



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. julio 2010; 14(3):

PRESENTACIÓN DE CASO

Tumor de testículo enmascarado por una orquiepididimitis: presentación de un caso

Tumor of the testicle masked by an orchiepididymitis.: a case report

Idelma Castillo García¹, Teresita Llera Clausell², Yanet Caveda Rizo³, Alfonso Acosta Fuentes⁴, Ihosvany Baños Hernández⁵.

¹Especialista de Primer Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. E-mail: inray@princesa.pri.sld.cu

² Especialista de Segundo Grado en Urología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar.

³Especialista de Primer Grado en Urología. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴ Especialista de Primer Grado en Urología. Asistente. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Especialista en Urología. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Paciente masculino, de la raza blanca, de 26 años de edad, que acude a la consulta externa de urología del Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado» en Pinar del Río, con un dolor en el testículo derecho y un aumento de volumen, aproximadamente dos años de evolución; fue tratado en múltiples ocasiones por el diagnóstico de orquiepididimitis, recibiendo tratamiento con antibióticos (ciprofloxacina, amoxicilina) sin respuesta al tratamiento, es visto nuevamente; al examen físico se comprueba un aumento de volumen del escroto derecho, doloroso a la palpación, constatándose una tumoración de aproximadamente 2 cm, dura e irregular, en la cara anterior, y la parte media e inferior de dicho testículo. Se realizan los exámenes de laboratorios, los cuales se encuentran en rangos normales, además, ultrasonografía testicular donde se describe una tumoración de baja ecogenicidad que corresponde con el tumor sospechado, realizándose un tratamiento quirúrgico (orquiectomía derecha con ligadura alta del cordón) y biopsia, resultando ser un seminoma clásico. Actualmente asintomático.

Palabras clave: NEOPLASIAS, SEMINOMA/diagnóstico.

ABSTRACT

A 26 year-old male, Caucasian patient came to the Urology Clinic at "Abel Santamaria Cuadrado" University Hospital in Pinar del Rio, complaining of a pain in the right testicle and an increase in its volume during two years of evolution approximately; the patient was treated several times having the diagnosis of orchiepididymitis, and underwent antibiotic therapy (ciprofloxacin, amoxicillin) without response, the patient was re-evaluated; physical examination corroborated an increase in the volume of the right testicle finding a tender, firm and irregular tumor of 2 cm approximately located in the anterior face and half-inferior part of such testicle. Laboratory tests showed normal ranges, the sonographic studies described a tumor of low echogenicity in correspondence with the suspected tumor in the testicle; surgical removal and biopsy were performed (right orchiectomy with upper ligature of the cord); which resulted in a classic seminoma, currently asymptomatic.

Key words: NEOPLASMS, SEMINOMA/diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de testículo es relativamente poco frecuente, representa el 1% de todos los cánceres que se presentan en el hombre, observándose en los hombres jóvenes entre 15 y 35 años, con el cuadro clínico inicial en el 10 al 50% de los casos de un dolor agudo del escroto.¹

En los últimos años la incidencia mundial se ha duplicado. Es elevada en los países escandinavos, media en EE.UU. y baja en Japón y África y mucho más común en los blancos, que en la raza negra en proporción de 4 a 1. Entre los factores de riesgos están los hereditarios, carcinógenos, traumatismos y la orquitis bacteriana o urliana y la criptorquidia tratada tardíamente entre otros.

El 90% de los tumores primarios del testículo se originan en las células germinales; estos se clasifican en: seminoma y no seminoma, el tipo seminoma es más sensible a la radioterapia. La tasa de curación excede el 90%. Para los pacientes con la enfermedad en estadio bajo, la tasa de curación se aproxima al 100%.^{1, 2}

El seminoma es el tumor germinal más común, representa el 35% de todos los tumores de células germinales, aparecen generalmente en la cuarta década de la vida, su crecimiento es simétrico, sustituyendo la arquitectura original, se extiende por vía linfática y son muy radiosensibles, por lo que tienen buen pronóstico. El examen ecográfico debe acompañarse de un estudio de los ganglios para estudiar el tumor, siendo considerado de estadio 0 cuando los ganglios afectados están limitados a la región inguinal, estadio II cuando los ganglios afectados son los subdiafragmáticos y estadio III cuando se afectan ganglios supradiafragmáticos. Una orquiectomía inguinal radical con ligación inicial alta del cordón espermático es el procedimiento predilecto, cuando se está tratando una masa testicular maligna.³

La biopsia transescrotal no es considerada apropiada debido al riesgo de diseminación local del tumor hacia el escroto o su diseminación a los ganglios linfáticos inguinales.

