el tratamiento inicial, causal y
sintomático de las infecciones
genitourinarias, en el hombre y en la mujer.



Productos
Marxer