

NEOPLASMAS DE TESTICULO NO SEMINOMATOSOS. REVISION DE 73 CASOS

Dr. Tallac, F. - Dr. Gianoni, J. - Dr. García Guido, L. (Uruguay)

Este trabajo tiene sólo el carácter de revisión de casos y el análisis de algunas consideraciones hechas sobre el mismo en oportunidad de exponer esta casuística en Ateneos Conjuntos del Servicio de Urología y Oncología del Hospital de Clínicas.

Fueron incluidos un grupo de pacientes de Clínicas privadas Dres. Leborgne, y otros de Sanidad Militar.

Metodología

La recopilación de datos fue en base a la confección de un Protocolo que exponemos a continuación.

El mismo fue ideado por el prof. Dr. Schenone (Uruguay), y aceptado para su uso en el Servicio de Urología.

El mismo consta de 6 secciones:

- 1) Antecedentes.
- 2) Datos clínicos.
- 3) Exámenes para clínicos.
- 4) Evolución.
- 5) Terapéuticas.
- 6) Anatomía patológica: que se basa en la clasificación de la O. M. S.

Sabemos que la frecuencia de los neoplasmas de testículo es de alrededor de 2 a 3 por 100.000 personas, según se deducen de estadísticas de Dixon y Moore y Grisweld, citados por Schenone y García en un trabajo sobre criptorquidia y cáncer.⁽¹⁾ La expectativa anual en nuestro país oscila entre 12 a 14 casos.

Exponemos a continuación nuestra casuística:

CUADRO I

Total de tumores de testículo: 56	54 neoplasmas
	4 localizaciones testiculares de afecciones sistémicas
	3 reticulosarcomas
	1 linfosarcoma
	1 leucosis linfoide crónica
De los 52 neoplasmas de testículo:	
Seminomas: 20	38 % 35 a 71 %
No seminomas: 32	62 %

La Revue du Praticien (Mostofi).

Paralelo a estas cifras hemos colocado los datos de la estadística de Mostofi (*La Revue du Praticien*)⁽²⁾ y vemos que en cuanto a los porcentajes hay correspondencias.

Presentamos seguidamente el análisis por grupos de los tumores no seminomatosos:

CUADRO II

Tumores no seminomatosos

Carcinoma embrionario ...	12	23 %	4 a 39 %
Corio-carcinoma	1	1,9 %	
Teratoma	1	1,9 %	4 %
Tumores complejos o mixtos	18	34 %	37 %
TC	10	19 %	24 %
CE + S	4		
TC + S	1		
CC + T + CE	1		
T + S	1		

Con aportes de otros servicios: 73 - T. no seminomatosos

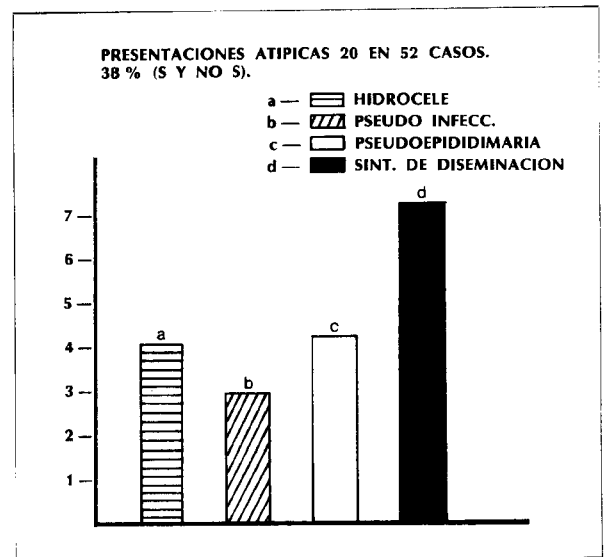
La Revue du Praticien (Mostofi).

Nos pareció oportuno considerar en un principio aquellas formas que por no ser de presentación corriente o típica dificultaron el diagnóstico o determinaron que el mismo se postergara.

Consideramos como formas de presentación atípica las siguientes:

- a) Presencia de hidrocele.
- b) Formas pseudo infecciosas.
- c) Formas pseudoepididimarias.

CUADRO III





Larocilin[®] 'Roche'

**en
infecciones
urinarias**



ROCHE

Larocilin[®]

94%

de éxito terapéutico

LAROCILIN

Nuevos envases

Cápsula 500 mg x 12

Jarabe 250 mg x 90 ml

en
infecciones
urinarias

Gérmenes	Nº de pacientes	Eficacia en	
Enterococo	28	28	100 %
Escherichia coli	306	284	93 %
Proteus mirabilis	70	67	96 %
Totales	404	379	94 %

Larocilin®

Antibiótico bactericida de amplio espectro

Composición

LAROCILIN 'Roche' contiene como principio activo amoxicilina (trihidrato).

