

Seccional de urología

Coordinador: Prof. J. Lockhart

LA MALIGNIDAD EN LA ECTOPIA TESTICULAR

Dr. Frank A. Hughes

La malignidad en los testículos ectópicos es un hecho de interés que ha motivado discusiones y consideraciones frecuentes. La mención simple de las estadísticas no permite aclarar todos sus términos, a pesar de que casi todos los trabajos basan en ello sus conclusiones.

El objeto de la presente comunicación es referir dos casos que hemos observado en el corriente año que tienen facetas como para justificar su publicación.

Observación N° 1. — A. R. M., uruguayo, de 44 años de edad, ingresa al servicio del Dr. A. Chifflet el 3 de setiembre de 1951, por dolores al parecer de tipo cólico intestinal y que el mismo enfermo relaciona con una tumoración de límites imprecisos que él ha notado en el hipocondrio izquierdo. Acompañan a esos dolores crisis de constipación, pérdidas rojas en algunas deposiciones y un adelgazamiento de 5 kilos en el correr del último año.

Al examen: Enfermo con buen estado general, abdomen algo globuloso y doloroso a nivel del hipocondrio izquierdo. Allí se palpa un tumor de límites imprecisos, doloroso y fijo, que motiva un cuidadoso estudio clínico y radiológico, del que se saca como conclusión, la impresión de que se trata de un tumor retroperitoneal extrarrenal, posiblemente de topografía ganglionar. Además a nivel de la región inguino-escrotal izquierda se percibe una tumoración del tamaño de un huevo de paloma que parece corres-

ponder a un testículo ectópico, ya que el hemiescroto correspondiente se encuentra vacío.

Ese supuesto testículo es de carácter atrófico no presenta la menor irregularidad y parece poder descartarse su relación con la masa ganglionar mencionada más arriba.

Lo demás del examen no presenta particularidades a señalar. En esas condiciones se decide intervenir lo que se realiza el 27 de setiembre 1951 por los Dres. Nande y Hughes. Se comienza la intervención sobre la tumoración de la región inguino-escrotal comprobándose que el supuesto testículo atrófico corresponde a una vaginal con pequeña cantidad de líquido a la cual se sumaba un asa deferencial que luego se introduce en el abdomen. Se extirpan estas estructuras. Ante ese hallazgo se hace una laparotomía transrectal izquierda que muestra la existencia de un testículo tumoral alojado en la pelvis sobre el flanco izquierdo de la vejiga y adherido laxamente a la cara profunda de la parte más baja de la pared abdominal anterior izquierda.

El tumor tiene un grueso pedículo que se dirige al trayecto inguinal. La exploración abdominal deja ver además gran cantidad de masas ganglionares preaórticas que llegan al hipocondrio izquierdo y que constituyen la tumoración que se había comprobado clínicamente en esa región.

El informe del patólogo (A. R. Aguiar) puede resumirse así: Los fragmentos que comprenden el cordón espermático y sus envolturas no muestran aspecto patológico.

El tumor está envuelto por una membrana que corresponde a la albugínea testicular y todo él está rodeado en cimera de casco por una formación alargada que podría corresponder al epidídimo, invadido también por el mismo proceso tumoral. El estudio histológico revela que se trata de un tumor sólido formado por células redondas y escaso estroma conjuntivo con las características del llamado seminoma.

Observación N^o 2. — R. W. B., uruguayo, casado, de 30 años de edad. Enfermo visto en consulta con el Dr. Vázquez Folladori. Ingresa al Sanatorio de la Asociación Fraternidad el 18 de setiembre de 1951, por dolores que hicieron pensar en un cólico nefrítico izquierdo, que se iniciaron un mes antes y que fueron aumentando paulatinamente de intensidad.

El examen clínico no revela en ese momento ninguna anomalía, salvo la existencia de dos testículos de consistencia menos firme que lo normal, el izquierdo algo más alto que el derecho, presentando el primero de los citados, un pequeño nódulo del tamaño de un garbanzo que parecía haberse exteriorizado del parénquima testicular. Ambos testículos habían sido descendidos quirúrgicamente a la bolsa en febrero de 1942 por el Dr. Vázquez Foladori.

El estudio radiológico del aparato urinario mostró que no existían lesiones intrínsecas del segmento reno-uretral pero sí un desplazamiento hacia afuera del polo inferior del riñón izquierdo con las características radiológicas de los desplazamientos del riñón por metástasis ganglionares, lo que nos hizo pensar en la posible relación del nódulo del testículo izquierdo con los dolores del enfermo.

Cabe añadir que este paciente a pesar de lo tardíamente que se había realizado la intervención sobre los testículos ectópicos (a los 20 años), ha tenido dos hijos, el último de 8 meses de edad.

En esas condiciones se decidió realizar la extirpación biopsica del nódulo yuxtatesticular izquierdo. El estudio histológico reveló tratarse de un tumor epitelial maligno con las características del seminoma.

