

Carcinoma embrionario de testículo recidivado, clínicamente curado después de siete años * **

Dr. ERICH W. POLLAK,*** Prof. Adj. Dr. LORENZO MEROLA
y Dr. GERMAN MÖLLER

M. A. F. Reg. Nº 152.951 del Hospital de Clínicas; 24 años de edad, uruguayo, soltero, obrero procedente de la Capital. El 15-III-58 consulta en el Servicio del Prof. Dr. Soto Blanco por criptorquidia bilateral y dolor con tumefacción, que datan de cuatro meses, a nivel de la región inguinal derecha. Historia sexual, normal. Antecedentes personales y familiares, sin particularidades.

Examen: Criptorquidia bilateral. Testículos palpables en regiones inguinales. Caracteres sexuales, sin particularidades. Exámenes de rutina, sin particularidades. Radiografía de tórax, sin particularidades. Radiografía de cráneo: osteoporosis de la lámina cuadrilátera y apófisis clinoides de la silla turca.

Operación (25-IV-58): 1) Descenso de testículo izquierdo a la logia extradartoica del hemiescroto izquierdo. 2) Testículo derecho: Presenta una induración de aspecto neoplásico. Resección biopsica de la misma.

Anatomía Patológica (Dr. R. Ardao): Carcinoma embrionario de testículo.

Operación (9-V-58): Extirpación en block de testículo, epidídimo y cordón, ligándolo lo más alto posible. Lavado profuso con suero fisiológico. Drenaje del celular. Cierre.

Anatomía patológica (Dr. Matteo): Testículo con atrofia de la serie seminal comprimida por una neoplasia integrada por células muy atípicas, monstruosas, indiferenciadas, que en conjunto realizan el tipo del denominado *carcinoma embrionario*. La lesión es en parte sólida y en parte con formación de cavidades y pseudotúbulos, sin zonas de estructura de seminoma con pasajes a área de tipo cavitario revestidas de una sola hilera de células (esbozos teratomatosos) en todas partes, con grandísimo atipismo e indiferenciación. La existencia totalmente preponderante de los aspectos de carcinoma embrionario sin seminoma y sin reacción estromal, domina el pronóstico de la lesión.

Postoperatorio inmediato: Sin particularidades. Pasa al Instituto de Radiología.

Instituto de Radiología.— Reg. Nº 580.723. 10-VII-58: Cavografía sin particularidades (hecha por el Dr. Lockhart en el Hospital Ita-

liano). Radiografía de tórax, sin particularidades. Urograma, sin particularidades. Gona-dotrofinas, sin particularidades. Se indica Rö. en cadenas lumboaórticas.

4-VIII-58: Gruesa adenopatía dura de 5 cm. de diámetro en región inguinal derecha. Se agrega un campo de irradiación en ingle derecha de 200 r por sesión.

24-XI-58: Completó 16.000 r en la región lumboaórtica. 4.000 r en región inguinal derecha. 4.000 r en región inguinal izquierda.

19-V-59: Se completan 10.000 r en región inguinal derecha con rejilla de plomo en un campo directo por recidiva neoplásica a nivel del cordón espermático derecho.

13-VIII-59: Adenopatías metastásicas bilaterales inguinales. Reacciones radiantes. Se considera fuera de las posibilidades del tratamiento radiante por las dosis recibidas y la radiodermatitis.

25-II-60: Biopsia de la zona: recidiva cutánea del mismo carácter que la lesión testicular. Fragmento de piel infiltrado por debajo del epitelio por una metástasis de carcinoma embrionario.

Reingresa (9-V-60) al Servicio del profesor Soto Blanco por nueva recidiva local.

Operación (20-V-60; Dr. Mérola): Resección de tejidos patológicos y plastia de recubrimiento.

Reingresa (23-VIII-60): Nueva recidiva neoplásica sangrante ulcerada y vegetante de la región inguinoabdominal y a nivel del escroto. Ocupación a nivel del flanco derecho. Además, edema de pene, escroto y de miembros inferiores. Se hace toma biopsica de la lesión del escroto.

Anatomía patológica (Reg. Nº 600.453 de la Posta Central de Anatomía Patológica): Carcinoma secundario de caracteres histológicos semejantes al del testículo.