Propiedades

- * Antibiótico bactericida
- * Elevados niveles hemáticos
- * Absorción no afectada por alimentos
- * Rápida difusión textural
- * Reducida ligadura proteica
- * Elevada concentración urinaria
- * Amplio espectro antibacteriano
- * Notable eficacia clínica
- * Solamente 3 tomas diarias
- * Escasa incidencia de efectos secundarios

Indicaciones

Infecciones respiratorias.
Infecciones urinarias.
Infecciones de la piel y tejidos blandos.
Infecciones digestivas y hepatobiliares.
Infecciones ginecológicas.
Infecciones graves o producidas por gérmenes resistentes a otros antibióticos.
Gonorrea en ambos sexos.
Infecciones odontológicas por gérmenes sensibles.

Posología

Solamente 3 tomas diarias

	Infecciones comunes	Infecciones severas
Adultos	250 mg cada 8 horas	500 mg cada 8 horas
Niños	20 mg/kg/día fraccionados en tres tomas cada 8 horas	40 mg/kg/día fraccionados en tres tomas cada 8 horas

Gonorrea 3 g en dosis única

Contraindicaciones

LAROCILIN 'Roche' está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a las penicilinas.

Presentaciones

Cápsulas con 250 mg	frasco con 9
Cápsulas con 500 mg	frasco con 6
Jarabe (5 ml = 125 mg)	frasco con 45 ml
Jarabe (5 ml = 250 mg)	frasco con 45 ml

LAROCILIN

Nuevos envases

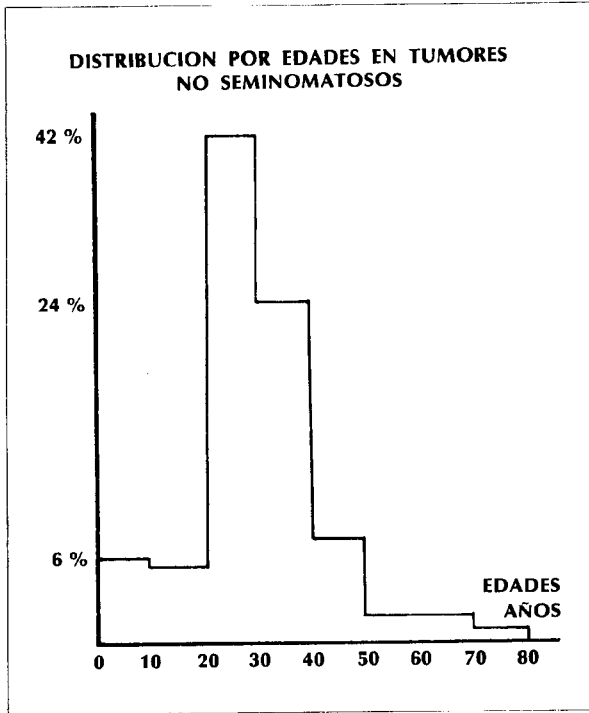
Cápsula 500 mg x 12

Jarabe 250 mg x 90 ml



CIENCIA Y
CONCIENCIA
DE INVESTIGACION

CUADRO IV



La explicación de la aparición más temprana se encontraría en la etiopatogenia, ya que el seminoma se desarrolla recién después que el epitelio seminífero ha alcanzado una diferenciación completa.

No tenemos en nuestra casuística tumores que fueran descritos en niños del tipo llamado orquíoblastoma o adenocarcinoma de testículo infantil.

Casos menores de 10 años: 5 en 73 no seminomas; todos fueron carcinomas embrionarios (CE).

Asociación con testículo no descendido

Conocemos la mayor frecuencia con que se cancerizan los testículos criptórcidos comparándolos con los normalmente ubicados. Esa incidencia oscila entre 30 veces mayor, 14 veces para Mostofi.⁽²⁾

CUADRO V

Ginecomastia

En 61 casos, tumores de testículo no seminomatosos.

Consignada como (+) uni o bilateral 7 11,5 %

Corresponden a:

- 1 CC
- 1 CC + CE
- 1 CC + CE + T
- 2 CE
- 1 CE + S
- 1 TC

Evolución de estos casos:

- 3 fallecidos antes de los 2 años.
- 1 vivo a los 5 años.
- 1 vivo al año.
- 2 se ignora.

CUADRO VI

Criptorquidia

Sobre un total de 73 casos de tumores no seminomatosos.

Número de casos: 9.

