

Servicio de Urología del Hospital P. Piñero.
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

SEMINOMA EN TESTICULO ECTOPICO

Por los Dres. ROBERTO A. RUBÍ y ALFREDO GRIMALDI

La posibilidad de la degeneración neoplástica del testículo ectópico es mucho mayor que la del normal. Pese a las opiniones de algunos autores que consideran que la criptorquidia abdominal coloca al órgano al abrigo de la transformación cancerosa (Trelat, Duplay, Monod) las estadísticas foráneas y autóctonas permiten asegurar que la verdad está, indudablemente, con los que atribuyen un predominio marcado en el número de tumores de testículo ectópico en proporción a los normales: sólo se observan diferencias circunstanciales de cifras. Repetimos, pues, que en la actualidad el problema no admite discusión y, hasta distinguidos cirujanos preconizan la extirpación sistemática de los testículos del adulto (Thiriart) o cuando no es posible su corrección quirúrgica o su aspecto es atrófico (Caciro, Donovan y otros) o su reposición compromete la integridad y solidez de la pared abdominal del adulto (Finochietto).

No es nuestra finalidad abordar este tema ampliamente. Deseamos, sin embargo, recordar que los neoplasias de testículo representan alrededor del 0,50% de todos los tumores del organismo y, que es mucho más frecuente la complicación cancerosa de la glándula ectópica que la normal, en grado tal que junto al 84% de Bland-Sutton (57 tumores de testículo, de los cuales 48 en criptorquidia), se halla el 12,2% de Hinman, el 15% del John Hopkin's Hospital, el 11,7% de Chevassu, el 11% de Gilbert y Hamilton (sobre 7.000 tumores, 840 en testículo ectópico), el 4,76% del Instituto de Medicina Experimental de Bs. Aires, etc. En general se aprecia en 20 a 50 veces mayor la frecuencia de la degeneración cancerosa de la glándula ectópica frente a la normal y las observaciones de Gilbert y Hamilton (citados) (1) son sumamente ilustrativas al respecto.

(1) Surg. Gy. Obst. v. 71. Dic. 40. N° 6. pág. 731.

Serían las condiciones congénitas del órgano las que lo predisponen a la degeneración y no su posición ectópica. No debe pues, extenderse en consideraciones sobre la mayor o menor frecuencia en los testículos descendidos quirúrgicamente. El problema no varía en su ausencia y la predisposición blastomatosas no se debe modificar fundamentalmente.

Gilbert y Hamilton observan 77 tumores después de la orquidopexia. Caeiro —hasta 1931— cita 22 casos de nuestra literatura, siendo varios los casos que luego se aportan a la casuística del tema (Giuliano, Rubí, etc.). El tiempo transcurrido entre el descenso del órgano y la apreciación de su degeneración es variable, aunque en la mayoría de los casos, se cuenta por años.

Sentado el principio de que la criptorquidia favorece la complicación neoplásica y de que la orquidopexia no modifica substancialmente la predisposición degenerativa del órgano, ¿es o no prudente la conducta quirúrgica de ubicar el testículo en su posición normal?. Estas reflexiones explican el proceder de los que castran sistemáticamente y, por lo menos, autorizan a no dejar en posición ectópica a ningún testículo, ya sea practicando la orquidopexia o extirpándolo. Si la glándula descendida quirúrgicamente llegase a degenerar, creemos que el diagnóstico será siempre más directo y precoz y su tratamiento también más precoz y más completo. No es necesario insistir en las razones de estas premisas y, el caso que presentamos quizá sea un ejemplo de las dificultades del reconocimiento del tumor y de su accesibilidad para el tratamiento radical, cuando se desarrolla en el testículo fuera de su lecho normal. Esto va dicho, aun teniendo bien presente el valor pronóstico de la terapéutica radical de las neoplasias testiculares.

Historia clínica. — P. P., argentino, de 36 años, casado, chófer. Sala II, cama 29. Ingresó el 4-VIII-44 y egresa el 26-IX-44.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Reviste particular importancia el antecedente de una intervención para tratamiento de una hernia ínguinoescrotal derecha, realizada hace 1 ½ año en el Hospital Salaberry, de donde nos informan que durante la operación no se halló la glándula (que como se verá, no ocupaba su posición en la bolsa correspondiente) procediéndose directamente a la herniorrafia a lo Bassini.

