

hechos para la indicación de la amigdalectomía. La demostración de la no existencia de una diátesis hemorrágica general es fundamental.

BIBLIOGRAFIA

- BASERGA, A. y NICOLA, P.—Enfermedades hemorrágicas Editorial Vallardi. Buenos Aires, 1952.
 CRESCENTINI, M.—Gazzetta Sanitaria, 19, 141; 1948.
 ALÉS, J. M.; ARJONA, E.; JIMÉNEZ DÍAZ, C., y LÓPEZ GARCÍA, E. Rev. Clin. Esp., 11, 79; 1943.
 LAUNEDEI, A.—Rin. Clin. Med., Marginalia Otorrinolar., 5, 180; 1946.

SUMMARY

It is believed that the appearance of a circumscribed haemorrhagic angiopathy may sometimes point to the presence of an active focal tonsillar infection responsible for some of the general syndromes for which the internist was consulted. Such an occurrence may therefore be a point to be taken into account in the assessment of facts in relation to the indication for tonsillectomy. The proof that haemorrhagic diathesis is not present is essential.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Auftreten eines abgegrenzten, hämorrhagischen Gefäßleidens kam nach Ansicht des

Authors bei gewissen Fällen für das Vorhandensein einer aktiven, herdförmigen Mandelfektion sprechen, welche in ihrerseits gewisse allgemeine Symptome verursacht die zum Heranziehen eines Internisten Anlass geben. Dieses Gefäßlid kann sonach ein Anzeichen darstellen welches im gegebenen Augenblick die Beurteilung der Indikation für eine Tonsillektomie erlaubt. Wesentlich ist aber nachzuweisen, dass keine allgemeine hämorrhagische Diathese besteht.

RÉSUMÉ

On pense que la présentation d'une angiopathie hémorragique circonscrite, peut, dans certains cas, parler en faveur de l'existence d'une infection focale amygdalaine active, responsable de certain des syndromes généraux, en vue duquel on aurait consulté l'interniste, et par conséquent être un point sur lequel on puisse s'appuyer au moment de la valorisation des faits pour l'indication de l'amigdalectomie. La démonstration de la non existence d'une diathèse hémorragique générale est fondamentale.

NOTAS CLINICAS

CLINICA ABDOMINAL DE LOS TUMORES DE TESTICULO

J. SÁNCHEZ-FAYOS, J. SERRANO y J. DE SAGARMÍNAGA.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Clínica de Ntra. Sra. de la Concepción. Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Si existe en el hombre un tipo de tumores realmente maligno, tanto por su elevada capacidad en dar metástasis, como por la precocidad con que aparecen éstas, son los tumores de testículo. No solamente aquellos originados a expensas del tejido noble (seminomas, carcinomas embrionarios, adenocarcinomas, etc.), sino también los formados a partir de estructuras extrañas (teratomas y disembrionomas) suelen tener un extraordinario grado de malignidad.

Dado que a veces el cuadro clínico de las metástasis abdominales antecede al de la propia tumoración o llega a adquirir un relieve clínico muy superior al del propio tumor, hemos querido considerar en este trabajo, aprovechando tres casos que en muy breve espacio de tiempo han

estado ingresados en nuestros servicios, la clínica abdominal de estas neoplasias.

VÍAS Y LOCALIZACIÓN DE LAS METÁSTASIS ABDOMINALES.

La diseminación metastásica de los tumores testiculares se hace fundamentalmente por vía linfática y sólo en contadas ocasiones (coriocarcinoma, etc.) por vía hemática.

El testículo, lo mismo que el ovario, es un órgano sumamente rico en circulación linfática. A partir de los linfáticos eferentes reunidos en el antro de Highmore, se originan seis o siete troncos que ascienden, formando parte del cordón espermático, atraviesan el conducto inguinal y se unen a los vasos espermáticos para abocar en los ganglios regionales de la cadena lumbosacral. Este grupo linfático está formado por una serie de ganglios que rodean la aorta abdominal (fig. 1), ampliamente anastomosados entre sí, que según su situación reciben los nombres de preaórticos (en torno a la arteria mesentérica inferior), yuxtaaórticos derechos e izquierdos y retroaórticos.

