

SEMINOMA EN UN TESTICULO ECTOPICO PELVIANO (*)

Dres. Jorge Lockhart, J. B. Castiglioni y R. Ardao

En 1948 W. Carrol de San Francisco, hizo una encuesta entre los miembros de la American Urology Asociation y contestaron 662.

El tema consultado era el tan debatido sobre la frecuencia del cáncer en el testículo no descendido. Las respuestas fueron concluyentes: dos terceras partes más o menos no habían visto ningún caso y los restantes le atribuían escasa frecuencia no justificándose en definitiva que se constituyera con el cáncer del testículo ectópico una entidad patológica separada.

No insistiremos sobre el tema que ya fué tratado en el libro "La migración testicular", en el que colaboramos con el Profesor Surraco a quien por otra parte lo ayudamos a intervenir quirúrgicamente en dos casos que presentaban cierta similitud con el que presentamos ahora.

Héctor F., 36 años. Procedente de campaña.

Enfermedad actual: hace tres meses y estando en aparente estado de buena salud, comienza a tener dolores de poca intensidad en el hipogastrio, que no le impidieron trabajar: los dolores eran del tipo continuo y al mismo tiempo se instaló una disuria de predominio inicial sin ardores ni dolores, y que dejan al enfermo la sensación de que no vaciaba totalmente la vejiga.

El sufrimiento hipogástrico se fué intensificando y desde hace un mes aproximadamente se asoció a la disuria cada vez más intensa, polaquiguria diurna y nocturna con micciones escasas pero sin que comprobara hematuria o turbidez de la orina.

En el momento de ingresar al hospital el sufrimiento doloroso del

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 3 de noviembre de 1954.

hipogastrio es muy intenso asociándose dolor epigástrico y vómitos alimenticios. En los últimos tiempos el enfermo ha experimentado un adelgazamiento, no sabe de cuanto.

Antecedentes personales: S. P. Niega venéreas y bacilosis. Examen: enfermo lúcido, adelgazado, mucosas decoloradas; discreto estado febril 37°5, que al otro día son 38.8. El enfermo se queja de su dolor hipogás-



FIG. 1. — Aspecto macroscópico del tumor seccionado.

trico y está prácticamente imposibilitado para evacuar su vejiga, lo que consigue hacer con pequeñas micciones de orinas claras. Criptorquidia bilateral.

Examen del abdomen. — Vientre distendido de manera especial en la región infraumbilical. El enfermo hace 48 horas que no vacía el intestino. Las paredes son depresibles sobre todo en el vientre alto. Se palpa en el hipogastrio una tumefacción que ocupa prácticamente toda la región infraumbilical, no rebasando el ombligo, y lateralmente desborda la línea de las epigástricas, sobre todo del lado derecho. Hacia abajo, la masa desaparece detrás del pubis, y no se pueden insinuar los dedos entre ella y el plano óseo. La palpación en esa zona despierta deseos de orinar, pero los límites de la tumefacción rebasan lo que habitualmente corresponde

a un globo vesical. El tumor es de consistencia firme con algunas zonas reblandecidas discretamente doloroso, de límites superior y laterales bien netos, convexos y proyectándose hacia la profundidad.

El tacto rectal señala una próstata chica y por encima el Douglas aparece ocupado por una tumefacción dura, muy extendida, que hace cuerpo con la masa que se palpa en el hipogastrio, siendo difícil su desplazamiento, dejando la impresión de estar íntimamente vinculada a la cara posterior de la vejiga, y a la cara anterior del recto.

Se intenta sondar al enfermo y no se puede pasar de la uretra mem-

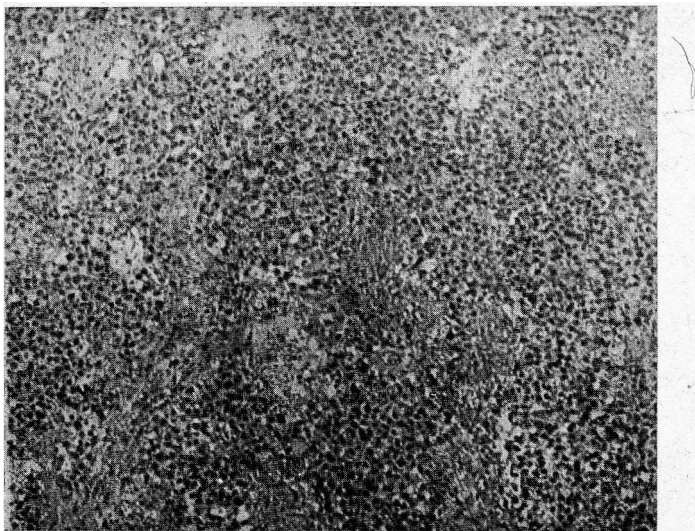


FIG. 2. — Aspecto microscópico. Seminoma.

branosa. El mismo obstáculo se comprueba al realizar la uretrografía.

Resto del examen clínico: S. P.

Exámenes complementarios.

Urea en suero: 0.78.

Wassermann negativo.

Glóbulos blancos: 15.200.

Glóbulos rojos: 3.000.000.

Unidades prolánicas: 100 - 300 (Dr. Anido).

