

NUESTRA EXPERIENCIA EN TUMORES DE TESTICULO

Dr. Kerkebe, Roberto - Dr. Metrebian, Sergio

Resumen

Se presenta nuestra experiencia en tumores de testículo entre los años 1969-1981 realizada comparativamente en 2 etapas en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile, y en el Hospital de Córdoba. Desglosando los grupos de acuerdo con su edad, variedad histológica, incidencia de bilateralidad y concomitancia con ectopia testicular.

Por razones clínicas y patológicas, los tumores de testículo son una de las más interesantes neoplasias genitourinarias.

El tumor testicular constituye 1 % de todos los tumores malignos en el hombre y aproximadamente, según Smith, 4 % de todos los que afectan el aparato genitourinario. El 90 % son malignos. Excluyendo la leucemia y los linfomas malignos, los tumores de testículo ocupan el primer lugar en los hombres de 25 a 34 años de edad.

Compromete más al testículo derecho que al izquierdo en relación de 5 a 4. Aproximadamente 1 % son bilaterales. Habitualmente aparecen en forma asincrónica.

El tumor de testículo es inexplicablemente raro en la población no blanca.

La aparente asociación entre el tumor testicular y criptorquidia ha sido bien documentada. Distintos autores reportan la coexistencia de ambas patologías entre 5 a 30 %. La orquidopexia y el tratamiento hormonal no disminuye la incidencia si se ha realizado después de los 6 años de edad (Whitmore). Curiosamente, según Sulak, los $\frac{2}{3}$ de neoplasias que ocurren en la criptorquidia y testículos ectópicos son seminomas. Se ha sugerido también la relación entre la atrofia testicular y tumor.

Existen varias clasificaciones que intentan agrupar los distintos tipos de tumores de testículo de acuerdo con su origen oncogénico. Están las propuestas por Freedman y More, Collins y Pugh, Pugh, O.M.S. y Dixon y Moore, para mencionar los más importantes. Nosotros adoptamos esta última (ver cuadro 1).

El seminoma es el único tumor radiosensible que responde en forma excelente al tratamiento radiante. El teratoma, tumor benigno, pero cuya presencia sin signos de malignización es rara, por lo tanto, para tener certeza de su benignidad hay que realizar numerosos cortes histológicos. El coriocarcinoma, variedad muy maligna, tiene una propagación, a diferencia de los otros tumores germinales, fundamentalmente hemática.

Material y método

Entre los años 1969 y 1981 hemos estudiado 97 casos de tumores de testículos. Esta casuística la dividimos en dos etapas. Una de ellas realizada en el Servicio de Urología del Hospital del Salvador en Santiago de Chile, juntamente con el Dr. Fernando Hidalgo Carmona, desde el año 1969 a 1972, sumando 60 casos, controlados hasta completar 5 años de vida. La segunda etapa realizada en el Servicio de Urología del Hospital Córdoba, desde 1972 a 1981, donde hemos tratado 37 casos.

Esto nos permitió realizar un estudio comparativo en ambos países. Nuestra experiencia en Chile la podremos desglosar de la siguiente manera.

Distribución por edades (ver cuadro 2)

Dentro de este grupo hubo un paciente de 81 años de edad. Se observan en los cuadros siguientes las distintas variedades histológicas, la incidencia de bilateralidad, la concomitancia con ectopia testicular (ver cuadros 3 y 4).

CUADRO 1
Tumores de testículo
Clasificación
(Dixon y Moore)

Origen germinal: 95 a 97 %

Seminoma	35 a 40 %
Carcinoma embrionario	15 a 20 %
Teratocarcinoma	20 a 25 %
Teratoma	1 a 5 %
Coriocarcinoma	1 %

Tumores combinados:

- Carcinoma embrionario con seminoma o sin él.
- Teratoma con seminoma o sin él.
- Teratoma con carcinoma embrionario o coriocarcinoma o ambos, con seminoma o sin él.
- Coriocarcinoma con carcinoma embrionario o sin él o seminoma o ambos.

Origen no germinal: 3 a 5 %

- Tumor de células intersticiales o de Leydig.
- Androblastoma o tumor de células de Sertoli.
- Tumor de células de la teca granulosa.
- Gonadoblastoma.
- Carcinoma de la rete testis.
- Sarcoma.
- Linfoma.
- Fibroma y leiomioma.
- Tumor de restos adrenales.
- Tumor adenomatoide.
- Carcinoma argentaftin.

CUADRO 2
Tumores de testículo en Chile
Distribución por edades

0 a 20 años	0 casos	0,00 %
20 a 30 años	29 casos	48,33 %
30 a 40 años	22 casos	36,66 %
40 a 50 años	5 casos	8,33 %
50 en adelante	4 casos	6,66 %

CUADRO 3
Tumores de testículo
Nuestra casuística en Chile

Total de casos: 60		
Unilaterales	59	98,33 %
Bilaterales	1	1,66 %
En testículo ectópico	0	0,00 %
Origen germinal	57	95,00 %
Origen no germinal	3	5,00 %

Queremos hacer resaltar algunos hechos de esta casuística. Vemos que las variedades de coriocarcinoma se han presentado siempre asociados con otros tumores no germinales. Uno de ellos fue hormonosecretante. Todos han seguido una evolución muy maligna, 5 de ellos tuvieron una sobrevivida menor de 1 año, el restante falleció a los 22 meses. Sólo 1 paciente presentó metástasis demostrable en el momento del diagnóstico.

Al paciente que presentó carcinoma de células intersticiales, tumor de extrema rareza, muy poco descrito en la literatura mundial, le realizamos linfadenectomía, que fue incompleta y presentaba metástasis ganglionares de la misma variedad histológica.

