

CIRUGIA DE RESCATE RETROPERITONEAL EN TUMORES TESTICULARES EN ESTADOS AVANZADOS

Dr. Coimbra Ferrari, Franz - Dr. Mazza, Osvaldo - Dr. Rozanec, Juan - Dr. Sáenz, Carlos

Resumen

Presentamos nuestra experiencia en cirugía de rescate en los últimos 12 años, habiendo efectuado 12 intervenciones de ese tipo en una población de 149 neoplasias germinales (7,9 % de los mismos).

Introducción

La persistencia clínico-radiológica de nódulos retroperitoneales con marcadores biológicos negativos, posteriores a la terapia química o radiante en tumores germinales, requiere de investigación quirúrgica, ya que nos permite conocer su histología y determinar el pronóstico.

La evolución de los tumores germinales de testículo ha mejorado considerablemente con la introducción de quimioterapia combinada introducida por Samuel en 1974. Posteriormente un mayor índice de remisión completa se obtuvo agregando el cisplatino al esquema anterior (Einhorn y Donohue, 1977). Actualmente el VP 16 se suma con éxito al armamentario terapéutico.

El tumor residual puede ser clasificado luego de la reducción posquimioterapia en tres categorías histológicas: carcinoma activo, teratoma y fibrosis o necrosis; esta clasificación tiene implicancias pronosticas y terapéuticas.

Los pacientes con fibrosis y necrosis evolucionan favorablemente con quimioterapia de mantenimiento o sin ella.

El carcinoma residual tiene mal pronóstico y requiere un esquema de quimioterapia de alternativa. Según Vugrin, la clave para el éxito en estos pacientes depende de la respuesta favorable a la misma y a la resección completa de toda la masa residual.

Los pacientes con teratoma en gran parte evolucionan favorablemente y tienen un bajo índice de recidiva.

Material y métodos

Sobre 66 pacientes con tumores germinales no seminomatosos y seminomas con diverso grado de enfermedad retroperitoneal y

tratados con quimioterapia y/o radioterapia se procedió en 12 de ellos al rescate quirúrgico de masas residuales detectadas por la TAC (18 %) (figuras 1 y 2) y marcadores biológicos negativos. En 7 casos de TGNS, una había recibido 4500 rads de cobalto 9 años atrás y el resto quimioterapia (VBP). De los 5 pacientes con seminomas, 3 presentaron progresión poscobalto, y 2 persistencia de imágenes nodulares (entre 1 y 5 años después del tratamiento).

Todos los casos fueron abordados mediante una incisión para mediana, supra e infraumbilical, desde el apéndice xifoide hasta la cercanía del pubis, con el objeto de realizar la resección de tejido tumoral retroperitoneal en su mayor cantidad.

Resultados

De los 12 pacientes sometidos a linfadenectomía, 7 corresponden al grupo no seminomatoso y la histopatología demostró necrosis en 2, teratoma en 1 y tumor activo en 4. Estos fueron tratados con VP 16 (2), VBP. (1) y el restante sin tratamiento actualmente en progresión, otro falleció y los 2 últimos al igual que los 2 con necrosis presentaron remisión completa (5/7, 71 %) (cuadro I).

Del grupo de los seminomatosos se rescataron 2 seminomas en actividad y 3 masas necróticas (una de ellas asociada a tumor progresivo). Los tumores activos remitieron en forma completa con quimioterapia (sobrevida promedio mayor de 5 años) (cuadro II).

CUADRO I
Rescate de tumores germinales no seminomatosos (7 casos)

Estadio inicial	Tratamiento	Rescate Histología	Tratamiento posterior	Evolución
I (1)	BV	Tumor activo (1)	VBP	Remisión
IIb (3)	BVP (3)	Necrosis (2) Teratoma (1)	Control (3)	Remisión (3)
IIc (3)	BVP (2) Cobalto (1)*	Tumor Activo (3)	VP 16 (2)	Remisión (1) Fallece (1) Progresión (1)

* 4500 rads. Cobalto 9 años antes.
Presentan remisión completa 5/7 (71 %).

