

L. F. argentino de 72 años de edad. Casado. H. C. N° 275.809.

ANTECEDENTES: A los treinta y siete años neumopatía, a los cincuenta años hernioplastia inguinal izquierda, a los sesenta y cuatro apendicectomía.

ENFERMEDAD ACTUAL: Consulta por hematuria total, intermitente, indolora, de varios días de duración. Con anterioridad este episodio lo presentó en dos oportunidades con los mismos caracteres. Dolor lumbar izquierdo de tipo gravativo que se irradia a hipogastrio. Prostatismo desde hace varios años con discreta polaquiuria y nicturia.

ESTADO ACTUAL: Riñones no se palpan, dado el acentuado tonismo de los músculos de la pared abdominal.

Genitales externos: sin particularidades. Tacto rectal: adenoma de próstata grado II.

Radiografía de tórax: normal.

De los exámenes de Laboratorio solicitados se constata como valores de interés los siguientes: Urea de sangre: 0,45 % por %. Orina: moderada cantidad de leucocitos, hematies y cilindros hialinos.

Urograma excretor: En riñón izquierdo se observa una imagen que desorganiza el sistema excretor. Riñón derecho normal. Vejiga con acentuada compresión extrínseca desde abajo por adenoma prostático.

La arteriografía renal presenta lado derecho normal. En el lado izquierdo se observa masa vascularizada que se tiñe en la faz nefrográfica y que por su características radiológicas corresponde a un tumor, y un defecto de relleno en la parte inferior que por su conformación corresponden a una imagen quística.

Examen cardiológico: Evaluación del riesgo quirúrgico: moderadamente aumentado, no contraindica la operación.

Si bien es cierto que el urograma excretor no precisa con exactitud la identidad del proceso que distorsiona la arquitectura pielocalicular, no es menos cierto que la arteriografía renal revela la verdadera identidad tumoral y quística que comprometen a la glándula renal, coincidentemente con la signología clínica que presentara el paciente.

Con diagnóstico de tumor y quiste renal izquierdo se realiza nefrectomía.

Diagnóstico histopatológico: Adenocarcinoma y quiste solitario de riñón.

Comentario

Los síntomas clínicos y los valores Laboratorio del quiste y el tumor renal no contribuyen en ocasiones a un preciso diagnóstico diferencial, pero es indudable que orientan la investigación hacia una probable masa renal.

La identidad de dichas patologías se logra fundamentalmente con las diversas técnicas radiográficas que permiten obtener detalles de la estructura renal como lo revela el estudio angiográfico, y que a pesar de tal conquista se admite en este campo de la investigación un error diagnóstico de hasta el 5%

El caso clínico que presentamos corresponde a una de las cuatro posibilidades establecidas por Gibson, es decir, el de la coexistencia de un tumor y un quiste en distintas regiones del riñón.

Conclusión

Se presenta un paciente con doble patología tumoral renal, carcinoma y quiste, que la arteriografía renal precisó incuestionablemente.

TUMORES BENIGNOS DE TESTICULO

Por el Dr. ANTONIO A. VILLAMIL

Esta patología es sumamente infrecuente. Solamente el 2 % al 4 % de todas las neoplasias testiculares, son benignas.

Entre los tumores benignos de testículo, se distinguen los tumores de las células intersticiales y los tumores adenomatosos, siendo estas dos entidades.

las más frecuentes. Mucho más raros aún, son los anjomas, lipomas, mionas, fibromas y los quistes dermides o teratomas benignos.

Describiremos solamente a los fibromas, y quistes dermoides por contarlos entre la casuística que se presenta.

En los últimos años son muy escasas las publicaciones sobre fibroma testicular. Stevens en 1942, describió uno en un niño de dos semanas de edad; en 1948, Johnson luego de un estudio de los tumores testiculares, aporta un caso, a los cuales se suma en años posteriores otro de Lowry, hallado en una serie de 100 tumores de testículo.

