

## TUMOR MALIGNO ENCAPSULADO DE TESTICULO

---

Por los Dres. ANTONIO GRANARA COSTA y MIGUEL ANGEL AIMO

Nos anima a presentar este trabajo, el hecho de que el caso que traemos a colación, ha sido objeto de una intervención quirúrgica efectuada por uno de nosotros hace 9 años, ofreciendo algunas características que creemos interesantes.

Para darle cierta conexión al relato, creemos indispensable retroceder al año 1939, y extractar en pocas palabras, el detalle de una operación efectuada por el Dr. Granara Costa. Fué hecha ésta con anestesia local; después de incidir los planos superficiales, se llegó a la vaginal, que se abrió, hallándose epididimo y cordón normales. En el polo superior del testículo se presentó un relieve, que aparentemente correspondía a una lesión quística incluida dentro de la albugínea. Al abrir prudentemente la cavidad del quiste, teniendo cuidado de respetar el tejido noble, se presentó sorpresivamente un tumor del tamaño de una uva grande, que se enucleó por simple expresión. La operación se concluyó con el cierre de la albugínea, e inversión de la vaginal.

El examen anatómopatológico efectuado posteriormente reveló un tumor irregularmente ovalado, mamelonado, bien limitado por una tenue cápsula de color blanco grisáceo, vetado de pequeños vasos ectásicos, de consistencia semiblanda, y en algunos puntos renitente.

Al corte sagital, mostraba una disposición geográfica dividida en pequeñas, medianas, y más grandes lobulaciones, del mismo color que la superficie.

El examen microscópico puso de manifiesto un tumor de gran riqueza celular, con disposición alveolar, quedando el estroma reducido a tenues tabiques conjuntivo vasculares.

Las células eran de contornos cúbicos o poliédricos, por presión recíproca, con un protoplasma más bien escaso, claro, y finamente reticulado.

Los núcleos celulares, grandes redondos, u ovalados, relativamente pobres en cromatina, albergaban en su interior, uno o dos nucleolos grandes y bien formados, algunos núcleos eran desiguales, mitosis escasas, figuras de pignosis, y regresión nuclear.

Na hace falta enunciar el diagnóstico histopatológico de esta lesión, para darnos cuenta que parece calcada, de la extraordinaria descripción, que ya Chevassu había hecho de los tumores propios del testículo, integrados por células simples, y que llamó Seminomas.

Con respecto a la terapéutica empleada en la circunstancia que hemos relatado, debemos hacer notar, que hay algunos detalles que explican y justifican la conducta aparentemente insuficiente, utilizada en ese momento.

En primer lugar, el enfermo recurrió al auxilio médico, únicamente como trámite para fundamentar una cuestión de accidente de trabajo. Claro está, que dada la insidiosidad con que se inician estos tumores, todos conocemos el rol importante que representa el traumatismo como elemento revelador. El enfermo, cuando el tumor empieza a dar síntomas, muchas veces achaca a un incidente fortuito, la culpabilidad de una afección, sobre cuya naturaleza, la acción mecánica solamente ha tenido el mérito de llamar la atención.

El otro detalle que justifica ampliamente la sorpresa operatoria, fué el hecho, de que al practicar la diafanoscopia, el tumor era perfectamente transparente, dando la impresión de un quiste único, diagnóstico presuntivo, con el que fué efectuada la intervención.

Todos conocemos, las interminables disquisiciones y controversias que se han suscitado, con respecto a la clasificación de tumores, sabemos también, que hasta 1895 los ensayos al respecto eran tímidos, e imperfectos; es en ese año, que Pilliet y Costes, ensayan la primer clasificación, que si bien era aún incompleta, tuvo el mérito de abrir rumbos.

Chevassu, en 1906, ha fundamentado una clasificación, que, a nuestro juicio, por estar en la verdad, no ha podido ser reemplazada ventajosamente por ninguna otra.

Para él, y hacemos gracia de aburridas descripciones sinópticas, innecesarias por ser perfectamente conocidas, los tumores pueden tener, sin pretender profundizar demasiado su etiología, orígenes embrionarios, motivados por inclusiones blastoméricas; o no embrionarias, este último, es el caso del seminoma.

Hacemos la aclaración de que, en definitiva, si se considera a todos los tumores como resultantes del desarrollo de células, que tienen un potencial evolutivo latente, todas las neoplasias son de origen embrionario, pero ese concepto absoluto, no es justo en ciencias, por cuanto el criterio dogmático

aceptado a ojos cerrados, en cualquier actitud, y más aún en medicina, sólo sirve para realizar el progreso, y estancar la investigación.

