

# TUMOR DE TESTICULO EN UN SEUDOHERMAFRODITA MASCULINO

Dr. Rebaudi, Sergio A. - Rebaudi, Diego S.

## Resumen

Se presenta un pseudohermafrodita masculino con un testículo cliptorquídico en el cual se desarrolla un tumor cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de seminoma. Efectuada la ectomía y aplicaciones de cobaltoterapia, no presenta seis años después signo de metástasis.

Motiva esta presentación el no haber encontrado en la literatura nacional la conjunción de ambas patologías.

Las malconformaciones humanas son de relativa frecuencia, pero las que se producen en los órganos sexuales no sólo tienen significación anatómica y fisiológica, sino también psíquicas.

Llamamos intersexualidad cuando uno o varios caracteres de un sexo son sustituidos por los caracteres del sexo opuesto.

Bunge clasifica esta patología en:

- 1) Sexo cromosómico o genético.
- 2) Sexo gonadal.
- 3) Sexo de los genitales externos.
- 4) Sexo de los genitales internos.
- 5) Sexo hormonal.
- 6) Psicológico:
  - a) Sexo producto de la educación.
  - b) Sexo correspondiente a la manera de ser.

El Dr. Hughes describe a los pseudohermafroditas masculinos como varones genéticos con testículos como gónadas que pueden estar situados dentro del abdomen en la posición de los ovarios normales, en el conducto inguinal o en los pliegues de los labios escrotales.

Se acompaña de genitales externos y ductos internos ambiguos, pero con tendencia al tipo femenino.

Los testículos son inmaduros a pesar de lo cual el test de la cromatina es negativo.

El Dr. Jost afirma que los testículos son anormales y al no actuar como tales son incapaces de inhibir el crecimiento femenino del aparato genital.

Estos testículos presentan células germinales indiferenciadas y después de la pubertad predominan las células de Sertoli y Leyding. Por eso cuando nacen son considerados como mujeres y criados como tales.

## Diagnóstico

Ante la duda deben hacerse los siguientes estudios para llegar al diagnóstico acertado:

- 1) Estudio de los caracteres sexuales secundarios.
- 2) Estudio radiográfico.
- 3) Estudio endoscópico.
- 4) Análisis de laboratorio (prueba de cromatina 17-cetoesteroides urinarios, mosaico cromosómico).
- 5) Exploración quirúrgica y biopsia del tejido gonadal.

Hechas estas disquisiciones previas, concurre a la consulta N. N., de 45 años, varón, casado, sin hijos, que dice haber nacido y ser criado como mujer hasta los 5 años; los padres, al ver el desarrollado del aparente clítoris, concurren a la consulta del Dr. Félix J. Liceaga, que hace el diagnóstico de pseudohermafroditismo masculino y presenta en "La Semana Médica" del 15 de junio de 1933 con el título de *Error de Sexo*, un trabajo con el caso que nos ocupa y de allí sacamos los siguientes datos:

"Antecedentes hereditarios: padres sanos, tienen 4 hijos más, todos normales.

Antecedentes personales: sin particularidad.

Examen clínico general: normal.

El examen de los genitales permite observar en la región inguinal dos tumoraciones, siendo más grande el lado derecho y móvil descendiendo y haciendo sospechar que se trata de testículos; la

piel rugosa da lugar a la formación de dos grandes labios, que dan el aspecto de una vulva, que es necesario separar para percibir la hendidura vertical, que se continúa en la parte superior con el clítoris bien desarrollado con un glande cubierto por prepucio; el cuerpo del clítoris presenta en su parte ventral una cisura que lo separa en toda su extensión y se encuentra incurvado hacia abajo. Por debajo de ese pseudoclítoris existen dos orificios, el superior uretral y por el que sale orina, el inferior termina en un fondo de saco a tres centímetros de la entrada.

El tacto rectal a la palpación profunda no permite palpar útero. Se efectúa orquidopexia derecha con previa biopsia.

El resultado de la biopsia es el siguiente: se observan canaliculos seminíferos alterados por su forma y agrupación y sin luz central. Diagnóstico: testículo que conserva su disposición fetal."

Después de esta biopsia de testículo dice haber sido sometido a varias intervenciones quirúrgicas.

En la actualidad se queja de un dolor inguinal izquierdo, según el paciente es su testículo y que además ha aumentado de tamaño. Tiene que orinar sentado por tener un meato colocado en la región peno-escrotal.

Al examen genital muestra un pene de pequeño tamaño, que evidentemente se le sacó la cuerda para su estiramiento. En él se palpan cuerpos cavernosos y dice tener erecciones periódicas y útiles para realizar el acto sexual.

El escroto pequeño y sin contenido se une en sus dos tercios inferiores, presentando una hendidura vertical donde desemboca el meato por el que sale orina, no observándose ninguna formación vaginal.

No se observa ni se palpa el testículo derecho, observándose cicatriz inguinal derecha.

En la región inguinal izquierda e inmediatamente sobre el pubis, se observa tumoración redondeada móvil a la palpación, indolora y con los caracteres del testículo, que según lo referido por el paciente ha aumentado de tamaño hace un mes y tiene sensación de dolor permanente.

No hay desarrollo mamario...

Ante la sospecha de un tumor de testículo cliptorquídico se solicitan los análisis básicos; cromatina sexual, resulta negativa; gonadotropinas coriónicas negativas y radiografía de tórax normal.

Se decide el 26/6/75 la exploración quirúrgica. Se efectúa incisión inguinal izquierda, que se extiende desde la espina anterosuperior izquierda a dos traveses de dedo hacia adentro hasta el pubis.

Se busca el cordón, donde se coloca una ligadura de goma provisoria, se libera y se expone el testículo que presenta una albugínea muy vascularizada; se abre el testículo observándose una estructura tumoral, se hace biopsia por congelación que confirma la existencia de atipia testicular...

El cordón se liga por encima del conducto inguinal externo, en la región retroperitoneal. Se extirpa la plica vascularis y el deferente se liga por separado.

El estudio anatomopatológico reveló la existencia de un seminoma.

Se le efectuaron posteriormente aplicaciones de cobaltoterapia.

Controlado hace 2 meses, es decir, 6 años después de la intervención con examen físico, gonadotropinas coriónicas, alfafeto-proteínas, radiografía de tórax, y T. C. de ganglios lumbo-aórticos, no revelaron la existencia de metástasis.