

# Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XIX

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 1950

Números 9 - 12

Serv. de Clín. Urológica del Hosp. J. A. Fernández  
Jefe: Dr. Gerardo Vilar.

## GRAN TUMOR ABDOMINAL POR BLASTOMA DE TESTICULO ECTOPICO

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y J. W. ALVAREZ COLODRERO

La observación que pasamos a relatar y que traemos a la consideración de los señores consocios, es de indudable interés por lo inusitado del tamaño del tumor, su ubicación, y la invasión del uréter del lado derecho, directamente por el tumor primitivo, no encontrando en la investigación bibliográfica efectuada, ningún caso semejante.

G. L., 42 años, soltero, argentino, empleado de comercio.

Ingresó a la sala VI del Hospital Fernández el 20 de diciembre de 1948. Ocupa la cama 6. Historia clínica Nº 5.026.

*Antecedentes:* Padre fallecido de blastoma de vejiga a los 60 años. La madre vive; fue operada por tumor renal. Siete hermanos sanos.

Desde su nacimiento los padres comprueban ausencia de glándula en la bolsa derecha. Fumador de dos atados diarios. Regular enolismo.

*Enfermedad actual:* Tres años antes de su ingreso comienza con micción imperiosa y ardor al orinar; tres meses antes disuria inicial que se va acentuando, polaquiuria diurna y nocturna y sensación de peso en hipogastrio. Pérdida de 6 kilos en los últimos cuatro meses con gran anorexia.

*Estado actual:* Enfermo evidentemente adelgazado, panículo adiposo escaso, mucosas palidas.

El estudio de sus diversos sistemas sólo permite comprobar un abdómen francamente deformado a la simple inspección, por una saliencia pronunciada en el hipogastrio, que llega hasta el ombligo por arriba, y al pubis por debajo, saliencia mediana que se borra con la contracción de los músculos abdominales. Existe una evidente red venosa abdominal tipo cava. La palpación comprueba un tumor renitente, a límites precisos, fijo sobre todo en el lado derecho por debajo se pierde en la zona retro-púbica donde es imposible insinuar los dedos y su parte superior perfectamente limitada llega al ombligo. Se diría una vejiga en distensión.

La micción espontánea se hace con discreta disuria; las orinas son claras y bien concentradas. Uretra libre. No hay retención vesical.  
Al tacto rectal: esfínter con buen tonismo, ampolla rectal libre. La próstata tiene

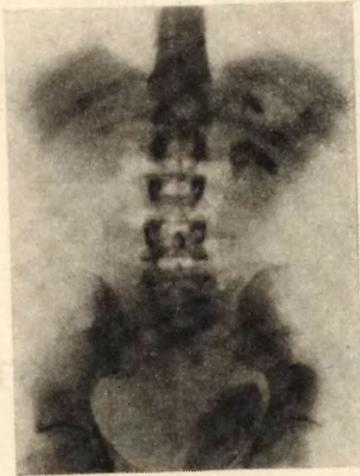


Figura 1  
Urográfico de excreción. Ausencia de imagen a derecha. Rechazo grueso de la vejiga hacia la izquierda

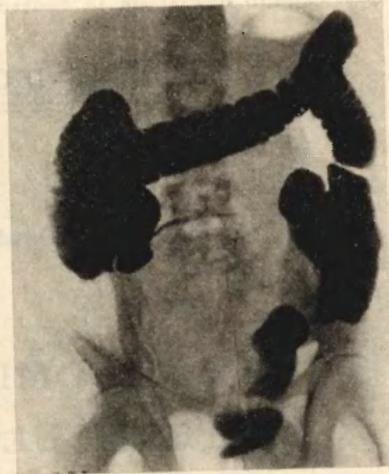


Figura 2  
Colon por enema. Sigmoide rechazado a la izquierda. Ciego y apéndice hacia arriba

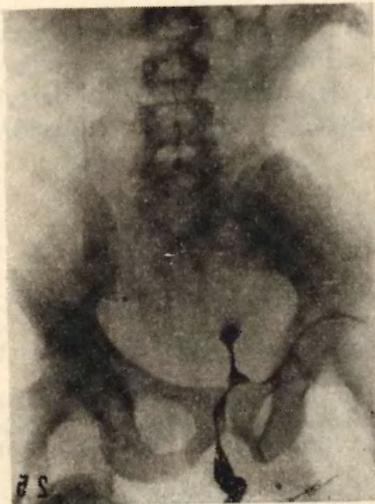


Figura 3  
Uretrográfico de frente.