En este grupo de ganglios lumboaórticos asientan las primeras metástasis que por su situación originan, al ir aumentando de tamaño, el cuadro clínico de un proceso expansivo retroperitoneal.

A expensas del conjunto ganglionar retrovascular se establece la comunicación con los ganglios subdiafragmáticos, confluyendo después todo el drenaje linfático en la cisterna de Pecquet. Las estaciones ganglionares siguientes las forman los ganglios mediastínicos y el ganglio retroclavicular izquierdo (ganglio de Virchow), para terminar la circulación linfática por medio

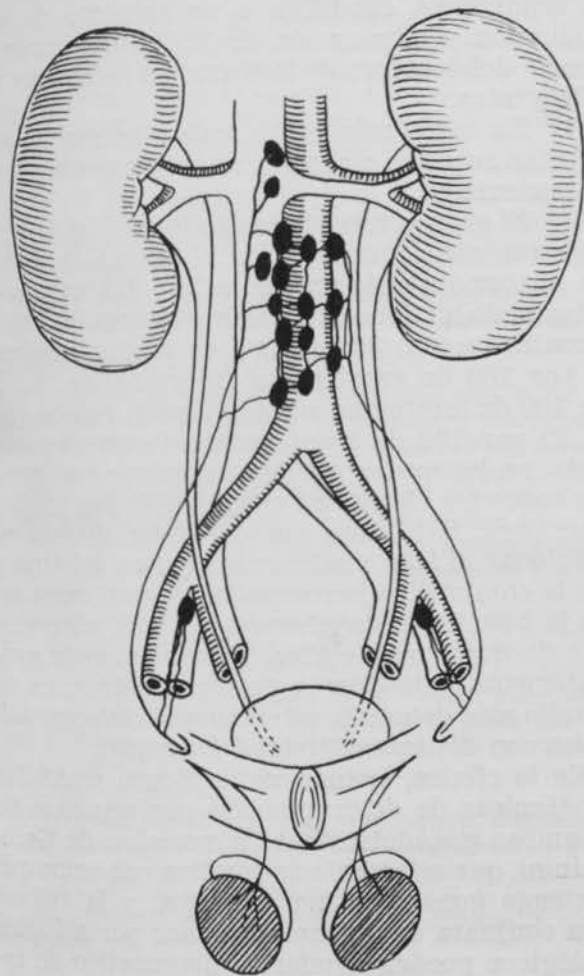


Fig. 1.

del conducto en la vena subclavia izquierda. Cuando este último ganglio aparece infartado podemos estar seguros de que se han afectado los ganglios mediastínicos y abdominales superiores.

Antes de llegar los linfáticos al grupo lumboaórtico existen dos estaciones solitarias de afluencia. Por una parte, un ganglio situado en el conducto inguinal señalado por VILLART y SALAVERT, y por otra, el ganglio descrito por ZEISSL y HOROWILZ, situado en el entrecruzamiento del uréter y la arteria ilíaca externa, al que abocan linfáticos testiculares separados de los troncos espermáticos por encima del conducto inguinal.

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico precoz de las metástasis ganglionares en los tumores del testículo resulta muy difícil dada la situación profunda de las masas adenopáticas lumboaórticas, y solamente cuando la sintomatología subjetiva empieza a hacerse patente se puede sospechar su existencia. Generalmente, cuando la palpación abdominal, el tránsito intestinal o la pielografía descendente arrojan datos positivos, son lo suficientemente grandes para dar síntomas subjetivos. Es por ello por lo que sólo el interrogatorio intencionado del enfermo nos podrá orientar hacia la existencia de infartos ganglionares lumboaórticos si sabemos valorarlo en su justo sentido.

Cuando la tumoración testicular no ha dado síntomas clínicos o ha sido erróneamente interpretada, el diagnóstico encierra todavía mayores dificultades, ya que ni la sospecha de su presentación nos puede orientar en estos casos a valorar los primeros síntomas.