Comentarios. — Las dos observaciones que acabamos de relatar presentan, como hemos dicho, aristas de interés. La primera corresponde a una tumoración abdominal de topografía retroperitoneal con todas las características de una adenopatía metastática, en un paciente que al parecer tenía un testículo ectópico atrófico que no era sin embargo tal y en el cual no se encontraban al examen clínico, elementos como para pensar en la malignidad del mismo, que sin embargo existía. La segunda corresponde a un paciente con sufrimientos lumbares que se supusieron de carácter renal, lo que motivó un estudio radiológico del órgano. Ese estudio puso de manifiesto un desplazamiento del riñón que se observan en las metástasis ganglionares de los tumores del testículo. Este tenía los dos testículos en las bolsas, pero ellos habían sido descendidos quirúrgicamente al escroto 10 años antes. Uno de ellos presentaba casi aislado del parénquima atrófico un nódulo que resultó de carácter tumoral.

La observación N° 1 no hace más que confirmar el concepto de que el testículo anormalmente situado tiene una probabilidad mayor de llegar a la malignidad que el testículo normalmente situado, y ofrece como elementos a señalar los que se refieren a las dificultades del diagnóstico, dado que el paciente parecía tener el testículo ectópico atrófico y libre de tumor, lo que sin embargo no era así.

El concepto de la mayor frecuencia del tumor en el testículo

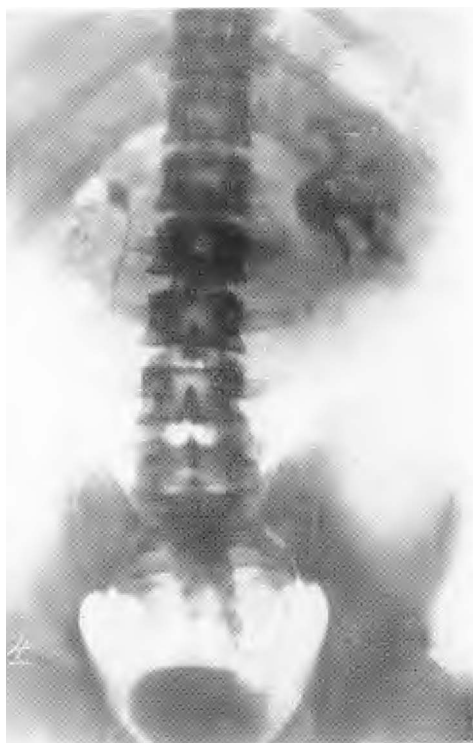


FIG. 1. R. P.

ectópico lo admiten la mayor parte de los investigadores a pesar de que los factores que provocan esa mayor frecuencia no están aclarados.

Al respecto citaremos algunas opiniones que se refieren al tema: Hinman y Benteen (¹) con el objeto de aprobar o desaprobar la moción citada, examinan casi 40.000 ingresos al University of California Hospital y encuentran que el tumor en el tes-

tículo ectópico es aproximadamente 20 veces más frecuente que en los testículos normales situados. Gilbert y Hamilton (2) en un estudio sobre 7.000 tumores de testículo encuentran que en 840 (11 %) el tumor se asocia a la ectopía, lo que de acuerdo a la frecuencia de la ectopía aislada y del tumor aislado, hacen a la concomitancia de ambos, 48 veces más frecuente que lo esperado. Surraco y Lockhart (3) entre nosotros dicen, tal vez no del todo de acuerdo con las opiniones referidas, que el problema del tumor



FIG. 2. — F. G.

del testículo en posición ectópica ha sido magnificado y posiblemente desfigurado, pero también se ponen de acuerdo con este concepto al referir su experiencia, que asciende a 85 casos de tumores testiculares con 8 casos en testículos ectópicos.

Llegan a la conclusión de que es obligatorio el considerar potencialmente sospechoso al testículo en posición interna y en especial a los de la variedad abdominal y dentro de ella a la sub-

variedad pelviana entre recto y vejiga, que es en la que han encontrado las mayores incidencias del proceso.

A su vez Gilbert (4) señala que los pacientes con cáncer en un testículo y ectopía unilateral, en el 97.5 % de los casos el tumor está en el testículo ectópico; y que en la ectopía bilateral con tumor en un testículo, en el 24.6 % de los casos se desarrolla un tumor en el segundo testículo, mientras que los hombres con

