

TUMOR DE TESTICULO. METASTASIS IN SITU

Por el Dr. NATALIO CARTELLI

Como contribución al tema oficial, queremos presentar el caso de un paciente que, portador de un tumor de testículo, cuyo estudio anatomopatológico, demostró tratarse de un carcinoma embrionario de testículo, hizo en pleno tratamiento radioterápico una metástasis "in situ" de evolución muy rápida.

Se trata de un joven A. I. de 23 años de edad, que desde hace 5 meses presenta dolor y aumento de volumen de la bolsa derecha. No hay antecedentes venéreos pero coincide con un golpe recibido con el asiento de la bicicleta. Operado de orquidopexis derecha a los 10 años.

Al examen, se palpa bolsa derecha del tamaño de un limón, irregular, piel de escroto libre, consistencia muy dura, cordón algo infiltrado con latidos de la espermática (Signo de Duplay).

Examen somático general. — Sin particularidades. No se palpan ganglios ilíacos, lumbos aórticos ni supraclaviculares.

Radiografía, de estómago, de frente y oblicua: Normal.

Radiografía, de tórax: Normal.

Examen de orina: 17-ceto-esteroides. La determinación de los 17-ceto-esteroides neutros urinarios dió el resultado siguiente 14⁸ miligramos por mil (corresponde para la orina de 24 horas la cantidad de 12⁷ miligramos).

Asimismo la determinación de las gonadotropinas en la misma orina es más cuarenta y ocho y menos noventa y seis unidades lauchas (Dr. Encina).

Reacción de Galli-Mainini: Negativa. Con exámenes hematológicos normales a excepción de una discreta anemia, se le practica castración derecha el 28/I/57 para hacer aplicaciones de radioterapia profunda, en región ilíaca, abdomen y tórax. El estudio anatomopatológico de la pieza, muestra:

Macroscópica: Tumor ovoide de 9 x 7 x 6 cms. de diámetro, recubierto por una delgada cápsula conjuntiva, lisa y con abundantes vasos. Su consistencia es dura y elástica. Al corte presenta una imagen polimorfa: zonas nodulares compactas, blancas y amarillas y otras de aspecto microquistico. Se ven también focos necróticos y hemorrágicos.

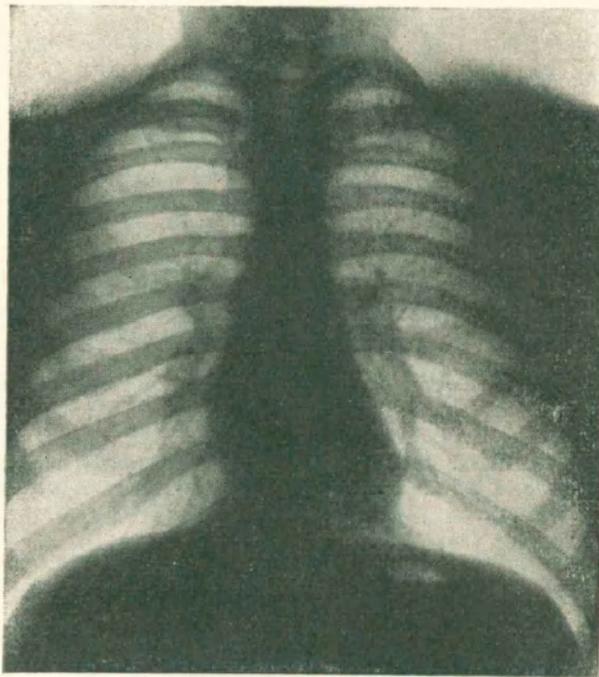
Microscópica: En general predomina la misma estructura histológica en la mayor parte de las zonas estudiadas. Se observa una proliferación de elementos celulares embrionarios de estirpe epitelial, de forma redondeada, con citoplasma a veces claro y de gran núcleo atípico. Estas células apretadas unas con otras se disponen en grandes masas o lóbulos separadas por tabiques de estroma reacción conjuntiva con discreto número de linfocitos. Las mitosis patológicas son numerosas. En la zona microquistica es posible apreciar que estas células neoplásicas toman forma cilíndrica y se disponen en forma glanduliforme.