Para explicar lo que antecede, nos apoyaremos en la ectopía testicular, como factor predisponente. De antiguo, la mayoría de los autores estaban de acuerdo, con que la ubicación ectópica de un testículo, favorecía la localización de neoplasias en ese órgano; algunos abogaban en favor del traumatismo frecuente, otros por la diferencia de temperatura, y no faltaba quien lo achacara a la presencia de inclusiones embrionarias, en un testículo mal formado.

Lecene sostiene, que los testículos ectópicos, al ser descendidos quirúrgicamente, no recuperan su capacidad fecundante, debido a que su detención, no es solamente un trastorno mecánico, sino que involucra un déficit anatómo-fisiológico por defecto de desarrollo, de naturaleza irreversible.

Por supuesto, que él interviene a los ectópicos, pero solamente para evitar los traumatismos; y también para resolver los problemas morales que aquejan al enfermo.

De acuerdo con nuestra experiencia personal, creemos que esta concepción no está muy lejos de la realidad, y pese a las teorías opuestas, aceptamos que existen de preferencia en los testículos ectópicos, restos embrionarios de potencialidad neoplásica. El descenso del testículo, no nivela la estadística, sólo citaremos los trabajos de Chevassu, de Chauvin, etc. y, detalle interesante; los testículos ectópicos, en una abrumadora mayoría, cuando hacen tumores, los hacen de naturaleza embrionaria propiamente dicha, (tumores eterólogos de la clasificación de Chevassu) el seminoma, es pues, un tumor del testículo adulto y normal, que al parecer no necesita de estímulos blastoméricos para su evolución.

Y volviendo a nuestro caso: pasaron 9 años, el enfermo que hasta un año y medio después de la primera intervención, se conservaba en envidiable estado físico general, y local, volvió a sus lares, (vive en el Chaco) y perdimos contacto con él hasta los primeros días de octubre de 1947, en que se presenta nuevamente, explicando: que desde hace varios meses, nota aumento de tamaño del hemiescrotó derecho, sensación de tironeamiento en ocasiones, y de cuando en cuando ligeros dolores testiculares, que por su poca intensidad, define como molestias.

Enfermo: E. B., edad 53 años. nacionalidad rumana. profesión mecánico.

*Antecedentes hereditarios:* Sin importancia.

*Antecedentes personales:* Mala 1918. operado por tumor de testículo derecho en 1939. niega venéreas, restos sin importancia.

*Estado actual:* Sujeto en excelentes condiciones físicas, robusto. pletórico, examen clínico general satisfactorio.

*Aparato genital:* Testículo, epididimo y cordón izquierdos normales, Hemiescrotos derecho: aumentado de tamaño, elástico, no-adherente. A la palpación, se comprueba un testículo agrandado, liso, de forma relativamente conservada, de consistencia elástica, muy poco sensible, y libre dentro de su cavidad. El epididimo se palpa alargado y adelgazado, pero individualizable perfectamente, con signo de Chevassu positivo. El cordón, normal, permite diferenciar un deferente sin anomalías, y una espermática que late con mayor impulsión que su congénere.

No se aprecian adenopatías de cordón, y la búsqueda de ganglios lumboaórticos es negativa.

*Reacción de Wasserman y Kahn:* Negativas.

*Recuento globular:* Hematíes, 5.000.000; leucocitos, 7.200; fórmula leucocitaria, polinucleares neutrófilos 67 %, eosinófilos 4 %, vasófilos 1 %, monocitos 4 %, linfocitos 22 %.

*Orina:* Normal.

*Diafanoscopia:* Francamente positiva.

*Reacción de Friedman:* Débilmente positiva.

*Operación:* 15 de octubre de 1947. Cirujano Dr. Granara Costa; ayudantes Dres. Aimó y Ugarriza. Anestesia: de base, sólo 2 ampollas de Escofedal débil; incisión inguinoescrotal.

Se abre la vaginal, y se exterioriza fácilmente una masa testiculoepididimaria, del tamaño de un huevo de pato; el epididimo se presenta indemne, y en la parte media del testículo, sobre la albugínea, se aprecia una red vascular engrosada y congestiva, se investiga el cordón sin encontrar ni rastros de invasión ganglionar, y se efectúa la castración simple, liberando en un trecho de 5 cms. el cabo proximal del deferente, y efectuando una resección alta del mismo; cierre por planos, y drenaje de escroto con Rubberdam. Piel con crin.