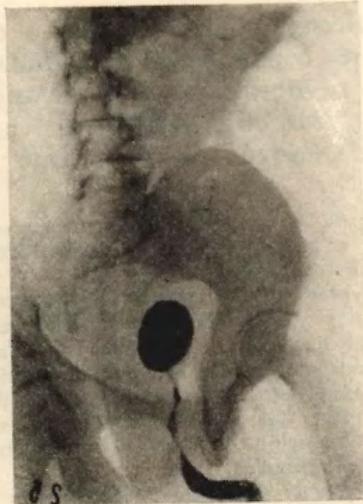


Figura 4  
Uretrográfico en oblicua

caracteres normales y la palpación combinada alcanza a este gran tumor fijo, algo lateralizado a derecha y cuyos límites no se aprecian bien, pues comienza inmediatamente por encima de la próstata.

Ausencia de glándula genital, cordón y epidídimo en la bolsa del lado derecho, no

alcanzándola tampoco en la región inguinal ni periné. La glándula del lado izquierdo se explora de caracteres normales.

Existen algunos hechos negativos que consignamos: región epigástrica excavada sin nada digno de mención; ambas fosas ilíacas se dejan depimir sin particularidad; fosas supraclaviculares libres. La palpación de ambas mamas no descubre ni secreción a la presión.

Se realizan los siguientes exámenes:

Análisis químico de orina: normal. Glucemia: 0,80 %. Urea en suero: 0,55 %. Recuento globular y fórmula leucocitaria: discreta anemia. No hay eosinofilia.

Reacción de Cassoni: negativa. Reacción de Friedman: negativa. Reacción de Galli-Mainini: negativa. Estudio radiológico:

- a) Radiografía simple de árbol urinario: sin particularidad.
- b) Urografía de excreción: se comprueba buen urograma morfológico y funcional a izquierda. No hay eliminación de substancia de contraste a derecha. El cistograma muestra

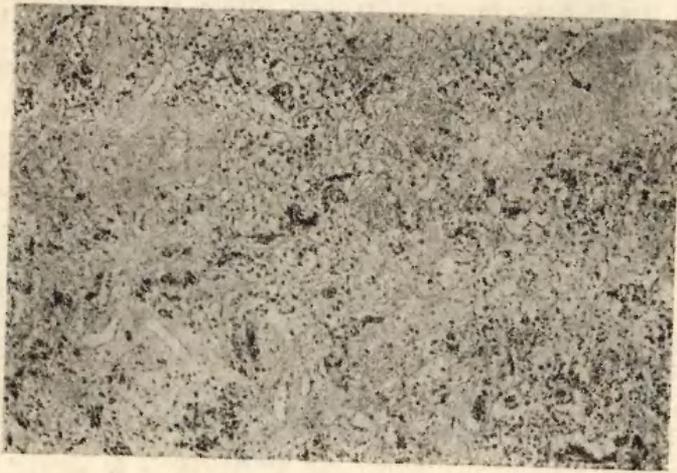


Figura 5  
Zona de invasión del uréter por el tumor. (Gentileza del Prof. Andrés Bianchi)

la vejiga completamente rechazada hacia el lado izquierdo, no ampliada en su volumen y de bordes lisos (Figura Nº 1).

c) Radiografía de tórax negativa.

d) Radiografía de colon por enema: Se observa un interesante rechazo del sigma muy pronunciado hacia la izquierda y el ciego con el apéndice bien relleno hacia arriba. (Fig. Nº 2).

e) Uretrografía de frente y oblicua: elongación y desviación del sistema supra-esfíntérico hacia la izquierda (Figuras Nos. 3 y 4), acompañando a la vejiga que indudablemente se encuentra como comprimida lateralmente.

Con estos elementos de juicio y planteando la posibilidad del diagnóstico de tumor de testículo en ectopia abdominal, decidimos la laparotomía, que se efectúa el 5 de enero bajo anestesia con gases (Dr. Kleinman) después de inducción con pentotal.

Laparotomía mediana infraumbilical. Se abre el peritoneo y se comprueba un gran tumor tamaño cabeza de feto, de superficie lisa, brillante, de color azulado, con la apariencia de albugínea testicular y surcado de grandes vasos venosos, algunos llegan al diámetro de un dedo pulgar. Este tumor libre por arriba (parece un útero), toma intensas adherencias a nivel de su base, sobre todo a derecha, donde su aislamiento es imposible. Se decide obtener un pequeño fragmento para biopsia. Al seccionar sangra abundantemente. La hemostasia es difícil a pesar de la sutura cuidadosa. Cierre de la pared por planos con catgut. Piel con algodón. Curación.

El enfermo sale del quirófano en shock y fallece 48 horas después, a pesar de la intensa medicación.

Estudio histológico de la pieza de biopsia. (Prof. Bianchi).

Trabajo Nº 6.688. Biopsia de testículo.

Masa blastomatosa extensamente necrótica, constituida por células epiteliales en parte extensamente vacuoladas y en otras de disposición cordonal.

Diagnóstico: *Seminoma*. (Figura Nº 5).

