

CANCER DEL TESTICULO

Por el Dr. ENRIQUE NAVARRETE

Durante 17 años que funciona el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se han presentado 42 casos de cáncer de testículo. La mayor parte de los pacientes han sido operado en Servicios de Cirugía de otros Hospitales, pero han sido enviados con el objeto de practicarle un tratamiento complementario de Radioterapia.

Basados en esta casuística vamos a tratar de puntualizar los puntos importantes que de ellas se derivan.

El cáncer del testículo se presenta entre nosotros con la misma frecuencia que la señalada en otras estadísticas (Cuadro N° 1). Lo que si debemos recalcar que hemos encontrado 4 enfermos que presentaban esta afección y cuyas edades fluctuaban entre uno y 3 años.

Cáncer de testículo

(Cuadro N° 1)

Incidencia según la edad

Años	0 a 15	15 a 30	30 a 45	45 a 60	+de 60
Casos	4	17	15	5	1
Porcentaje	8.09%	40.7%	35.71%	11.90%	2.38%

Hemos encontrado que el cáncer del testículo se ha desarrollado en 5 casos de criptorquídea, de los cuales 3 eran en testículo criptorquídico unilateral y en dos existían una criptorquídea bilateral.

El porcentaje es de 12 % lo que está de acuerdo con lo señalado por algunos autores. (Cuadro N° 2).

Cáncer de testículo

(Cuadro N° 2)

Frecuencia en testículos criptorquídicos

	Casos	Porcentaje
Unilateral	3	7.14 %
Bilateral	2	4.70 %

Debemos señalar que el traumatismo ha sido citado como causa desencadenante de la afección, en 5 casos de nuestros enfermos. (Cuadro N° 3).

*Cáncer de testículo**(Cuadro N° 3)**Frecuencia en traumatismo del testículo*

Casos	Porcentaje
5	11.90 %

En cuanto a la localización hemos encontrado que nuestros casos siguen las mismas cifras citadas por otros autores. El cáncer de testículo se presenta con mayor frecuencia en el lado derecho. (Cuadro N° 4).

*Cáncer de testículo**(Cuadro N° 4)**Frecuencia según la localización*

	Casos	Porcentaje
Derecho	22	52.38 %
Izquierdo	20	47.62 %

El cortejo sintomático está representado en el cuadro N° 5, y en él nos damos cuenta que la mayor parte de enfermos han presentado tumor con y sin dolor; otros han presentado dolor abdominal y corresponde aquellos que presentaban metástasis abdominales avanzadas, lo mismo que los que presentaron enflaquecimiento, dolor lumbar bilateral y por último dos casos con síntomas neurológicos. (Cuadro N° 5).

*Cáncer de testículo**(Cuadro N° 5)**Sintomatología*

Síntomas	Casos	Porcentaje
Aumento de volumen sin dolor	22	52.38 %
Aumento de volumen con dolor	13	30.95 %
Dolor abdominal	20	47.62 %
Pérdida de peso	16	38.09 %
Dolor lumbar	16	23.81 %
Paraplejía flácida	2	4.76 %

En un grupo de 10 enfermos de los cuales 8 eran Seminomas y dos Carcinomas embrionarios, hemos podido detectar el intervalo de tiempo que ha

transcurrido dentro de aparición del cortejo sintomático y el desarrollo de metástasis. (Cuadro N° 6).

Cáncer de testículo
(Cuadro N° 6)

Intervalo entre la aparición de síntomas y el desarrollo de metastasis

	Seminomas	Ca. Emb.	Terato. Ca.	Total
Menos de 6 meses	2	2		4
De 7 a 12 meses	1			1
De 1 año a 1½	2			2
De 1½ a 2 años	1			1
De más de 2 años	2			2

Las cifras concuerdan con las citadas por Sauer y colaboradores. Las metástasis son frecuentes en este tipo de cáncer. Dentro de nuestro grupo de enfermos, existían 25 que tenían evidencia de metástasis clínicamente y 17 no la presentaban. (Cuadro N° 7).

