

## A PROPOSITO DE DIECISEIS TUMORES DE TESTICULO Su diagnóstico y tratamiento

Dr. Claret, Alberto J. - Dr. Aguirre, Carlos M. - Dr. Streng, Rodolfo - Dr. Sartori, Jorge - Dr. Salguero, Pedro  
Dr. Verdinelli, Julio C. - Dr. Ceci, Carlos - Dr. Traverso, Carlos

Los tumores de testículo diagnosticados, tratados y seguidos durante el período 1973-1980, representan un porcentaje de 4,2. Sobre un total de 390 tumores urogenitales diagnosticados, correspondieron sólo 16 a neoformaciones testiculares, demostrando de esta manera la escasa frecuencia de esta localización.

Debemos considerar en estos tumores ciertas características dignas de mención, a saber:

- 1) Presentación más frecuente en hombres jóvenes (80 % de ellos antes de los 40 años).
- 2) Ubicación indistinta en una u otra glándula; en nuestros casos, mayor incidencia en el lado derecho (9) que en el izquierdo (7).
- 3) En esta pequeña serie de pacientes seguidos no hemos tenido la oportunidad de valorar la incidencia de factores predisponentes: criptorquidia, ectopia, traumatismos, etc.

Los casos observados por nosotros han sido los siguientes:

Seminomas .....	4
Teratocarcinomas .....	2
Carcinoma embrionario .....	2
Tumor mixto (seminoma y carcinoma embrionario) .....	
Androblastoma .....	1
Tumor maligno de células de Sertoli .....	1
Tumor en retetesis por metástasis de adenocarcinoma de recto .....	1
Adenocarcinoma metastásico de hilio testicular por posible adenocarcinoma de colon .....	1
Metástasis de adenocarcinoma de próstata .....	1
Teratoma quístico benigno .....	1
Fibroma de la vaginal .....	1

Todos los pacientes concurren a la consulta por aumento de tamaño testicular visible y palpable que nos llevó a la exploración quirúrgica inmediata.

Como primer paso común a todas las variedades histológicas, y sin tener el estadio evolutivo aún, realizamos la inmediata exploración inguinal con el clampeo temporario alto y temprano del cordón, seguido de estudio anatomopatológico y orquiectomía en consecuencia.

Se determina el estadio mediante la anatomía patológica, acompañando por estudios humorales (gonodotrofinas urinarias cuali y cuantitativas) y radiológicos (Rx de tórax, urograma excretor y linfografía), llegándose a ubicar la neoplasia según la clasificación de Maier en uno de sus tres estadios.

Durante la exteriorización de la gónoda, el aspecto macroscópico y el examen anatomopatológico fundamentarán la posterior orquiectomía, con extirpación de todo el cordón espermático hasta el orificio inguinal interno.

Esta primera actuación terapéutica controla al tumor primario, eliminando posteriores diseminaciones a partir del mismo con una intervención de escasísima morbimortalidad.

Clasificado el tumor por el informe anatomopatológico, procedemos al tratamiento complementario de la siguiente manera:

<i>Seminoma</i> .....	orquiectomía radioterapia
<i>Teratocarcinoma</i> .....	orquiectomía cobaltoterapia quimioterapia
<i>Carcinoma embrionario</i> .....	orquiectomía cobaltoterapia quimioterapia
<i>Tumor mixto</i> .....	orquiectomía radioterapia quimioterapia
<i>Androblastoma</i> .....	orquiectomía
<i>Metastásicos</i> .....	1 orquiectomía tratamiento del tumor primario

En lo que respecta a la quimioterapia, nos hemos manejado generalmente con la asociación de tres drogas:

*Metotrexato* (amephopterin): en la dosis de 100 a 200 mg/kg en infusión de 6 horas cada 2 a 3 semanas.

*Cosmegen* (actinomicina D): 0,5 ml durante 5 días como máximo.

*Clorambucilo* (Bis-amino-fenilbutírico); dosis diaria: 0,1-0,2 ml/kg peso. Dosis total: 250 a 400 ml. Se da en forma continuada efectuando recuentos cada 5 días al principio y luego cada 7 días.

En algunos casos se ha procedido a hacer citostáticos pre y posoperatorios, utilizando el Endoxan a la dosis de 25 a 50 mg/kg cada 7 días.

### Seguimiento

Tenemos en nuestro Servicio ciertas pautas de seguimiento comunes a todas las neoplasias testiculares que consisten en:

- 1) Control mensual con: Rx de tórax  
Examen clínico  
Laboratorio (rutina)  
Durante los 2 primeros años.
- 2) Iguales estudios, pero trimestralmente hasta los 5 años.
- 3) Control posterior una vez por año, según la sobrevivencia del paciente.