

TUMOR MIXTO DE TESTICULO

Por los Dres. OSCAR A. FONIO y NACHUM FAINMAN

El año pasado en las Jornadas Urológicas de Mar del Plata, uno de nosotros (Fonio) con la colaboración del Prof. Dr. Dacio Deza Cenget, presentó una interesante observación de "Disembrioma testicular maligno", en el que se combinaban las imágenes histopatológicas de los tumores típicamente testiculares (seminoma y corioneptelioma), en forma simultánea con desarrollos blastomatosos propios de los tumores mixtos, tridérmicos, en evolución histioide embrionaria.

En esta oportunidad, presentamos también un caso de tumor mixto de testículo, pero constituido por tejidos adultos, que aunque no tan raros como el anterior, tampoco son frecuentes en la literatura nacional y extranjera.

Historia clínica Nº 1803: M. C., de 30 años, argentino, casado, agricultor, domiciliado en Ingenio Santa Lucía (Dpto. de Monteros, Tucumán), ingresa al Servicio el 8 de mayo del corriente año, con una tumoración de bolsas, lado izquierdo.

Antecedentes hereditarios y familiares: Padre vivo y sano; madre, operada hace poco por litiasis de vías biliares; son 11 hermanos, los otros sanos.

Antecedentes personales: Nacido de parto eutócico; lactancia materna; eruptivas en la infancia; hace 13 años, influenza; niega venéreas; fumador moderado; no bebe; evacuaciones normales; casado en 1949 con mujer sana, tiene dos hijos sanos; no hubo abortos.

Enfermedad actual: Desde hace un mes, nota aumento progresivo de testículo izquierdo, que antes de esa fecha, asegura, era de igual tamaño que el congénere; sólo acusa sensación de peso; en ningún momento dolor.

Estado actual: Buen estado general, apirético, sin ganglios ni edemas; peso y apetito conservados.

Aparatos cardiovascular, respiratorio, digestivo y sistema nervioso, sin anormalidades al examen clínico.

Aparato urogenital: Uretra permeable; vejiga normal; próstata con caracteres normales al tacto; riñones y uréteres sin anormalidades al examen externo.

Testículos y epidídimos: Del lado derecho con caracteres normales. En el lado izquierdo se nota una tumoración indolora, no adherente al escroto, con nódulo grande, irregular y dura a nivel del epidídimo, y en el resto consistencia renitente y de superficie lisa uniforme; a la punción de la vaginal se extraen 25 cc. de líquido citrino.

Análisis: Recuento globular: rojos, 4.660.000; blancos 8.300. Fórmula leucocitaria: N 67 %, E 1 %, L. 30 %, M. 2 %. Orina: Normal, sedimento: escasos leucocitos y células de epitelio plano; escasos cocos Gram positivos, agrupados en estafilo y estrepto.

Reacciones serológicas: Kahn, Wasserman y Pagniez (—).

Uremia: 0,32 o/oo. *Glucemia:* 0,93 o/oo.

Tiempo de sangría: 1'30"; de coagulación: 6 minutos; tiempo de protrombina (Howell): 9 minutos

Con diagnóstico presuntivo de T.B.C., epididimaria y derrame de la vaginal, resolvemos intervenirlo quirúrgicamente.

Operación (13-V-1954): Anestesia local (sol. de novocaína al 1 %). Cirujanos: O. A. Fonio y N. Fainman. Incisión inguinoescrotal de 7 cms., hemostasia con catgut 000.

Se exterioriza la tumoración. Al abrir la túnica vaginal no adherente, llamó la atención la vascularización anormal de la albugínea y el testículo agrandado de aspecto tumoral. Reconocemos los elementos del cordón y los seguimos hasta el conducto inguinal; el deferente nos parece sano, y previa doble ligaduras vasculares y del deferente por separado, practicamos la orquiectomía. Durante el acto quirúrgico no se palpan ganglios a pesar de minuciosa búsqueda. Sutura de los distintos planos con catgut 00 y piel con algodón. Sobre la herida: gasa, aposito, vendaje en T comprensivo; bolsa de arena. Penicilina. 100.000 unidades cada 6 horas.

Postoperatorio, normal. Alta el 24 de mayo de 1954.