Desde hace mucho se halla enterado de que su bolsa derecha está deshabitada.

Casado a los 25 años de edad, tiene 2 hijos, normales.

Enfermedad actual. — Hace varios meses, aproximadamente 1 año después de haber sido operado de su hernia ínguinal derecha, el paciente observó la existencia de una tumoración en el hipogastrio, yuxtapubiana, que al ser apreciada por él mismo ya alcanzaba el tamaño de una naranja, que le provocaba trastornos dolorosos, sobre todo en los cambios de decúbito laterales. El dolor, sin ser muy intenso, le impedía conciliar el sueño, lo que unido a la pérdida del apetito y al adelgazamiento (5 kgr. de peso), le impulsó a consultar a un facultativo, quien mediante terapéutica reconstituyente general logra una evidente mejoría de su estado general, recobra el apetito y detiene su pérdida de peso.

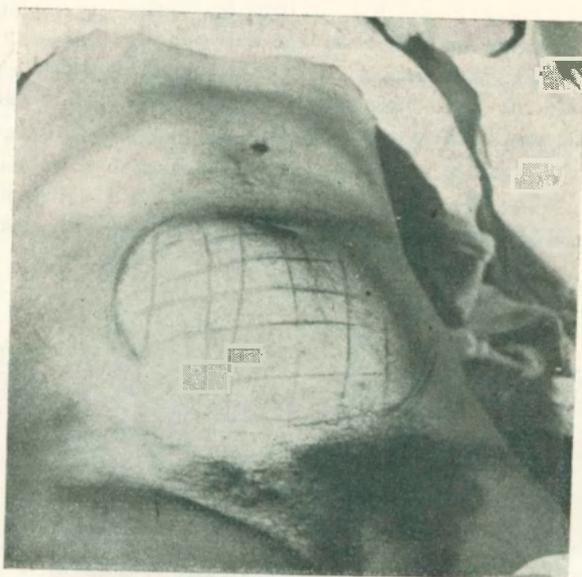


Figura 1
Tumoración observada de frente.



Figura 2
Tumoración vista de perfil.

Como el tumor fué progresiva y rápidamente de volumen, hasta alcanzar proporciones equivalentes a un embarazo de 6 meses o a una vejiga distendida, resuelve internarse en nuestro Servicio de Urología del Hosp. Pinero, donde en la fecha de su ingreso se comprueba el siguiente.

Estado actual. — Paciente en buen estado de nutrición.

Fuera de la tumoración abdominal y de la criptorquidia derecha, el examen de los distintos órganos y aparatos no revela nada de particular, por lo que lo dejamos de lado para describir los datos referentes a aquélla, directamente.



Figura 3
Cistograma de frente.

Inspección: Tumoración abdominal, voluminosa, que ocupa hipogastrio, mesogastrio, F.I.D., F.I.I., y una pequeña porción de los flancos. De bordes poco netos, de forma sobre todo el hipogastrio y F.I.D., no moviéndose con la respiración (Figuras: 1 y 2). No se observa circulación colateral.

Palpación: El tumor está situado por debajo de la pared muscular; su consistencia es sólida, fibrosa, en toda su extensión; su superficie lobulada, a grandes y pequeños lóbulos lisos y algunos rugosos. Su *dimensión* es la correspondiente a un embarazo de 6 a 7 meses de edad, siendo sus límites netos y regulares, perdiéndose el inferior por debajo del pubis y sobrepasando el superior 4 cm. el ombligo.

No se adhiere al plano superficial.

Movilidad: Espontánea: nula.

Provocada: En sentido transversal es amplia; de arriba abajo es nula.

Con los decúbitos: Bien manifiesta, acompañando el decúbito lateral correspondiente.

Con la respiración: No se mueve.

Pelotea: Con facilidad en sentido transversal.

Percusión: Mate a la percusión superficial y profunda.

Auscultación: Silenciosa.

Sensibilidad: Espontánea: muy ligera, con los cambios de decúbito; provocada, de poca intensidad, especialmente al movilizarlo transversalmente.