Cáncer de testículo
(Cuadro N° 7)

Frecuencia de las Metástasis

	Casos	Porcentaje
Sin metástasis	25	59.52 ½
Con metástasis	17	40.48 %

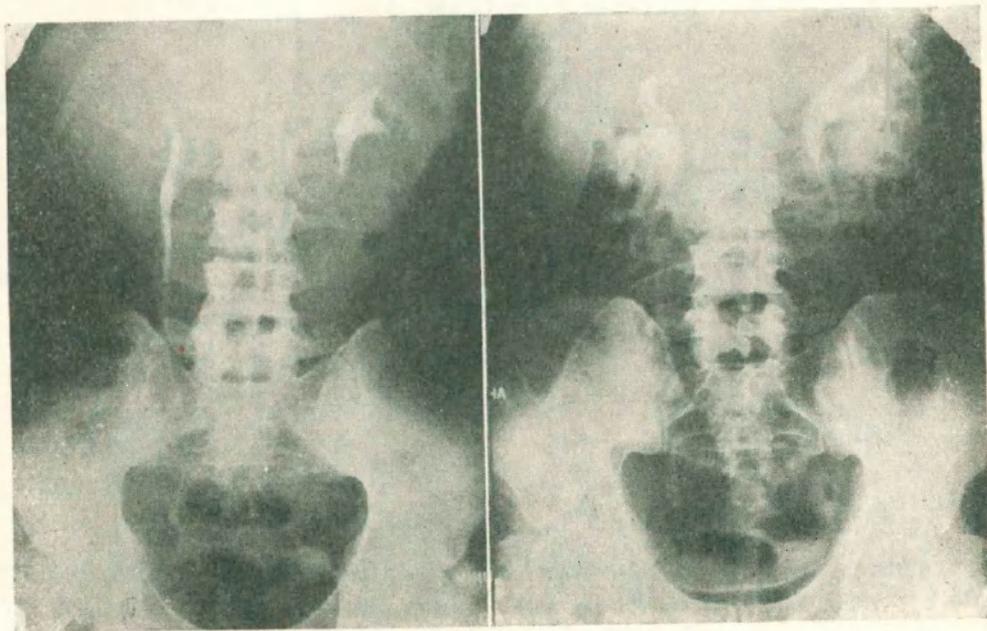
Dentro de los 25 casos de enfermos con evidencia de metástasis, hemos encontrado que estas se presentaron con mayor frecuencia en los ganglios lumbo aórticos e ilíacos, siguiendo por orden de frecuencia las metástasis abdominales, torácicas hasta llegar al ganglio supraclavicular. (Cuadro N° 8).

Cáncer de testículo
(Cuadro N° 8)

Distribución de las metástasis en los 25 casos

	Casos	Porcentaje
Ganglios inguinales	1	4 %
Ganglios ilíacos	14	50 %
Ganglios lumbo-aórticos	15	60 %
Met. abdominales	18	72 %
Met. hepáticas	4	16 %
Met. renales	2	8 %
Met. pulmonares	7	28 %
Met. óseas: columna	3	12 %
Ganglios supraclavicular	9	36 %

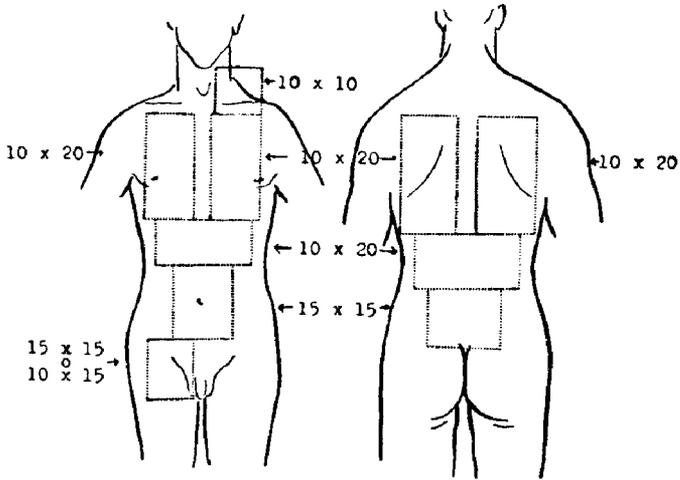
El tratamiento ha sido quirúrgico en 41 de nuestros casos, pues uno de nuestros pacientes murió a los pocos días de haber ingresado a este hospital. Una parte de los enfermos venidos de otros hospitales y en donde la orquiectomía fué pequeña, presentaban recurrencia local. Nosotros siempre hemos practicado esta operación hasta la extirpación del cordón a nivel del orificio inguinal.



