

Tratamiento quirúrgico

Dr. ARTURO DURANTE BARBOT *

A pesar de los adelantos que se han efectuado en los últimos años, el tratamiento de los tumores de testículo permanece aún incierto, y el resultado que se obtiene en cada caso, una incógnita.

Nos referiremos únicamente al tratamiento quirúrgico, dejando el radioterápico y quimioterápico que serán tratados por otros colegas.

El tratamiento quirúrgico comprende dos actos médicos; la orquiectomía y el vaciamiento linfoganglionar lumboaórtico.

a) La orquiectomía.

Es a la vez un procedimiento a) diagnóstico ya que confirma el clínico y permite efectuar el anatomopatológico, y b) de tratamiento, ya que extirpa la lesión.

Debe realizarse como primer acto terapéutico antes de la quimioterapia o la radioterapia, ya que no debe modificarse el esquema histológico de la lesión, porque de él extraeremos normas para la secuencia terapéutica. Hay autores que no creen necesario su realización, dado que tratan la lesión primaria únicamente con radioterapia o su combinación con la quimioterapia. Esta manera de proceder no la hemos efectuado nunca.

La orquiectomía debe iniciarse con un abordaje amplio del canal inguinal. Abierto el oblicuo mayor, independizar el oblicuo menor y transverso del cordón inguinal. En el orificio profundo del canal inguinal se aísla la vaina espermática, que es clampeada con una pinza forrada para no lastimar estructuras, y luego se pasa a hacer el inventario quirúrgico de la lesión. Si se trata de una lesión no neoplásica, se desclampea y se efectúa el procedimiento quirúrgico que corresponda. Si es un neoplasma macroscópicamente, se liga por encima de la pinza y luego se efectúa la extirpación de la lesión con la mayor cantidad de tejidos peritumorales. Esto se efectúa por la misma incisión o por una nueva escrotal, según el tamaño.

Nuestra experiencia con este procedimiento como tratamiento único de tumores de testículo se reduce a 17 casos; 6 seminomas, 6 tumores embrionarios y 5 orquioblastomas. De los 17 casos, hay 14 controlados y 3 ignorados.

Los teratomas todos han fallecido antes de los 5 años, con promedio de supervivencia de 6 meses al año y medio.

De los seminomas, dos viven con más de 5 años, y fallecidos los otros.

Los orquioblastomas son más recientes. Uno tiene más de 5 años, y los demás por debajo de este lapso. Hay uno con metástasis lumboaórtica.

b) Linfodenelectomía lumboaórtica.

Es una intervención quirúrgica mayor cuyo objetivo es la extirpación de los ganglios tributarios de la red linfática de los testículos.

Esta intervención quirúrgica ha visto renacer su realización en estos últimos años a raíz de los trabajos de Friedman y Moore (1) que establece una mejor correlación entre la patología y terapéutica de estos tumores.

Las indicaciones de este acto quirúrgico están condicionadas por tres variables que deben ser conocidas:

- 1º) El tipo histológico del tumor.
- 2º) La etapa evolutiva del tumor.
- 3º) El estado general del paciente, huésped del tumor.

1) El padrón histológico del tumor es uno de los pilares más importantes para proseguir en la terapéutica, ya que desde este punto de vista podemos considerar tumores radio sensibles y radio resistentes.

Los seminomas son tumores de gran radio sensibilidad, y por lo tanto no entran en el dominio de la cirugía ampliada. La orquiectomía más radio y/o quimioterapia es la fórmula ideal de tratamiento, y con la que se consigue alto porcentaje de curaciones (hasta la cifra del 95 % a los 5 años según algunos autores).

Los tumores embrionarios (carcinomas embrionarios y teratocarcinomas) tienen en general baja radiosensibilidad, y por lo tanto son los que entran en el dominio de esta cirugía.

Los teratomas adultos según algunos autores, deben clasificarse en este grupo, ya que en el 36 % de los casos dan metástasis.