Los síntomas iniciales que denuncian las metástasis ganglionares son generalmente la distensión abdominal, los eructos postprandiales, el dolor sordo en región lumbar y otras molestias más o menos vagas que generalmente pasan desapercibidas para el enfermo. Al ir aumentando de tamaño empiezan a aparecer dolores abdominales cada vez más intensos, que en ocasiones se irradian a la espalda o a ambos váscios. Estos dolores pueden tener carácter opresivo, por distensión del peritoneo parietal, o bien carácter neuralgiforme, por irritación de los nervios raquídeos. Coincidiendo con esto empieza a instaurarse un estreñimiento pertinaz y a veces meteorismo abdominal.

Las masas ganglionares, inmovilizables por la palpación, adquieren en algunas ocasiones tamaños monstruosos, llegando a ocupar en su crecimiento excéntrico grandes zonas abdominales y adoptando generalmente una disposición plurilobulada. En esta fase de la diseminación metastásica es frecuente el derrame ascítico más o menos intenso.

La inapetencia de estos enfermos es casi constante, siendo frecuente en las fases finales los vómitos biliosos o alimenticios, las crisis cólicas abdominales y las diarreas, que los desnuden y abocan a la caquexia terminal.

En alguna ocasión las metástasis ganglionares han originado un cuadro doloroso, tan brusco y aparatoso que se ha confundido con el de un abdomen agudo (caso de GOSSET LEVI y FUNCK BRENTANO, citado por R. BELLOCH). También han dado lugar a cuadros de compresión de cava inferior con ascitis y edemas de extremidades inferiores o de compresión de uréteres con pielectasia y eventual infección.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.

Dada la situación yuxtaureteral de los ganglios lumboaórticos se ha usado la pielografía

descendente para evidenciar tales adenopatías. RANDALL usa esta exploración antes y después del tratamiento radioterápico como test pronóstico de la efectividad del mismo. La radioscopia simple y mucho mejor el estudio radiológico del intestino puede ponerlas de manifiesto; pero todas estas exploraciones complementarias suelen arrojar datos cuando las adenopatías son del suficiente tamaño para ser accesibles a la palpación abdominal, por lo que su valor diagnóstico es muy limitado.

DIAGNÓSTICO HORMONAL.

Otro elemento de juicio que nos puede ser útil en el diagnóstico de estos cuadros es el de la gonadotrofinuria, como índice de actividad tumoral. Desde que ZONDEK, en 1930, descubrió que la orina de enfermos con tumores malignos de testículo daba positiva la reacción del embarazo (R. de ASCHEIM-ZONDEK), fueron muchos los autores (FERGUSON, CUTLER y OWEN, HINMAN y POWELL, HAMBURGER, TWOMBLY, ROSEBLATT, etc.) que en los quince años siguientes intentaron una reclasificación de dichos tumores con una base hormonohistológica. Los resultados obtenidos por estos investigadores fueron variables, y muchas veces contradictorios. En 1945 R. S. FRANCIS recogió en una publicación las estadísticas de los resultados obtenidos por varios de estos autores, llegando a conclusiones un tanto pesimistas al no encontrar una relación clara entre el tipo anatomopatológico del tumor y la cifra de gonadotrofinas, siendo aún más problemático el valor de los bioensayos hormonales en el control de los tratamientos radioterápicos o quirúrgicos y en el grado de actividad de las metástasis tumorales.

Esta interpretación de los estudios hormonales en los tumores de testículo es el resultado de dos hechos fundamentales:

1) El olvidar, como dice HAMBURGER y TWOMBLY, que en la orina existen dos tipos de gonadotrofinas de significado biológico muy distinto. La gonadotrofina folículo-estimulante (FSH), de origen hipofisario, semejante a la aparecida en los hombres castrados y en las mujeres menopáusicas y la gonadotrofina coriónica, de propiedades luteinizantes y análoga a la que aparece en las mujeres embarazadas. El aumento de eliminación de FSH en un hombre con una presunta tumoración testicular evidencia solamente, como dice HAMBURGER, un descenso en la secreción de andrógenos que estimula la producción hipofisaria de aquella hormona. Idéntico resultado se obtiene con la castración quirúrgica o radioterápica ("efecto castración").