Se le practicaron infiltraciones con Wydasa, antibióticos y diuréticos.

Reingresa (8-VI-61) sin haber mediado nuevas intervenciones. Sin terapéutica de ningún tipo, han regresado al parecer totalmente y de manera espontánea, las metástasis neoplásicas. Consulta actualmente por edema duro peneano e hipogástrico, que no deja Godet, que toma también el escroto y se acompaña de edema de los miembros inferiores. Recibe diuréticos.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" del profesor Dr. Piquinela.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de noviembre de 1965.

*** Agraciada 4293 bis.

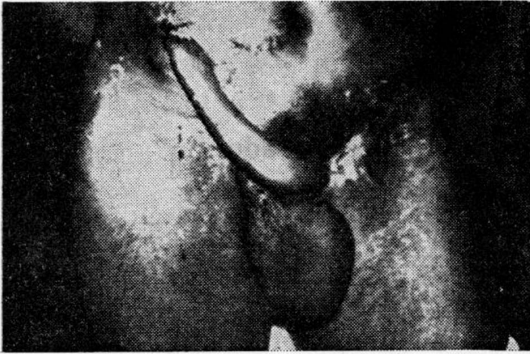


FIG. 1.—Piel de hipogastrio con esclerosis y linfedema. Tubo de piel de flanco, rotado a hipogastrio e implantado allí.

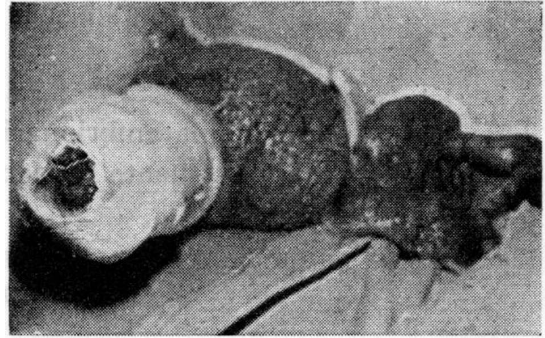


FIG. 4.—Se resecó la totalidad de la piel del pene (que aparece extendida en la parte baja de la figura). Injerto dermoepidérmico en la zona cruenta.

19-X-61: Desapareció el edema de los miembros inferiores. Persiste el edema peneoescrotal. Radiografía de tórax, sin particularidades. Cavografía, no se pudo realizar por problemas técnicos. Pasa a cirujano plástico. Visto por el Dr. Möller, se decide la escisión de toda la zona patológica de piel y celular del hipogas-

trio, y su recubrimiento con piel sana que se traerá del flanco, mediante la confección de un tubo abdominal.

Dicha técnica se comenzó a realizar el 17-XI-61 y se terminó el 7-V-64; insumió seis sesiones operatorias escalonadas en total. Hubo un lapso de cerca de un año y medio en el

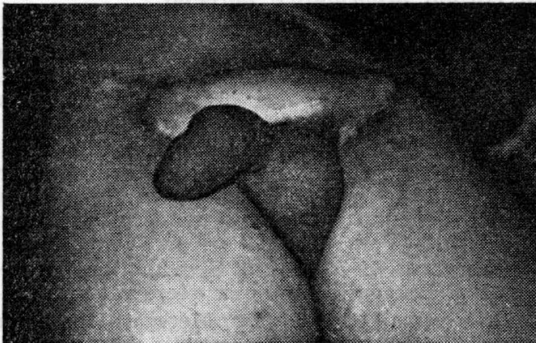


FIG. 2.—Se extirpó la zona patológica y se extendió y suturó allí la piel del tubo cutáneo.

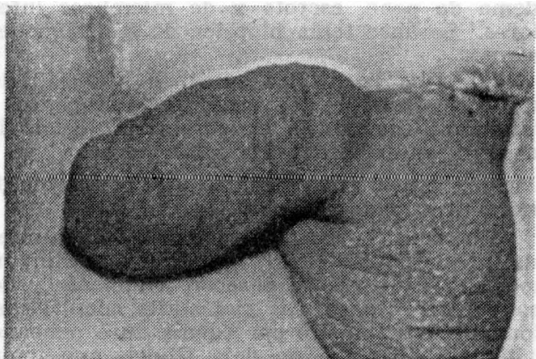


FIG. 3.—Linfedema peneoescrotal.