Clasificación por AP:

CE	5
TC	1
TC + S	1
CE + CC	1
CE + S	1

De un análisis de 20 seminomas 3 correspondían a testículo no descendido.

Asociación con atrofia testicular

No la vimos en ningún caso.

En los 3 casos que encontramos atrofia de testículo correspondía al centro lateral con 2 de ellos criptórcidos en los que se practicó orquidopexia.

En cuanto a los exámenes para clínicos efectuados solamente analizaremos algunos de ellos.

Linfografía bipodálica

Hacemos la aclaración de bipodálica ya que todas las efectuadas fueron realizadas de esta manera. No encontramos ningún caso en que se hiciera por los linfáticos del cordón espermático del lado afectado.

Referente a este estudio sabemos que muchos autores le adjudican un número significativo de resultados falsos, positivos o negativos.

CUADRO VII

Linfografía

Sobre un total de 36 casos.

H. C. Sanidad Militar y Particulares no seminomatosos.

Efectuadas total: 18

Resultados positivos: 7

Resultados negativos: 3

Resultados dudosos: 3

Falsos positivos - negativos: 5

1 falso positivo.

4 falsos negativos.

(Corroborados por la anatomía patológica de la pieza de linfadenectomía.)

Cavografía

En la misma casuística, total de efectuadas: 4

3 resultado positivo.

1 resultado negativo.

El Instituto de Radiología propone la siguiente secuencia de pedidos radiológicos: Curuchet⁽⁶⁾.

1) Rx de Tórax.

2) U.I.V.:

A derecha: si la U.I.V. es negativa, hacer cavografía, que si es (—) se hace linfografía.

A izquierda: si la U.I.V. es negativa, hacer linfografía.

Continuando con nuestro análisis confeccionamos una serie de cuadros sobre la evolución y tratamiento de los tumores no seminomatosos.

Al respecto los hemos agrupados por anatomía patológica y estadio anatomoclínico:

Estadio I: con lesión puramente local.

Estadio II: con invasión de los ganglios lumboaórticos, pero sin signos de diseminación supradiaphragmática.

Estadio III: tumores con diseminación a distancia.

Reconocemos la dificultad en realizar una buena estadificación que deviene, entre otras cosas, de los problemas técnicos inherentes a la linfografía y los porcentajes de falsos positivos negativos de la misma.

Hemos puesto un límite de 2 años de supervivencia a los efectos de tener un punto de partida para diferenciar a los grupos de acuerdo con la evolución. Esa cifra, que es arbitraria, ya ha sido reiteradamente tomada por diferentes autores y nos fue sugerida por el prof. Dr. Kasdorf.⁽⁷⁾

Nos limitamos a la exposición de los cuadros, una vez revisados los mismos expondremos consideraciones generales hechas en base a los mismos en reuniones conjuntas de los Servicios de Urología y Oncología.

CUADRO VIII
Carcinoma embrionario
Total de casos analizados: 39

<i>Estadio I:</i> 14	36 % de los CE
<i>Estadio II:</i> 9	23 % de los CE
<i>Estadio III:</i> 16	41 % de los CE

CUADRO IX
Carcinoma embrionario
Estadio I (14 casos)

Fallec. 2 años	Vivos 2 años	Evolución	Vaciam.	R. T.	Q. T. A. N.
	1	Vivo 5 años	X	—	—
	1	Vivo 6 años	X	—	X
8	1	Vivo 5 años	—	X	—
	1	Fall. a 8 años	—	X	—
	4	Vivos 10 años	—	X	—
6	—	—	—	X	+ —

CUADRO XIII
Linfadenectomías

Sobrevividas por más de 2 años

Caso	Doctor	A. P.	Evolución	R. T.	Q. T. A. N.
Martínez - 18 264877	Dr. Mendy	CE Est. I	Buena a los 5 años	—	— AP: Pieza (—)
Rebollo - 25 264540	Dr. Mendy	CE Est. I, IIa.	Vivo a los 6 años	—	+ AP: Ganglios linfáticos (+)
Taruselli - 26 268045	Dr. Durante	CE Est. II	Última consulta a los 2 años	—	— AP: Pieza + vaciamiento satisfactorio

CUADRO X
Carcinoma embrionario
Estadio II (9 casos)

Fallec. 2 años	Vivos 2 años	Evolución	Vaciam.	R. T.	Q. T. A. N.
	1	Vivos a 7 años	X	X	—
	2	—	X	—	—
	4	—	—	X	+ —
7	2	—	X	X	—
	1	—	Sólo biopsia		—

Estadio II (.6 casos), todos fallecidos a los 2 años.

