

## TORSION DE TESTICULO TUMORAL INTRAABDOMINAL

Dr. Tallac, F. - Dr. García Guido, L. - Dr. Falconi, L. - Dr. Bruchy, C. (Uruguay)

El propósito de este trabajo es efectuar una revisión del tema, tomando como punto de partida una observación personal.

Conocemos que la torsión de un testículo tumoral intraabdominal es una situación muy poco frecuente en la clínica, y en nuestro medio la revisión bibliográfica nos reporta solamente un caso anterior, al que haremos referencia oportunamente.

T. G., 28 años. H. C. n° 393701.

E. A. y ant.: sin antecedentes patológicos a destacar.

Consulta en hospital del interior por cuadro agudo de abdomen de varias horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal generalizado a predominio en F. I. I., y fiebre.

No hay repercusión en el T. I. y T. U.

No hay toque del estado general.

Examen: buen estado general. P y M bien coloreadas.

Cuello y hueso supraclavicular S/P. Tórax: mamas y P. P.: S/P.

C. V.: taquicardia regular, resto S/P.

Abdomen: reacción peritoneal generalizada predominando en F. I. I.; a ese nivel tumoración dolorosa que llega a la línea media dura de  $12 \times 7$  cm.

Genitales externos, hemiescrotol izquierdo vacío.

TR: Douglas discretamente doloroso.

Intervenido de urgencia de la operación destacamos: abierto el peritoneo viene líquido seroso. A nivel de F. I. I., tumoración de  $10 \times 5$  cm, pediculada a nivel de la cara izquierda del mesosigmoide; pedículos torcidos con tres vueltas completas.

*Procedimiento:* ligadura del pedículo en su base, extracción en block. No se constatan otras anomalías en la cavidad abdominal.

Buena evolución posoperatoria.

*Anatomía patológica:* nódulo tumoral oval aplastado, sólido elástico blando amarillento, con áreas de hemorragia. Mide  $10 \times 8 \times 5$  cm. Superficie externa lisa. Microscópicamente se observan fragmentos constituidos en su totalidad por un tumor epitelial, densamente celular, con células de escaso citoplasma, de contornos imprecisos, núcleos redondeados con la cromatina finamente granulosa. Dispuestas en cordones sólidos, separados por delgado estroma, con infiltración linfocitaria. Hay focos de necrosis, hemorragia y edema, en el espesor del tumor. No podemos reconocer restos de testículo en los fragmentos inicialmente estudiados, ni en los nuevos, ahora examinados. Es un *seminoma*. No se reconocen otros tipos de tumores de la línea germinal.

*Exámenes paraclínicos* (de valoración general): sin alteraciones dignas de mención.

*Estudios radiológicos:* Rx. de tórax. S/P.

U. I. V. No hay signos de comprensión ureteral.

*Linfografía bipodálica:* no se observan alteraciones linfográficas en los centros inguino-ileo-aórtico.

Llama la atención el aumento numérico de los ganglios latero-aórticos izquierdos. Sin evidenciarse imágenes de sustitución a ese nivel. Dilatación del extremo distal del ducto torácico.

Estos exámenes nos permiten llegar al diagnóstico de seminoma en estadio clínico radiológico I.

Se comienza la terapéutica radiante: radioterapia de pelvis total más latero-aórtica.

En suma: joven de 26 años, portador de una torsión de un seminoma intrabdominal. Intervenido por cuadro agudo de abdomen. Estadio clínico radiológico I. Se efectúa radioterapia.

### Consideraciones de la bibliografía consultada

#### • *Criptorquidia y cáncer:*

Mayor incidencia de neoplasma en testículos no descendidos que en los normalmente ubicados. Esa incidencia oscila entre unas 20 a 30 veces mayor. Para Mostofi es de 14 veces más.<sup>(1)</sup>

Esta predisposición sería debida a elementos disgenéticos y/o a la existencia de factores carcinogénicos.<sup>(2)</sup>

El tumor se desarrolla independiente de la topografía *per se*.<sup>(2)</sup>

La orquidopexia no previene la cancerización, sólo permite el diagnóstico más precoz. Pero a la vez permite otras vías de diseminación linfática (ganglios ilíacos externos). No tiene influencia en la edad de aparición del neoplasma.<sup>(2)</sup>

#### • *Análisis de frecuencia:*

El neoplasma de testículo se ve entre 2 a 3 casos cada 100.000 personas.

La criptorquidia se observa entre 0,3 a 0,5 % en la población adulta.<sup>(3)</sup>

La incidencia de cáncer en testículo criptórquido es de alrededor de 10 %.<sup>(3)</sup>

En una revisión reciente de neoplasma de testículo en nuestro medio, observamos 9 casos de criptorquidia en 73 tumores no seminomatosos y 3 en 20 seminomas.

• En cuanto a torsión del cordón espermiático, Smith refiere que de 31 torsiones de testículo operados, 5 de ellas acontecieron en testículos criptórquidos.<sup>(4)</sup>

En lo referente a la situación de torsión de testículo tumoral no descendido es extremadamente rara y siempre en testículos intraabdominales. En la bibliografía nacional existe el antecedente de un caso en 1959 del Dr. Folco Rosa y Dra. Piovano.

Se trataba de un niño de 10 años intervenido por cuadro abdominal agudo; resultado: torsión de teratoma quístico. Criptórquidoabdominal.

Schenone y G. G. han estimado la frecuencia de la torsión de un tumor testicular en 1 cada 6.000.000 de personas. Los autores hacen referencia a 26 casos en la literatura mundial a la fecha.

En un reciente trabajo sobre cáncer en testículos no descendidos del Memorial Hospital de Nueva York, febrero de 1976,<sup>(2)</sup> se expone una casuística de 1.561 tumores testiculares, 45 en criptórquidos.

Del punto de vista anatomopatológico: S, 18 - 41%; CE, 17 - 39%; TC, 9 - 20%; de acuerdo a la localización: escrotal, 27 - 60%; inguinal, 11 - 24%; abdominal, 7 - 15,5 %.

Los autores no hacen referencia a ningún caso de torsiones en testículos criptórquidos tumorales.

Remarcan que la evolución y el pronóstico de estos casos no dependen de la altura en que se encuentra el testículo no descendido, sino de los caracteres anatomopatológicos y al estadio anatomoclínico.

En la casuística mencionada:

Sobrevida a los 5 años: 60 % casos no reparados; 41 % casos reparados.

---

Sobrevida a los 5 años:

- Estadio I: 89 %
- Estadio II: 37 %
- Estadio III: 13 %

Sugieren, entre otras cosas, control estricto de todo testículo criptórcido.

Y en casos de desarrollo de neoplasmas, luego de la orquiectomía y exploración abdominal con o sin vaciamiento, ven la necesidad de efectuar radioterapia y Q. T. A. N.

### **Bibliografía**

1. Mostofi: La Revue du Praticien, tomo XXV, febrero 1975.
2. Batata, M. A.; Whitmore, W. F.: "Cancer of the undescended or maldescende testis". Febrero 1976.
3. Schenone, H.; García, L.: "Criptorquidia y cáncer". Congreso de Cirugía.
4. Urología Práctica de Hughes y Schenone. Ed. Intermédica, 1971.
5. Folco, Rosa, y Dra. Piovano: "Torsión de teratoma quístico criptorquidoabdominal", 1959.