

Serv. de Génito-Urin. del Hosp. Ramos Mejía.  
Jefe: Prof. Dr. Alejandro Astraldi

## SEMINOMA EN TESTICULO ECTOPICO DESCENDIDO QUIRURGICAMENTE A LAS BOLSAS

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

Uno de los argumentos —y a buen seguro el de mayor peso— esgrimido para justificar más de una orquidopexia u orquidolisis descansa sobre un hecho de observación corriente: el número mayor de tumores malignos en testículos ectópicos comparativamente a los desarrollados en las glándulas normalmente descendidas a las bolsas. Con una contraprueba interesante: es incalculable en la hora presente el número de ectopias operadas y en cambio es muy escaso el de degeneraciones entre estas glándulas quirúrgicamente alojadas en el escroto.

Creemos, por este motivo, justificada la presentación del caso del señor A. B., argentino, casado, de 42 años de edad, que nos fuera enviado por el Doctor M. Guzmán, portador de un tumor en las bolsas, cuya malignidad había sospechado nuestro distinguido colega y amigo.

En sus antecedentes, descontada una blenorragia a los 30 años bien curada, recogemos como elementos de juicio a señalar: 1º) La malformación genital congénita (ectopia del testículo izquierdo); 2º) una operación por hernia inguinal izquierda, sufrida a los 21 años y en la que de paso el cirujano efectúa el descenso de la glándula anómala.

*Enfermedad actual.* — Hace un año comienza a notar el aumento gradual de volumen del hemiescroto izquierdo en forma indolora al principio y que se torna molesto en los últimos tiempos. Son estas sensaciones disestésicas las que le obligan a consultar.

El examen general es normal. Orina ámbar, límpida. Uretra permeable a un explorador Nº 20, libre. Asimetría de las bolsas por aumento del tamaño de la mitad izquierda.

Hemiescroto derecho y su contenido normales. Hemiescroto izquierdo del volumen aparente de una mandarina grande: surcos más espaciados, conservando el color normal de la piel, que se desliza sobre la tumoración subyacente, de superficie regular y lisa, de consistencia homogénea; la vaginal parietal se pellizca fácilmente (Sébileau +) asimismo como la cabeza

del epidídimo (Chevassu +); los elementos del cordón desplegado en la cara poserior se hacen fácilmente perceptibles a nivel del polo superior; en el cordón en conjunto engrosado a expensas de la parte anterior prefunicular, se palpa un conducto deferente normal, siendo la arteria espermática apenas perceptible. (Curling neg.). La transiluminación es negativa. Al tacto rectal: en el polo genital interno nada digno de mención.

Orina de caracteres normales. Urea en suero: 0.40 gr. %. R. de Wassermann, R. de Kahn est. y Kahn: negativas. Reacción de Fridman: positiva.

Con el diagnóstico de tumor testicular se opera el 20 de octubre de 1943. Anestesia local; incisión escrotal, extirpándose el conjunto de la glándula y su vía excretora bien hacia arriba. El post-operatorio, es normal y el 27 del mismo mes es dado de alta. A continuación sometido a una serie de irradiaciones ultrapenetrantes (4.000 r.).

Hasta ahora continúa sin novedades con reacciones hormonales negativas por el momento. El estudio histológico realizado por el Dr. Brachetto Brian, reveló tratarse de un seminoma.

Como veremos a continuación la frecuencia de estos tumores no es considerable si tenemos en cuenta que un cirujano de la talla de Marion, confiesa no haber visto nunca alguno.

Chauvin presenta a la Sociedad Francesa de Urología en la sesión del 20 de junio de 1938, la observación de un paciente operado por ectopia bilateral con la ulterior degeneración de una de las glándulas; y en el que el entrecruzamiento de los pedículos dificultó considerablemente la disección del correspondiente al lado sano. Recuerda a continuación los casos de Cunningham, de Bouchard-Laquiere, los 2 de Bjerre, de Montaignier y Reitner, los 2 de Taylor y Tilly, el de Romiti.

Si descartamos dos casos de reposición intra-abdominal del testículo ante la imposibilidad de obtener su descenso normal, quedarían seis observaciones a las que Chauvin agrega la suya. Fey, en la discusión añade la octava.

En el mismo año, en la sesión del 21 de noviembre, Chevassu y Carrillón contribuyeron con 5 casos más.

