Clínica Quirúrgica Infantil y Posta Central de Anatomía Patológica
Hospital Pereira Rossell

TORSION DE TESTICULO TUMORAL INTRAABDOMINAL (*)

Dres. Folco Rosa y Sélíka Piovano

Presentamos esta comunicación como contribución a la casuística de las torsiones de los testículos tumorales intraabdominales.

Niño de 10 años que ingresó al Hospital Pereira Rossell el 17 de octubre de 1958 por cuadro agudo de vientre.

Comenzó tres días antes con dolor en la fosa lumbar izquierda con irradiaciones a región inguinoescrotal del mismo lado. Anorexia. Constipado desde entonces. El 17 de octubre dolor intenso en el hemivientre inferior, tenesmo vesical y poliaquiuria. Fue visto por médico que lo envía al Hospital.

Antecedentes personales. — Operado hace tres años a fin de descenderle el testículo izquierdo el que no fue encontrado.

Examen. — (17 de octubre). Buen estado general. T. A. 37°. T. R. 38°. P. 100. Lengua saburral. Abdomen doloroso con la respiración profunda en el hemivientre inferior: se moviliza bien. A la palpación, intenso dolor en ambas fosas ilíacas e hipogastro. Tacto rectal Douglas muy doloroso y cupado.

Se interviene con el diagnóstico probable de apendicitis pelviana.

Operación. — Anestesia general. Incisión de Mac Burney baja. Abierto el peritoneo viene líquido citrino abundante. Apéndice congestivo descendente interno. Apendiceptomía, encapuchamiento. Se explora el Douglas y se comprueba la presencia de una tumoración redondeada de unos 6 cms. de diámetro de color rojo vinoso, móvil, de consistencia elástica. Se amplía la incisión y se exterioriza. Se visualiza un pedículo torcido 180° en la dirección de las agujas del reloj, que viene del lado izquierdo. Doble ligadura del pedículo y exéresis de la tumoración. Cierre de la pared de la manera habitual.

Evolución sin incidentes.

Alta el 20 de octubre de 1958.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de julio de 1959.

EXAMEN ANATOMO PATOLOGICO

Examen macroscópico (Dra. S. Piovano).

Protocolo N° 58-2843.

Pieza operatoria sin fijar, constituida por una masa nodular que pesa 100 grs. y mide 50 x 60 mms. en sus diámetros principales; es de color grisáceo negruzco, de consistencia en algunas zonas y en otras duro elástica. Exteriormente, lisa y brillante, salvo en uno de sus polos en donde se encuentra el pedículo, que tiene forma saliente y alargada cubriendo el polo de esta masa. El pedículo, provisto de vasos ha sido seccionado en el acto quirúrgico.

Una vez seccionada la pieza, se comprueba que está formada por una pared que mide entre 4 y 8 mms. de espesor y está totalmente infiltrada de sangre que le da un color pardusco; el contenido está formado por una substancia flúida, semisólida, grumosa, de color blanco amarillento, que presenta un brillo tal como si en su constitución se encontraran cristales.

Una vez vaciada de su contenido, la cavidad tiene una superficie completamente lisa.

Se toman para examen microscópico, 33 fragmentos de distintas zonas; se envía una muestra del contenido de la cavidad para examen químico y se fotografía y archiva la pieza.

Junto con esta pieza se recibe el apéndice que se archiva.

Examen microscópico (Dr. A. L. Matteo).

En los fragmentos examinados se observa una cavidad revestida por epitelio pavimentoso aplastado, y el contenido constituido por substancia sebácea. Por fuera existe tejido conjuntivo muy vascularizado, con vasos congestivos y áreas de necrosis y hemorragia.

En algunas zonas se encuentran tubos seminíferos de luz pequeña, con revestimiento de una sola hilera epitelial.

En conjunto creemos que se trata de una formación **teratomatosa quística** en un testículo muy alterado. Hay vestigios de epididismo con necrobiosis y trastornos de circulación (torsión).