CUADRO XI
Carcinoma embrionario + Seminoma (CE + S)
Total de casos: 10

<i>Estadio I:</i> 5	Todos vivos a los 2 años A 4 orquiectomía + radioterapia A 1 orquiectomía + linfadenectomía
<i>Estadio II:</i> 3	A todos, orquiectomía + radioterapia 1 fallece después de los 6 años 2 fallecen antes de los 2 años
<i>Estadio III:</i> 2	Fallece a los 3 meses (1 caso) Orquiectomía + radioterapia + Q. T. A. N. En 1 caso se ignora evolución

CUADRO XII
Teratocarcinoma
Total de casos: 10

Sobre un total de 38 tumores no seminomatosos de Servicio de Urología. H. Clínicas, Sanidad Militar y Particulares.

Se ignora la evolución a los 2 años de 7 casos. De los otros 3, todos corresponden a Estadio I.

1 vivo a los 3 años: orquiectomía + linfadenectomía
1 vivo a los 7 años: orquiectomía + linfadenectomía + Q. T. A. N.
1 vivo a los 10 años: orquiectomía sola

CUADRO XIII (continuación)

Caso	Doctor	A. P.	Evolución	R. T.	Q. T. A. N.	
Almeida Casmu	Dr. Durante	CE Est. II	Vivo a los 7 años	+	—	AP: +
Perazzo - 22 219740	Dr. Durante	CE + CC Est. II	Fallece a los 9 años	—	+	
Cabrera - 3 215805	Dr. Durante	TC Est. I	Vivo actualmente, 7 años	—	+ Trenimon D.	AP: (—)
Cibils. P. Dr. Gayoc	Dr. Durante	TC Est. I	Vivo actualmente, 3 años	—	—	AP: (—)
De León, F. Casmu	Dr. Mendy	TC	Vivo actualmente, 4 años			
Pérez - 23 175023	Dr. del Campo Prof. Hughes	T + S Est. I	Buena a los 9 años	+	+	
Lans - 14 214911	Dr. Durante	CE + S Est. I	?	+	— ?	

CUADRO XIV

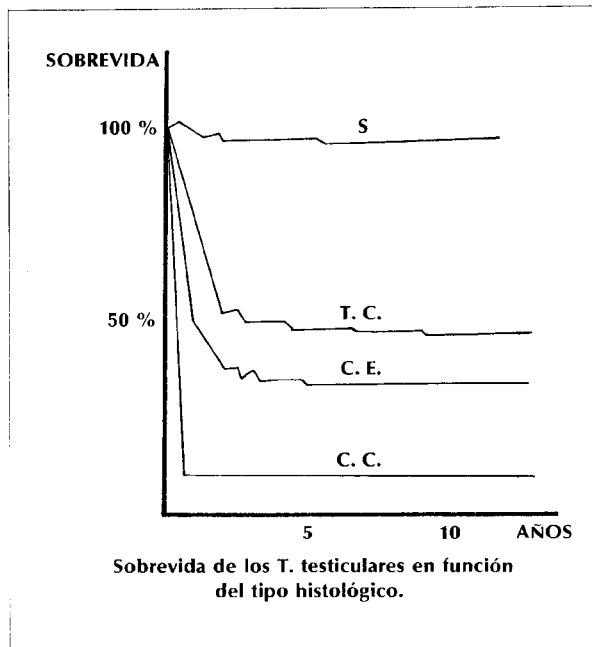
Fallecidos antes de los 2 años

Linfadenectomías

Caso	Doctor	A. P.	Evolución	R. T.	Q. T. A. N.	
Day - 8 211802	Dr. Durante	CE Est. II	Fallece a los 2 años			No se pudo efectuar el vaciamiento, sólo biopsia positiva
Kupferschmidt - 13 210285	Dr. Durante	CE Est. II	Fallece a los 6 meses	+	?	AP: Francamente positivo
Mesa - 19 Dr. F. L.	Dr. Durante	CE Est. II	Fallece al año	+	—	
Martínez - 22 Dr. F. L.	Extranjero, N. Y.	CE Est. II, III	—	+	+	
Velázquez - 21 Dr. F. L.	Dr. Durante	CE Est. III	Fallece a los 14 meses	+ Paliat.	+	

A efectos de comparación hemos incluido las 3 gráficas siguientes tomadas de un trabajo de Bourqueiot y Noury.⁽⁸⁾