Del protocolo de autopsia (Trabajo Nº 6.697) (Prof. Andres Bianchi), extractamos: Los distintos fragmentos de masa tumoral demostraron la característica estructura aiveolar y macro-cordonal de los blastomas epiteliales indiferenciados y no funcionantes conocidos con el nombre de seminomas (disgerminomas). Se observó invasión blastomatosa del uréter, el que se encuentra fuertemente congestivo y hemorrágico. El riñón derecho gran dilatación de la pelvis y del uréter desde el nivel de la invasión tumoral. Contenido purulento en su cavidad. Con gran atrofia del parénquima renal.

Vejiga desplazada hacia la izquierda y empujueñecida por una gran masa blanquecina de consistencia dura y elástica que se desarrolla en la pequeña pelvis. Próstata de caracteres normales. El testículo derecho ectopia intraabdominal; se muestra en el interior de la gran cavidad peritoneal transformado en una gran masa esférica de 10 centímetros de diámetro, de superficie lisa y sangrante asentando e invadiendo el uréter del mismo lado a la altura de su parte media. Ganglios linfáticos del trayecto testicular a la altura de la pelvis mayor y propagándose a la cadena inguinal; se muestran groseramente infartados de color blanquecino y consistencia elástica.

La observación que terminamos de relatar tiene varias facetas de interés. En primer lugar un problema diagnóstico de difícil solución; sólo la laparotomía nos permitió la seguridad; del conjunto del estudio clínico, si bien hacia presumir su localización, faltaban elementos para afirmarlo: presencia de metástasis pulmonares características, la invasión del sistema linfático clínicamente demostrable, o la presencia de reacciones hormonales positivas.

Sin embargo la ausencia congénita de testículo en las bolsas y la coexistencia de un tumor abdominal debe hacernos pensar en su relación. Sobre este punto se ha discutido qué influencia tiene la falta de descenso de la glándula sobre la transformación blastomatosa. La gran mayoría de los autores, y nosotros las acompañamos, se inclinan a que es mucho más frecuente la degeneración maligna en estas condiciones.

Veamos en el siguiente cuadro esta frecuencia:

	Nº. de casos de tumor de testífc.	Nº. de casos en testífc. ectópico	Tanto por ciento
Ufreduzzi .....	169	6	3,9
Chevassu .....	128	15	11,6
Jefferson .....	116	15	12,7
Kober .....	114	18	15
Coley .....	65	12	14
Howard .....	57	9	15
Smith, Dresser y Mintz .....	100	5	5
Bland Sutton (Cit. Paolini) .....	57	48	84
Romiti .....	40	6	15

(Pagola)

El tema fué ampliamente debatido en nuestra Sociedad de Cirugía en los años de 1928 y 1938 a raíz de estudios presentados.

Nosotros apoyamos esta manera de ver y lo interesante es que esta predisposición a la degeneración maligna asienta no sólo en el testículo ectópico no tratado sino también en aquel que ha sido descendido quirúrgicamente.

En este sentido somos concluyentes: *“Todo testículo anormalmente alojado debe ser tratado hormonal o quirúrgicamente de acuerdo con el tipo y la edad”*.

Los inconvenientes de abandonar un testículo ectópico librado a su suerte, saltan a la vista:

a) Posibilidad de degeneración maligna. Aunque hemos dicho que esta eventualidad puede presentarse también en el testículo descendido quirúrgicamente, la facilidad de su vigilancia se hace sencilla cuando está ubicado en las bolsas.

b) Posibilidad de estrangulación de la hernia que es regla acompañe al ectópico.

c) Posibilidad de torsión del cordón.

d) Posibilidad de infección con sus graves consecuencias en la posición ectópica.

Por todas estas razones aunque estemos en presencia de un adulto sin esperanzas ya de salvar la función exógena, aconsejamos siempre la intervención. Cuando no se puede llevar el órgano a las bolsas por brevedad de elementos vasculares a pesar de la orquiolisis amplia a lo Del Valle, preferimos a la castración, si el otro lado es normal, la operación de De Boeuf, como aconsejaba Chutro, alojando la glándula en el subcutáneo de la región inguino-abdominal, lo que facilita su vigilancia y lo pone a cubierto de las distintas eventualidades que hemos analizado.

No entraremos en los detalles del caso comentado. Es interesante consignar la ausencia de metástasis clínicamente demostrables en tumor de este tamaño.

Lo realmente importante de esta observación y que no hemos visto descrito en ningún otro caso publicado, es la invasión directa del uréter, trayendo como resultado la destrucción del riñón derecho. Y decimos invasión por el tumor primitivo y no compresión.

Agregamos pues, una observación de cáncer de testículo en ectopia abdominal cuya forma de presentarse es absolutamente ajena a las descripciones clásicas.