

SEMINOMA LUMBAR CON TESTICULOS EUTOPICOS

Por los Dres. ALBERTO J. CLARET, CARLOS A. MACKINTOSH
y ENRIQUE FISCH.

Varios han sido los motivos que nos indujeron a presentar este trabajo de casuística.

Historia Clínica N° 9523. — P. P., 37 años, casado, italiano, tornero. Domicilio: Merlo, Prov. de Buenos Aires. Ingresó: 14-6-61.

Antecedentes: Amigdalectomía.

Enfermedad actual: Desde hace 11 años dolor lumbar izquierdo y retención de orina por lo cual es visto en un Hospital Municipal de la Capital, recuperando la micción. Continúa con dolores lumbares siendo tratado con penicilina. Hasta hace dos años evoluciona bien, época en que aparecen molestias en fosa lumbar derecha. Se le efectúa estudio radiográfico diagnosticándosele quiste renal izquierdo, se le propone operación que él no acepta. Hace tres meses dolor en hipocondrio izquierdo y fiebre vespertina. Examinado, es enviado para su estudio con el diagnóstico de exclusión renal izquierda.

Estado actual: Enfermo en buen estado general, mucosas húmedas y rosadas.

Cabeza y cuello: sin particularidades.

Tórax: conformación normal. Aparato respiratorio: sin particularidades. Aparato circulatorio: ídem.

Abdomen: Asimétrico. El hemi-abdomen izquierdo está deformado por una masa resistente que excursiona con la respiración, que tiene franco contacto lumbar, que pelotea escasamente y que permite en la inspiración insinuar la mano entre el tumor y la parrilla costal. Fig. N° 1.

Sistema nervioso: sin particularidades. Miembros: ídem.

Aparato genitourinario: Micción: normal. Orina: ámbar. Genitales: sin particularidades. Tacto rectal: sin particularidades.

Laboratorio: Análisis completo de orina: ácida, 1026, normal. Urea en suero: 0,50 grs.%. Glucemia: 0,80 grs.%. Eritrosedimentación: 1 hora, 62 mm.; 2 horas, 130 mm. I. de K.: 63,5. Tiempo de coagulación: 5' 40". Tiempo de sangría: 1' 30". Hemograma: G. r.: 4.060.000. G. r.: 6.800. H. b.: 12%. Porcentaje: 78%. V. G.: 0,97. N.: 64%. E.: 3%. L.: 30%. M.: 3%.

Radiografía s de a. urinario: colon izquierdo descendido, no se visualiza psoas izquierdo.

Urograma de excreción: Buena función y morfología bilateral. Tumoración izquierda que llega hasta la cresta ilíaca, visualizándose el riñón de ese lado desplazado sobre la 10ª costilla, justo sobre la extremidad izquierda de la placa radiográfica. El uréter izquierdo en su proyección lumbar contornea la masa tumoral por su parte externa e inferior.

Radiografía de tórax: sin particularidades.

Aortografía: (por vía intravenosa a nivel del pliegue del codo, con Nosylan al 70%). Aorta desplazada por la masa tumoral hacia la derecha.

Figs. 2, 3 y 4.

Operación: 6-7-61. Cirujano: Dr. A. J. Claret. Ayudantes: Dres. C. A. Mackintosh y E. Fisch. — Lumbotomía izquierda amplia prolongando el último espacio intercostal. La región se encuentra más vascularizada que normalmente. El tumor que ocupa el flanco izquierdo da la sensación por su aspecto y consistencia de ser de contenido líquido. Se intenta efectuar la punción del mismo para extraer su contenido, pero con resultado negativo, recogiendo la aguja nada más que sangre. Dicha punción tenía por objeto disminuir el tamaño del tumor para poder exteriorizarlo juntamente con la glándula correspondiente. Se amplía la herida

en ambas direcciones hacia arriba y hacia el abdomen abriendo la vaina del recto mayor. En la prolongación posterior sobre el espacio intercostal se abre pleura ampliamente y parte del diafragma para facilitar la extracción del tumor que ha tenido ya varias efracciones, por las cuales sale un material blanduzco. La movilización del tumor es sumamente difícil por cuanto está fijo a la pared posterior del abdomen. El bazo y el riñón se palpan en la parte superior de la masa tumoral. Sutura de la pleura, ligadura del uréter que se encuentra engrosado. Abordaje del riñón, liberándose del tumor. Preparación del pedículo, clampeo y ectomía. Ligadura del pedículo. La extracción del tumor se hace por trozos, siendo el campo invadido por numerosas masas tumorales. Después de enormes esfuerzos se completa la ectomía. Prolija hemostasia, quedando a nivel del músculo cuadrado y psoas una superficie de implantación irregular, anfractuosa y sangrante de alrededor de 6 cm. de diámetro. Toilette de la herida. Suprarrenal aumentada de tamaño larga y delgada. Se extraen todas las masas tumorales que pudieran dar lugar a injertos y se lava la cavidad con alcohol. Drenaje y cierre de la pared por planos al catgut piel con algodón. Durante el acto operatorio se ha