Un aspecto importante en el diagnóstico y seguimiento del cáncer de testículo es el uso de marcadores séricos. Entre los marcadores séricos se encuentran AFP, GCH y DH (alfa feto proteína, gonadotropínica coriónica humana y deshidrogenasa láctica).

Los marcadores séricos pueden encontrar un tumor que es demasiado pequeño para ser detectado en un examen físico o en radiografías. Aproximadamente 90% de los cánceres de células germinales testiculares que se encuentran en pacientes menores de 15 años, son tumores de saco vitelino. En este tipo de pacientes, la AFP se encuentra elevada durante el diagnóstico y es un indicador excelente de la respuesta a la terapia y a la condición de la enfermedad.⁴ Los marcadores séricos, más radiografías torácicas son importantes en los exámenes mensuales para los pacientes después de la terapia definitiva del cáncer de testículo, así como también la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal periódica por 2 a 3 años.

La ausencia de marcadores no implica ausencia tumoral. Los pacientes típicamente reciben un seguimiento mensual durante el primer año después del diagnóstico y tratamiento. A pesar de que la mayoría de las recidivas tumorales aparecen en un lapso de 2 años; se han informado recaídas tardías, y, por lo tanto, se recomienda hacer los exámenes de por vida de los marcadores, radiográficos y físicos en forma continua.^{5, 6}

Sin embargo, los pacientes con un resultado negativo tienen una probabilidad de 25% a 30% de presentar compromiso microscópico de los ganglios linfáticos. El

tratamiento de los tumores de testículos es quirúrgico, consiste en la orquiectomía radical, el resultado de estudio histopatológico y la evaluación de los ganglios linfáticos, por medio de TAC, es un aspecto importante en el estadiamiento y planificación de tratamientos para los adultos con cáncer de testículo.^{7, 8} En los tumores no seminomatosos el tratamiento se orienta a la orquiectomía radical y la observación, si existe metástasis se impone la quimioterapia.

Los pacientes que han sido curados de cáncer de testículo tienen aproximadamente un riesgo acumulativo de 2% a 5% de desarrollar cáncer en el testículo opuesto durante los 25 años siguientes al diagnóstico inicial.^{9, 10} Dentro de este rango, los hombres con tumores primarios no seminomatosos parecen tener un menor riesgo de contraer subsiguientemente tumores contralaterales de la testis, que los hombres con seminomas. Hay informes de que los hombres infectados por el VIH tienen un aumento en el riesgo de desarrollar cáncer de las células germinales testicular.¹⁰

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente masculino, de la raza blanca, con 26 años de edad y antecedentes de salud, técnico veterinario, que se presenta en el consulta externa del Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado» de Pinar del Río con dolor en el testículo derecho, de dos años de evolución, con antecedentes de haber sido tratado en varias ocasiones por orquiepididimitis, asignándosele tratamientos con (ciprofloxacina, cefalexina, piroxican) sin respuesta al mismo, y persistiendo ligera una molestia.

Examen físico genital

Se comprobó un aumento de volumen del testículo derecho, palpándose un tumor en la porción anterior, dolorosa a la movilización. (Ver figura 1)



Fig. 1. Aumento de volumen

Exámenes imagenológicos y complementarios de laboratorio clínico:

Ultrasonografía testicular: Testículo derecho heterogéneo, se observa hacia su porción anterior una imagen de baja ecogenicidad, de bordes irregulares, la cual mide 11x8mm de diámetro.

Tomografía axial computarizada Abdominal: Normal

Rx tórax: Normal.

Hemograma con diferencial:

Hemoglobina: 13.0 g/l.

Hematocrito 43 L/L.

Leucocitos: $8.7 \times 10^9/L$.

Velocidad de Eritrosedimentación: 15 mm/h.

Hemoquímica:

Glicemia 5.3 mmol/L (N: 4.2- 6.1 mmol/L)

Creatinina: 77 umol/L (N: 44- 80 umol/L)

Coagulograma: Normal.

Deshidrogenasa láctica (LDH): 320 U/L (E)

Calcio: 2.11mmol/L.

Fósforo: 1.32mmol/L.