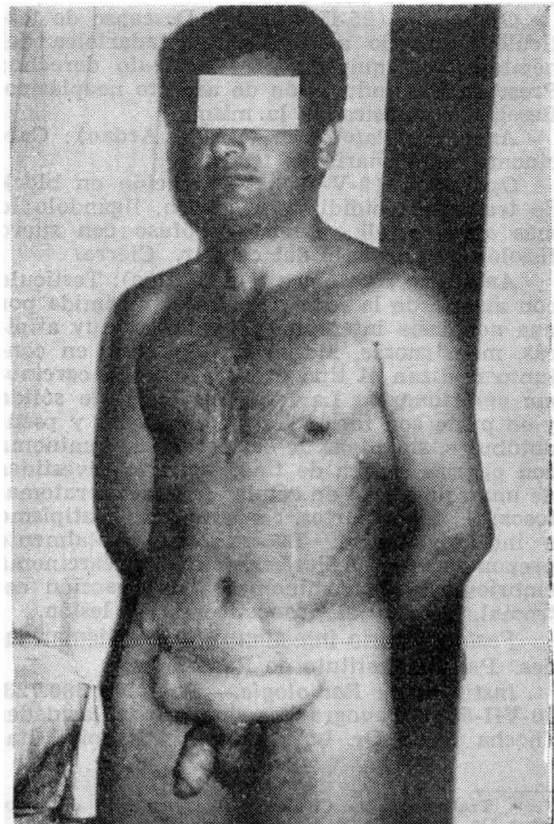


FIG. 5.—Resultado final.

interín, durante el cual el paciente abandonó por su cuenta todo tratamiento.

El 30-VII-64 se inició la plastia de su pene, resecando piel y celular del dorso de pene y sutura borde a borde de la brecha. Se completa el 5-XI-64 resecando la totalidad de piel y tejido fibroso subyacente del pene hasta encontrar tejido sano, y se realiza un injerto dermo-epidérmico de piel tomada de cara interna de brazo izquierdo, cubriendo toda la zona cruenta. Alta definitiva, el 1º-XII-64.

Por datos recogidos entre sus amistades, sabemos que en el momento de escribir estas líneas, setiembre de 1965, el paciente vive, se encuentra radicado en la ciudad de Paysandú, se cartea con ellos, trabaja, y goza de buena salud.

RESUMEN

Se expone la historia de un paciente que, a los 24 años de edad, fue operado por un carcinoma embrionario de testículo, que tuvo repetidas recidivas locorre-gionales, tratadas con éxito relativo por medios quirúrgicos y actínicos, y que posteriormente tuvieron un retroceso espontáneo y total.

El paciente quedó con una esclerosis y linfedema residual que fueron pacientemente tratados por los cirujanos plásticos, con resultado final satisfactorio.

Siete años después de la operación inicial el paciente vive, sin nuevas recidivas, y se encuentra integrado satisfactoriamente a su medio social y laboral.

RÉSUMÉ

On expose l'histoire d'un malade qu'à vingt-quatre ans fut opéré d'un cancer embryonnaire Testiculaire lequel eut de répétées récurrences loco-régionales, traitées avec succès relatif par des moyens chirurgicaux et actiniques et, qu'après, elles eurent un recul spontané et total.

Le malade resta avec une sclérose et un lymphœdème résiduel lesquels furent patiemment traités par les chirurgiens esthéticiens avec un résultat final satisfactoire.

Sept ans après la première opération, le malade vit encore, sana de nouvelles récurrences et se trouve, satisfaitement dans son milieu social et de travail.

SUMMARY

A 24-year old patient was operated on for an embryonal carcinoma of the testes, which had undergone repeated local-regional recurrences, treated with relative success by surgical and actinic means, followed by subsequent spontaneous, total regression.

There was a residual lymphedema and sclerosis which were painstakingly treated by plastic surgeons, with a satisfactory final outcome.

Seven years after the initial operation the patient is still alive, without further recurrences and leads an active life.