

TUMORES DE TESTICULOS

Por los Dres. L. REBAUDI, C. F. CUPRI y J. SAUBIDET

La poca frecuencia de los Tumores de Testículos agregado al hecho de haber sido encontrado dos en el mismo órgano y del resultado feliz de la operación con conservación del mismo, a más del examen anátomo patológico cuyo interés quedará demostrado con la exposición, nos mueven a publicar el siguiente caso:

Historia clínica: N. N., 37 años, español, carnicero, ingresa al servicio el día 10 del 6 de 1947, y se le diagnostica quiste del epididimo derecho y tumor de testículo.

Antecedentes hereditarios: Padre vive, madre fallecida, ignora la causa, tiene 3 hermanos.

Antecedentes personales: No recuerda enfermedades de la infancia. Blenorragia a los 28 años, fué tratado con lavaje y vacunas. Operado de úlcera de duodeno a los 30 años.

Enfermedad actual: Se inicia hace 3 años con dolores en el testículo derecho en forma intermitente, sin irradiación y al mismo tiempo aumento de volumen del mismo que desaparece con el reposo y bolsa de hielo. Como con esta medicación no consigue mayor resultado, concurre al C. E. de este Servicio, de donde es derivado a la sala con el siguiente:

Estado actual: Cabeza y cuello normal, cara, ojos con buena reacción a la luz y acomodación. Boca, lengua ligeramente saburral y húmeda. *Abdomen:* Presenta cicatriz de la operación mencionada en los antecedentes personales.

Digestivo normal: hígado y bazo no se palpan.

Corazón se auscultan los dos tonos en sus focos, pulso igual, regular de buena tensión, 88 p'. Presión arterial 12 ½ mx. 9 mm.

Pulmón sin particularidad, sistema nervioso idem.

Aparato urogenital: Orina clara con algunos filamentos mucosos.

En el epididimo derecho se palpa en el cuerpo una formación del tamaño de una avellana lisa y que toma también el cuerpo de Higmoro ligeramente dolorosa.

Deferente aparentemente libre lo mismo que el testículo.

Epididimo deferente y testículo izquierdo sin particularidad.

Tacto rectal negativo. Vesículas seminales no se palpan.

9/V/1947. Examen bacteriológico de orina: se observan escasos focos. gran positivo. no se observan gonococos de Neisser.

19/V/1947. Cultivo de orina: Escasas colonias de estafilococos, no se desarrollan gonococos de Neisser.

20/V/1947. Wasserman Kahn Standard y Kahn presuntiva, negativas, glucemia 0,94 %.

6/VI/1947. Se extrae líquido céfalo-raquídeo que produce gran cefalea. Agua destilada esterilizada endovenosa.

L. C. R. Wassermann Kahn Standard y Kahn presuntiva. negativa.



Figura 1

10/VI/1947. Alta debiendo volver.

23/VI/1947. Reingresa al servicio ocupando la cama nº 14 con el mismo estado actual.

25/VI/1947. Reacción de Aschelein Zondek, negativa.

26/VI/1947. Operación con anestesia local. Novocaína al 1 %. Cirujano Dr. Cupri. Ayudante Dr. Rebaudi.

Previa desinfección del campo operatorio, se hace anestesia local a la novocaína al 1 %. Incisión vertical que comienza a cent. del orificio inguinal externo y llega hasta la parte media anterior del escroto.

Se incide hasta la vaginal. Por arriba se investiga al cordón y se hace anestesia del mismo. Se incide la vaginal testicular. la que se halla íntimamente adherida al órgano por un proceso

de vaginalitis adhesiva. Se prolonga la incisión a tijera hacia arriba, se desprende la vaginal, se exterioriza el testículo y se palpa un tumor colocado inmediatamente por debajo de la parte media del epididimo en pleno cuerpo de higmoreo. Se incinde verticalmente la vaginal visceral y se cae sobre la tumoración, la que es disecada en todo su contorno sin dificultad por hallarse encapsulada. Esta tumoración es lobulada, de coloración blanquecina y del tamaño de un garbanzo, extraída ésta se constata que no hay pérdida de sangre.

Se palpa nuevamente el testículo y se comprueba la existencia de otra tumoración colocada inmediatamente por debajo de la anterior.

Apoyando la tumoración con un dedo colocado por detrás del testículo se la aproxima a la incisión anterior, la que se prolonga hacia abajo y en profundidad, poniéndose en evidencia una tumoración del color oscuro, la que es disecada, extrayéndosela con relativa facilidad.