En síntesis: Tumoración abdominal, indolora, de límites netos, que ocupa todo el hipogastrio, la F.I.D., gran parte de la F.I.I. y pequeña porción de los flancos, desbordando 4 cm. la línea horizontal umbilical y perdiéndose por debajo del pubis, inmóvil a la respiración, de consistencia sólida uniformemente lobulada, y móvil en sentido transversal y con los decúbitos.

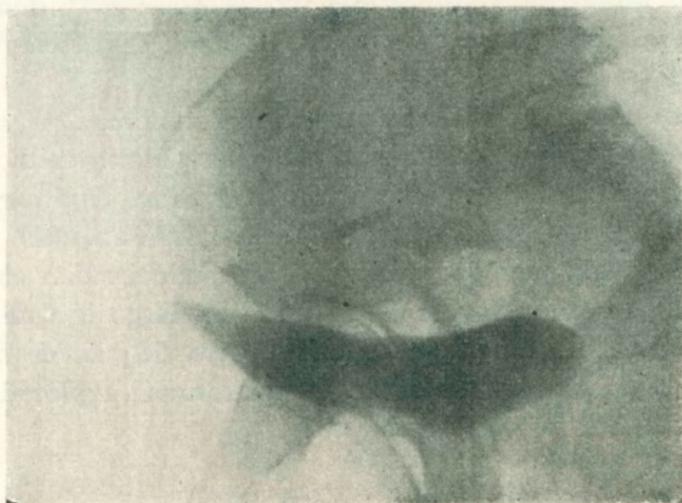


Figura 4
Cistograma en posición oblicua.

Región escrotal: Se comprueba la ausencia del testículo derecho de la bolsa correspondiente. El izquierdo es de caracteres normales.

Los exámenes realizados dieron los siguientes datos:

Urea en sangre: 0,52 gr. ‰. Glucemia: 1,20 gr. ‰. Eritrosedimentación: 1^a hora 50 mm.; 2^a hora 84 mm. Índice de Katz: 46 mm. Eritrocitos: 4.500.000. Leucocitos: 7.000. Hb.: 80 ‰. Polinucleares: 70 ‰. Monocitos: 5 ‰. Linfocitos: 23 ‰. Eosinófilos: 2 ‰. Basófilos: 0 ‰. Wasserman y Kahn: negativas. Intradermorreacción de Cassoni: negativa. Reacción de Friedmann: Negativa. Análisis de orina: nada de particular. *Examen urográfico:* Sólo muestra como dato de interés el aplanamiento de la vejiga en sentido súpero inferior (Figs. 3 y 4).

COMENTARIO

Frente a una tumoración abdominal de las características expuestas y ante el hecho capital de la ausencia del testículo derecho de la bolsa correspondiente, el diagnóstico de neoplasia testicular debe ser sospechado en primer término.

Los *procesos del árbol urinario*, que alcancen las proporciones de esta tumoración, se excluyen categóricamente observando la ausencia de manifestaciones de dicho aparato y el estudio urográfico. Similar consideración merecen las *alteraciones del tubo digestivo*. Los *quistes* y los *tumores ganglionares*, son de exclusión más dificultosa: las reacciones de hidatidosis fueron negativas y no había ningún elemento hematológico o general que pudiera darnos apoyo para pensar en ellos. En términos generales, por exclusión se afirmaba la primera presunción diagnóstica, y el problema más serio que se presentaba era la conducta a seguir.

En este caso se optó por la *laparotomía exploradora*. Pese a todo, ¿podíamos encontrarnos con algún tumor benigno o un proceso crónico? . . . susceptible de un pronóstico más alentador y, por otra parte, tendríamos a mano la posibilidad de establecer categóricamente la naturaleza anátomo-patológica del tumor y su orientación terapéutica ulterior. Se pudo irradiar en primer lugar para obtener la reducción del voluminoso tumor y luego ir a una intervención radical. También se pensó en tal conducta, pero después de consideraciones variadas se practicó, como hemos dicho, la laparotomía exploradora.

Operación. — Sep. 19/1944. Anestesia: general (gases).

