

RESUMEN

Se presenta un típico caso de tumor mixto. Teratocarcinoma en un joven de 18 años, de evolución rápida y que dos factores desencadenantes activaron su proceso: 1º el traumatismo y luego la punción e intervención quirúrgica que no fue posible realizar por la gran adherencia del mismo a piel. Afirmando así lo expuesto por el Dr. Trabuco en su relato del IX Congreso de Urología Argentino: que las células neoplásicas con movimiento ameboidal salen del testículo y siguen por vía de progresión hacia el camino de la Plicas vascular y tejidos subyacentes como la piel de escroto que originó una ulceración formando una masa uniforme leñosa testiculoescrotal, y que la irradiación profiláctica preoperatoria a que fue sometido sabiendo muy bien de la alta resistencia radiante del teratocarcinoma hizo difícil y negativo yugular el mismo luego de aplicado el tratamiento de telecobaltoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- De Ponte T.*: R. A. U. Vol. 26, pág. 117, año 1957.
Trabuco, A.: 9º Cong. Arg. de Urol., pág. 331-334, año 1966.
Castria, M.: R. A. U. Vol. XXXV, pág. 51-52, año 1966.
Trabuco, A. y Orlando E.: 9º Cong. Arg. de Urol., pág. 342-344, año 1966.
Pagliere Soldano, O. y Scorticati S.: R. A. U. Vol. XXXVII, pág. 104-106, año 1968.
Rochman, E. J.: R. A. U. Vol. XXXIII, pág. 331-332, año 1969.

Hospital Argerich
 Servicio de Urología

XI Congreso Argentino de Urología
 Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40. Año 1971

FIBROMIXOSARCOMA DE CORDON ESPERMATICO

Por los Dres. JOSE NOLAZCO, ROBERTO QUINTANA y RUBEN HOJMAN

En la práctica urológica es infrecuente el hallazgo de tumores en el cordón espermático. Hasta la fecha se describen en la literatura mundial menos de 300 casos, siendo apenas superiores al centenar los sarcomas.

Estos tumores, desde el punto de vista macrocópico, pueden ser quísticos y sólidos, oscilando sus diámetros entre 1 y 10 cms., siendo variables su grado de adherencia a las estructuras subyacentes y el probable compromiso testicular.

Desde el punto de vista histológico, son francamente predominantes los de extirpe conjuntiva, comprobándose que un tercio de los mismos son malignos. Adoptando los caracteres de lijo-fibro-mixto y miosarcomas y en algunos casos polimorfos o mixtos.

Puede sugerirse de acuerdo a su arquitectura un origen en: vaginal, cremáster, vasos y tejido céluloadiposo de la región.

Según la descripción clásica, la evolución de estos tumores es, en la mayoría de los casos, rápidamente mortal, haciendo recidivas in situ o metástasis.

Es dable destacar, que del punto de vista semiológico, pueden simular una epididimitis, paquivaginalitis o un tumor de testículo, debiéndose efectuar el correspondiente diagnóstico diferencial y aconsejándose efectuar biopsia por congelación.

El plan terapéutico es quirúrgico. La intervención no debe limitarse solamente a la extirpación del tumor, sino que debe efectuarse sistemáticamente la castración.

Es necesario además, como recurso preventivo de recidivas, efectuar tratamiento radiante y citostático inmediatamente después de su extirpación.

El motivo de nuestra presentación es el siguiente caso:

Historia clínica: 4042. Servicio de Urología del Hospital Cosme Argerich. E. A. L., 68 años, argentino, casado. Sala 9, cama 3. Internado el 7 de enero de 1967.

Enfermedad actual: Desde hace seis años nota el aumento paulatino, en forma indolora del hemiescrotro derecho que últimamente se incrementó más rápidamente, siempre sin dolor. Concorre a nuestro Servicio, donde se procede a su internación.

Antecedentes personales: Fue intervenido quirúrgicamente en el año 1958 de un tumor de ciego (adenocarcinoma), efectuándose una hemicolectomía derecha.

Estado actual: Enfermo en buen estado general. La semiología somática de cabeza, cuello y tórax sin particularidades dignas de mención. El abdomen se presenta blando, depresible e indoloro a la palpación. Hígado y bazo no se palpan. En la piel se comprueban dos cicatrices, una en fosa iliaca derecha y otra paramediana supra e infraumbilical izquierda.

Escroto: Hemiescrotro izquierdo normal. El hemiescrotro derecho a la inspección se presenta aumentado de volumen en forma manifiesta, palpándose una tumoración de 15 x 10 x 10 cm., renitente, bilobulada, siendo la parte inferior elástica y la superior dura de límites netos. No existe hernia inguinal, no pudiéndose precisar los límites entre el cordón y el testículo. No hay adherencia a piel ni a planos profundos. Se efectúa como complemento una transiluminación que es negativa. El peso del hemiescrotro estaba notablemente aumentado. Sus análisis de rutina y radiografía de tórax eran normales.

