

TUMORES DE TESTICULOS NO SEMINOMAS. ESTRATEGIA ACTUAL

Dr. Fernández, G.; Dr. Debenedetti, H.; Dr. Alvarez Delgado, E.; Dr. Cavarra, G.;
Dr. Kotliar, M.; Dr. Marantz, A.; Dr. Longarte, A.; Dr. Chacón, R.

Conclusión

El carcinoma de testículo es hoy una enfermedad potencialmente curable.

El éxito depende del uso racional de las distintas armas terapéuticas, aplicadas en el momento preciso y con la secuencia adecuada.

Introducción

Basados en los resultados de importantes experiencias que marcaron hitos en sus respectivas décadas, tales como las de Li, entre los años '50/'60, Samuels en los '60/'70 y las realizadas por Einhorn y Goldbey en los '70/'80, es que podemos hoy hablar del Carcinoma de Testículo como de una enfermedad potencialmente curable, aun en estadios avanzados.

Cáncer de testículo no seminoma

Década	% RG	% RC	% Pac. Libres de enf. a dos años
'50/'70	39	12	6
'60/'70	40	36	24
'70/'80	86	92	84

RG: Respuesta Global

RC: Respuesta Completa

Figura 1

Pero tal vez más importante que las cifras escritas es la evolución del criterio terapéutico que ellas reflejan, y la introducción de conceptos tales como factores de riesgos (reconocidos como cantidad de enfermedad presente en cuanto a número y tamaño de adenopatías y metástasis y presencia o ausencia de marcadores biológicos), cirugía de rescate y quimioterapia agresiva y de corta duración, que no pueden en la actualidad ser ignorados por quienes tienen a su cargo la planificación del tratamiento de estos tumores.

Material y métodos

En el Servicio de Urología y Departamento de Oncología del Hospital Privado Güemes, se recibieron y fueron tratados, entre el 06.78 y y 06.81, treinta pacientes con carcinoma de testículos, de los cuales diecinueve eran no seminomas. De estos, nueve eran carcinomas embrionarios, cinco teratocarcinomas y cinco tumores mixtos.

Se los clasificó en:

E1: Tumor limitado de testículo

E2: Mínimo: Tumor en retroperitoneo (< 5 ADP + ; < 2 cm ϕ)

E2: Avanzado: Tumor en retroperitoneo (> 5 ADP + ; > 2 cm ϕ)

E3: Enfermedad más allá de diafragma y/o compromiso visceral

De los nueve Ca. embrionarios, dos eran E1, dos E2 mínimo y cinco E3.

De los cinco teratocarcinomas, uno era E1, uno E2 mínimo, dos E2 avanzados y un E3.

De los cinco mixtos, tres estaban en E1, un E2 mínimo y un E3.

Los marcadores biológicos (α FP, GCH) sólo fueron positivos inicialmente en cuatro/dieciséis casos: dos con enfermedad mínima y dos con enfermedad avanzada.

Tratamiento

Todos los pacientes recibieron como primer tratamiento orquiectomía con ligadura alta de cordón. A once de ellos no se les realizó vaciamiento retroperitoneal en forma inmediata; en cinco casos la orquiectomía fue seguida de radioterapia y en seis de quimioterapia, teniendo ésta criterio terapéutico en cinco/seis.

Fue aplicada quimioterapia en forma adyuvante en cinco/diecinueve, mientras fue de necesidad en dos casos de enfermedad mínima que recidivaron y nueve casos de enfermedad avanzada.

A cuatro pacientes se les practicó cirugía de rescate.

Evolución y estado actual

De los 19 pacientes, 15 están vivos con una sobrevida media de quince meses (cuatro-setenta y siete) desde el diagnóstico; y 4 fallecieron a los dieciocho meses (uno-veintiocho) por progresión de enfermedad.

De los actualmente vivos, 10 están libres de enfermedad a los diecisiete meses (cuatro-cincuenta y nueve) y 5 viven con enfermedad. El tiempo libre en este último grupo (cerca-nueve) en tanto su sobrevida es de dieciséis meses (cincuenta y siete).

Seguimiento

Fue realizado por control clínico mensual, Rx tórax, laboratorio de rutina, MB, TC abdominal y/o torácica, y centellografía por cámara gamma ósea y hepática. En casos especiales se requirió exploración quirúrgica.

Servicios de Urología y Departamento de Oncología Clínica del Hospital Privado Güemes.

Discusión

El análisis de estos casos, algunos de ellos tratados previamente, por su escaso número y la heterogeneidad de los tratamientos recibidos, no permite extraer conclusiones estadísticamente significativas.

Cáncer de testículo no seminoma

a) Grupo con enfermedad mínima (estadios I y II)

Pacientes	Estado actual	Sobrevida	Tratam. recibidos
Caso I (+ seminoma)	NED	39 m	Orq. + Qt. + Rt (total)
Caso II	VCE	20 m	Orq. c/VAC + Rt (total) + Qt
Caso III (+ seminoma)	NED	11 m	Orq. c/VAC + Qt
Caso IV	NED	23 m	Orq. c/VAC + Rt (total)
Caso V	NED	8 m	Orq. c/VAC -----
Caso VI	VCE	16 m	Orq. c/VAC + Rt (total) + Qt
Caso VII	NED	20 m	Orq. c/VAC -----
Caso VIII	NED	15 m	Orq. + Rt + Qt
Caso IX	NED	15 m	Orq. + Rt (total) + Qt
Caso X	NED	4 m	Orq. + Rt + Qt

b) Grupo con enfermedad avanzada (Estadios II avanzado y/o III)