Transaminasa glutámica oxalacética: 20 U/L

Transaminasa glutámica pirúvica: 18 U/L (E)

Fosfatasa alcalina: 214 U/L (E)

Test de Orina: normal.

Alfa feto proteína 0.946 ng/L.

Gonadotropina Coriónica Humana <0.5MUI/L.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la clínica, los antecedentes, valores normales de los exámenes complementarios, así como los imagenológicos, se procedió a realizar un orquiectomía radical derecha con ligadura alta del cordón, como pilar para la estadificación y valorar tratamiento posterior (ver figura 2).



Fig. 2. Tumor testicular derecho. Hemiescrotos derecho.

El resultado biopsico fue seminoma clásico y que resultó completamente removido.

Estadificación: T1N0 M0. Etapa clínica 0.

Tratamiento

Quirúrgico. Orquiectomía radical derecha con ligadura alta del cordón espermático (ver figuras 3 y 4).

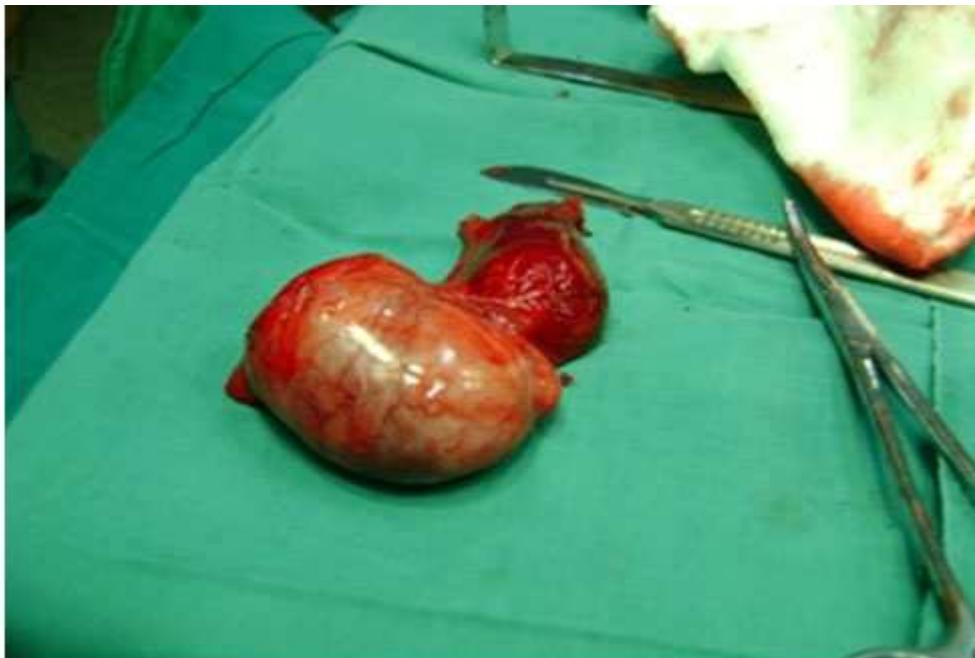


Fig. 3. Testículo derecho extirpado.



Fig. 4. Orquiectomía derecha. Ligadura alta del cordón.

Radioterapia externa C0 60: infradiafragmática (ganglios linfáticos para aórticos e ilíacos ipsilateral y lecho quirúrgico escrotal) 30 Gy.

Evolución

La evolución post operatoria del paciente fue satisfactoria, actualmente asintomático.

Resulta relevante el enmascaramiento del cuadro clínico con el diagnóstico de orquiepidimítis. Es más frecuente en el lado derecho que en el izquierdo, que corresponde con la literatura en la forma de aparición de este paciente. Un 1% de los pacientes operados de cáncer de testículo desarrollan un cáncer en el testículo contralateral.⁸ En el paciente estudiado, se estadificó como una etapa clínica 1A (T1, N0, M0, S0), según la AJCC. (Comité Estadounidense conjunto contra el cáncer).

No se detectan antecedentes hereditarios que pudieran ser atribuidos a la aparición de este tumor, ni factores de riesgos, no obstante, es recomendable la realización de los estudios genéticos que reafirmarían o no la forma hereditaria de presentación.⁹

Una adecuada estadificación (AJCC) es indispensable para decidir la terapia apropiada y es el tratamiento quirúrgico la disciplina terapéutica curativa de elección para el cáncer testicular, la adyuvancia con la radioterapia y o quimioterapia.