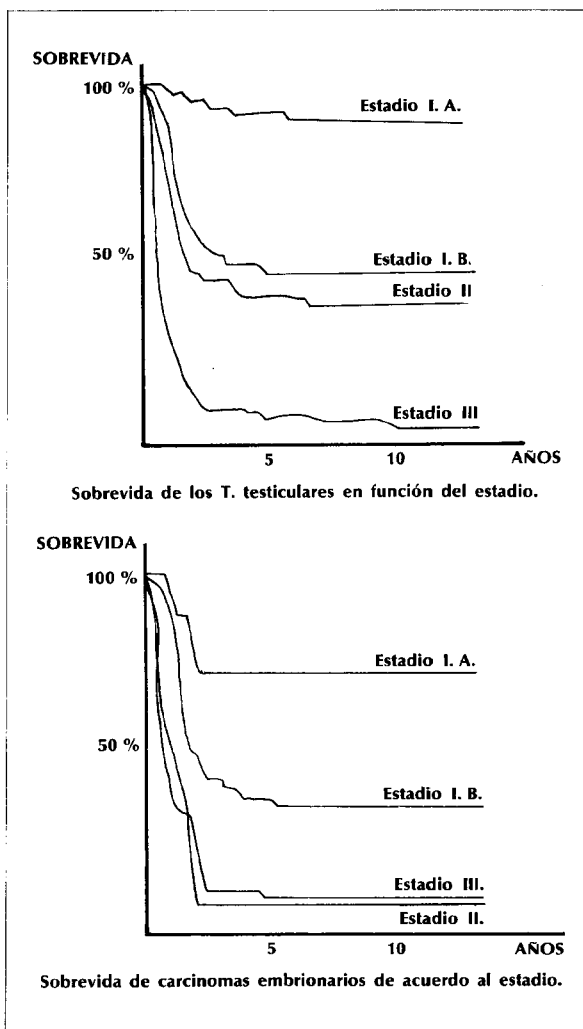
CUADRO XV



A modo de intento de conclusión, diremos:

- Fundamental importancia del diagnóstico precoz teniendo en cuenta el número significativo de forma atípica de presentación.
- Analizamos la asociación criptorquidia y cáncer siendo coincidente en parte nuestra casuística con la de importantes trabajos extranjeros.
- Se consideró de real importancia las dificultades existentes para considerar una precisa estadificación. Habiendo quienes como el prof. Kardorf, aparte de los estudios clínicos-radiológicos, sugieren en las etapas tempranas la laparotomía exploradora con toma biopsica de ganglios de la cadena lumboaórtica.
- En cuanto a la terapéutica, coincidiendo con literatura extranjera consultada se insistió en:
Seminomas: orquiectomía más radioterapia en sus diversas formas, de acuerdo con el estadio.
No seminomas: con variaciones de acuerdo con la histología, sobre todo en aquellos casos en que hay componentes C. C. se estaría de acuerdo con los estadios I efectuar: 1) linfadenectomía; 2) si la anatomía patológica es negativa, quimioterapia antineoplásica; ej.: sulfato de vinblastina (Velbe), y clorhidrato de bleomicina (Bleomicina). Si la anatomía patológica es positiva, a lo antes dicho se agrega R. T.
- En los estadios II y III orquiectomía más R. T. más Q. T. A. N.
- En fin, una última consideración y quizás la más importante: la imperiosa necesidad de la buena protocolización de todos los neoplasmas de testículo.

CUADRO XVI



Bibliografía

1. Schenone, H.; García, L.: "Criptorquidia y cáncer". XXII Congreso de Cirugía.
 2. Mostofi: La Revue du Praticien, tomo XXV, febrero 1975.
 3. Leborgne, F.: Comunicación personal. Casuística.
 4. Mendy, F.: "Tumores de testículo". Urología Práctica de Hughes y Schenone.
"Extensión lesional de los tumores testiculares en relación con el tratamiento". 1ras. Jornadas Rioplatenses de Urología.
 5. Batata, M. A.; Whitmore, W. F.: "Cancer of the undescended or maldescende testis". Febrero 1976.
 6. Curuchet, E.: Comunicación personal.
 7. Kasdorf, H.: Comunicación personal. "Radioterapia de los tumores de testículo". 1ras. Jornadas Rioplatenses de Urología.
 8. Bourquelot y Noury: "Le pronostic des tumeurs testiculaires". La Revue du Praticien, tomo XXV, febrero 1975.
- Otros textos consultados:*
 Hughes, Frank, y Schenone, H.: "Urología Práctica", 1971.
 Patel, J.: "Manual de Patología Quirúrgica", tomo VI.
 Lockmart, J.: "Manual de Urología".
 Smith, D. R.: "Urología General".
 Impreso con motivo de la Reunión Conjunta de las Clínicas Endocrinológica y Urológica a propósito del testículo no descendido.