

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES DE TESTICULO

Dr. Kerkebe, Roberto - Dr. Metrebian, Sergio

## Resumen

Entre los años 1969-1981 realizamos 51 intervenciones quirúrgicas retroperitoneales, 47 de las cuales fueron completas, 4 incompletas, con una supervivencia a 4 ó más años de 75 %.

En la década del 50, distintos autores comenzaron a usar la linfadenectomía lumboaórtica, que al principio fue unilateral y luego bilateral, como tratamiento complementario a la orquiectomía con extirpación del cordón, en los tumores de testículo no seminomatosos. Se recurrió a este método quirúrgico debido a que tanto la radioterapia como la quimioterapia no lograban resultados de supervivencia óptimos, siendo ésta de 40 % a los 5 años en las mejores series.

Stauwitz, 1957, fue el que, sin duda, obtuvo inicialmente los mejores resultados, al tratar solamente con linfadenectomía lumboaórtica bilateral pacientes en estadios I y II con una supervivencia a 4 años de 88 %.

## Material y método

Nuestro protocolo de tratamiento, para los tumores no seminomatosos, estadio I, es la linfadenectomía lumboaórtica bilateral, como única medida terapéutica.

En el estadio II realizamos además quimioterapia. Usamos el esquema de Lee, hasta el año 1979, y de allí en adelante el P.V.B.

La técnica quirúrgica que empleamos para la linfadenectomía en la mayoría de los pacientes, es la de Patton y Mallis, que se hace a través de una incisión xifopubiana y cuyos límites de resección son: hacia arriba el hilio renal; hacia abajo la bifurcación de los grandes vasos con disección de los ilíacos externos homolaterales, y lateralmente los uréteres.

Desde 1979 adoptamos técnicas de resección más amplias, llevando la misma por encima del hilio renal, en algunos casos, resecando la grasa perirrenal del lado correspondiente al tumor e inclusive con nefrectomía, cuando la masa englobaba al riñón. Utilizamos como vía de abordaje la incisión toracoabdominal, a la manera de Skinner, o la xifopubiana, como Donahue.

En los tumores de testículo donde se encontró componente coriocarcinomatoso, no realizamos linfadenectomía de rutina, excepto en 1 paciente. Hemos adoptado esa conducta teniendo en cuenta la propagación hemática precoz del mismo.

Entre los años 1969 y 1981 realizamos un total de 51 intervenciones quirúrgicas de las cuales se logró efectuar linfadenectomías en forma completa en 47 casos. El resto, 4 casos, la resección fue incompleta.

De las 47 linfadenectomías, 21 de ellas, 44,68 %, eran estadio I. Los 26 pacientes restantes, 55,32 %, tenían metástasis ganglionares.

## Resultados

Del grupo total de pacientes sometidos a linfadenectomías, 35 de ellos están controlados entre 2 meses y 5 años. Veinticuatro de los cuales fueron seguidos por 4 ó más años.

Dentro de este último grupo, 14 estaban libres de metástasis a la linfadenectomía, 58,33 %, mientras que 10 pacientes, 41,66 %, presentaban metástasis.

Del grupo de pacientes sin metástasis, la supervivencia a 4 años fue de 12, es decir 85,71 %, y fallecieron 2 pacientes, 14,29 %. Es de hacer notar que uno de los fallecimientos ocurrió al sexto día de posoperatorio por una peritonitis.

Del grupo con metástasis la supervivencia fue de 6, el 60 %.

Considerando el total de la casuística, se logró una supervivencia de 4 ó más años de 75 %.

No se realizó la linfadenectomía indicada en 11 pacientes. De éstos fueron controlados 6. De ellos, sólo uno está vivo y sano a los 5 años. Los restantes fallecieron antes de los 3 años.

Sólo tuvimos 2 complicaciones. Un paciente fallecido por peritonitis al sexto día del posoperatorio, y uno con neumotórax, que se solucionó por punción evacuadora.

Las secuelas detectadas fueron: eyaculación retrógrada o sin eyaculación en la mayoría de los pacientes. Tres de ellos refirieron disminución parcial de la potencia sexual.

El promedio de internación posoperatoria fue de 10 días, aunque la mayoría fueron dados de alta entre el séptimo y octavo día.