Caso XI	Fall.	28 m	Orq. c/VAC + Nefrect. + Qt + Cirugía de rescate y Rt
Caso XII	NED	27 m	Orq. + Qt → cirugía de rescate + Qt
Caso XIII	NED	59 m	Orq. + Rt + Qt → vac. + Qt → cirugía de rescate
Caso XIV	Fall.	23 m	Orq. + Qt
Caso XV	VCE	5 m	Orq. + Qt
Caso XVI	VCE	11 m	Orq. + Qt
Caso XVII	Fall.	13 m	Orq. + VAC + Qt
Caso XVIII	VCE	67 m	Orq. + Qt → VAC + Rt (total) cirugía de rescate + Qt
Caso XIX	Fall.	1 m	Orq. + Rt + Qt

NED: Libre de enfermedad. VCE: Vive con enfermedad. Orq.: Orquiectomía. Rt: Radioterapia. Qt: Quimioterapia. VAC: Vaciamiento.

Figura 2

Sin embargo, con su estudio detallado, luego de dividirlos retrospectivamente en dos grupos (a: portadores de enfermedad mínima, y b: con enfermedad importante o avanzada), observamos que en ellos: 1º) la Radioterapia sumada a la cirugía en forma inmediata, no parece haber agregado nada, salvo toxicidad, especialmente en aquellos pacientes que recidivaron durante o inmediatamente a ellas y requirieron tratamiento quimioterápico (Casos II y VI); 2º) el vaciamiento retroperitoneal brindó información acerca de la extensión de enfermedad y, por lo tanto, sentó pronóstico y estrategia a seguir, especialmente en casos con estudios previos dudosos y, aplicada con criterio de rescate, prolongó la supervivencia y el tiempo libre de enfermedad, sobre todo en situaciones de tumores residuales a la terapéutica química (Casos XI, XII, XIII y XVIII); 3º) la quimioterapia usada de manera agresiva y de cortos períodos, logró modificar claramente la evolución de la enfer-

medad y, por sí sola o unida a la cirugía, pudo llevar a la remisión total de los casos avanzados manteniéndose ésta por largos períodos, aun sin tratamientos (Casos XII, XIII y XVIII); 4º) los marcadores biológicos no han resultado útiles en esta serie, como elemento de monitoreo, por su alto porcentaje de negatividad, llamativo si tenemos en cuenta datos bibliográficos; 5º) la suma de armas terapéuticas (Rt + Qt) no parece haber modificado los resultados hasta el momento (Casos I, VI, VIII y X). Basados en esta experiencia, y especialmente en la de las importantes series mencionadas previamente, y tomando en cuenta los conocimientos actuales acerca de la biología de estos tumores, es que elaboramos la siguiente estrategia:

Estadio I y Estadio II Mínimo

Orquiectomía

Vac. Retroperitoneal

MB (-)

Factor riesgo (-)

control

MB (+)

Factor riesgo (+)

2 cursos de Qt

EIII

Figura 3

Para estadios I y II mínimos, primero orquiectomía seguida de vaciamiento retroperitoneal. Si luego los marcadores biológicos se transforman o permanecen negativos, y las adenopatías son negativas o pequeñas y en poco número, se realiza sólo control ya que en caso de recidiva, ésta puede ser tratada con 90% de posibilidades de dejar a este paciente libre de enfermedad por tres a cinco años.

Si los factores de riesgo eran positivos, el paciente recibe dos cursos de quimioterapia y luego control. El tipo de quimioterapia se basa en un empleo de Bleomicina, Vinblastina y Cis-Platino durante dos meses, y no hacemos mantenimiento.

Si luego de cuatro semanas de la cirugía los marcadores biológicos permanecen positivos, se considera al paciente en E III y es tratado como tal.

Estadio II avanzado

Orquiectomía

Quimioterapia
2 cursos como mínimo

Remisión

Vaciamiento retroperitoneal

Marcadores biológicos
positivos

EIII

Marcadores biológicos
negativos

EII

quimioterapia
2 cursos +

Figura 4

Estadio III

a) Con enfermedad clínica (Mts. ganglionar y/o pulmonar)

Quimioterapia

RC

RP

Vaciamiento retroperitoneal
ídem a EII

considerar tratamiento
quirúrgico y/o radiante

b) Con marcadores biológicos positivos solamente:

Quimioterapia hasta negativización y
luego 2 cursos + (no más de 6 cursos)

Figura 5

En EII avanzado, luego de la orquiectomía y previo al vaciamiento, hacemos dos cursos de quimioterapia, como

mínimo, con el objeto de reducir masa tumoral. Una vez lograda, va a cirugía y sigue los mismos pasos que en el caso anterior.

Si los marcadores biológicos son negativos se trata como a un verdadero E II y se hacen dos cursos más de quimioterapia; si los marcadores biológicos fueran positivos, pasa a considerarse como un EIII.

Los pacientes con EIII pueden haberlo sido de inicio o corresponder a los que mantenían marcadores biológicos positivos. En el primer caso se comienza con Qt, si el paciente llega a respuesta completa y ésta es en retroperitoneo, se efectúa vaciamiento, con lo cual el paciente queda prácticamente en EII y es tratado como tal. Si la respuesta fuera parcial, dependiendo del lugar en que conserve enfermedad, se consideran las posibilidades quirúrgicas y radiante.

En el segundo caso se hace quimioterapia hasta negativización de los marcadores biológicos y luego dos cursos más, pero nunca más de seis.