

SEMINOMA DESARROLLADO EN RESTOS EMBRIONARIOS ABERRANTES

Por el Dr. JULIO A. MARQUEZ BUSTOS

El título de esta contribución al tema oficial, parecerá tan inusitado como fué para nosotros su hallazgo quirúrgico, pero las distintas etapas seguidas en el estudio del paciente, hicieron llegar a una posibilidad diagnóstica que por su infrecuencia no debemos desechar.

De los tumores retroabdominales ocupan un capítulo importante, para Sampaio y Schmitt un 36 %, los concernientes al testículo, sean primitivos es decir en ectópicos o metastásicos; pudiendo originar síndromes dolorosos, abdomen agudo por torsión de la glándula o por hemoperitoneo, caso de G. G. Crown, y serán signos de orientación presuntiva la falta de la glándula en el escroto o la comprobación del tumor primitivo en el contenido de las bolsas.

Pero nada de esto ocurrió en nuestro enfermo cuya historia clínica N° 1.059 expresa lo siguiente:

J. P. Italiano, casado.

Antecedentes her. y familiares: madre fallecida a los 80 años; padre de 90 años internado actualmente por neoplasia de vejiga.

Antecedentes personales: desarrollo normal. No recuerda enfermedades de la primera y segunda infancia. A los 20 años pleurecía derecha purulenta que le obligó a guardar cama durante 3 meses. Emigra a la Argentina en 1922, después de haber estado en la primera guerra casi tres años. Inicia relaciones sexuales a los 30 años. Niega venéreas. Se casó a los 33 años con mujer sana, teniendo una hija que en la actualidad posee 19 años.

Hasta la enfermedad actual sus funciones digestivas y diuresis se cumplían normalmente. Fuma 20 cigarrillos diarios. Bebe 2 a 3 litros de cerveza por día. Su peso habitual de 73 Kg.; el actual de 70.

Enfermedad actual: comienza un año atrás, 1953, con sensación dolorosa en hipocondrio izquierdo y en epigastrio. No pudiendo determinar si hubo cierto ritmo o periodicidad. Lo que manifiesta con toda evidencia es pirosis pronunciada, y por las mañanas náuseas y a veces vómitos. Con tratamiento de alcalinos e inyecciones que desconoce, dice haber mejorado su acidez, no así su dolor.

Estado actual: enfermo en decúbito dorsal indiferente. Facies tranquila, se queja de dolor en fosa lumbar e hipocondrio izquierdo. Afebril. Piel húmeda, caliente y elástica.

Tórax simétrico, observándose a nivel de la 7ª costilla, en cara posterior derecha cicatriz de 10 cm. de largo que corresponde a la intervención por el empiema descrito en sus antecedentes.

Aparato circulatorio nada de particular.

Abdomen: globuloso, se moviliza con la respiración. Insensible a la palpación superficial. A la profunda despierta sensación dolorosa en hipocondrio izquierdo, donde se logra palpar una tumoración de consistencia dura que tiene ligera movilización en sentido súpero inferior. No se consigue la movilidad lateral. El borde inferior de la tumoración se palpa a dos traveses de dedo por debajo del ombligo, impresionando de borde romo y de dos traveses de dedo de ancho. A ambos lados y hacia arriba los límites se pierden sin poder definirlos. Entre la parrilla costal y la tumoración se puede insinuar la mano que palpa. El peloteo es dificultoso. La puño-percusión no despierta dolor.

Hígado con borde inferior a 2 traveses de dedo de la parrilla costal, de consistencia aumentada.

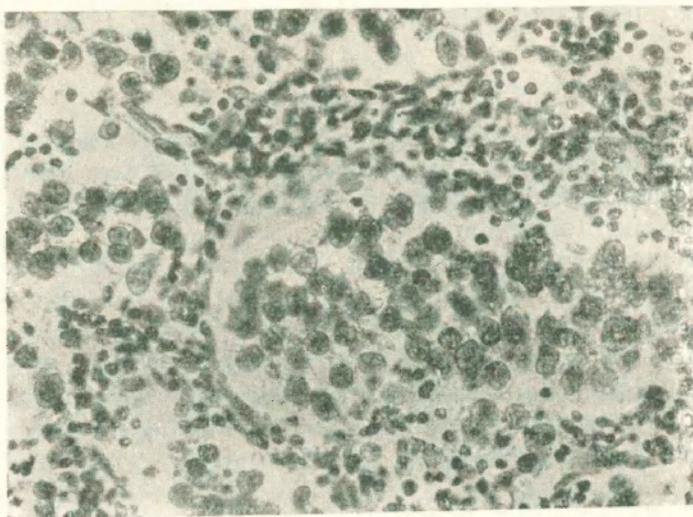
Aparato genital: ambos testículos en la hemibolsa correspondiente, de tamaño reducido y de consistencia blandos.