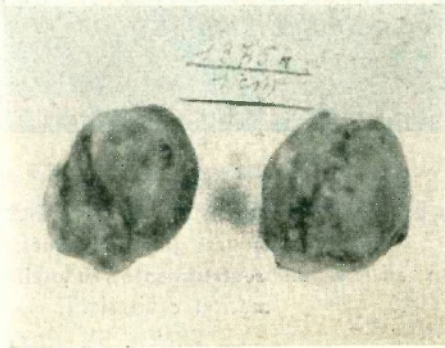


Figura 2

Esta tumoración es más pequeña que la anterior, de forma redondeada y lisa.

Se liga un pequeño vaso y se sutura la vaginal visceral. Se coloca el testículo en su "loge". Drenaje con ruber en ángulo inferior de la herida, sutura por plano vendaje.

Se quita el drenaje a los 3 días y los puntos a los 7 días. Alta el 7/3/1947.

Examen anátomo patológico, efectuado por el Profesor José L. Monserrat.

Se recibe para el examen dos pequeños tumores redondeados de tamaño aproximadamente igual que miden 12 mm. de diámetro (fig. n° 1) fotografía aumentada. Se practica un corte medio (fig. n° 2), ampliada el doble y nos muestra uno de ellos una formación cavitaria, repleta de sangre, la pared es blanquecina.

La otra tumoración más compacta presenta una serie de pequeñas cavidades de superficies lisa y brillante, conteniendo algunas secreción mucoidea.

Se incluye en parafina la mitad de cada una de las tumoraciones y en los cortes obtenidos se practican las siguientes coloraciones Hemalumbre eritrosina tricómico de Masson. Hematoxilina. fosfotúnsica de Mallory e impregnaciones argénticas de Río Hortega.

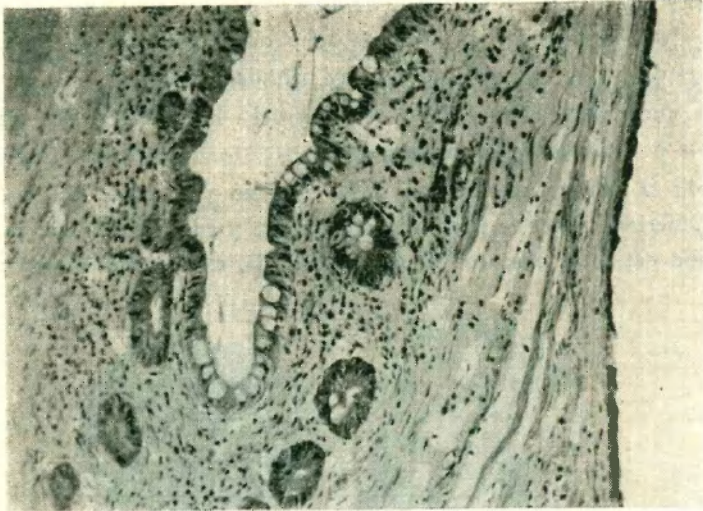


Figura 3

- 1) Mucosa de epitelio cilíndrico con células caliciformes y por debajo formaciones glanduliformes.
Se observan además un revestimiento endoteliforme de otra formación cavitaria.

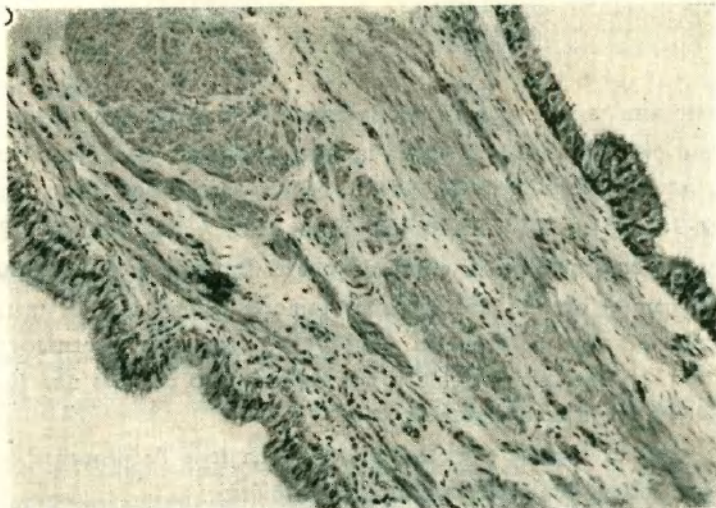
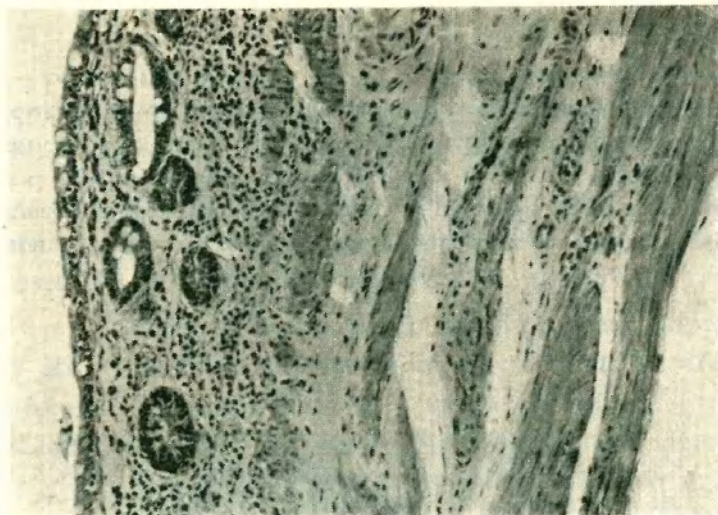