En cuanto a los quistes dermoides o teratomas benignos, la literatura es un poco más amplia. Hasta el año 1926 Cairus, recopiló 47 teratomas benignos. En 1940 Stevens, aporta un caso en un niño de 16 meses. Twinen en 1942, relata un caso en un niño de 3 años y afirma que el 7 % de los tumores testiculares observados en el Memorial Hospital de Nueva York, eran teratomas benignos. Lockerty y Priestley, publican tres casos de 23, 25 y 51 años de edad, en una serie de 400 tumores de testículo. En 1952 Ian Muir y en 1954 Atkinson, publican un caso cada uno, este último englobando testículo y epidídimo.

En nuestra Sociedad, Rebaudi y colaboradores en 1947, describe un caso de 2 quistes dermoides en un testículo de un paciente de 37 años y en 1959 Claret, Mackintosh y Fish, describen el caso de un joven de 21 años, que presentaba un quiste dermoide en el testículo y otro en el epidídimo del lado derecho, realizándosele la enucleación de los mismos, con conservación del testículo y epidídimo.

En el Servicio donde actúo, hemos tenido ocasión de observar en estos últimos tres años, dos casos de tumores benignos de testículo, un fibroma y un quiste dermoide.

Caso 1: J. G. de 25 años, que consulta en Junio de 1970, porque desde hace 2 meses nota aumento de tamaño del testículo izquierdo en forma progresiva, acompañándose de discreto dolor. No presenta antecedentes personales y familiares de importancia y al examen, se encuentra un testículo izquierdo aumentado de tamaño, de mayor consistencia, palpándose el epidídimo y los eelmentos del cordón inguinal sin aparente patología. Los análisis de sangre y orina rutinarios eran normales. La reacción de Ascheheim Zondek era negativa.

Con el diagnóstico de tumor testicular izquierdo es intervenido quirúrgicamente a los pocos días, realizándosele una incisión inguino-escrotal izquierda con anestesia local. Se clampea previamente el cordón y se exterioriza con facilidad el testículo observándose una glándula aumentada de tamaño y consistencia, por una tumoración parenquimatosa que ocupa el centro del órgano, conservando el mismo su superficie lisa y su aspecto normal. Ante el fracaso de realizar una biopsia por congelación por el escaso material extraído, se decide realizar una orquiepididimectomía. Examen anátomo-patológico N° 21.174 (Dr. Enrique Hernández): testículo aumentado de tamaño y ligeramente deformado, que al corte muestra un área de tejido de aspecto normal en contacto con un nódulo de 4 por 2 cms., de consistencia dura de color pardo claro, con estrias de aspecto fibroso; examen microscópico: testículo con caracteres conservados y una formación constituida por extensa fibrosis, parcialmente hialina, vascularizada, con infiltrados inflamatorios crónicos de variable magnitud. Este tejido de neoformación tiene límites netos y una cápsula fibrosa que comprime al parénquima normal, afinando los tubos de la vecindad. Epidídimo sin lesiones. Diagnóstico: Fibroma.

La evolución post-operatoria fue buena y a los cinco días dado de alta. Los controles posteriores hasta la fecha fueron normales.

Caso 2: J. B. de 35 años, consulta en junio de 1973, al notar desde hace 1 mes, aumento de tamaño y dolor en el testículo derecho. Entre los antecedentes personales y familiares no hay datos dignos de mención. En el examen se observa el hemiescrotal derecho aumentado de tamaño con borramiento de los pliegues cutáneos y se palpa un órgano de dimensiones mayores, con su consistencia aumentada y su epidídimo y funículo aparentemente normales. No hay signo de Duplay. Los análisis de sangre y orina de rutina son normales y la prueba de Aschelein-Zondek es negativa.

Se indica tratamiento anti-inflamatorio y antibiótico por una semana y al no mejorar, se decide la intervención con el diagnóstico probable de tumor de testículo.

Se realiza una incisión inguino-escrotal derecha y previo clampeo del pedículo testicular,

se lo exterioriza, observándose testículo aumentado de tamaño y palpándose una tumoreción intraparenquimatosa. Se realiza la ectomía del mismo.