CUADRO II
Rescate de tumores germinales seminomatosos (5 casos)

Tratamiento inicial	Rescate Histología	Tratamiento posterior	Evolución
Cobaltoterapia (4)	Necrosis (2)	Control (1) C + VC (1)* C + VC (1) VBP (1)	Remisión Completa (5 años)
BVP (1)	Necrosis (1)	Control	

* Falso negativo (tenía tumor activo).

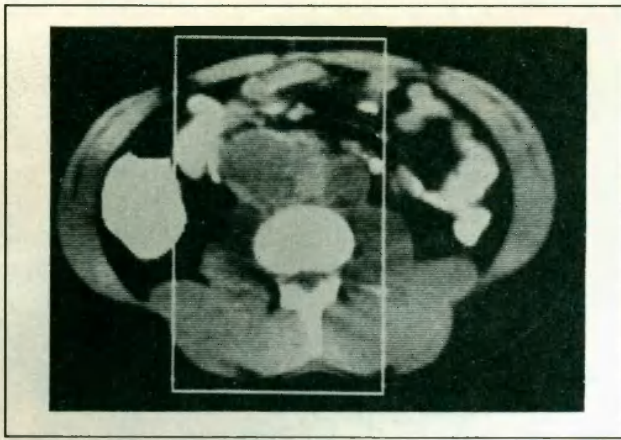


Figura 1 A. Metástasis retroperitoneal de seminoma estadio IIc.

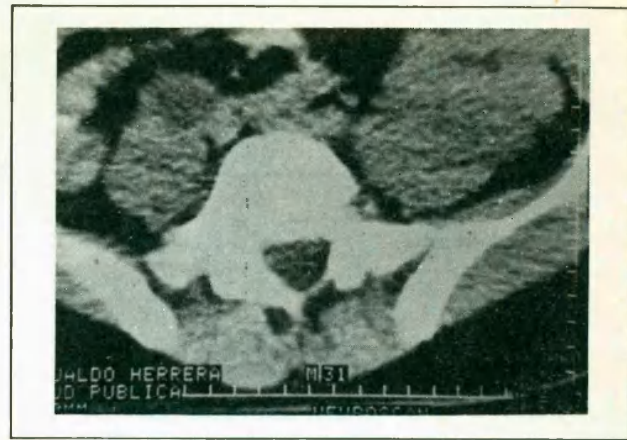


Figura 2 A. Metástasis de un TGNS en hemipelvis izquierda y linfocelos en hemipelvis derecha.

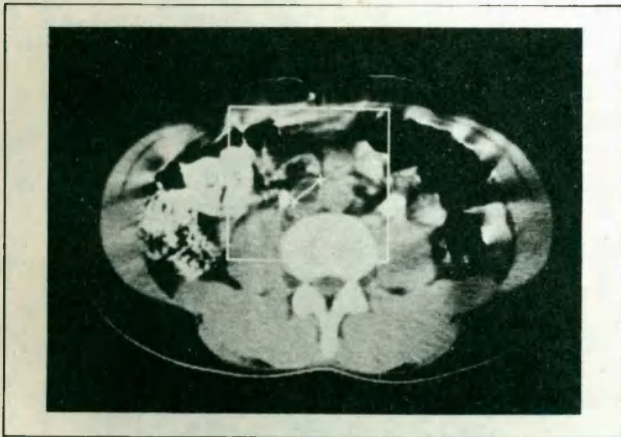


Figura 1 B. Nódulo residual posquimioterapia, tejido rescatado, necrosis.