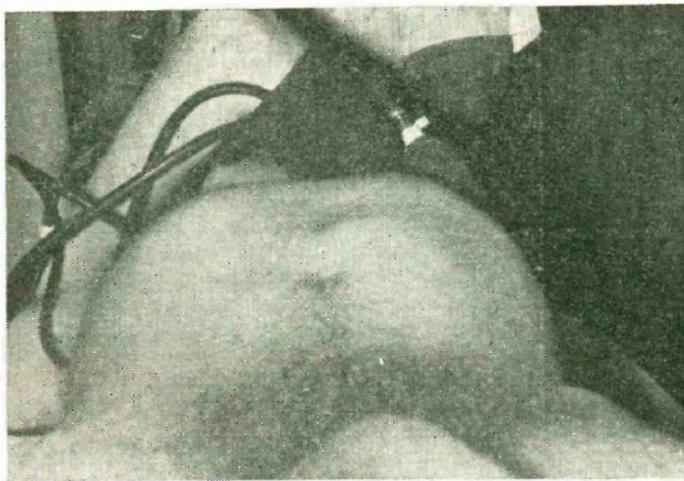


Figura 1

pasado un litro de sangre, 500 cc. de suero, pues el enfermo ha sufrido una caída tensional que ha llegado a 7 mm de máxima.

Post-operatorio: Penicillina y estreptomina, transfusión de sangre total, sueros.

Anatomía patológica: Fotos Nos. 5, 6, y 7. Ficha: N° 78.213. Fecha: 8-7-1961. Seminoma extratesticular con zonas de carcinoma indiferenciado. — Firmado: Dr. M. Polak.

13-7-61, se retiran los puntos, cicatrización por primera.

14-7-61, Endoxan 100 mg, continuándose así toda la semana y luego a razón de 200 mg. diarios hasta completar 10 grs. El enfermo desmejora a partir de la primer semana debiendo ser transfundido en varias oportunidades. A los 18 días de la operación comienza con fiebre por las tardes. Se efectúa radioterapia a partir del día 8-9-1961, completándose 8.216 r. distribuidas en tres campos a razón de 2.800 c/u.

15-10-61, es retirado por la familia en mal estado, febril.

Visto luego en su domicilio se constata decaimiento acentuado del estado físico con emaciación, astenia, anorexia. Se encuentra afebril. El abdomen no presenta elemento patológico impotente a la palpación. Efectúa tratamiento con analgésicos y opiáceos por dolores agudos a nivel del flanco izquierdo.