*Anatomía patológica:* Nombre del enfermo: E. B. Diagnóstico: el examen macroscópico, muestra una tumoración testicular del tamaño aproximado de una nuez, que en general se halla envuelta por una cápsula conjuntiva fibrosa, salvo en un sitio, en que la misma, se presenta infiltrada por el tejido tumoral, que se hace presente hacia el exterior, en forma de excrescencias poliposas. El corte de la masa neoplásica, muestra un tejido encefaloide, en avanzado estado de necrobiosis, al punto, que en partes se ha convertido en una papilla.

El examen histopatológico, pone en evidencia, un proceso neoplásico que ha determinado la desaparición total de la estructura normal del órgano. Las características microscópicas al referido proceso neoplásico, corresponden a las de un seminoma, destacándose las alteraciones necrobióticas, sufridas por los elementos celulares constitutivos del tumor.

Lo que hemos relatado nos obliga a recalcar 5 cosas:

*Transiluminación positiva:* Si bien la primera vez, esta circunstancia nos indujo a engaño, en la segunda, ya estábamos prevenidos, pero, no deja por eso de tener una importancia extraordinaria, el hecho de que en una seminoma, obtengamos una transiluminación francamente positiva.

Todos los autores, utilizan la diafanoscopia, como medio de diagnóstico diferencial, entre el hidrocele y el tumor de testículo; y si bien Chevassu ha hecho notar que se han publicado casos de tumores de testículo netamente transparentes, lo ha explicado en base al predominio de cartílago, de tejido mucoso, o de la disposición alveolar con reducido estroma, quizás también, en este caso, la necrobiosis y liquefacción tumoral hayan permitido fácilmente el tránsito de los rayos luminosos.

*El segundo detalle:* no pretende sentar precedentes, ni reclama atributos de exclusividad, pero creemos, que merece estas pocas líneas por cuanto quizás, en algunas circunstancias, sea conveniente tenerlo presente.

Como se recordará, en la lectura del protocolo quirúrgico, no se habló más que de anestesia de base. En efecto, sólo se hicieron dos ampollas de escofedal débil con 15 minutos de intervalo entre una y otra.

Treinta minutos después de la segunda inyección, el paciente entró en estado de sopor crepuscular, circunstancia que nos animó a efectuar la incisión de piel con el objeto de constatar hasta dónde llegaba el entorpecimiento de su sensibilidad; al ver que el paciente no acusaba dolor, se terminó la operación sin utilizar una sola gota de novocaína.

Queremos aclarar, que en ningún momento, el enfermo entró en un sueño tan profundo, que le impidiera contestar con algún esfuerzo, las preguntas que se le hacían en voz un poco más alta que la normal.

*Como tercer detalle* digno de mención, el hecho manifiesto, caracterizado por la falta de metástasis de cualquier naturaleza, en un tumor eminentemente invasor; por lo menos en lo que corresponde a la primer intervención, esta conclusión está apoyada por los 9 años de bonanza, transcurridos entre los dos episodios. Como todos los tumores epiteliales, el seminoma desdeña la diseminación hemática, y se expande casi siempre por vía linfática. El hecho de no encontrar adenopatía ilíaca o lumboaórtica, al reconocerlo por segunda vez, nos autorizó a suponer que nos encontrábamos en presencia de un tumor de poca tendencia metastatizante.

Para reforzar esta creencia, dos semanas después de la ectomía, repetimos la reacción de Friedman, que en esta oportunidad, dió un resultado francamente negativo. Estamos de acuerdo con Hinman, en que las pequeñas metástasis, pueden quizás traducirse por tan escasa cantidad de gonadotropina, que no den resultado apreciable en una reacción biológica, es posible pues, que alguna pequeña metástasis haya quedado; pero asimismo dudamos, que haya alguien capaz de efectuar un vaciamiento ganglionar tan completo como para garantizarle la certeza de no haber dejado, ni la más ínfima partícula susceptible de degenerar. La prueba de esto es que las estadísticas de sobrevida efectuadas en base a operaciones radicales, sólo dan algo menos del 17 % en 5 años.

Es por eso que nos hemos circunscripto a la orquidectomía simple, confiando que en este caso, con la radioterapia profunda, que actualmente se le está aplicando al enfermo, podamos obtener un resultado comparable al de Wesson, que, utilizando la cirugía conservadora, y la radiación penetrante, ha presentado 5 casos de resultado feliz después de varios años.

## DISCUSION

Dr. Irazu. — *Desearía preguntarle al doctor Aimó si ha continuado el tratamiento radioterápico de ese paciente.*

Dr. Aimó. — *Actualmente, se encuentra en tratamiento de radioterapia profunda.*

Dr. Granara Costa. — *El estado general de ese enfermo es perfecto. Nada hace pensar que sea portador de una afección de tal malignidad.*

---