EN RESUMEN: del resultado operatorio y del examen anatómo-patológico se deduce que nuestro caso corresponde clínicamente a un testículo ectópico (intraabdominal), en un niño de 10 años, que sufrió un accidente de torsión, lo cual provocó el cuadro clínico que lo condujo a la operación.

En el acto quirúrgico, se comprobaron ambas cosas; hecha la exéresis del testículo, y realizado el examen anatómo-patológico del mismo; permitió el hallazgo de un testículo intraabdominal tumoral con accidente de torsión. El tumor en cuestión es un teratoma quístico, benigno como se deduce de la presencia

de epitelio pavimentoso como integrante fundamental, así como el contenido sebáceo.

Asimismo, el órgano, tanto el testículo como el epidídimo, presentan grandes alteraciones, algunas de las cuales se produjeron en el curso del accidente de torsión, por trastornos de orden vascular; hemorragia,, hiperemia y necrosis, y otros son imputables a falta de desarrollo de los elementos nobles que componen tanto al testículo como al epidídimo.

Interés del caso: radica fundamentalmente en 4 hechos:

- 1) La ectopía.
- 2) El tipo de tumor: teratoma quístico.
- 3) La torsión.
- 4) La edad.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BELLER, A. J. — Torsion of an intra-abdominal testicle. Ann Surg., 102:41, 1935.
- BENNETT, A. H.; SHAW, W. G. — Case of undescended testis with seminomatous change and torsion. Brit. Med., 1:256, 1947.
- CORTESI, N. — Sul seminoma del testicolo in ritenzione abdominale e torto sul peduncolo. Arch. Ital. Urol., 31:226, 19585.
- CHARENDOFF, M. D.; BALLON, C.; SIMON, A. — Torsion and rupture of an intra-abdominal seminoma. J. Urol. 62:2; 274, 1951.
- CHARNY, C. W.; WOLGIN, W. — Cryptorchism. 1957.
- GRAY, C. P.; THOMPSON, G. J.; McDONNALD, J. R. — The clinical findings in 127 cases of teratoma of the testis. J. Urol., 64:5; 690, 1950.
- GROSS, R. E. — The Surgery of Infancy and Childhood. 1953.
- LARGHERO YBARZ, P. — Tumores malignos primitivos de testículo. 1934.
- LLAMBIAS, M. R. — Tumores primitivos del testículo en el niño. Cir. Pan. 1:1; 63, 1957.
- LOCKHART, J.; CASTIGLIONI, S. B. y ARDAO, R. — Seminoma en un testículo ectópico pedviano. Bol. Soc. Cir. del Uruguay. 25:5; 578, 1954.
- MOORE, R. A. — Teratoid tumors of testis. J. Urol., 65:5; 693, 1951.
- PHELAN, J. T.; WOOLNER, L. B.; HAYLES, A. B. — Testicular tumors in infants and children. Surg. Gynec. & Obst. 105:5; 569, 1957.
- STAUBITZ, W. J.; MAGOSS, I. V.; OBERKIRCHER, O. J.; LENT, M. H.; MITCHELL, F. D.; MURPHY, W. T. — The management of testicular tumors. J.Am.M.Ass. 166:751, 1958.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

WHITTINGTON, C. T. — Case of undescended intra-abdominal testicle with torsion of the cord and embryonal cell carcinoma. Am. J. Surg., 60:304, 1943.

WILLIS, R. A. — Pathology of Tumours. 1953.

Dr. Rosa. — Respecto a lo que dijo el Dr. Hughes estoy de completo acuerdo. En lo referente a la búsqueda del testículo en el abdomen cuando no se encuentra en el canal inguinal nosotros también lo hacemos sistemáticamente.

Ya expresamos al principio que esta presentación la trajimos a la Sociedad de Cirugía como contribución a la casuística: hasta el presente hay 26 casos publicados en la literatura.

Muchas gracias.