

TUMOR SIMULTANEO BILATERAL DE TESTICULO

Dr. Romeo, Ignacio - Dr. Nadal, José - Dr. de Rosas, Juan M.

Paciente: M. G. Edad: 50 años. Historia Clínica N° 145.446, Hospital Central, Mendoza.

Motivo de consulta

Dolor en hipogastrio, tumoración creciente.

AEA: paciente que presenta, con una evolución de dos años aproximadamente, dolor en región hipogástrica, en algunas oportunidades constrictivo, permanente, concomitantemente con el dolor, el paciente nota una tumoración en la misma región que va aumentando de tamaño, sin otra sintomatología los primeros meses. Los últimos seis meses relata un aumento del dolor y del bultoma, acompañándose de polaquiuria, nicturia, sin trastornos del chorro ni disuria.

Antecedentes patológicos: lo más importante, CRIPTORQUIDISMO, ECTOPIA BILATERAL.

Antecedentes familiares: sin particularidades.

Examen clínico

Examen clínico general del paciente: enfermo lúcido, afebril, decúbito dorsal indiferente.

Piel y faneras: piel blanca, elasticidad, turgencia y humedad normal, implantación pilosa de acuerdo con la edad y el sexo. T.C.S.: disposición normal sin edemas ni adenopatías.

Cráneo: normocéfalo, ojos s/p, nariz permeable; boca, faltan piezas dentarias.

Cuello: s/p.

Aparato respiratorio: clínicamente normal.

Aparato circulatorio: ruidos cardíacos y T.A. normal.

Abdomen: presenta asimetría en hipogastrio, como si fuese vejiga en retención de orina, lateralizado hacia el lado derecho. La tumoración es de 20 cm de diámetro, consistencia dura elástica, no renitente, moderadamente dolorosa, levemente móvil. La compresión del bultoma no despierta sensación de micción. No se palpa hígado ni bazo.

Examen urológico

Riñones no se palpan, puntos costomusculares y vertebral negativos, puntos ureterales anteriores negativos.

Genitales externos: implantación pilosa normal, pene de características normales, bolsas escrotales poco desarrolladas, a la palpación falta el contenido en ambas bolsas. Se palpan los trayectos inguinales, no encontrándose ninguna tumoración. Solamente se palpa la tumoración antes descrita en hipogastrio.

Tacto rectal: esfínter de tonicidad normal, ampolla rectal libre, próstata levemente aumentada de tamaño, superficie lisa, consistencia dura elástica, indolora, mucosa libre.

Impresión diagnóstica: Criptorquidia bilateral.

Tumor de testículo ectópico.

Exámenes de laboratorio

Hemograma: 4.700.000. Hto.: 43 %. Leucocitos: 6.800. Fórmula normal: ERITRO 6.

Glucemia: 0,58. Uremia: 0,21 VDRL (-). GRAVINDEXT NEGATIVO.

Radiografía de tórax: NORMAL.

Se interviene quirúrgicamente.

Protocolo quirúrgico

Cirujano: Dr. Romeo. Ayudantes: Dr. Sclar, Dr. Nadal.

Diagnóstico preoperatorio: tumor abdominal por ectopia testicular.

Diagnóstico posoperatorio: ídem.

Anestesia: general. Operación: castración bilateral.

Fecha: diciembre de 1978.

Técnica quirúrgica

Incisión mediana infraumbilical, travesía de planos sin dificultad; abierto peritoneo se observa tumoración de 20 cm de diámetro que está adherida a vejiga y planos profundos, también está adherida al epiplón mayor.

Se disea y transeca al epiplón mayor, ligando con puntos separados el epiplón.

Se disea el peritoneo vesical y se secciona vejiga, previa introducción de sonda de plástico acodada, se libera el testículo del cordón espermático que se secciona bien profundamente en el conducto inguinal. Se extirpa la tumoración, se sutura la vejiga con Dexon L, de ida y vuelta jareta invaginante y peritoneización de la vejiga. Se explora testículo izquierdo, encontrándose intraabdominalmente; se procede a efectuar castración por pedículo corto. Se envía pieza a Anatomía Patológica. Cierre por planos.

Informe histopatológico (22/12/78)

Material: a) tumoración testículo derecho (intraabdominal); b) orquidectomía izquierda (intraabdominal).

Examen macroscópico:

- Enorme masa tumoral y regularmente ovoidea, con abundante trama vascular en la albugínea. Al corte la superficie es homogénea, con extensos focos de necrosis.
- Testículo discretamente aumentado de tamaño y consistencia. Al corte la superficie es amarillenta, con pérdida del aspecto esponjoso.

Examen microscópico:

- El enorme tumor abdominal muestra amplio foco de necrobiosis y una proliferación de células redondas globales, de límites poco netos y de núcleo grande y basófilo. Agrupados en islotes y cordones, y separados por gruesos tabiques colágenos.
- Existe atrofia del epitelio germinal, fibrosis moderada del intersticio y una proliferación lobulillar de células de Leydig.

Diagnóstico

- Seminoma puro.
- Tumor a células de Leydig.

Como se podrá observar, de acuerdo con lo presentado, la incidencia de tumores de testículos desarrollados en testículos criptorquídicos y/o ectópicos aumenta considerablemente en el caso de ser dicha malformación bilateral. Partiendo de la base cierta de que los testículos criptorquídicos y ectópicos son testículos disgenéticos, con serias alteraciones anatómicas y funcionales, no es de extrañar que sean asiento de tumores. Las incidencias son cada vez mayores a medida que el enfermo aumenta en edad, por las injerencias hormonales, térmicas, traumáticas y que desgraciadamente no se corrigen con una orquidopexia precoz, pues son varios casos descritos de evolución tumoral, después de años de efectuada la corrección quirúrgica a la edad correcta y sin antecedentes de traumatismos previos u otra causa incriminante para el desarrollo tumoral.

Las variedades histológicas son disímiles; en la mayoría de los casos ambos presentan idénticos caracteres histológicos o, por lo menos, similitud de origen en la serie germinal. En el caso que nos ocupa, llama la atención que uno de los tumores sea derivado de la serie germinal y otro de la serie no germinal. Es importante también recalcar que la malignidad histológica de uno de los tumores no era concordante con la del otro, ya que el de la serie no germinal mostraba caracteres de benignidad. Es importante destacar la

influencia hormonal de uno de los tumores en la evolución del otro.

Hasta el presente, la evolución satisfactoria del enfermo, a pesar de no haber transcurrido los cinco años, hace posible ver con mejores perspectivas las evoluciones de este tipo de tumores bilaterales.

Es importante destacar que en el tumor seminomatoso no mostraba hiperplasia de células intersticiales a pesar de tener un tumor en el testículo opuesto de células intersticiales.