Es por ello por lo que la FSH puede o no ser indicadora de la presencia de un tumor. El hallazgo de H. coriógica en un paciente sospechoso es una positiva evidencia de que tiene tejido coriónico presente (BREWERS), y es índice de ver-

dadera actividad tumoral. Todo esto nos demuestra que solamente el estudio por separado de ambas gonadotrofinas, como aconsejó HAMBURGER, y más tarde TWOMBLY y FURUHJELM, tendrá verdadero valor en el diagnóstico de estos tumores y sus metástasis. HAMBURGER, que es el autor que mejor ha estudiado el problema hormonal en estos tumores, resume la cuestión de la siguiente manera:

"a) Algunos tumores testiculares y sus metástasis, que contienen células relacionadas con el tejido coriónico producen gonadotrofina coriónica y en ciertos casos estrógenos.

b) Otros tumores testiculares, incluyendo los seminomas, conducen a un aumento de la producción y eliminación de FSH como consecuencia del descenso de la secreción de hormona androgénica.

c) En casos más raros ambas hormonas se excretan sucesiva o simultáneamente por el mismo paciente."

2) El gran polimorfismo histopatológico que muestran estos tumores. En el magnífico estudio anatomopatológico que sobre 922 tumores de testículo hicieron FRIEDMAN y MOORE, en 1946, encontraron: un 30 por 100 de seminomas, un 20 por 100 de carcinomas embrionarios, un 7 por 100 de teratomas adultos y nada menos que un 35 por 100 de tipos mixtos (teratocarcinomas), en los que se pueden encontrar combinados todos los elementos celulares de los grupos anteriores. Esto hace que cualquier intento de relacionar el tipo anatomopatológico del tumor con la eliminación hormonal ha de realizarse sobre la base de un concienzudo estudio microscópico de numerosos cortes, ya que tumores aparentemente unicelulares pueden mostrar, en un estudio más detenido, estructuras celulares múltiples con distinta actividad hormonal.

En la clínica, cuando no se tienen montadas las técnicas de determinación por separado de ambas gonadotrofinas, la reacción de Galli-Mainini, que solamente es positiva con orina que contenga gonadotrofina coriónica, y la valoración conjunta de ambas hormonas por métodos biológicos pueden ayudar al diagnóstico de estos tumores y de sus metástasis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En algún caso de tumor testicular en que la sintomatología local haya pasado desapercibida, se pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial de las metástasis abdominales de estos tumores con la forma abdominal del linfogranuloma de Hodgkin, con el linfosarcoma retroperitoneal o con la tuberculosis ganglionar abdominal, fundamentalmente. Rara vez se tendrá que plantear este problema diagnóstico, pues generalmente la sintomatología testicular ha sido lo suficientemente expresiva como para apuntar el origen del cuadro clínico. No obstante, por ser precisamente las formas más malignas

nas de tumoración testicular las que menos manifestación local tienen (coriocarcinomas y carcinomas embrionarios) y ser al mismo tiempo las de mayor capacidad y precocidad metastatizante, tiene interés el pensar en esta posibilidad diagnóstica ante todo cuadro de tumoración retroperitoneal de naturaleza desconocida.

CASOS CLÍNICOS.

Caso núm. 1.—A. M. A., veintiocho años, casado. Hace un año empieza con sensación dolorosa en testículo derecho, que se irradia a ingle y espina iliaca. Nota un pequeño bultito en dicho testículo, pero como apenas le molesta no hace caso; el cuadro es interpretado como reumático y tratado con irgaporina. Las molestias dolorosas van aumentando, para seis meses más tarde aparecerle dolores abdominales en cinturón, muy intensos y estreñimiento. Un mes más tarde le aparece un bulto en región retroclavicular izquierda que crece progresivamente (la biopsia de este ganglio no permite hacer el diagnóstico por la intensa necrosis tisular). Últimamente el dolor se ha hecho agudísimo en todo el abdomen, irradiándose a región lumbosacra. No tiene casi apetito, ha perdido 16 kilogramos de peso, tiene frecuentes arcadas y algún vómito, va muy estreñido y las orinas son muy cargadas.

Antecedentes personales y familiares, sin interés.