Colon por enema opaco. Imagen de compresión extrínseca del recto. sigmoide.

Pielografía descendente: se aprecia un solo riñón muy dilatado.

Se hace diagnóstico de tumor pelviano situado entre el recto y la vejiga, que comprime y desplaza la base de la vejiga y los uréteres pelvianos, así como el recto sigmoide. Se considera que existiendo una criptorquidia bilateral, el diagnóstico clínico debe estar orientado hacia

el tumor maligno desarrollado en un testículo situado en ectopía pelviana, y con ese diagnóstico se decide la operación con relativa urgencia, teniendo en cuenta los síntomas mecánicos a predominancia obstructivos en el árbol urinario, y los síntomas generales, adelgazamiento, estado febril, astenia, anemia, etc., que traducían elementos tóxicos de origen seguramente tumoral.

Intervención. — Transfusión, 600 grs. Anestesia: Caviglia. Doctor Lockhart, Dr. Castiglioni; Pract. Davidovich; Nurse instrumentista. Mediana infraumbilical. Gran tumor que ocupa la pelvis, adherido a la vejiga que aparece laminada por delante, y al recto sigmoide por detrás, de donde hay que desprenderla a punta de tijera. La adherencia se extiende también al fondo de la excavación pelviana.

El tumor está más extendido del lado derecho y en esa zona se implanta un grueso pedículo, que luego se hace ascendente ocupando la topografía habitual del pedículo espermático. Se libera el tumor, se liga el pedículo. Se extraen de la cavidad abdominal pequeños coágulos de sangre vieja que corresponde al parecer, a rupturas mínimas del tumor. Hacia el estrecho superior de la pelvis, se encuentra un testículo izquierdo, pequeño, que se extirpa. Se deja mecha y tubo en el lecho operatorio. Cierre de la pared en dos planos.

Post-operatorio sin incidentes: mejora la sintomatología urinaria rápidamente, la pielografía de control demuestra una restitución a la normalidad casi completa y el enfermo es enviado al Instituto de Radiología (Dr. Kasdorf), para el tratamiento correspondiente.

Estudio macroscópico. — Se trata de un tumor de forma groseramente ovalar que pesa 725 gramos y mide 14 cmts. x 12 centímetros de diámetros mayor y menor. El color es blanquecino estando en partes rodeado por una cápsula fibrosa surcada de vasos dilatados.

En uno de los polos la cortical del tumor está interrumpida irrumpiendo éste a través de ella. Es muy encefaloideo seccionándose con facilidad; es carnoso. Las superficies de sección son de color blanquecino-rosado con zonas amarillentas de necrosis y esteatosis y zonas de color amarronado por hemorragias producidas en el seno del tumor. En las superficies de sección hace hernia la masa tumoral. No se aprecian quistes ni pseudoquistes. El tejido conjuntivo es muy escaso y se dispone en raras bandas blanquecinas. El tumor es netamente encefaloideo. La zona que corresponde al parecer a la cabeza del epidídimo está también muy agrandada e infiltrada por el tumor.

Estudio microscópico. — Se observa un proceso tumoral muy

celular, de tipo encefaloideo, con muy escasas bandas de tejido conjuntivo. El tipo celular es epitelial a células redondeadas, de tipo seminomatoso. Se observan abundantes zonas de necrosis. La atipia celular es muy marcada.

En suma: **Seminoma desarrollado sobre un testículo ectópico pelviano.**

CONCLUSIONES

1. Enfermo de 36 años con criptorquidia bilateral congénita.
2. Síndrome de tumor infra - umbilical encajado en la pelvis situado entre el recto y la vejiga.
3. Compresión y dislocación del tracto urinario determinando intensa disuria e hidronefrosis con déficit de la eliminación urinaria.
4. Cuadro de intensa intoxicación general con adelgazamiento, anemia y astenia marcados.
5. El acto operatorio reveló la existencia de un grueso tumor de 725 grs., muy adherido al recto sigmoide, a la vejiga y a la excavación pélvica, pero su exéresis aunque difícil fué posible determinándose una regresión espectacular de la sintomatología en su doble aspecto mecánico y tóxico.
6. La histología demostró que se trataba de un seminoma cuyo estudio endocrino indicó una discreta repercusión hormonal.
7. La teoría de Cohnheim de que los tejidos desplazados predisponen a la formación tumoral no es aceptada por la mayoría de los autores y el cáncer en un testículo ectópico no significaría una entidad patológica aislada.

Dr. Lockhart. — Esta comunicación, fué simplemente la presentación de un caso, y no lo traje para tratar extensamente el problema tan discutido sobre la posibilidad de la malignización del testículo ectópico, pero, en fin, ya que el Dr. Hughes trajo ese problema, voy a decir que algunos autores actuales como Nicholson, el cual trata de los tumores y su etiología, discute la etiología en los tejidos desplazados de sus lugares normales (teoría de Conheim); esta posición para el cáncer no se acepta más, y siendo Nicholson una autoridad, considero que debe ser su opinión tenida muy en cuenta.

Creo que la variedad de los problemas son tales, que no se pueden resolver con simples comunicaciones en una media hora previa, pero creo que lo que dice el Dr. Hughes, es perfectamente compatible con la opinión de los que trabajan en este asunto.