Los coriocarcinomas escapan a esta cirugía ya que su gran poder metastasiante tanto por vía sanguínea como linfática, hacen ilusoria toda tentativa quirúrgica.

Los orquioblastomas plantean un problema clínico importante, ya que hay autores que los consideran benignos y otros de gran potencial evolutivo. En nuestra experiencia como ya vimos, en 5 tumores de este tipo, y tenemos uno con metástasis ganglionares por lo que desde ahora en adelante nos inclinaremos a aplicar la cirugía ampliada en este tipo tumoral.

* Profesor Adjunto de Urología (Fac. Med. Montevideo).

2) Etapa evolutiva del tumor.

Debemos considerar tres etapas evolutivas en estos tumores. La primrea es la lesión local, sin signos clínicos ni paraclínicos de diseminación a distancia.

La segunda es cuando existe colonización ganglionar subdiafragmática, sin otros signos de metástasis supradiafragmática o a distancia.

La tercera etapa es aquella donde existen signos clínicos o paraclínicos de metástasis supradiafragmática o a distancia.

La cirugía radical está indicada en el grado uno y es en esta etapa donde se producen los mejores resultados terapéuticos.

Está indicada también en el grado dos incipientes; es decir con colonización ganglionar muy pequeña o sea en las primeras etapas y donde sólo es posible pesquisarla por la linfografía, ya que si se palpan clínicamente ganglios abdominales desde ya podemos sentar que se ha sobrepasado toda etapa quirúrgica.

En cambio, la cirugía no está indicada en el grado dos evolucionado ni en el grado tres.

3) Estado general del huésped.

En general no interviene en la indicación de esta cirugía el estado general del portador, ya que se trata de pacientes jóvenes o niños. Pero de cualquier manera no hay que olvidar que se trata de una cirugía mayor y prolongada, que necesita un organismo en buenas condiciones para soportarla. Por lo tanto hay que investigar taras generales importantes que pueden contraindicar esta cirugía.

El objetivo de esta cirugía es la extirpación de los ganglios lumbosacros y los territorios linfoceluloadiposos intermediarios. Comprende los ganglios preaórticos-cava, interaórticos-cava y los ganglios retrovasculares aórticos-cava. La extirpación de estos territorios debe ser bilateral en todos los casos pues las conexiones linfáticas interganglionares son numerosas como así lo demuestra la experiencia en la metástasis a ese nivel.

En altura la extirpación debe ser llevada hasta la cisterna de Pecquet que resume la circulación linfática de la zona sospechosa.

El límite inferior, son los ganglios ilíacos externos y primitivos del lado del tumor y los ilíacos primitivos del lado opuesto.

Los límites laterales están dados por los uréteres y el ángulo que forma el pedículo bascular renal con el parénquima (borde interno). Hay algunos autores que completan esta disección con la extirpación de la grasa perirenal del lado afectado.

Es sumamente difícil la extirpación en block de todas estas estructuras pero facilita mucho la prosecución de esta disección, el comenzar bien arriba, en la cisterna, para descender luego orientados por el ligamento común anterior-vertebral que debe quedar limpio y a la vista del cirujano.

Para poder lograr estos objetivos se pueden efectuar abordajes medianos o laterales o intra o retro peritoneales respectivamente.

Las vías retroperitoneales tomaron auge a raíz de las publicaciones de Chevassu y Hinman (2). Estas operaciones dan una buena ex-

posición del retroperitoneo bajo y mediano del lado homónimo, pero tienen inconveniente en la exposición del retroperitoneo alto.

En general han sido abandonadas, pues tampoco permiten vaciamientos bilaterales con comodidad.

La vía intraperitoneal o mediana es la que hoy día disfruta de mayor popularidad.

Los trabajos de Mallis y Patton (3), Tohenkni (4), Stelin (5) y otros han incrementado este tipo de abordaje ya que permite una exposición del retroperitoneo que cumple con todos los objetivos ya vistos, en forma satisfactoria.