El día 30 de abril vemos nuevamente al paciente que lleva hechas 25 aplicaciones de radioterapia profunda en abdomen y región dorsal y que nota desde hace 15 días una tumoración en bolsa derecha (operada) que en el momento del examen tiene el volumen de un huevo de gallina, que se continúa hacia el conducto inguinal en una extensión de 7 cms. de consistencia dura, dolorosa a la palpación, móvil, y en bolsa un mamelón del tamaño de una avellana de coloración rojiza. El 14/V/57 con tratamiento local y antibiótico, la tumoración ha aumentado de volumen (naranja), extendiéndose hacia el pubis, siendo fija y algo dolorosa. Se practica biopsia de dicha tumoración, cuyo resultado es el siguiente:

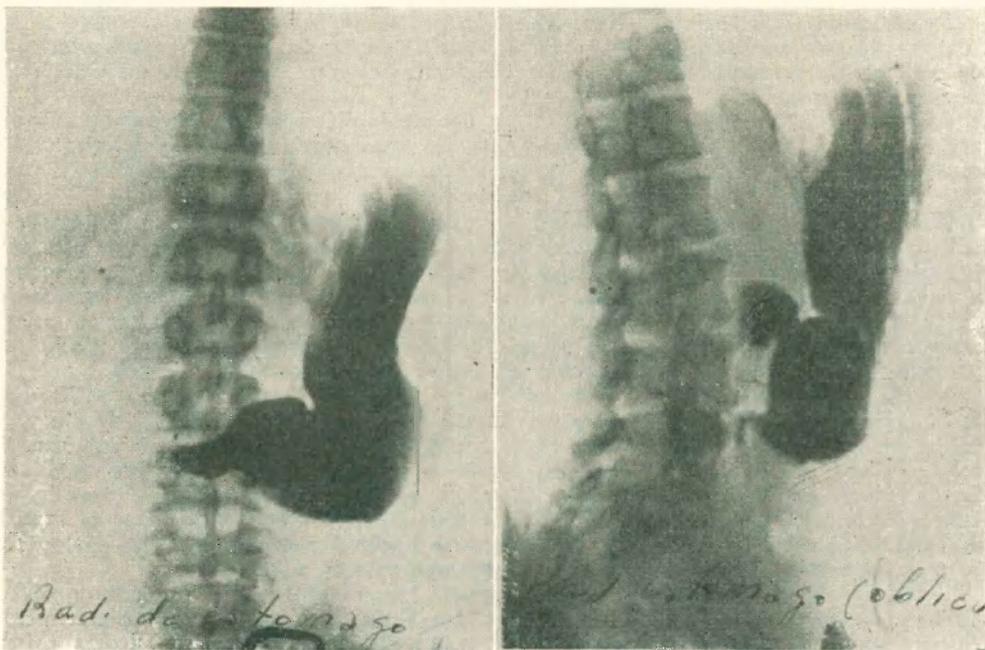
Microscópica: Los pequeños trozos enviados están constituidos por una proliferación neoplásica de células redondeadas de citoplasma claro, núcleo grande atípico, hiper cromático.

Este tumor está dispuesto en forma de grandes lóbulos con escaso estroma reacción y abundantes vasos de delgadas paredes.

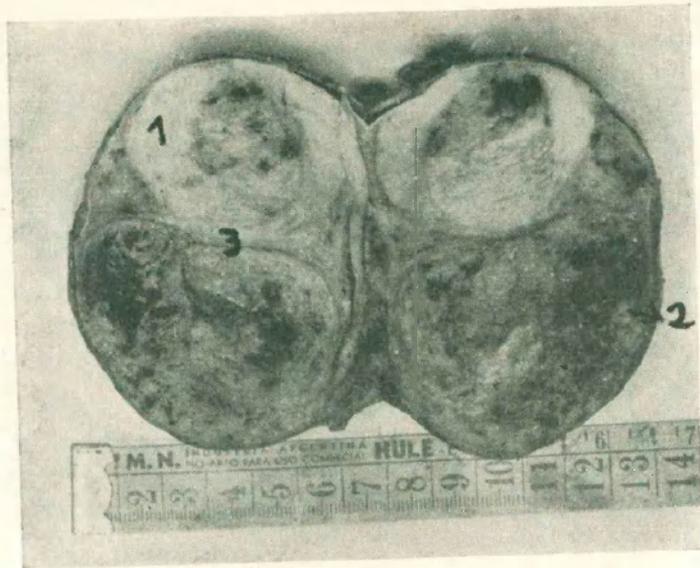
Diagnóstico: Blastoma maligno con el aspecto histológico del seminoma.