Examen de la pieza operatoria: Tumor sólido piriforme, de 10 cms. de longitud, por 8½ cms. de diámetro en su mayor anchura.

Al corte (Fig. 1), presenta una superficie con escasas formaciones quísticas, algunas de



Fig. 1. — Fotografía del corte del tumor donde se pueden observar las lesiones descritas en el texto.

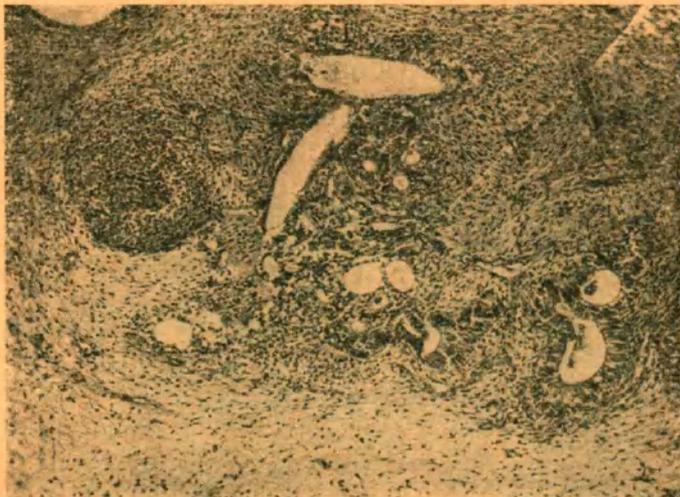
las cuales (abajo a la derecha), tienen contenido coloide. En la parte superior del borde, se notan las hojas de la vaginal separadas y su cavidad tabicada. En la zona inferior del tumor se aprecia una constitución nodular, delimitados los nódulos por tabiques conjuntivos. Esta estructura cambia en la zona media y superior, donde la proliferación neoplásica adquiere un carácter infiltrante difuso. En la región media se observa una zona de infiltración hemorrágica, pero sin lesiones de reblandecimiento. El tumor en general se encuentra perfectamente encapsulado dentro de la vaginal y en la porción inferior izquierda, nótase un nódulo bien encapsulado también, constituido por masas neoplásicas de morfología semejante a la descrita en la zona nodular, pero de elementos más pequeños; este nódulo se encuentra topográficamente ubicado en la región que correspondería a la cola del epidídimo.

Estudio histológico (Prof. Dr. Dacio Deza Cenget): Método: inclusión en parafina; coloración común (hematoxilina-eosina), van Gieson y Gallego (general).

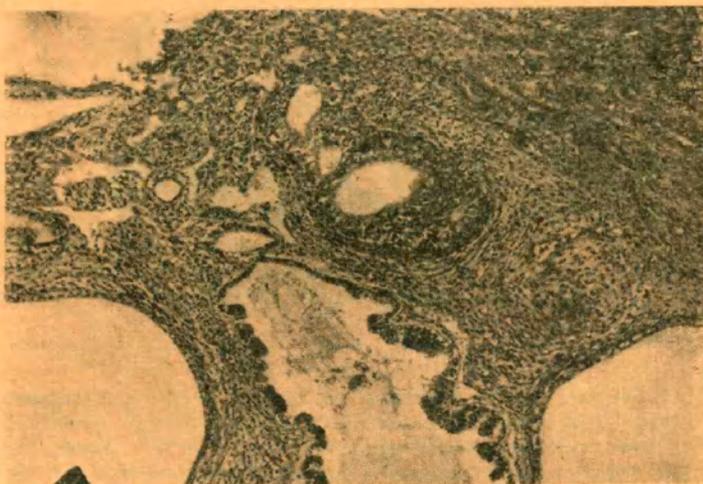
Preparado N° 2718: Blastoma formado por diversos tejidos, pero con predominio de estructuras mseenquimáticas.

En general, el conglomerado neoplásico está bien encapsulado y presenta numerosos microquistes tapizados por epitelios simples en todas sus variedades: plano, cúbico, cilíndrico mucoso, cilíndrico con chapa y multiseriado con cilias.

Son frecuentes las estructuras pilosas completas, representadas por cortes transversales de tallos pilosos con todas sus envolturas. Obsérvanse elementos glandulares con epitelio caliciforme y algunas formaciones microquísticas con esbozos epiteliales papilíferas de células cilíndricas.