Tacto rectal negativo.

Análisis: eritrosedimentación 64 mm. 1ª hora, 94 mm. en la segunda, I. Katz 55.5. Wass. y Kahn negativas. Hematíes 4.000.000/mm³. El resto normal. 20 set. 1954, lumbotomía exploradora.

Raquianestesia con novocaína corbasil. Cirujano, Dr. Márquez Bustos; Ayud. doctores Rebaudi y Veiga.

Incisión de Israel amplia. Se llega al espacio perirenal se abre cápsula adiposa y se reconocen por debajo del riñón, sin tener relación íntima con él cuatro formaciones redondeadas del tamaño una de un durazno y las restantes de ciruelas; de consistencia blanda



y de color grisáceo. Estas formaciones tumorales desvían al uréter pero no lo invaden. Se pueden extirpar con cierta facilidad al encontrar un plano de clivaje.

Antes de continuar con el informe anatómo-patológico, examinamos el estudio radiográfico del enfermo.

Radiografías seriadas de estómago y duodeno nada digno de mención.

En el neumo-perirriñón con urograma excretor se comprueba disminución del funcionamiento renal izquierdo, casi anulado, y unas formaciones tumorales redondeadas, que en la pielografía de relleno se constata desplazan al uréter. También en esta última se observa rotación del riñón.

Descripción microscópica del tumor pararenal, Dr. O. Eguía.

En una vista panorámica el tumor se presenta como una masa compacta constituida por alvéolos y trabéculas, de células claras, delimitadas por un estroma conjuntivo rico en pequeñas células oscuras.

A mayor aumento se aprecian las células neoplásicas de tipo epitelial, que rellenan las formaciones alveolares, de forma poligonal o redondas, grandes y de citoplasma claro. Se agrupan apretadas unas contra otras y poseen núcleos ricos en cromatina, algunos con nucleolo evidente. Se observan también discreto número de figuras de mitosis.

El estroma conjuntivo está infiltrado, por abundantes linfocitos dispuestos en napas y en algunos sectores formando folículos con centro claro. Existen también focos de necrosis donde las células han perdido en parte su estructura.

Diagnóstico: Seminoma.

El informe del Dr. Polak aunque más breve N° 37.426, expresa: Seminoma con zonas de necrobiosis.

Estábamos pues, en presencia de un seminoma, había que buscar entonces el tumor primitivo.

La reacción de Friedman, Dr. Pagniez, N° 36.446, efectuada después de la intervención quirúrgica resultó negativa.

El 8 octubre intervengo al paciente efectuándole la castración izquierda y solicitando al Anatómo-patólogo numerosos cortes, nos informa el Dr. Cardeza que el testículo no presentaba macro ni microscópicamente signos de anormalidad.

En el caso relatado la única posibilidad que nos queda es que se trate de metástasis ganglionares de un tumor que asiente en el testículo del lado opuesto, pero se opone a ello, que no se palpen ganglios infartados homolaterales, que no hayan sido invadido los pulmones, que las reacciones hormonales sean negativas y que clínicamente aquél sea normal.

Por otra parte así como se describen aunque en forma esporádica, testículos supernumerarios, casos de Turner, Marsh, Schleimer, citados por Lowsley y Kirwin, ¿por qué no interpretar en nuestro paciente qué formaciones seminales aberrantes hayan degenerado en un proceso maligno, a una edad mayor que lo común cuando los testículos se hallan colocados en su posición normal?

BIBLIOGRAFIA

- Crown, G. G. — Hemoperitoneum due rupture of seminoma in abdominal testis. British J. Surg. 39-188-189. Set. 1951.
Dodson. — Urological Surgery.
De la Peña A. — Tumores del testículo.
Fernández Pagola. — Tumores del testículo.
Henoser H. — Tumor development in intraperitoneally displaced inguinal testis. April 20-54-G.
Huder, J. — Archivo español de Urología. 1º. 75-81-54. S. Tumores retroperitoneales.
Kahle, P. — Amer. Surgeon. 20-538 May 54. Seminoma retroperitoneal.
Lowsley K. — Clínica Urológica.
Mathis y A. Colodrero. — Gran tumor abdominal por blastoma de testículo ectópico. Rev. Arg. Urol. Set.-Dic. 1950.
Rochi y F. B. — Tumor en testículo ectópico. Rev. Arg. Urol. 23-14-16. En.-feb. 54.
Sampato y S. — Boletín do centro de Estudios. Vol. 1 mayo 1953.
Sealoy y G. — Primary retroperitoneal tumors. Am. Surgeon. 88-155-161, jul. 54.
-