Informe anátomo-patológico N° 26.481 (Dr. Enrique Hernández): testículo de 6 por 6 cms., con cápsula lisa que al corte muestra una lesión bien delimitada de 5 por 4 cms. con la cápsula blanquecina, firme y la luz ocupada por abundante material blanquecino, muy friable y moderadamente congestivo. La microscopía muestra atrofia tubular en zonas y en las paredes del tumor antes descripto, fibrosis y epitelio pavimentoso estratificado, sin anexos, con abundante cantidad de queratina. Diagnóstico: Teratoma quístico benigno de testículo (Quiste dermoide). Epidídimo normal.

La evolución del enfermo ha sido excelente, hasta el momento actual.

Comentario: La etiología de estos tumores es totalmente desconocida. Se ha intentado sin embargo, demostrar mediante algunas teorías, e lorigen de los quistes dermoides en el testículo, pudiendo citarse: 1º) Teoría de la partenogénesis, que se remonta al origen primitivo de la glándula, donde no hay una diferenciación entre testículo y óvulo y en el caso de persistir éste dentro del testículo, y por su evolución parte no genética, de origen a estos tumores; 2º) Teoría de la inclusión: se basa en la inclusión del ectodermo durante la evolución de las hojas ventral y dorsal; 3º) Teoría blastodérmica: que trata de explicarlo por la evolución de un blastómero, que recuperando tardamente su potencial evolutivo, puede dar origen a tejidos derivados de las hojas blastómeras y la 4ª) descripta por King en 1951, que demostró que células peritoneales por transformación, dan origen a un epitelio escamoso.

Clinicamente su diferenciación con tumores malignos es imposible. Se trata de testículos que aumentan gradualmente de tamaño en meses o años, a veces acompañados de dolor.

Los datos de laboratorio tampoco dan una orientación certera de esta patología, siendo el dosaje de gonadotrofinas en la orina, normal. Cuando contienen material cartilaginoso o cálcico, se podrá poner de manifiesto en la placa radiográfica.

Las complicaciones más frecuentes, son el hidrocele, que en determinados casos no permite la palpación del órgano y la degeneración maligna, posible solamente en el quiste dermoide y aún no comprobada fehacientemente.

Es obvio remarcar, que el tratamiento es siempre quirúrgico, aconsejando la mayoría de los autores la orquiectomía, ya que sin un completo examen anátomo-patológico, no podrá afirmarse sobre la benignidad de un proceso tumoral testicular.

Resumen:

Se presentan dos casos de tumores benignos de testículo, un fibroma y un quiste dermoide o teratoma benigno. Luego de realizar una breve descripción de las respectivas historias clínicas, se enumera la bibliografía nacional y extranjera sobre el tema, completándose con una serie de consideraciones etiológicas, semiológicas, del tratamiento y evolutivas, de esta patología.

BIBLIOGRAFIA

- Multiple fibroma of the testicular membranas. Berman N. A. Vopr. Onkol 15: 104-6, 1969.
 Benign Teratomas of Testicle. Stevens W., J. Urol. 44: 864; 1940.
 Test tumors. Report 250 casos. Lewis L.G. 59: 763-772; 1948.
 Test tumors. Clinico pathological study. Dickson y Mon R. A. Cancer 6: 427-454; 1953.
 Leydigoma of the testis. Langer A., J. Urol. Nefrol. 73: 143-4; 1968.
 Fibromyoma of the epididymis. Ventura A. Minerva Urol. 23: 76-8; 1969.
 Disembrioma poliúístico. Tratamiento quirúrgico de un caso. Rebaudi y col., Rev. Arg. Urol. 16: 175-80; 1947.
 Quistes dermoides de testículo. Cirujía conservadora. Claret A. y col., Rev. Arg. Urol. 28: 142-46; 1959.
 Urological Pathology. Herbut P., Vol. 2, 1952.
 Pathology. Andersson W. A. D., Vol. 1, 1968.
 Tratado de Patología. Robbins S. L., 1963.