En la exploración se encuentra una tumoración del tamaño de una mandarina en fosa retroclavicular izquierda, de aspecto ganglionar (G. de VIRCHOW). En región umbilical se palpa una tumoración muy dura, dolorosa, lobulada, no movable, del tamaño de una naranja grande. El testículo derecho se palpa de tamaño normal, objetivándose solamente en su polo superior un pequeño nódulo, como un guisante, duro y algo doloroso. En la radiografía de tórax aparece una condensación hiliar bilateral, francamente patológica, y en ambos campos pulmonares se aprecian imágenes redondeadas con aspecto típico de metástasis hematógenas.

Los análisis arrojan: hematíes, 3.630.000; Hb., 72 por 100; leucocitos, 7.400 (con desviación a la izquierda); índice de Katz, 32; reacción de Galli-Mainini, positiva. El estudio anatomopatológico de la biopsia ganglionar demostró la imagen de un carcinoma formado por células poliédricas de disposición cordonal con atipias celulares y numerosas mitosis, recordando la estructura del seminoma (fig. 2).

El enfermo ingresó en muy mal estado, iniciándose tratamiento radioterápico de masas ganglionares y ganglio retroclavicular con escaso éxito. Dado su creciente empeoramiento se le dió el alta a petición de la familia sin haber terminado aquel tratamiento, falleciendo a los pocos días.

El tamaño insignificante de la tumoración testicular, la evolución rápida del proceso, la escasa respuesta a la radioterapia y sobre todo a la positividad de R. de Galli-Mainini nos inclinaron en este caso a considerarlo como un coriocarcinoma o un carcinoma embriogénico. El estudio anatomopatológico de un ganglio demostró que se trataba de un seminoma, aunque no obstante el estudio del tumor primitivo no pudo ser realizado, en el que sin duda existían estructuras relacionadas con el tejido coriónico.

Caso núm. 2.—J. H. R., veintisiete años, casado. Hace dos años le aparece un dolor intenso en fosa iliaca izquierda que se irradia al testículo del mismo lado, seguido de tumefacción de éste. Fué al urólogo, quien le diagnosticó orquiepididimitis fímica, tratándole como tal, y en vista que no mejoró, a los tres meses le resecó dicho testículo (no se practicó estudio anatomopatológico

de la pieza operatoria). Después de nueve meses de absoluta normalidad comenzó con dolores periumbilicales intensos con sensación de nudo que corre, irradiados a ambos flancos y dificultad para empezar a orinar. Fué visto por un especialista de aparato digestivo, quien le diagnosticó adenitis tuberculosa mesentérica, tratándolo con estreptomycinina e hidrazida. El enfermo continuó empeorando, apareciéndole vómitos biliosos, intenso estreñimiento y fiebre. En el momento de su ingreso tenía crisis abdominales de dolor transfixivo, alternando con sensación casi continua de tirantez umbilical y dolor lumbar intenso. Fiebre de 39 grados, eructos, anorexia, vómitos alimenticios muy frecuentes, estreñimiento y pérdida de peso.

Antecedentes personales: cuando tenía diez años se le inflamó el testículo izquierdo, teniendo que llevar suspensorio durante una temporada.

Antecedentes familiares, sin interés.

