

TUMOR GELIFORME ENCAPSULADO DE TESTICULO

Dr. Marco Aurelio Castria

El diagnóstico clínico de tumores de testículo puede resultar difícil en determinados períodos, sobre todos los iniciales, aún cuando concientemente se albergue la posibilidad de su existencia.

Los elementos de juicio que nos reporta el examen clínico del paciente y su semiología con referencias de palpación para revelarnos mayor consistencia, nódulos y abollamientos, la no objetivación de procesos infecciosos locales o generales, fenómenos irritativos o traumatismos que puedan impactar al testículo, la ausencia de dolor a la palpación en determinadas fases, su aparición gradual e insidiosa, sus respuestas biológicas etc., en suma todos los síntomas que no son patognomónicos por sí, pero que conjuntamente pueden orientarnos en la existencia de un tumor de la glándula seminal. Es indudable que un estudio histológico seriado podrá establecer un juicio diagnóstico de certeza, aún cuando la interpretación anatomo patológica suele ser dispar sobre la filiación tisular y por lo tanto sobre su nomenclatura.

Prueba de ello lo constituye el hecho de que pocos temas de Patología Quirúrgica resulten tan complejos e interesantes como el de los tumores testiculares, en razón de que sus peculiaridades histológicas se han prestado a una serie de clasificaciones basadas la mayoría de ellas en sus variedades histológicas.

Creo oportuno presentar un caso de tumor de testículo que si bien por su estudio clínico semiológico nos orientara hacia su patología, sólo el estudio microscópico del mismo nos revelará lo sugestivo de su histología.

Historia clínica: Hospital Aeronáutico Central.

C. A. argentino, casado de 47 años de edad.

Antecedentes: Sin importancia. Manifiesta haber sido sano.

Enfermedad actual: Refiere que desde hace dos años aproximadamente constata aumento indoloro y progresivo de testículo izquierdo.

Estado actual: A la palpación aumento de volumen en casi dos veces su tamaño normal con zonas de superficie lisa alternando con otras de caracteres irregulares. Tenso e indoloro.

Transiluminación negativa. Reucciones biológicas de Galli-Mainini, Casoni, Wassermann y dintel tuberculínico, negativas.

Radiografía de tórax: normal. Urograma excretor: sin particularidades.

Análisis de sangre y orina: dentro de límites fisiológicos.

Se realiza orquiectomía izquierda el día 19/IV/1965.

Estudio Anatomo-patológico.

Macroscopia: Testículo que mide ocho por siete centímetros. La forma está conservada y al corte presenta en la parte central una formación esférica de cinco de diámetro contituida por una cápsula fibrosa de dos o tres milímetros de espesor que encierra un contenido color castaño claro, gelatinoso, líquido en la parte central y más denso

próximo a la cápsula. Las zonas densas dan la impresión de una estratificación y son de color blanco grisáceo.

Microscopia: La pared de la formación está constituida por un tejido conectivo adulto, con vasos, presentando regueros y acumulos de infiltrados a predominio linfocitario.

En algunos sectores este infiltrado tiene tendencia a disponerse alrededor de los vasos sanguíneos.

Esta pared conectiva no presenta ningún revestimiento, sino que limita una cavidad con un contenido amorfo, finamente reticular, limitando pequeñas areolas poligonales de distinto tamaño, irregulares.

El resto del testículo próximo a la membrana fibrosa descripta muestra atrofia tubular y fibrosis por comprensión.

CONSIDERACIONES:

En el presente caso se constata una formación quística en la que la involución del proceso limita las elucubraciones etiológicas ya que faltan elementos indispensables para colocarle un sello que certifique la verdadera naturaleza de la afección.

Examinando con detención el contenido se encuentran pequeñas laminillas abarquilladas y deformadas que recuerdan a las laminillas corneas.

La frecuencia mayor en las formaciones quísticas testiculares son las de naturaleza teratomatosa, pudiendo en este caso corresponder a un antiguo quiste epidermoideo teratomatoso en el que a través de un proceso supurativo muy antiguo han desaparecido las estructuras fundamentales que corrobore su naturaleza.*

Habiendo desaparecido su revestimiento pavimentoso epidermoide resta solamente para sospechar esa naturaleza, las laminillas que se describen en el contenido de la formación.

Se excluye además el quiste hidatídico por no encontrarse las cuticulares características de este y precipitaciones calcareas que son frecuentes y posible de reconocer aunque estos quistes estén involucionados.

El cuadro clínico, la serología y la histopatología excluye también la goma luetico y al tuberculoma.

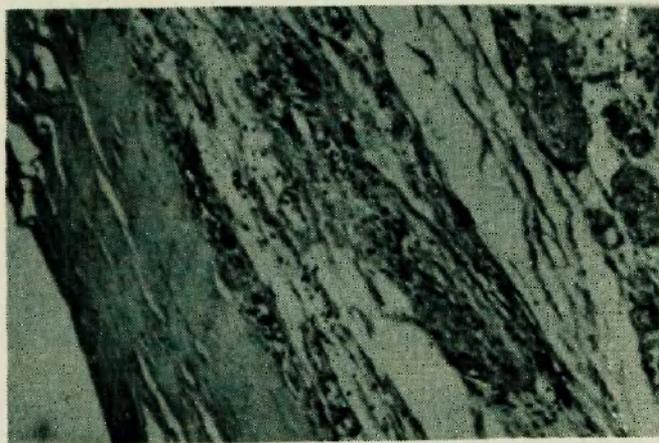
RESUMEN

El presente trabajo intitulado Tumor Geliforme Encapsulado de Testículo está fundamentado en apreciaciones antomopatológicas que hipotéticamente corresponderían a un quiste epidermoide teratomatoso involucionado.

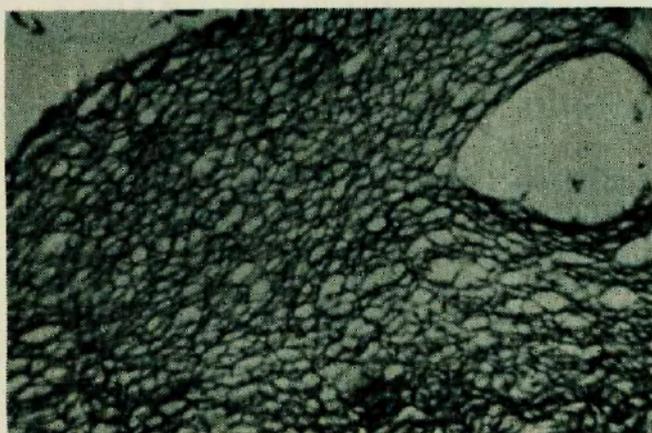
TUMOR GELIFORME ENCAPSULADO DE TESTICULO



Testiculo que mide 8 x 7 cm. Formación central esférica de 5 cm. con contenido geliforme, limitado por cápsula fibrosa.



Pared de la formación constituida por tejido conectivo adulto, con vasos, y acumulos de infiltrados linfocitarios.



Contenido amorfo finamente reticular, limitando pequeñas areolas irregulares de distintos tamaños, de aspecto poligonal.