CUADRO I  
Tumores de testículo

Casos operados: 51		
Linfadenectomías lumboaórticas .....	47	
Resección incompleta .....	4	

CUADRO II  
Tumores de testículo

Linfadenectomías lumboaórticas: 47		
Sin metástasis ganglionar .....	21	44,68 %
Con metástasis ganglionar .....	26	55,32 %
Controlados de 2 meses a 5 años: 35 pacientes		
Controlados a 4 ó más años: 24 pacientes		
Con metástasis ganglionar en operación ...	10	41,66 %
Sin metástasis ganglionar en operación ....	14	58,33 %

CUADRO III  
Tumores de testículo

Linfadenectomías: 47		
Casos controlados: 24		
Sin metástasis ganglionar: 14		
Sobrevivencia a 4 años .....	12	85,71 %
Fallecidos .....	2	14,28 %

CUADRO IV  
Tumores de testículo

Linfadenectomías: 47		
Casos controlados: 24		
Con metástasis ganglionar: 10		
Sobrevivencia a 4 años .....	6	60 %
Fallecidos .....	4	40 %

**CUADRO V**  
**Tumores de testículo**

<i>Linfadenectomías: 47</i>		
<i>Casos controlados: 24</i>		
Sobrevida a 4 años .....	18	75 %
Fallecidos .....	6	25 %

**CUADRO VI**  
**Tumores de testículo**

*No se realizó linfadenectomía indicada a 11 pacientes*

<i>Controlados: 6 pacientes</i>		
Fallecidos antes de los 2 años .....	4	66,66 %
Fallecido antes de los 3 años .....	1	16,66 %
Vivo y sano (teratocar.) a los 5 años .....	1	16,66 %

**Comentario**

Sin duda, a la luz de los conocimientos actuales coincidimos con la mayoría de los autores en que se debe realizar la resección ganglionar suprahiliar, aunque en nuestros casos con metástasis macroscópicas, todas ellas se encontraban a nivel infrahiliar, y en algunos casos a pesar de existir grandes masas no se detectaron metástasis, en el acto quirúrgico por encima del hilio renal. En los controles posquirúrgicos con T.A.C. de los pacientes a los que

**Bibliografía**

Fralely, E. E., y col.: "Testicular tumors". Urol. Clin. North Am., octubre 1977.  
 Kaswick, J.; Bloomberg, S., y Skinner, D.: "Radical retroperitoneal lymph node dissection. How effective in removal of all retroperitoneal nodes". J. Urol., 115:70, 1976.  
 Maier, J. G., y Mitemeyer: "Carcinoma of the testis". Cancer, 39:981, 1977.  
 Rubin, P.: "Comment: The lymph node barrier". JAMA, 213:104, 1970.  
 Staubitz, W.: "The place of nodal dissection". JAMA, 213:99, 1970.  
 Einhorn, L. H.: "Testicular tumors". Management and treatment." Masson Publishing, USA, 1980.

realizamos únicamente resección infrahiliar, no encontramos recidiva por encima de este nivel. Sólo 1 paciente presentó, en el momento del acto quirúrgico, masa ganglionar precava de 5 cm de diámetro y otra retrohiliar derecha de aproximadamente 3 cm.

A pesar de estas observaciones, reiteramos que se debe hacer la resección suprahiliar, con el objeto de ser radicales en el tratamiento quirúrgico, siguiendo lo expuesto por otros autores.

No creemos necesario extirpar la grasa perirrenal, excepto en la zona que comprende el hilio renal, porque sólo allí existen ganglios.

No realizamos de rutina la ligadura de la arteria mesentérica inferior, sino que preferimos su disección y liberación. Solamente la seccionamos cuando es estrictamente necesario.

En nuestra experiencia el abordaje toracoabdominal no aumentó mucho la exposición quirúrgica y sí por el contrario extendió en una hora más el tiempo operatorio. Creemos que es suficiente una incisión xifopubiana, y que la maniobra que nos permite realmente acceder en forma óptima a la región suprahiliar consiste en realizar la sección del retroperitoneo, partiendo del ángulo de Treitz, ligando la vena mesentérica inferior, prolongando la incisión hacia abajo, rodeando el ciego y ascendiendo por el espacio parietocólico derecho. Esto da una buena movilización del contenido intraperitoneal, sacando del campo quirúrgico las asas intestinales.

Si comparamos nuestros resultados con otras series, concluimos que con excepción de las de Skinner, Donahue y Einhorn, cuyos porcentajes son superiores a los nuestros, podemos considerarlos óptimos.

Con los nuevos esquemas terapéuticos, creemos que vamos a mejorar el porcentaje de supervivencia en los pacientes con metástasis.

Donahue, J. P.: "Linfadenectomía retroperitoneal, abordaje anterior junto con disección supra hiliarrenal bilateral". Clínicas Urológicas de Norteamérica, octubre 1977.

Skinner y De Kernion: "Management of nonseminomatous tumor of the testis. Genitourinary Cancer. Saunders Company, 1978.

Staubitz, W., y col.: "Surgical management of testis tumors". J. Urol., 111:205, 1974.

Javadpour, N.: "Testicular germinal cell tumors. Principles and management of urologic cancer". Williams and Wilkins, 1979.