En la exploración se objetivó una tumoración abdo-

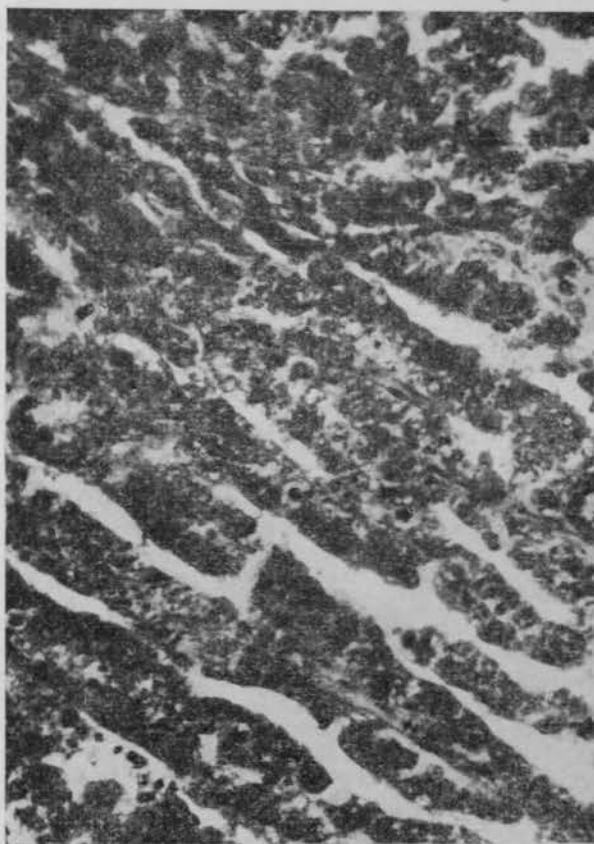


Fig. 2.—Ganglio inguinal. Metástasis cordones, células epiteliales tumorales, en las que se ven dos mitosis.

minal gigante, de forma multinodular, de consistencia leñosa, dolorosa a la palpación, no movilizable, que se extendía por epigastrio, mesogastrio y ambos vacíos.

En los análisis se encontraron: hematíes, 3.830.000; Hb., 80 por 100; leucocitos, 6.000 (intensa desviación a la izquierda). Gonadotrofinuria: más de 20 U. rata. Reacción de Galli-Mainini, negativa.

Después de un tratamiento radioterápico con 8.000 r./piel, desapareció la tumoración, los dolores, la fiebre y se normalizó la eliminación de gonadotrofinas en orina (menos de 4 U. rata en las veinticuatro horas). Al mes y medio se le administraron 3.000 r. más. Transcurrieron tres o cuatro meses de latencia, y al final de los cuales se reprodujeron las metástasis retroperitoneales, falleciendo con un cuadro de dolores intensísimos abdominales, vómitos, fiebre y caquexia (no se pudo practicar estudio anatomopatológico por haber fallecido fuera de la clínica).

En este caso no pudo llegarse a un diagnóstico anatomopatológico. El antecedente de la tu-

mefacción testicular durante la infancia sugiere la remota posibilidad de que se tratase de un teratoma que se hubiese malignizado en la edad adulta. La latencia clínica después de la orquidectomía, la buena respuesta momentánea a la radioterapia y la negatividad de la R. de Galli-Mainini, apuntan más en favor de seminoma. Esta misma negatividad descarta los tumores testiculares con tejido coriónico.

Caso núm. 3.—A. M. M., diecinueve años, soltero. Hace dos años le apareció un cuadro de diarreas líquidas, muy mal olientes, en número de 4-5 deposiciones diarias, sin fiebre, acompañadas de mal estado general, astenia y cansancio. Con temporadas de mejoría evolucionó has-

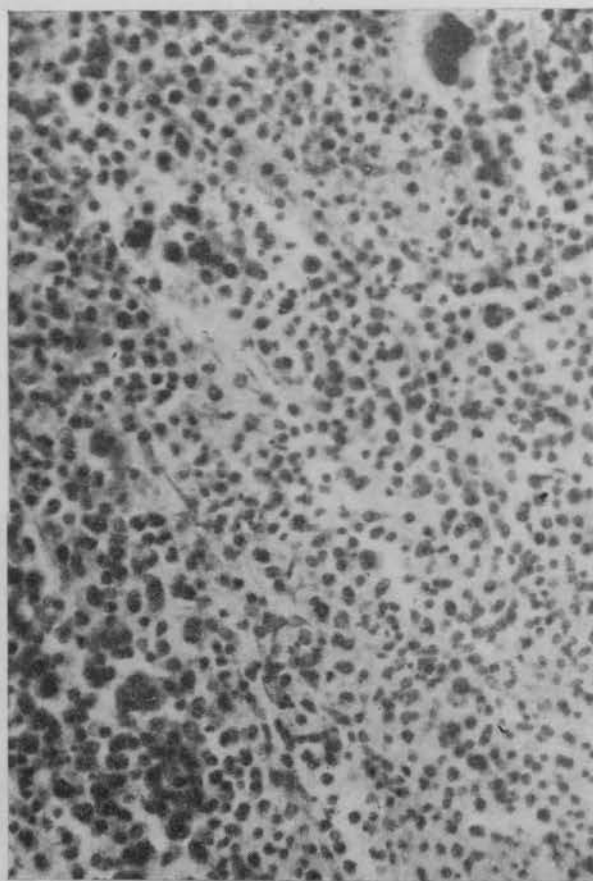


Fig. 3.