Operación: Cirujano, Dr. Quintana. Ayudante, Dr. Gibkin. Anestesia Peridural. Dr. Miceli. Incisión escrotal. Incindida la vaginal se comprueba pequeño hidrocele, testículo y epidídimo de aspecto normal. Por encima, a nivel del cordón espermático, se localiza una tumoración dura abollonada de color grisáceo de 15 x 12 x 9 cm., adherida firmemente a los elementos del cordón, que siendo rechazados, no estaban englobados por el tumor. La tumoración no presentaba adherencia a los planos vecinos. Por encima de la misma existía otra de caracteres similares, pero de tamaño pequeño (2 x 2 x 1 cm.). En el extremo proximal del cordón, se efectuó la ligadura del mismo, procediéndose a la extirpación de la tumoración y del testículo subyacente.

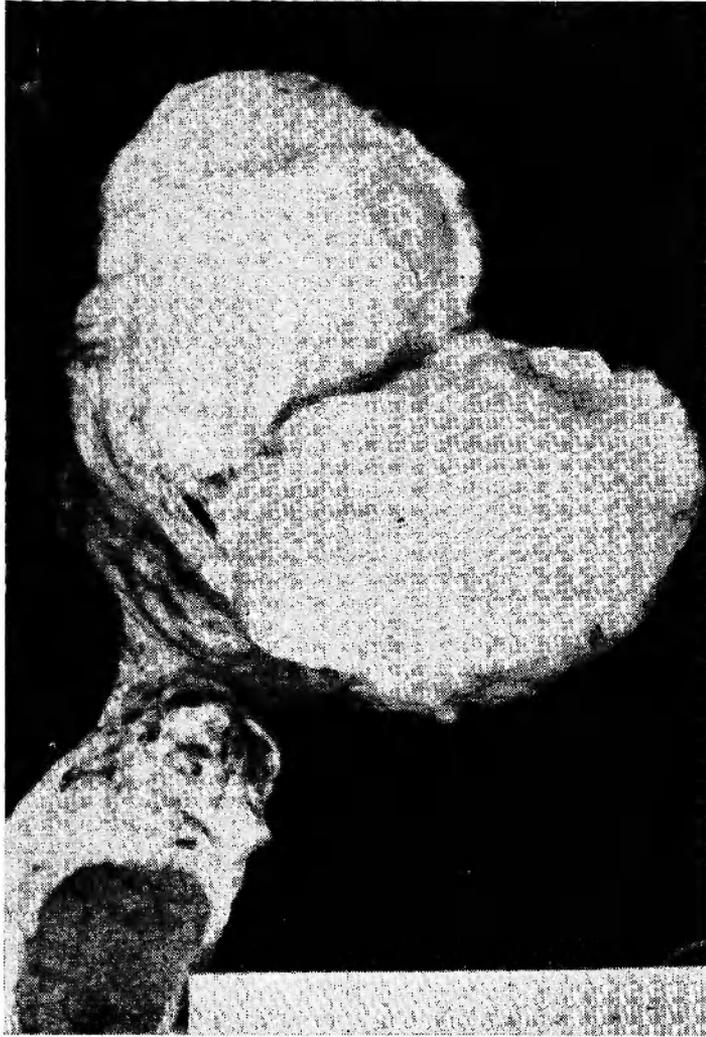
Evolución post-operatoria: Normal, sin inconvenientes.

Anatomía patológica: Inclusión 27.511. Dr. R. Hojman. 9 de febrero de 1967.

Descripción macroscópica: Pieza que comprende testículo y cordón espermático (15 cm.). Próximo a la extremidad superior de este último una tumoración de 10 cm. de diámetro relacionada con los elementos de la vaina que envuelve al cordón, pero no hay relación con el conducto deferente, ni los vasos. El tumor al corte es brillante, con áreas pardo-amarillentas, redondeadas, áreas amarillo-blanquecinas y tractos coniuntivos que los delimitan. El testículo conservado en su tamaño, parduzco. Albugínea muy espesada (0.5 cm.); igualmente la hoja parietal de la serosa. Aparte se recibe formación lobulada, blanquecina, elástica de 2 x 2 x 1 cm.

Microscopia: La neoformación carece de cápsula genuina. Está constituida por abundante estroma esclero-hialinizado que en focos extensos es mi-

xoide por edema basófilo. La vascularización es correcta y existiendo alternantes acúmulos linfocitarios en su relación. En variable proporción se dispersan elementos mesenquimáticos jóvenes, en general con caracteres de fibroblastos, algunos de los cuales poseen varios núcleos, alteración de la relación núcleo-citoplasmática y presencia de nucleolo voluminoso. Raras imágenes mitóticas. Testículo y epidídimo sin alteraciones significativas.



Diagnóstico: Se interpreta como un fibromixosarcoma. No obstante la terapéutica radiante y citostática efectuada, el enfermo fallece al año, internado en el Servicio de Cirugía de nuestro hospital, con el diagnóstico de sarcoma retroperitoneal (biopsia).

Conclusiones: Se trata de un caso de tumor maligno del cordón espermático, cuya evolución demostró la gravedad del mismo, no obstante el tratamiento efectuado.