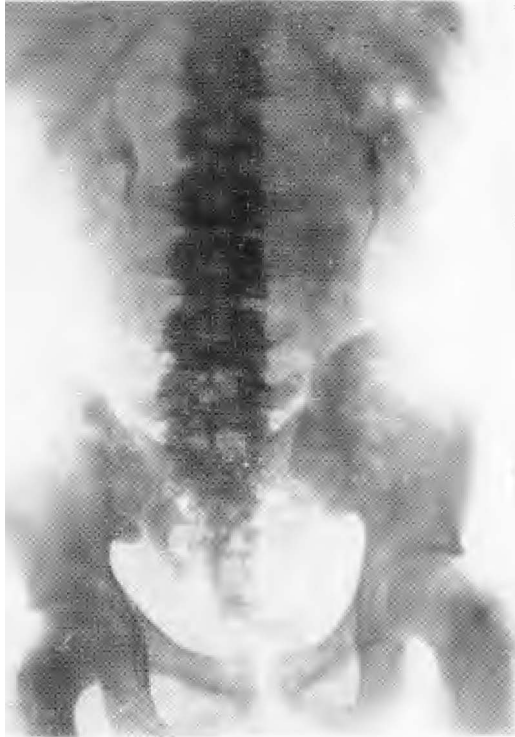


FIG. 3. M. Z.

ambos testículos en el escroto que tienen un tumor en uno de los testículos, desarrollan un tumor en el segundo, sólo en el 0.7 % de los casos.

Con respecto a la observación N° 2 ella se presta a dos órdenes de consideración.

Las primeras son de orden diagnóstico y se refieren a la importancia que asignamos al aspecto radiológico del desplazamiento del polo inferior del riñón izquierdo (fig. 1) frente a un

enfermo en el cual el examen del escroto mostraba un testículo de carácter atrófico descendido, con un pequeño nódulo que perfectamente podía relacionarse con la pexia efectuada y que no había llamado la atención. Nos permitimos presentar aquí, además, las urografías de otros dos casos de metástasis ganglionares (figs. 2 y 3, F. G. y M. Z.) y las de una paciente (fig. 4, T. C.



FIG. 4. T. G. de S.

de S.) que muestra un desplazamiento distinto, provocado por lipoma del tejido perirrenal, para que se juzgue sobre el valor diagnóstico de estos desplazamientos.

Las segundas tienen relación con la presencia de un tumor testicular originado en un testículo descendido 10 años antes a las bolsas. Gilbert y Hamilton (²) en 1940, Gilbert (⁴) en 1941 y Kaplan y Roswit (⁵) en 1950 se refieren a este aspecto del problema. Los primeros refieren la existencia de malignidad en 77

testículos previamente distendidos quirúrgicamente; el segundo señala la poca frecuencia de estas situaciones y menciona a Chevassu como el primer autor que en 1906 refiere la existencia de un tumor testicular después de la orquidopexia. Pasa en revista luego un relato de Cabot referente a 7000 tumores testiculares donde encuentra 841 en testículos ectópicos (11 %) y 63 en testículos descendidos quirúrgicamente, de los cuales sólo 58 resisten al análisis.

Es interesante señalar que en esas observaciones, el estudio histológico mostró que en el 57 % de los casos el tumor era de tipo monocelular (Seminoma o Carcinoma embrionario) y que en 34 % de las observaciones, la neoplasia era de tipo pluricelular (Tumor mixto o teratoide).

Este hecho habla si se quiere a favor del posible origen único y embrionario de todos los tumores testiculares sean uni o pluricelulares, ya que es además frecuente que los pacientes con tumores en testículos ectópicos muestren frecuentemente la asociación de otros defectos congénitos. Por último Kaplan y Rosgit a propósito de un tumor testicular en cada uno de los testículos, que habían sido previamente fijados a las bolsas, dicen que la orquidopexia no es una medida profiláctica contra el desarrollo de una degeneración maligna. En la comunicación mencionada, vuelve a señalarse el hecho que cada uno de los tumores tiene un tipo histológico diferente.

Como resumen de nuestra comunicación creemos pueden sacarse como conclusiones:

a) Que ella confirma la frecuencia mayor de la malignidad en el testículo ectópico, que en el testículo normalmente situado.

b) Que una bolsa vacía junto a un cuadro clínico no perfectamente definido, debe despertar la sospecha de una malignidad testicular en un testículo ectópico, y hace necesario completar las investigaciones en ese sentido (Estudio radiológico y urográfico, dosificación de hormonas gonadotróficas en la orina, etc.).

c) Que la pexia testicular quirúrgica no es una medida totalmente profiláctica de la malignidad, pero constituye un medio que suministra posibilidades de vigilancia y observación en una enfermedad en la cual la frecuencia de la malignidad es alta.

BIBLIOGRAFIA

1. HINMAN F. y BENTEEN. Journal of Urology. 35, 378, 1936.
2. GILBERT J. y HAMILTON. Surg. Gyn. and Obst. 71, 736, 1936.
3. SURRACO L. y LOCKHART J. Memoria de la Soc. de Urol. del Uruguay. 7, 3, 1946.
4. GILBERT J. — Journal of Urology. 46, 740, 1941.
5. KAPLAN G. y ROSWIT B. — J. A. M. A. 144, 1557, 1950.