Radiografía de tórax

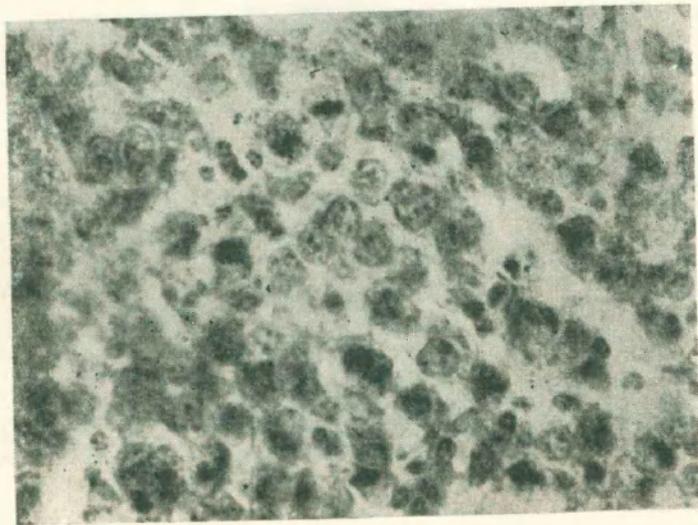


Radiografías de estómago



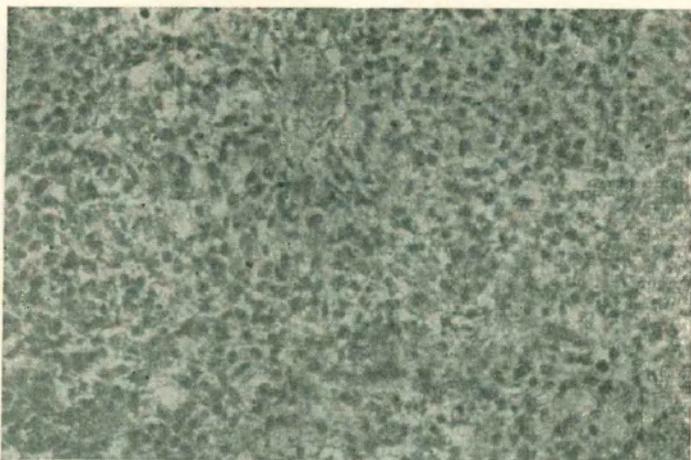
Fotografía de la pieza

Se ve la estructura lobulada del tumor.
1 - Nódulo de color blanco con necrosis central
2 - Zona con microquistes.



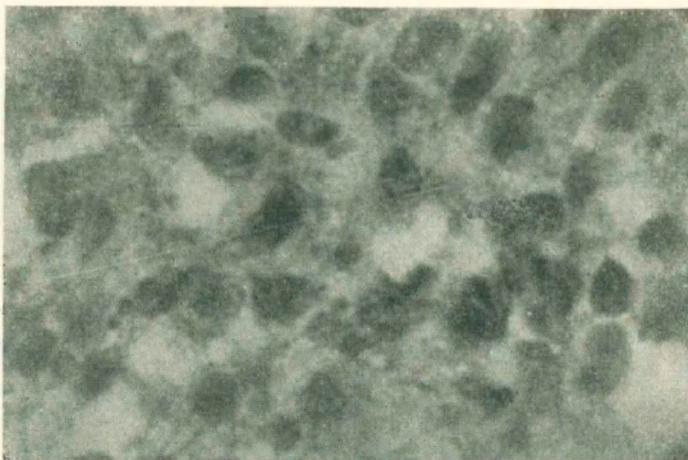
Microfotografía del tumor

Se observa una proliferación de células redondeadas atípicas con citoplasma claro.
1 - Mitosis
2 - Linfocitos.