Incisión xifo-púbica reclinando y exteriorizando el intestino delgado hacia la derecha y el colon transversal hacia arriba, con lo cual se expone ampliamente la cara anterior del peritoneo parietal posterior. Este se incinde desde el ángulo duodenoyeyunal hacia abajo, siguiendo la cara izquierda de la raíz del mesenterio. Llegado al ciego se reclina éste hacia arriba y se sigue la incisión peritoneal primero circunvalando este órgano y luego por la gotero parietocólica derecha hacia el ángulo derecho del colon. Esto se puede completar con decolamiento duodenopancreático para exponer ampliamente la región de la cisterna. Se efectúa de la misma manera otro decolamiento cólico izquierdo con el fin de tener acceso al retro peritoneo mediano en forma bilateral. Luego la disección se comienza por la parte craneal del campo y se prosigue descendiendo lentamente hacia los límites inferiores.

Nuestra experiencia se reduce a 13 disembríomas de testículos operados, habiendo practicado 12 vaciamientos y una biopsia ganglionar (por imposibilidad de efectuar el vaciamiento).

Los casos fueron seleccionados según hemos expuesto en las indicaciones de esta cirugía, tumores embrionarios en grado uno o dos incipientes de su evolución.

Desde el punto de vista quirúrgico no hemos tenido complicaciones ni intra ni postoperatorias, a pesar de que se trata de cirugía mayor y actos quirúrgicos prolongados. Salvo dos, los demás casos fueron con intestino intubado con sonda Cantor que fue retirada al tercer día postoperatorio.

En el postoperatorio alejado observamos en un caso una impotencia sexual y en otros tres la pérdida de la eyaculación (uno de ellos en forma transitoria).

En esta serie no incluimos los orquioblastomas del niño por compartir el concepto de que estos tumores son relativamente benignos y no dan metástasis sino excepcionalmente. Pero a raíz de una metástasis ganglionar aparecida en nuestra serie de 5 casos y de la opinión generalizada de los autores modernos creemos oportuno plantear la linfoadenectomía lumbosacros en todos estos casos.

De las 12 linfadenectomías practicadas, la primera hace más de 11 años, 7 viven en el momento actual libres de colonización a dis-

tancia. Si comparamos este resultado con lo sucedido en la orquiectomía como único tratamiento veremos que este tipo de cirugía tiene fundamento ya que prolonga la sobrevida en un porcentaje muy apreciable.

Cuando el estudio anatomopatológico del material extraído quirúrgicamente no muestra signos de colonización, esto nos exime de proseguir con ningún otro tratamiento ni radio ni quimioterápico. Cuando por lo contrario muestra incipiente colonización con demuestr:

1) Que hemos extirpado tejido neoplásico.

2) Que debemos actuar sobre el segundo relai ganglionar ya sea con radio terapia o su combinación con la quimioterapia. Mendy (6).

BIBLIOGRAFIA

1. FRIEDMAN, N. and MOORE, R. Tumors of the Testis. *Mili. Surg.*, 99: 573, 1946.
2. HINMAN, F. The Radical Operation for Teratoma Testis. *Surg. Gynec. Obstet.*, 28: 495, 1919.
3. PATTON, J. F. and MALLIS, N. Tumors of the Testis. *J. Urol.*, 81: 457, 1959.
4. TOBENKIN, M. I., BIMKLEY and SMITH, D. R. Exposure of the Retroperitoneum for Radical Dissection of Lymph nodes. *J. Urol.*, 86: 596, 1961.
5. STEHLIN, J., SID JONES, J. and CRIGLER, C. Surgical Treatment of Cancer of the Testis. Vol. 7, 1962 Editores Pack-Ariel.
6. MENDY, F. Extensión Lesional de los tumores testiculares en relación con el tratamiento. *V Congreso Médico del Uruguay*, VI: 501, 1962.