ta hace diez meses, en que se intensificaron de nuevo aquéllas (10-12 deposiciones diarias), al mismo tiempo que se le inflamó el testículo derecho. Fué interpretado este cuadro como de tuberculosis intestinal con orquitis de la misma etiología. Se le practicó la exéresis de dicho testículo y se sometió a tratamiento con estreptomycin y hidrazida, sin obtener ninguna mejoría. Hace dos meses empezó a tener dolor en hipocondrio derecho, que le ha ido aumentando paulatinamente. En el momento de ingresar en la clínica persisten las diarreas de carácter líquido, no tiene nada de apetito, la astenia es muy intensa y continúa con dolores abdominales, localizados en hipocondrio izquierdo, muy acusados. Desde que empezó su proceso no tuvo fiebre en ningún momento.

Antecedentes personales y familiares, sin interés.

En la exploración se encontraba un enfermo en muy mal estado general, con acropaquias en manos y pies, y en el abdomen se apreciaba un derrame ascítico que permitía la palpación de formaciones redondeadas, dolorosas, que parecían corresponder a ganglios mesentéricos. En hipocondrio izquierdo se palpa una de estas

tumoraciones de gran tamaño, no movilizable, que no parece corresponder al bazo.

En los análisis destacaba una ligera anemia con velocidad de sedimentación moderadamente elevada. La tuberculina, al 1/10.000, era negativa. En la orina se encontraban solamente ligeros indicios de albúmina y las gonadotrofinas eran de 4 U. rata en veinticuatro horas.

Se le practica una laparotomía exploradora, y en vista de que había una gran masa tumoral adherida a asas intestinales, cuya resección era imposible, se cierra. A los pocos días fallece, encontrándose en la autopsia que casi toda la cavidad abdominal se encuentra repleta de una gran masa tumoral, que rechaza hacia arriba estómago, hígado y bazo; llega por abajo hasta la pelvis, por la izquierda establece adherencia con la pared abdominal y deja por la derecha algún sitio libre donde se disponen asas del íleon. Gran parte del intestino delgado ha establecido fuertes adherencias con la masa tumoral y se encuentran casi totalmente incluidas en ella. Las masas tumorales son de consistencia blanda y de aspecto hemorrágico.

El estudio microscópico de estas masas tumorales demostró que se trataba de un carcinoma embriogénico de procedencia seguramente testicular (fig. 3).

En este caso la extraordinaria malignidad del cuadro clínico fué pareja a la malignidad histopatológica, no sorprendiendo el hallazgo de una estructura propia de un carcinoma embriogénico en las metástasis ganglionares abdominales.

DISCUSIÓN.

El cuadro abdominal de estos tres enfermos fué tan aparatoso en su sintomatología, tanto subjetiva como objetiva, que pasó a ocupar un primer plano en la clínica; siendo entonces cuando se hizo el diagnóstico etiológico del proceso.

En el caso número 1, la sintomatología testicular debió ser tan anodina en un principio que los dolores irradiados a ingle y espina iliaca fueron considerados como reumáticos, cuando seis meses más tarde aparecieron síntomas subjetivos de tumoración abdominal, y poco después de infarto ganglionar retroclavicular; en la exploración testicular solamente se le apreciaba un nódulo diminuto en el polo superior del testículo derecho, y los dolores abdominales eran tan intensos que enmascaraban la pobre sintomatología testicular.

Aunque entonces se hubiese hecho el diagnóstico del cuadro clínico era demasiado tarde, ya que las metástasis linfáticas habían llegado a las mismas puertas de la circulación venosa subclavia (ganglio de Virchow), que más tarde atravesarían para dar metástasis hematógenas pulmonares. En esta situación preterminal ingresó en la Clínica.

En el caso 2, aunque la sintomatología testicular fué más evidente se consideró clínicamente de origen tuberculoso, y al no hacerse el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria se perdió la última oportunidad de haber hecho el diagnóstico en un momento en que la radioterapia de ganglios lumbo-aórticos, unida al tratamiento quirúrgico, podría haber sido más útil al enfermo. Cuando apareció claramente la sin-