Figura 4

- 2) Pared que separa a dos formaciones quísticas.
En el centro tejido muscular en ambos lados revestimiento epitelial.

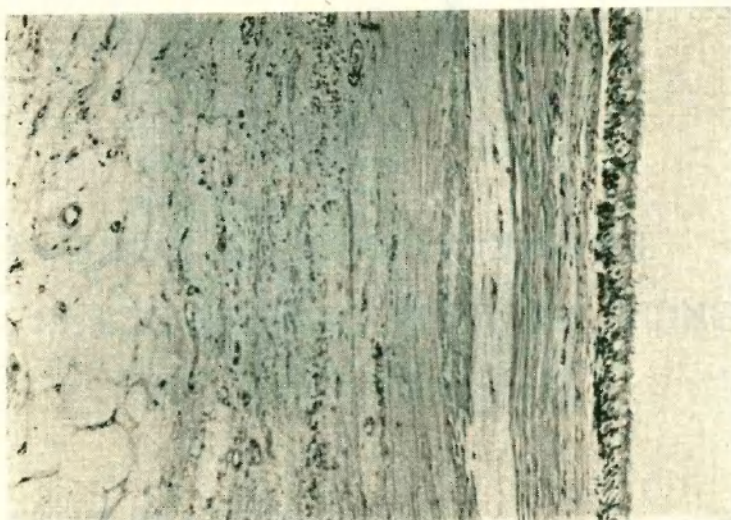
4) Campo que muestra bien la mucosa con el epitelio de revestimiento, las formaciones glandulares y el tejido muscular.

Figura 6



3) Quiste limitado por la pared misma del turno, tejido adiposo y colágeno y revestimiento epitelial ciliado.

Figura 5



La observación panorámica de los preparados nos muestra en la periferia una cápsula colágena y una tabicación por tractus colágenos del resto de la formación.

Se delimita así una serie de cavidades de tamaño irregular recubiertos de un epitelio que varía algo en sus estructuras de una a otra zona.

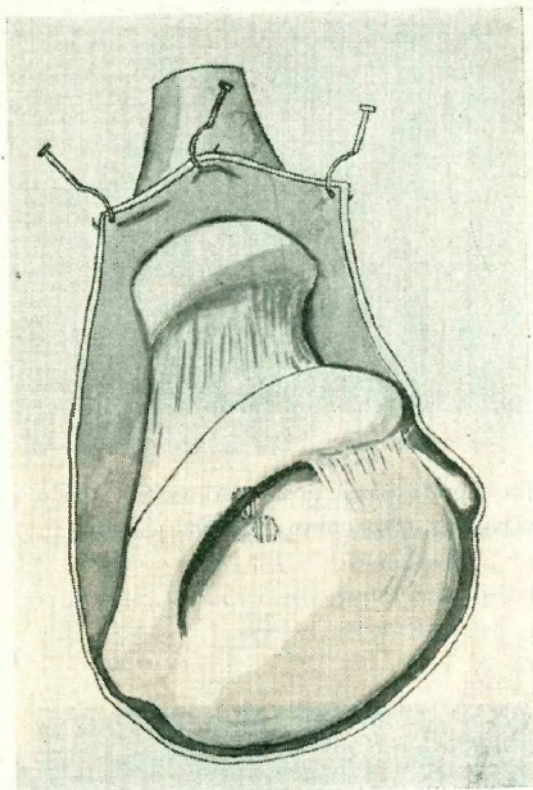


Figura 7

En algunos quistes el epitelio es cilíndrico con abundancias de células caliciformes y por debajo se observan formaciones glandulares y más hacia la profundidad capas de tejido muscular.

En otros quistes el epitelio es cilíndrico ciliado o bien de aspecto endoteliforme.

Resumen diagnóstico: Tumoración poliquística con tejidos bien diferenciados.

Corresponde el diagnóstico de inclusión embrionaria: Disembrioma poliquístico.