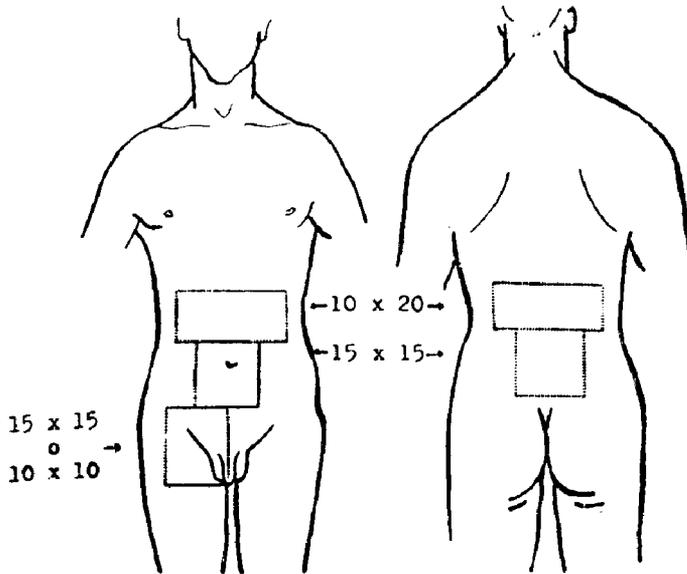
Pielografía 1.

Pielografía 2.

El Estudio Radiológico de las Metástasis lumbo-aórticas, ha tomado gran auge en estos últimos tiempos, y es de rutina tomar una pielografía excretoria, que puede repetirse cada vez que quiere controlarse la evolución de este tipo de metástasis. Presentamos clichés radiológicos que corresponden al estudio de una metástasis lumbo-aórtica de un enfermo portador de un Seminoma operado. En la primera se ve claramente la desviación que sufre el uréter pelviano, por los ganglios de dicha región. Y en la otra el estudio pielográfico demuestra claramente la desviación que sufre el uréter pelviano, por los ganglios de dicha región. Y en la otra el estudio pielográfico demuestra claramente que el uréter pelviano ha vuelto a tomar su situación anatómica normal, debido al tratamiento Roengenterápico a que fué sometido este enfermo.



Esquema 1-A.



Esquema 2-B.

El tratamiento quirúrgico ha sido complementado por el tratamiento radioterápico. Este se ha llevado a cabo de conformidad con los esquemas A y B. Estas son las copias de procedimientos que se siguen en casi todas partes. En los primeros pacientes solamente se hacían aplicaciones abdominales, pero posteriormente se hace regularmente dichas aplicaciones ampliadas hasta la región supraclavicular. En los Seminomas generalmente se hace un tratamiento hasta de 2.000 r', en los otros tipos de cánceres se pasa de esta cantidad hasta llegar generalmente a 3.000 r'.

En dos de nuestros casos se ha practicado tratamiento quimioterápico complementario del tratamiento quirúrgico. Se ha empleado Tri-Etilen Solfo Phosforamina (Tio-tepa) y en un caso se ha practicado tratamiento combinado: Quirúrgico, radioterápico y quimioterápico. (Cuadro N° 9).

Cáncer de testículo

(Cuadro N° 9)

Incidencia de casos según el tratamiento

	Casos	Porcentaje
Quirúrgico	41	97.61 %
Quirúrgico + Radioterápico	36	85.71 %
Quirúrgico + Quimioterápico	2	4.76 %
Quirúrgico + Quimioterápico + Ra- dioterápico	1	2.38 %
Sin tratamiento	1	2.38 %

El examen Anatómo-Patológico de las piezas operatorias y autopsias practicado a nuestros enfermos nos permite señalar el gran porcentaje que hemos tenido de seminomas, existiendo un número igual de carcinomas embrionarios y de teratoma. (Cuadro N° 10).

Cáncer de testículo

(Cuadro N° 10)

Frecuencia según el examen anatomopatológico

	Casos	Porcentaje
Seminoma	30	71.42 %
Teratoma	5	11.90 %
Ca. Embrionario	5	11.90 %
Ca. Indiferenciado	1	2.39 %
Corio-Carcinoma	1	2.39 %

Existiendo en este Hospital un Servicio de Asistencia Social hemos podido controlar a todos nuestras enfermos. Por el cuadro N° 11 nos damos cuenta de la supervivencia de nuestros pacientes. Dos viven más de 10 años,

3 más de 5 años, 15 entre 1 y 5 años, habiendo un grupo de 7 cuya supervivencia fluctúa entre 0 y 1 año.

Cáncer de testículo

(Cuadro N° 11)

Supervivencia

Años	0 a 1	1 a 5	5 a 10	10 a 15
Casos	7	15	3	4.76 %
Porcentaje	16.66 %	35.71 %	7.14 %	2