Gilbert (J. of Urology, 1941, v. 46, pág. 740) en su trabajo sobre tumores desarrollados después de la orquiopexia presenta dos nuevas observaciones y efectúa una "mise au point" sobre la base de una compulsiva estadística de 63 casos, en los que están incluidos los anteriormente enumerados.

Hasta ahora no se tienen datos numéricos fidedignos que indiquen la frecuencia verdadera de los tumores desarrollados en los testículos fijados quirúrgicamente. Gilbert en el estudio analítico de 7.000 tumores testiculares malignos con detalles suficientes por lo menos en 5.500 de entre ellos, descubre 63 casos de este tipo y 841 de tumores en testículos ectópicos. De esos 63, descarta 7 por incompletos quedando 56 que sobre el total de cánceres en testículos ectópicos representa el 6,5 por ciento de los casos.

Establece además Gilbert que en un paciente criptórquido unilateral con

un cáncer testicular, en el 97,5 por ciento de los casos el cáncer se localizará en la glándula ectópica.

Por otra parte en la criptorquidia bilateral con cáncer de un lado, el desarrollo del tumor en el otro lado se observa en el 24,6 % de los casos, mientras que en el sujeto normal esa proporción es 0,7 %.

Por consiguiente —siempre ateniéndonos a las cifras del autor citado— la frecuencia de la bilateralidad de la carcinomatosis testicular es 32 veces mayor en los criptórquidos.

Estas mismas estadísticas han demostrado que el desarrollo de los tumores malignos en los testículos en ectopia profunda y retroperitoneal es tan frecuente como en los testículos en ectopia inguinal o pubiana.

La noción de los micro-traumatismos pierde importancia, pues, desde el momento en que el órgano criptórquido protegido por la pared abdominal y al abrigo de toda injuria exterior, ofrece una proporción igual de tumores.

De ahí que Chauvin acepte más la opinión de Lund, para quien el desarrollo de los tumores malignos se explicaría por particularidades en la estructura histológica de la glándula, inherentes a la ectopia en sí.

Opinión compartida por Ombrédanne que cree que la inclusión de células embrionarias es más frecuente en los criptórquidos, y por Rubaschov y Robinsohn al aceptar en estas glándulas la existencia de una triple anomalía: de estructura, de secreción interna y de migración.

Por consiguiente, la glándula descendida después de la pubertad es ya una glándula atrófica o hipotrófica y como tal permanecerá toda la vida, mientras que su descenso en la edad prepuberal favorece su desarrollo normal.

De acuerdo a las nociones pre-establecidas se plantea al cirujano un problema interesante.

Antes de la pubertad todo el mundo aconseja la intervención, pero pasado este período, ¿qué se debe hacer? ¿Vale la pena descender una glándula anatómica y fisiológicamente anormal, que en potencia lleva tantas probabilidades de degenerar?

El traumatismo quirúrgico en estos casos no favorecerá la degeneración, como aparentemente lo hiciera en los dos casos de Taylor y Tilly? (Neoformación a los 3 y 6 meses después de la pexia).

Aquí las opiniones divergen: algunos aconsejan la castración lisa y llanamente (Marion, Chauvin, etc.); otros, como Chevassu, cuya experiencia al respecto es grande, creen que el cirujano debe prevenir al enfermo y a los familiares, que la glándula descendida es frágil, por lo que debe quedar bajo vigilancia y consultar al cirujano a la menor novedad.

Nos adherimos a esta manera de ver, pues consideramos a la castración,

tan deprimente para el hombre que la reservamos para los casos estrictamente indispensables.

En cuanto al traumatismo quirúrgico como causa favorecedora es descartada en forma categórica por Gilbert, para quien ni la pexia ni la herniorrafia favorecen el desarrollo del tumor.

Con respecto a la irradiación ultrapenetrante post-operatoria a lo largo del trayecto del cordón y sobre todo en la zona umbílico-xifoidea todo el mundo es sistemático en su aplicación.

Más todavía, existen autores que agregan la irradiación pre-operatoria.

#### SUMARIO

El autor presenta la observación de un enfermo operado a los 21 años por una ectopia testicular y hernia concomitante.

Veintiún años después de la orquidopxia, se desarrolla en el testículo descendido un seminoma, diagnosticado e intervenido al año, más o menos de su aparición. Hace breves comentarios de los trabajos más importantes publicados al respecto.