INDICE POR GRUPOS DE TEMAS DEL VOLUMEN 42

Año 1973

RIÑÓN Y PELVIS

	PÁG.
Rebaudi A. S., Penhos E., Zorrilla A. M., Ricart J. M.: Lipoma de Riñón	25
Castría M. A., Belossi O. R., Ramírez E. A., Piegari N. S.: Carcinoma Epidermoide de pelvis renal	30
Borzone R., Fefer S., Penhos E.: Flebotrombosis renal	46
Mackintosh C., Aza Archetti C. E.: Riñón en esponja	49
De Marco J., Barisio R. J.: Riñón en esponja	52
Mackintosh C., Aza Archetti C. E., Fredotovich N., Saponaro F.: Variedades infrecuentes de Tumores del parénquima y de la pelvis renal	56
Petrone E. G., Astariz M. A., Bosch G.: Fistula arteriovenosa renal. Tratamiento quirúrgico	70
Alvarinhas F. M.: Cálculo coraliforme blando	79
Murray A., Mathis R., Gigler C.: Carcinoma sarcomatoideo de riñón	86
Villamil A. A.: Ectopía renal cruzada	89
Castría M. A., Piegari N. S., Rotemberg I., Casazza M.: Hemorragia tumoral renal a forma pseudoquistica	111
Scorticati C. H., Casabe A. R., Olivari A., Miroslawa L.: Valor del renograma radioisotópico en la ptosis renal	113
Castría M. A., Piegari N. S., Rotemberg I., Nigro J. M.: Carcinoma y quiste renal	127

URETER

González Martin G.: Un signo radiológico de ciertos tumores del uréter	82
Cartelli E. J., Scorticati C. H., Celeste F.: Tumor metastásico del uréter	117
Bernstein-Hahn L., Quesada E.: Válvulas ureterales	124

VEJIGA

Artigas R. J., Rubí R.: Epiteloma vesical intradiverticular	40
Barisio R. J., De Marco J. M.: Tumor en divertículo vesical	61
Scorticati C. H., Avalos F. E., Cartelli E. J.: Leiomioma de vejiga	67

PROSTATA

	PÁG.
Scorticati C. H., Levati H., Cartelli E. J.: Utilización del ácido metacresol-sulfónico en cirugía de la próstata	84

ORGANOS GENITALES

Artigas R. J.: Autoextomía testicular	43
Castría M. A., Belossi O. R., Ramirez E. A.: Priapismo	52
Castría M. A., Orduna O., Zobh I.: Avulsión de la piel del pene	75
Moser G., Mathis R. (h), Celeste F., Gigler C.: Tumor del cordón espermático	80
Calamera J. C.: Bioquímica del esperma. Conferencia	87
Castría M. A., Di Noia A. E.: Terapéutica de los tumores de testículo	93
Bergadá C., Tessandori M., Sáenz C. A.: Criptorquidia. Mesa Redonda	105
Villamil A. A.: Tumores benignos de testículo	129

VARIOS

Rao F.: La linfografía en los tumores urogenitales	16
Scorticati C. H., Cartelli E. J., Celeste F.: Corticosuprarrenaloma no funcionante	20
Orsi A.: Conferencia: Enfoque actual del tratamiento de la Tuberculosis	33
Sáenz C. A., Olivera J. A., Bargiela B.: Registro de los tumores Génito-uritarios	73
Bernstein-Hahn L., Sember M., Zonzini J.: Modificaciones bacteriológicas en la epidemiología de las infecciones urinarias	77
Índice por Grupos de temas	132

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Sociedad Argentina de Urología - Sesión Inaugural Año 1973	3
Commemoración del Cincuentenario de la Sociedad Argentina de Urología	7
Palabras del Presidente de la Sociedad, Dr. Carlos Mackintosh	8
Profesor Raúl Borzone: Reseña de la Urología Argentina	11
Reglamentación del Premio Dr. Luis Pagliere	16

Doctor

**esto hicimos...
pero
pensamos seguir**

**Forlano
2000**

Bolsa para drenaje. Esterilizada⁽¹⁾ transparente para su perfecta visualización. Unica con dos válvulas: 1) De seguridad 2) de desagote.

**Forlano
2001**

Bolsa descartable con doble válvula de seguridad. Esterilizada⁽²⁾

**Forlano
2002**

Bolsa ambulante desagotable con válvula de seguridad, construida en P.V.C. material tratado asépticamente.

Laboratorio Forlano Kampel

Avda. Gaona 3501 - T. E. 61-7431 - Capital Federal



⁽¹⁾ ⁽²⁾ Esterilizadas por radiación gamma en la Com. Nac. de Energía Atómica.