

COMENTARIO OFICIAL

DR. ANTONIO VILLASANA ESCOBAR¹

ENTRE las muchas consideraciones que se ocurren hacer al trabajo del Dr. Salas, he escogido tres, dado el corto tiempo asignado a este comentario.

Un conocimiento más exacto de la patología de los tumores testiculares, surgió cuando se pudo contar con series grandes de dichos tumores, con buen estudio clínico y estudio hormonal, pues dada la rareza de ellos, difícilmente un patólogo podía reunir suficiente número de casos de diversos tipos que le permitiese compararlos entre sí y derivar conclusiones. Esto ocurrió al final de la segunda guerra mundial cuando se logró reunir una serie de novecientos noventa tumores testiculares en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas y se encargó dicho estudio al Dr. Friedman y al entonces profesor de patología, en la Washington University de San Luis Missouri, Dr. Robert Allan Moore.

En los niños estos tumores son aún más raros y las series más grandes como la que reportó Phelan en 1957, incluía cuatrocientos sesenta y cuatro tumores, pero como Anderson y Huston señalaron en 1958, a muchos de ellos les faltaba un estudio histológico adecuado y consideraban que de todos estos apenas ciento sesenta serían aceptables.

Por eso, cuando el Dr. Salas hace referencia a la "pequeña serie del Hospital Infantil de México" de cuarenta y siete casos, conviene subrayar que difícilmente ningún otro patólogo en nuestro medio, especializado en patología pediátrica pueda tener una experiencia semejante que represente veintitrés años de labor continuada.

En segundo lugar quisiera referirme al peculiar interés que presenta este grupo de tumores por lo que se refiere al enorme problema de la biología celular que es la diferenciación. Fruto del estudio de estas gran-

des series como la de Friedman y Moore, la de Scully y Parkham, etc., fue señalar que quizás la forma histológica más temprana de este grupo de tumores corresponde al de células indiferenciadas casi totipotenciales del carcinoma embrionario, la cual puede sufrir diferenciación trofoblástica o somática. Tengo la impresión que muchas cosas interesantes quedan aun por descubrirse en la histogénesis de estos tumores y prueba de ello son los informes ocasionales que se hacen de tumores que no encajan en las clasificaciones habituales, como el de Crouch de 1958 al que hace referencia como de un tumor "adrenogénico" o el más reciente de Collins y Schoenberger de 1962 al que se refieren como un tumor "germinal raro". La misma falta de unificación en las clasificaciones señala la falta de información en muchos puntos. El uso frecuente de biopsias testiculares en algunos casos de infertilidad o los modernos estudios de citogenética contribuirán sin duda a un mayor conocimiento de este tema.

Finalmente, espero que un punto debe haber quedado bien claro para el clínico y es el siguiente: en bases de probabilidad la mayor parte de los tumores testiculares en los niños son tumores malignos y aproximadamente en las tres cuartas partes de ellos se tratará precisamente de carcinomas embrionarios, como lo señala el Dr. Salas, ya sea como tumor puro o como mezcla con teratoma, coriocarcinoma o seminoma. Esto es importante recalcarlo, porque aun entre los patólogos prevalece la impresión de que el seminoma es el tipo de tumor testicular más frecuente, de evolución clínica más lenta y de malignidad un poco más baja. Esto es verdad para los tumores testiculares de los adultos, mas no para los tumores testiculares de los niños.

Me permito felicitar al Dr. Salas por su cuidadoso trabajo y el agradecimiento que me haya invitado hacer este comentario.

¹ Académico numerario, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.