CUADRO 4
Tumores de testículo
Nuestra casuística en Chile

<i>Total de casos: 60</i>		
<i>Origen germinal: 57 casos - 95 %</i>		
Seminoma	14 casos	23,3 %
Carcinoma embrionario	13 casos	21,6 %
Teratoma	3 casos	5,0 %
Teratocarcinoma	6 casos	10,0 %
Coriocarcinoma	0 casos	0,0 %
Combinados:	21 casos	35,0 %
Seminoma y Ca. embrionario	1 caso	1,6 %
Seminoma y teratoma	1 caso	1,6 %
Teratoma y Ca. embrionario	13 casos	21,6 %
Coriocarcinoma y Ca. embrionario	4 casos	6,6 %
Coriocarcinoma y teratoma	1 caso	1,6 %
Coriocarcinoma, Ca. embrionario y teratoma	1 caso	1,6 %
<i>Origen no germinal: 3 casos - 5 %</i>		
Tumor de células intersticiales	2 casos	3,3 %
Linfosarcoma linfoblástico	1 caso	1,6 %

El del tumor bilateral tenía 81 años, y presentó carcinoma embrionario en un lado. Dos años después, a los 83, en el testículo remanente tuvo un linfosarcoma linfoblástico.

Con respecto a la incidencia por edades en Córdoba, véase el cuadro 5.

CUADRO 5
Tumores de testículo
Nuestra casuística en Córdoba
Distribución por edades

0 a 20 años	2 casos	5,40 %
20 a 30 años	24 casos	64,86 %
30 a 40 años	11 casos	29,72 %
40 años en adelante	0 casos	0,00 %

Las distintas variedades histológicas, la incidencia de bilateralidad, la concomitancia con ectopia testicular son resumidas en los siguientes cuadros.

CUADRO 6
Tumores de testículo
Nuestra casuística en Córdoba

<i>Total de casos: 37</i>		
Unilaterales	35	94,59 %
Bilaterales	2	5,40 %
En testículo ectópico	2	5,40 %
Germinales	36	97,29 %
No germinales	1	2,71 %

Queremos hacer notar, que el paciente que presentó carcinoma embrionario bilateral tenía un testículo ectópico, que fue descendido y biopsiado 6 meses antes de presentarse el tumor, que tuvo la característica de ser bilateral simultáneamente. Tenía 26 años.

Bibliografía

Maier, J. G., y Van Buskirk, K.: "Treatment of testicular germ cell malignancies". JAMA, 213:97, 1970.
Maier, J. G., y Mittermeyer: "Carcinoma of the testis". Cancer, 39:981, 1977.
Rubin, P.: "Cancer of the urogenital tract: Testicular tumors". JAMA, 213:89, 1970.
Sulak, M.: "Classification of different pathologic types". JAMA, 213:91, 1970.

CUADRO 7
Tumores de testículo
Nuestra casuística en Córdoba

<i>Total de casos: 37</i>		
<i>Origen germinal: 36 - 97,29 %</i>		
Seminoma	12 casos	32,43 %
Teratocarcinoma	10 casos	27,02 %
Carcinoma embrionario	4 casos	10,81 %
Coriocarcinoma	0 casos	0,00 %
Combinados	*8 casos	21,62 %
Teratocarcinoma + Ca. embrionario	7 casos	18,91 %
Seminoma + Ca. embrionario	1 caso	2,71 %
<i>Origen no germinal: 1 caso - 2,71 %</i>		
Tumor de células de Sertoli		
<i>Tumores bilaterales: 2 casos - 5,40 %</i>		
Seminoma anaplásico y Ca. embrionario		
Carcinoma embrionario bilateral		

Comentarios

Con respecto a la distribución por edades, podemos ver que tanto en Chile como en Córdoba la mayor incidencia se observó entre los 20 y 30 años, sin embargo el porcentaje fue superior en Córdoba, siendo de 64,86 %, contra 48,33 %. En la casuística chilena no tuvimos ningún paciente menor de 20 años; en cambio en Córdoba observamos 2 casos; por el contrario, no hubo en esta última casos mayores de 40 años.

La bilateralidad fue mayor en Córdoba con 5,40 %; en cambio en Chile se dio en 1,66 %.

No se observaron tumores en testículos ectópicos en la serie chilena.

En la de Córdoba hubo 2 casos (5,40 %).

Desde el punto de vista histopatológico, el porcentaje de tumores germinales y no germinales es bastante similar en las dos series. Llama la atención, sin embargo, en la serie chilena la baja incidencia de seminoma que sólo llega al 23,33 %. Aunque la de la serie cordobesa también es baja, en relación a las publicaciones de otras partes, se acerca mucho más a ellas siendo de 32,43 %. Vemos también una incidencia significativamente alta de tumores no seminomatosos, y sobre todo combinados en la serie chilena. En Córdoba también es elevada, pero no tan marcada; debemos hacer notar, sin embargo, que en los últimos 21 casos, entre 1977 y 1981 hubo sólo 4 seminomas, lo que habla de una mayor incidencia de los tumores no seminomatosos que sabemos a ciencia cierta si es real o por un factor de derivación. No se observó ningún caso de coriocarcinoma en la última serie, y sí 6, aunque combinados en la primera.

En total de la casuística, hubo un seminoma anaplásico, en paciente con tumor bilateral, y un tumor de células de Sertoli en la serie de Córdoba. En cambio en la primera, dentro de las variedades raras, un linfosarcoma linfoblástico, en un tumor bilateral, un tumor de células de Leydig y un carcinoma de células de Leydig.

Staubitz, W.: "The place of nodal dissection". JAMA, 213:99, 1970.

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

Whitmore Jr., W.: "Tumor of the penis, urethra, scrotum and teste". Cancer, 26:1065, 1970.