Incisión mediana infraumbilical. Se comprueba la existencia de una tumoración intra-abdominal, muy vascularizada y fija con adherencias a las regiones circundantes: en la profundidad ganglios aumentados de tamaño, duros. Se extrae parte de las masas tumorales que constituyen el gran bloque para su estudio anátomo-patológico y se cierra la pared, por planos, dejando drenaje.

Post-operatorio: En el post-operatorio inmediato el enfermo es retirado por los familiares el 26 de septiembre de 1944.

El informe del *examen anátomo-patológico*, practicado en el Centro de Diagnóstico de Neoplasias N° 4, por su jefe el Dr. Amadeo Marano, es el siguiente: (Figs. 5 y 6).

Ficha N° 4999. 21 sep. 1944.

“Una vista de conjunto presenta una serie de alvéolos celulares, uniformemente separados entre sí por tractus conjuntivos, derivados de un estroma ligeramente decarrollado. Se observan escasas zonas de necrosis.

Las células son poligonales, con una ligera disposición trabecular; su citoplasma es claro, débilmente acidófilo, de núcleo marcadamente basófilo y en un aspecto homogéneo.

Esta imagen histológica se repite en casi todos los campos, y en algunas zonas las células se disponen en forma trabecular. Diagnóstico histológico: *Seminoma*.

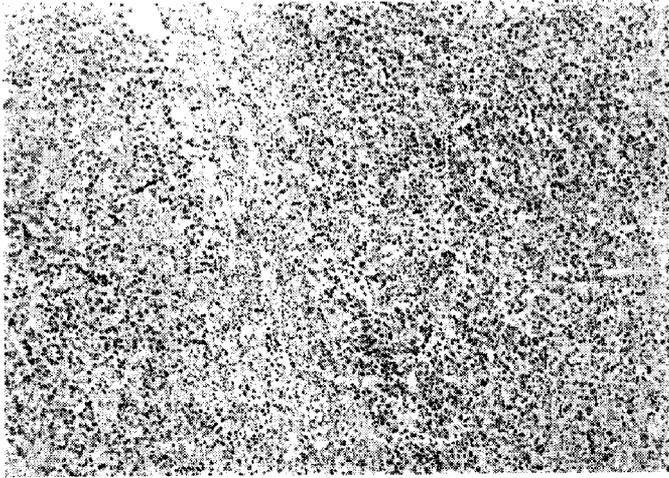


Figura 5

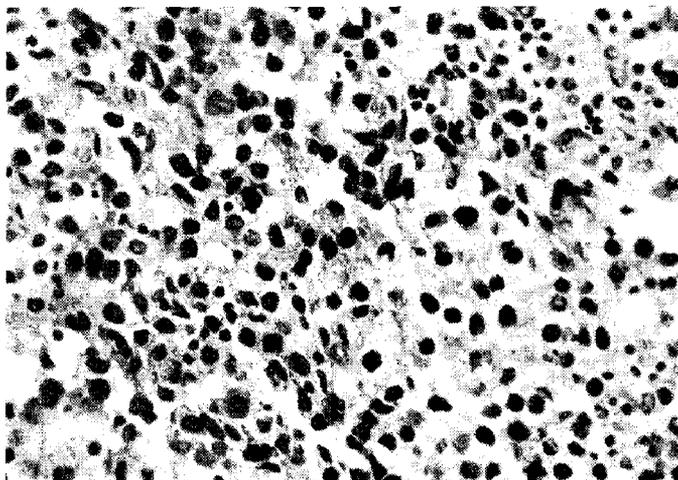


Figura 6

RESUMEN

En síntesis, se trata de un gigantesco tumor de testículo ectópico abdominal, cuyo diagnóstico histopatológico de seminoma, pudo establecerse. Su evolución fué rápida e inexorable, falleciendo el enfermo, en su casa, pocas semanas después de ser retirado del Hospital.

No hubo, pues, oportunidad de tentar otra terapéutica, que, dadas las características y las proporciones adquiridas por el proceso no hubiera constituido más que una alternativa en el breve recorrido de la enfermedad.

Constituye, por otra parte, otro ejemplo de la marcada predisposición hacia la degeneración neoplásica de los testículos ectópicos y un nuevo requerimiento, nunca exagerado, para la corrección oportuna de las anomalías genitales de esta naturaleza.