Micrografía N° 1. — Quistes revestidos por epitelio cilíndrico multiseriado (abajo a la derecha). En la zona inferior, abundante tejido mixomatoso. Oc. 6 x; Obj. 20 x; Ac. 25 ctms.; Panphot Leitz.

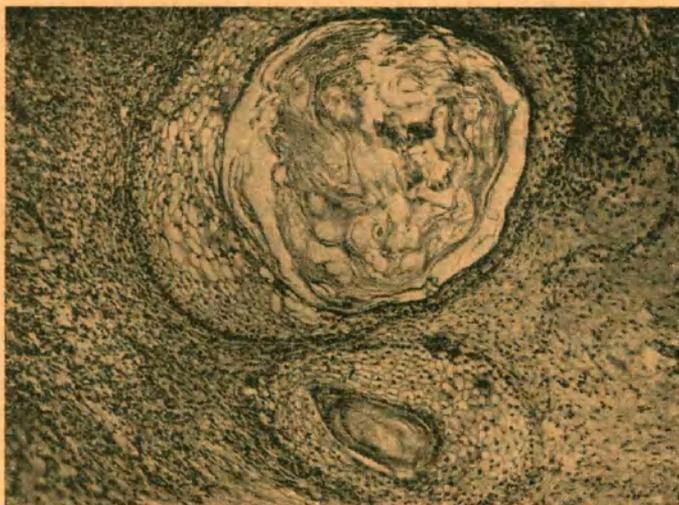


Micrografía N° 2. — Diversos quistes con epitelio cilíndrico mucoso; esbozos de formaciones papilíferas, etc. Otros (izquierda y abajo), tapizados por epitelio aplanado y contenido homogéneo. Oc. 6 x; Obj. 20 x; Ac. 25 ctms.; Panphot Leitz.

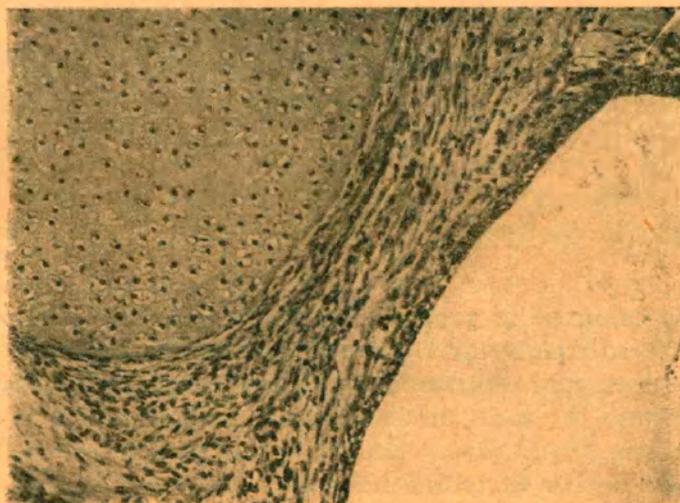
Se puede observar escasos conglomerados fasciculados constituidos por fibras tipo Remack.

Predominan los tejidos mesenquimatosos con las variedades siguientes: mixomático (escaso), fibroblástico (abundantes), algunos nódulos de tejido adiposo y cartilaginoso. Englo-

bada por conjuntivo joven, se observa gran neoformación capilar y lagunas hemáticas con endotelios propios proliferados. Se descubren asimismo esbozos linfoides y fibras musculares lisas.



Micrografía N° 3. — Corte de tallos pilosos. Estroma: fibroblástico rico en células y mixomatoso (derecha y abajo). Oc. 6 x; Obj. 20 x; Ac. 25 ctms.; Panphot Leitz.



Micrografía N° 4. — Fragmento de quiste con epitelio bajo y de nódulo cartilaginoso. Entre ambos, pequeño fascículo delgado de fibras musculares lisas. Oc. 6 x; Obj. 20 x; Ac. 25 ctms.; Panphot Leitz.

Estas variedades de tejidos se sistematizan formando nódulos de 8 a 15 milímetros de diámetro, limitados por haces conjuntivos de cológeno adulto por moderados signos de hialinosis.

Diagnóstico; Tridermoma.