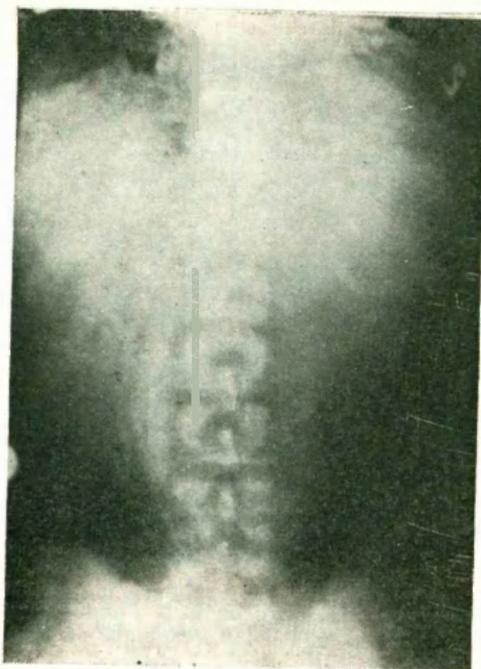


Figura 2

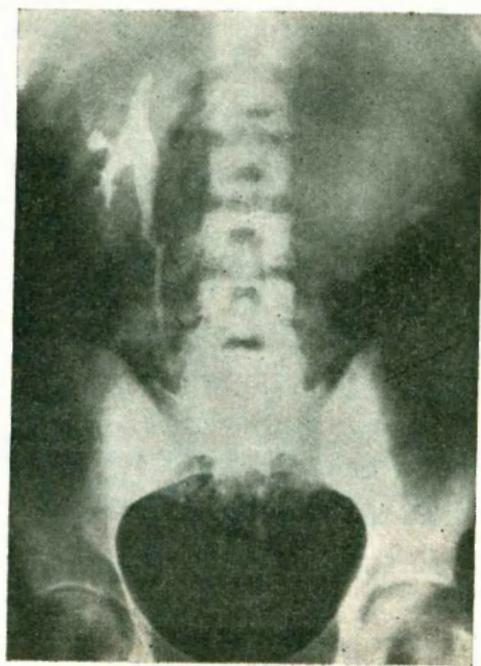


Figura 3

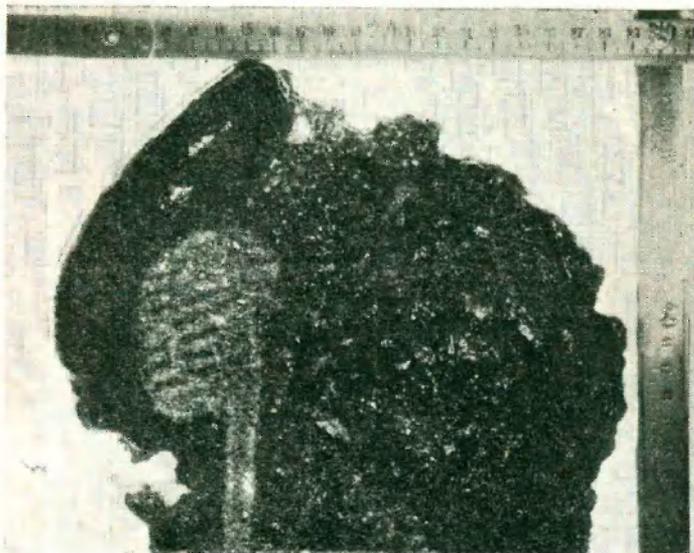


Foto N° 5 — Tumor blanduzco de gran tamaño con zonas hemorrágicas de color rosado amarillento. Presenta además paquete ganglionar con ganglios grandes, blancos, blandos y adheridos entre sí.

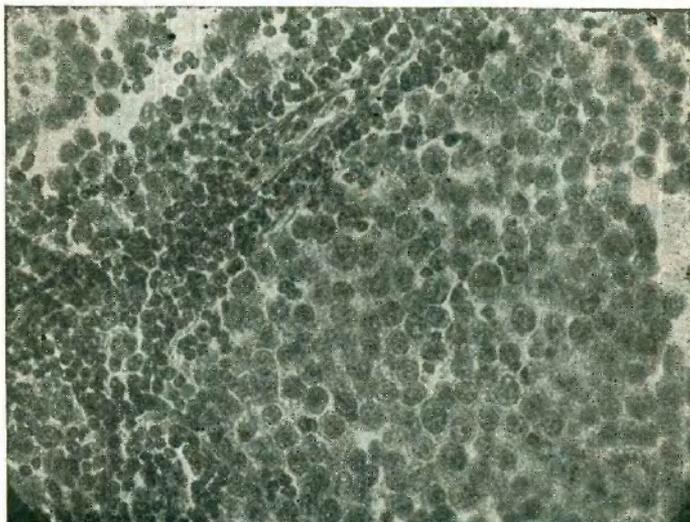


Foto N° 6 — Corresponde a una zona seminomatosa. Observamos la presencia de células poliédricas, agrupadas en trabéculas y con filo, donde se encierra también un núcleo esférico, rico en cromatina laxa y ostentando un grueso nucléolo. Estas células se disponen en cordones o grandes acúmulos entre los cuales hay frecuentemente nidos de células linfocitarias, según se ve en la fotografía.

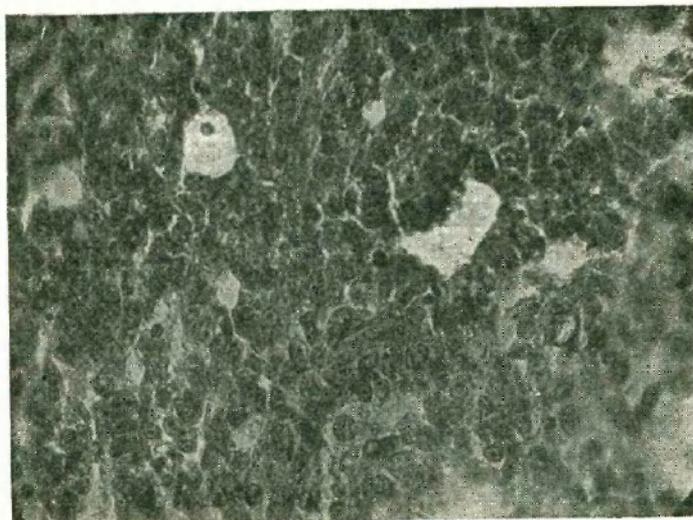


Foto Nº 7 — Corresponde a una zona carcinomatosa. Observamos la presencia de células poliédricas, agrupadas en trabéculas y con alguna tendencia a la diferenciación tubular. El citoplasma es escaso y los núcleos, irregulares, hipercromáticos, frecuentemente en mitosis, típica y atípica.

CONCLUSIONES

- 1) El error diagnóstico: el estudio clínico del paciente y las radiografías nos llevaron al acto operatorio con el diagnóstico de quiste renal.
- 2) El interés radiográfico por el desplazamiento enorme del riñón dando la sensación de una exclusión.
- 3) La anatomía patológica que no sospechamos, por cuanto no había motivo para pensar en un seminoma.
- 4) La evolución prolongada del proceso: 11 años, conservando el paciente un estado general satisfactorio sin disminución de su capacidad funcional.
- 5) El origen de la neoformación: ¿Se trata de un tumor metastático de larga evolución criptogenético, o se ha originado, como el caso que trajera hace unos años atrás al seno de esta misma Sociedad el Dr. Márquez Bustos, en un resto embrionario lumbar? Creemos que la segunda suposición es la más lógica dentro de la rareza de este tipo de neoformación.

RESUMEN:

Los autores presentan enorme tumor retroperitoneal: seminoma de larga evolución con genitales aparentemente de caracteres normales.