

## NEOPLASIAS EN TESTICULOS CRIPTORQUIDICOS

Dr. Pagliere, H. - Dr. Scorticati, C. - Dr. Seoane, I. - Dr. Seghezzi, C.

### Resumen

Se presentan 16 observaciones de tumoraciones malignas desarrolladas en testículos no descendidos o descendidos quirúrgicamente, planteando la duda de conservar un testículo en estas condiciones cuando el otro es normal.

En una de las últimas publicaciones referentes al tema se recuerda la conocida frase de Wangesteen: "No existe probablemente en medicina hecho alguno que provoque más diversidad de opiniones como la posible malignidad del testículo no descendido." (J. F. Jiménez y col.)

Esta aserción tenía sus fundamentos hace 50 años, cuando fue establecida.

En la discusión del trabajo de Ribeiro Villalba en el 1er. Congreso Brasileño de Urología, Surraco y Astraldi no admitían la mayor frecuencia de malignidad en los criptorquídicos. Artemio Zeno, en una publicación que tituló: "La degeneración maligna de los testículos ectópicos, ¿cuál es su frecuencia entre nosotros?", suponía que era menos frecuente que en otros países.

Rodríguez Villegas, Gallo, Ceballos y Ruiz Moreno aportaron su experiencia con una observación cada uno; este último manifestó que la posibilidad de transformación maligna era muy remota.

Giuliano trató el tema 10 años después en relato de Osvaldo Mazzini en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Atribuyó a Marotta el primer caso publicado entre nosotros en 1919. En la discusión que siguió a dicho relato, Luis Pagliere dijo haber operado, entre 1923 y 1938 —lapso de 15 años—, 29 tumores de testículo, de los que ninguno se había desarrollado en testículo ectópico.

Ruiz Moreno volvió a afirmar que era una eventualidad rara; Donovan y Del Valle dijeron no haber observado ninguno en sus operados, como tampoco José María Jorge.

Entre las publicaciones extranjeras, muy numerosas, se destaca la de Carroll, quien en 1949 declara no haber visto nunca un tumor en testículo no descendido. Establece cuatro condiciones que deben tenerse en cuenta en la consideración de las estadísticas referentes a esta complicación:

- 1ª) total o número total estimado de las tumoraciones malignas testiculares;
- 2ª) total de los ingresos masculinos hospitalarios o total de la población masculina;
- 3ª) número total de tumores malignos en testículos no descendidos;

4ª) número total o estimado de testículos no descendidos.

Admitimos que se nos pueden hacer las objeciones que surgen de no observar estas premisas, pero es evidente la dificultad de cumplir con ellas en un medio como el nuestro en que faltan estadísticas con los caracteres señalados. Es sorprendente el resultado de una encuesta que este autor realizó entre urólogos de Estados Unidos de América, con 662 respuestas; de éstas, 76 % no habían observado nunca tumores en testículos no descendidos, y sí 24 %. De los últimos, sólo 2 contaban con series de 7 pacientes cada uno, y ningún otro con más de 4 casos personales. En sus conclusiones, Carroll dice que cualquier urólogo puede considerarse afortunado en ver o tratar un solo caso en su vida. En 1959, Campbell cuestiona las afirmaciones de Carroll, basadas algunas en estadísticas que refieren observaciones de testículos no descendidos y no neoplásicos hasta ese momento, ya que obviamente queda la posibilidad de la transformación maligna en otra etapa de la vida. Las objeciones de Campbell invalidan muchos de los argumentos de Carroll, y favorecen el concepto de la mayor frecuencia de malignidad en testículos criptorquídicos, ya reconocido por numerosas estadísticas que señalan una incidencia de 6 a 12 % de los tumores malignos testiculares en pacientes que presentaron esta anomalía.

Es sabido que el descenso quirúrgico no evita la posibilidad de transformación maligna, ya que las alteraciones tisulares que llevan a esta complicación se encuentran en el testículo desde el momento del nacimiento. Según Sohval, estas alteraciones existen también en cierto porcentaje de testículos descendidos normalmente y del lado opuesto al tumoral.

Hinman había llamado la atención sobre el hecho de que el descenso quirúrgico creaba nuevas vías de derivación linfática que explicarían las metástasis inguinales, como ocurrió en varios de nuestros pacientes, y particularmente en un operado según la técnica atribuida a Ombredanne, y que se presentó con metástasis bilaterales. De lo últimamente expuesto surge la duda sobre si no es más conveniente extirpar un testículo criptorquídico cuando el otro ha descendido normalmente al escroto, duda que ponemos a consideración de los presentes.