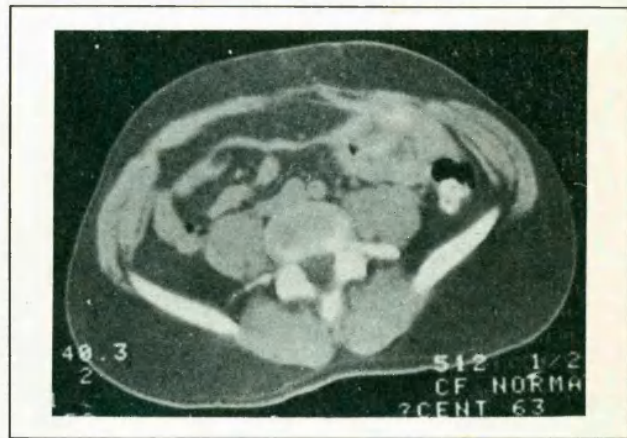


Figura 2 B. TAC de control posquimioterapia de rescate.

Discusión

Destacamos que en los 7 casos TGNS rescatados con marcadores biológicos negativos, la evaluación tomográfica previa evidenció escasos indicios sobre la naturaleza del tejido a rescatar. Masas hipodensas que fueron interpretadas como necrosis en ocasiones coincidieron con tejido tumoral activo. En todos los casos la extirpación fue incompleta, quedando el resto del tejido fuertemente adherido a estructuras vasculares o vísceras que ulteriormente pudieron ser rescatadas con esquema de quimioterapia de alternativa. Una mención especial merecen los pacientes con seminoma; que fueron refractarios a la cobaltoterapia en dosis habituales para estos tumores; los estudios tomográficos ya podían predecir la naturaleza neoplásica activa en algunos casos, dado que demostraban un crecimiento del tejido tumoral irradiado más que una persistencia clínico-radiológica.

Bibliografía

1. Einhorn, L. H.; Williams, S. D.; Troner, M.; Birch, R., y Greco, F. A.: "The role of maintenance therapy in disseminated testicular cancer". *New Engl. J. Med.*, 305:727, 1981.
2. Donohue, J. P., y Rowland, R. G.: "The role of surgery in advance testicular cancer". *Cancer*, 54:2716, 1984.
3. Einhorn, L. H., y Donohue, J. P. (1977): "Cis-platinum, vinblastine and bleomycin combination chemotherapy in disseminated testicular cancer". *Medicine*, 87, 293-298.
4. Levitt, M. D.; Reynolds, M.; Sheiner, J., y Byrne, M. J. (1985): "Non-seminomatous germ cell testicular tumours: residual masses after chemotherapy". *Brit. J. Surgery*, 72, 19, 22.
5. Vugrin, D.; Whitmore, W. F. Jr.; Sogani, P. C.; Bains, M.; Herr, H. W., y Golbey, R. B.: "Combined chemotherapy and surgery in treatment of advanced germ-cell tumors". *Cancer*, 47:2228, 1981.
6. Wettlaufer, J. N.; Feiner, A. S., y Robinson, W. A.: "Vincristine, cisplatin and bleomycin with surgery in the management of advance metastatic nonseminomatous testis tumors". *Cancer*, 53:203, 1984.
7. Stoter, G.; Vendrick, C. P. J.; Struyvenberg, A.; Sleyfer, D. T.; Vriesendorp, R.; Schrafford Koops, H., y Pinedo, H.: "Five year survival of patients with disseminated nonseminomatous testicular cancer treated with cisplatin, vinblastine and bleomycin". *Cancer*, 54:1521, 1984.
8. Williams, S.; Einhorn, L.; Greco, A.; Birch, R., e Irwin, L.: "Disseminated germ cell tumors: a comparison of cisplatin plus bleomycin plus either vinblastine (PVB) or VP-16 (BEP)". *Oncol.*, 4 100, abstract C-390, 1985.
9. Samuels, M. L.; Lanzotti, V. J.; Holoye, P. V.; Boyle, L. E.; Smith, T. L., y Johnson, D. E. (1976): "Combination chemotherapy in germinal cell tumors". *Cancer Treatment Reviews*, 3, 185-204.
10. Tait, D.; Peckham, M. J.; Hendry, W. F., y Goldstraw, P. (1984): "Post-chemotherapy surgery in advance non-seminomatous germ-cell testicular tumors: the significance of histology with particular reference to differentiated (mature) teratoma". *Brit. J. Cancer*, 50, 601-609.