El seminoma en estadio inicial (0, I) tiene una tasa de curación mayor de 95% independiente de si se administra o no la terapia adyuvante post orquiectomía.⁹ Opciones de tratamiento estándar: orquiectomía inguinal radical sin radioterapia de ganglios retroperitoneales, seguida por la determinación frecuente de marcadores séricos, radiografías del tórax y tomografías computarizadas (TAC) (vigilancia).

Se ha informado de los resultados de múltiples series clínicas, con más de 900 pacientes con seminoma en estadio I, controlado mediante vigilancia post orquiectomía.¹⁰ La tasa de recurrencia tumoral es de 15% a 20%, y casi todos los pacientes con la enfermedad recurrente fueron curados mediante radioterapia o quimioterapia. Por tanto, la tasa de curación, en general, no es distinguible de la

lograda con la radioterapia adyuvante. Las recaídas después de los 5 años son pocos comunes, pero se pueden presentar.³

No existe consenso con respecto a la frecuencia de controles que debieran tener los pacientes tratados por un cáncer testicular, pero se recomienda que los pacientes sometidos a orquiectomía radical debieran controlarse cada 3 a 4 meses durante el primer año, cada 6 meses durante los siguientes 2 años y posteriormente, 1 vez al año, al menos por más de 10 años. Los pacientes que han sido curados de cáncer de testículo tienen aproximadamente un riesgo acumulativo de 2% a 5% de desarrollar cáncer en el testículo opuesto durante los 25 años siguientes al diagnóstico inicial.^{9, 10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cook MA. Scrotal pain/mass. En: Rakel RE. Saunders Manual of Medical Practice. Philadelphia, Pa: W.B. Saunders Company; 1996: 399-401.
2. American Academy of Pediatrics. Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits, and psychological effects of surgery and anesthesia. Pediatrics [revista en internet]. 1996 Apr [citado febrero 2010]; 97(4): p. 590-4. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/abstract/pediatrics;97/4/590>
3. Bosl GJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, Motzer RJ, Chaganti, RSK. Cancer of the testis. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, Cancer: Principles and Practice of Oncology. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven; 2005: 1269-1293.
4. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjold A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. N Engl J Med [revista en internet]. 2007 May 3 [citado febrero 2010]; 356(18): p.1835-41. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/18/1835>
5. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2007[monografía en internet]. Atlanta, GA: 2007. Disponible en: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2007PWSecured.pdf> [citado febrero 2010]
6. Hanna N, Timmerman R, Foster RS, Roth BJ, Einhorn LH, Nichols CR. Testis Cancer. En: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast RC, Gansler TS, Holland JF, Frei E, eds. Cancer Medicine. 6th ed. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc.; 2003: 1747-1768.
7. Spermon JR, De Geus-Oei LF, Kiemeneij LA et al. The role of (18) fluoro-2-deoxyglucose positron emission tomography in initial staging and re-staging after chemotherapy for testicular germ cell tumours. BJU Int [revista en internet] 2002 apr; 89(6): [citado febrero 2010]: p.549-56. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118928015/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
8. Germà-Lluch JR, García del Muro X, Maroto et al. Patrones clínicos y resultados terapéuticos en 1.490 pacientes con tumores testiculares de células germinales:

experiencia del grupo español de cáncer de células germinales (GG). European Urology [revista en internet] 2002; 42 [citado febrero 2010]: p.553-563. Disponible en: <http://tcrc.acor.org/staging.html>

9. American Medical Association. Cáncer testicular. JAMA [revista en internet], 13 de febrero de 2008; 299(6): [citado febrero 2010]: Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/299/6/718>

10. EEUU. Instituto Nacional del cáncer. Departamento de salud y servicios humanos de los EEUU. El cáncer de testículo: preguntas y respuestas. Hoja informativa. [monografía en internet]. Disponible en: http://www.cancer.gov/images/documents/98265940-3463-499e-be0e-01481b160515/Fs6_34s.pdf [citado 21 marzo 2010].

Recibido: 28 de Junio de 2010.

Aprobado: 12 de Julio de 2010.

Dra. Idelma Castillo García. MsC. Especialista de Primer Grado en Urología. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Dirección particular: KM 4. Consolación del Sur. Pinar del Río. E-mail: inray@princesa.pri.sld.cu