

## TUMORES DE TESTICULO – Evaluación de 50 casos

Dr. Alasino, M. - Dr. Balauz, N. - Dr. Bragagnolo, J. - Dr. Campodonico, A. - Dr. Dip, O. - Dr. Provenzal, O.  
Dr. Yunes, J. A. - Dr. Ferrer, J.

### Material y métodos

Se evalúan los tumores de testículo asistidos en el Hospital Centenario de la ciudad de Rosario en las dos últimas décadas con los siguientes objetivos:

- 1) Conocer la incidencia de los distintos tipos de tumores de testículo y su frecuencia por año.
- 2) Precisar el estadio de los mismos.
- 3) Evaluar resultados de los tratamientos efectuados: quirúrgico, radiante, quimioterápico, inmunoterápico.

### Resultados

Se estudiaron 50 pacientes con 52 tumores, con una edad mínima de 15 meses y una máxima de 62 años, distribuidos del siguiente modo:

Tumores germinales	{	Seminomas: 22 pacientes	
		Tumores no seminomatosos: 25 pacientes	
		Carcinoma embrionario .....	11
		Teratocarcinoma .....	6
		Tumores mixtos .....	7
		Orquioblastoma .....	1

Tumores no germinales: tumor de células de Leydig, 1 paciente

Dos pacientes presentaron tumores benignos: un adenoma difuso y un teratoma benigno. De los pacientes estudiados, dos presentaron tumores bilaterales no isocronos: paciente nº 1: teratocarcinoma a los 22 años y carcinoma embrionario del testículo restante a los 28 años. Paciente nº 2: teratocarcinoma a los 17 años y seminoma del testículo restante a los 27 años.

La incidencia anual de los tumores de testículo estudiados fue de dos a tres por año (Servicio de 30 camas promedio), con tres picos en 1968: 6 casos; en 1972: 8 casos, y 1980: 5 casos.

La incidencia por edad de estos tumores fue la siguiente: tumores seminomatosos, edad mínima: 26 años; edad máxima: 62 años, siendo más frecuentes entre la 4ª y 5ª décadas. Con una edad promedio de 41,6 años.

Tumores no seminomatosos, edad mínima: 15 meses; edad máxima: 53 años, y una edad promedio de 25,5 años.

El estadio al tiempo del diagnóstico fue obtenido teniendo en cuenta los datos clínicos, urograma excretor, Rx de tórax, tomografía axial computada, linfografía y linfadenectomía, y en algunos casos marcadores tumorales.

Estadio	Nº de casos	Porcentaje
I	21	44,6
II	15	31,9
III	11	23,4

### Tratamiento

**Orquiectomía.** Al 100 % de los tumores de testículo tratados en nuestro Servicio se les realizó orquiectomía retrógrada. A 13 casos

### Bibliografía

1. Mostofi, F. K.: "Testicular tumors". Cancer, 32:1186-1201, 1973.
2. Javadvpour, N.: "The National Cancer Institute experience with testicular cancer". J. Urol., 120:651-659, 1978.

derivados de otros Servicios les fueron realizadas orquiectomía transescrotal. La resección del cordón residual se practicó en un segundo tiempo.

**Linfadenectomía.** Se practicó en 12 de 24 tumores de células germinativas no seminomatosas, no habiéndose realizado en ninguno de los seminomatosos.

**Tratamiento radiante.** Se realizó cobaltoterapia en 86,36 % de los tumores seminomatosos. En los tumores no seminomatosos se realizó en un 66 % de los mismos. En un solo caso se indicó acelerador lineal.

**Quimioterapia.** En 16 pacientes se efectuó tratamiento quimioterápico; de éstos, 8 tuvieron seguimiento y tratamiento completo, efectuándoseles a 4 tratamiento con vinblastina y bleomicina: 3 están vivos, 1 con sobrevida de más de 1 año y 2 con sobrevida de más de 4 años.

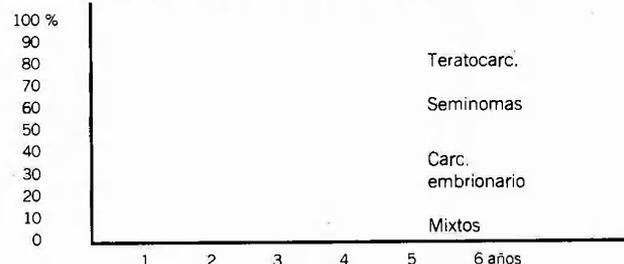
A 2 pacientes les fue administrada vinblastina, bleomicina y actinomicina D. Uno vivo con seguimiento de más de 2 años.

Los dos últimos enfermos recibieron vinblastina, bleomicina y cisplatino, estando 1 de ellos vivo con 4 años de seguimiento.

Según el estadio al tiempo del diagnóstico y de acuerdo con el tratamiento efectuado, el resultado es el siguiente:

Estadio	Total pacientes	Evolución 5 años		
		Vivos	Muertos	Ignorado
I	21	16	4	1
II	15	7	5	3
III	11	3	8	0

### Cuadro porcentual de sobrevida a los 5 años



### Comentario

Luego de haber realizado el estudio retrospectivo de los tumores de testículo en los últimos 20 años y de observar los resultados obtenidos, creemos en la necesidad de establecer protocolos de estudio y tratamiento de estos tumores para utilizar todas las posibilidades terapéuticas actualmente disponibles, en la conveniencia de la divulgación del estado actual de esta patología para lograr desde la primera consulta una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica o su oportuna derivación a centros especializados.

Creemos además en la necesidad de la utilización de marcadores tumorales previo a la realización de la orquiectomía, y en la correcta información al paciente y su medio de la enfermedad que padece, para evitar abandonos en el tratamiento.