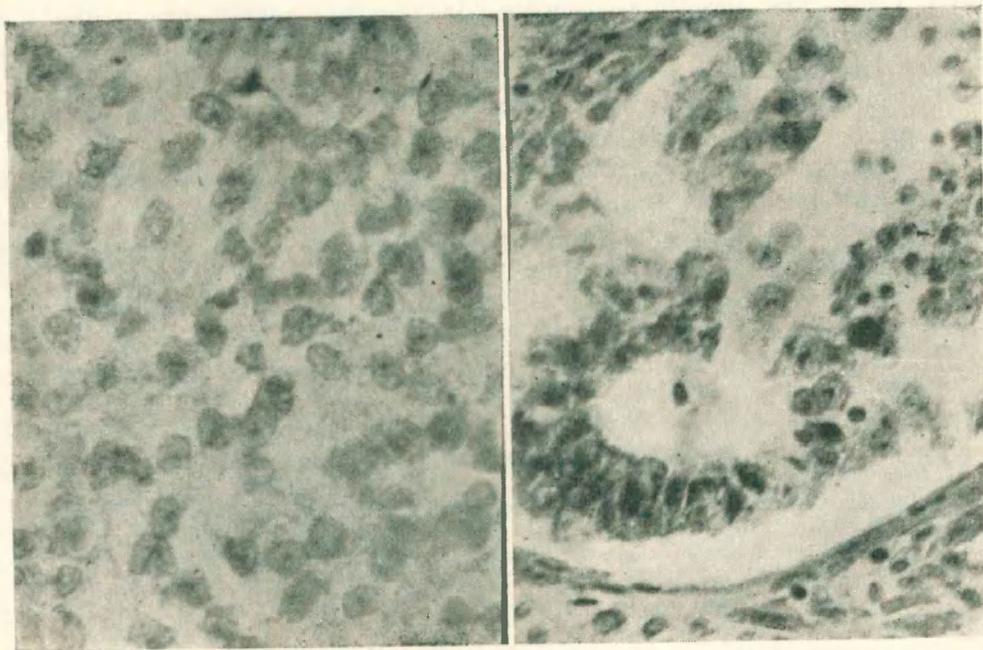
Microfotografía del tumor

Vista a pequeño aumento que muestra la proliferación neoplasia de células redondeadas con poco estroma reacción y núcleos atípicos.
Seminoma (Biopsia de la tumoración post-operatoria).



Microfotografía del tumor a gran aumento

Se aprecia la atipia nuclear y la forma redondeada y poligonal de las células
Seminoma (Biopsia de la tumoración post-operatoria).



Microfotografía del tumor

- A - Otra zona del tumor donde se aprecia la atipia de los núcleos y el citoplasma claro.
- B - Elemento glandular atípico que muestra la diferenciación en adenocarcinoma de la neoplasia.

COMENTARIOS

Sabemos que los linfáticos del testículo van por el cordón inguinal hasta la cavidad abdominal, donde penetran y recorren por la pared posterior junto con los vasos espermáticos por el tejido subperitoneal, para desembocar en los ganglios lumboaórticos, separándose algunos linfáticos por encima del conducto inguinal y siguiendo el recorrido de los vasos ilíacos externos desembocan en los ganglios del mismo nombre. Los ganglios inguinales no son tomados sino únicamente cuando el tumor ha roto la albuginea y se adhiera a la piel del escroto completamente libre y deslizable, no estando adherida en ningún punto al testículo, había una ligera infiltración del cordón, pero no se palpaban ganglios ilíacos ni lumboaórticos, y los exámenes radiográficos de estómago, pulmón, etc. no mostraron ninguna sombra o deformación que nos hiciese presumir que existiese una adenopatía profunda difícil de palpar o que hubiera pasado desapercibida al examen.

La castración simple la creímos lógica, seguida de radioterapia. La intervención se practicó con anestesia local, anestesiando la parte alta del cordón y piel de escroto y, una vez abierta ésta, se ligó rápidamente el cordón lo más alto posible y se seccionó, para evitar que las maniobras de enucleación del tumor,

produjese lesiones embolígenas. La liberación del tumor fué fácil y se practicó con maniobras suaves. Todo parecía normal y exitoso en el primer momento, pero, al mes y medio, en pleno tratamiento radioterápico y llevando ya 25 aplicaciones, vemos nuevamente al paciente con una tumoración, que ocupaba toda la bolsa operada que se dirigía hacia el pubis y algo por encima del mismo, fija, dura, que nos hizo pensar en el primer momento, tratarse de un hematoma infectado, pero la biopsia nos demostró tratarse de un blastoma maligno con el aspecto histológico del seminoma.

¿Cómo se produjo esta metástasis in situ con las medidas de precaución observadas durante el acto quirúrgico? ¿Se habría transportado con la aguja al practicar la anestesia local, células neoplásicas, en los tejidos vecinos? ¿Habría alguna pequeña efracción de la albugínea, que nos pasó desapercibida e hizo durante el acto quirúrgico la siembra neoplásica en los tejidos circundantes? No podríamos contestar a esas preguntas, pero sí queremos llamar la atención sobre esta localización metastásica tan poco frecuente y de evolución tan rápida.