

Transiluminación negativa en patología testicular

Sara Córcoles García^a, Eugenia Navarro Plaza^a, Marta Córcoles García^b y María del Campo Giménez^c

^aMédica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII de Albacete. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Albacete. Albacete (España).

^bMédica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona V-B de Albacete. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Albacete. Albacete (España).

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio local de Ledaña. Cuenca. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Albacete (España).

Correspondencia:

Sara Córcoles García. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Albacete. Avenida Dr. José María Sánchez Ibáñez. 02008 Albacete (España).

Correo electrónico:

saracorcolesgarcia@gmail.com

Recibido el 10 de mayo de 2022.
 Aceptado para su publicación el 22 de agosto de 2022

RESUMEN

Los tumores testiculares representan el 1-2% de las neoplasias masculinas, siendo el más frecuente el seminoma. En pacientes con aparición de una masa o dolor testicular subagudo, es importante hacer una anamnesis exhaustiva y una exploración física. Hemos de apoyarnos en dos técnicas exploratorias para poder hacer un diagnóstico diferencial adecuado y detectar patología testicular urgente: transiluminación y ecografía testicular. El tratamiento incluye una orquiectomía y, según el estadio tumoral, quimioterapia.

Palabras clave: testículo, neoplasias testiculares, seminoma, orquitis, examen físico, Atención Primaria de Salud.

NEGATIVE TRANSILLUMINATION IN TESTICULAR PATHOLOGY

ABSTRACT

Testicular tumors account for 1% to 2% of male neoplasms, the most common being seminoma. In patients who consult due to the presence of a mass or subacute testicular pain, it is important to undertake a thorough history and physical examination. We must rely on two exploratory techniques to be able to perform a suitable differential diagnosis and detect urgent testicular pathology: transillumination and testicular ultrasound. Treatment includes performing an orchiectomy and depends on tumor stage and chemotherapy.

Keywords: Orchitis, Physical Examination, Primary Health Care, Seminoma, Testicular Neoplasms, Testis.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular se presenta generalmente como una masa testicular escrotal unilateral detectada por el paciente, y solo en un 27% puede aparecer dolor escrotal¹. Representa el 1% de las neoplasias adultas y el 5% de los tumores urológicos, con 3-10 nuevos casos por cada 100.000 hombres/año. Su mortalidad es muy baja, considerándose un modelo de neoplasia curable, con tasas de supervivencia a los 5 años del 95%².

Su etiología no está clara. Se sospecha que su origen es intraútero³. Los factores de riesgo asociados son la criptorquidia y la historia previa de tumor de células germinales en el testículo contralateral (5% de los casos)².

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un hombre de 40 años que consulta por persistencia de molestias testiculares tras un episodio de orquiepididimitis derecha aguda.

Respecto a sus antecedentes personales, no presenta alergias, ni factores de riesgo cardiovascular, ni consumo de tóxicos, ni tratamiento farmacológico habitual. En cuanto al enfoque familiar y comunitario, vive con su mujer y dos hijos menores de 3 años, con un adecuado apoyo sociofamiliar.

Dos meses más tarde del proceso agudo, acude a consulta por aumento de tamaño de testículo derecho, con molestias que relaciona con la fase de resolución del episodio de orquiepididimitis. Se realiza una entrevista clínica exhaustiva en la que el paciente no refiere dolor testicular intenso, secreción uretral, fiebre, lesiones dermatológicas ni sintomatología de la esfera sexual.

En la exploración física, presenta un buen estado general, adecuada hidratación, coloración y perfusión. La auscultación cardíaca es rítmica, sin soplos y sin alteraciones en la auscultación pulmonar. El abdomen es blando y depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes sin palpación de masas ni organomegalias. Se palpa testículo izquierdo en bolsa escrotal y, a nivel testicular derecho, aumento de tamaño con tumoración de consistencia dura de aproximadamente 5 x 4 cm, sin adenopatías locorregionales y técnica de

transiluminación con resultado negativo. Resto de la exploración física anodina.

Ante la sintomatología del paciente y la presencia de datos de alarma (tumoración indolora con transiluminación negativa), se extrae analítica sanguínea en la que destacan proteína C reactiva (PCR) 90,8 mg/L [0-0,5], lactato deshidrogenasa (LDH) 1.286 U/L [219-439], leucocitos 9460 μ l, con uroanálisis sin alteraciones patológicas. La ecografía testicular (figura 1) muestra una tumoración sólida heterogénea e hipoeoica en testículo derecho ocupando la práctica totalidad del parénquima de 7 x 5 cm asociando áreas quísticas y necróticas en su interior y aumento de vascularización Doppler.

Se comenta telefónicamente con urología por sospecha de malignidad y se completa el estudio con hormona gonadotropina coriónica humana (bHCG) 31 mUI/mL (0-10), alfa-fetoproteína (AFP) 0,9 ng/mL (<10), radiografía de tórax y tomografía computarizada (TC) axial sin alteraciones significativas. A las 2 semanas, se hizo una orquiectomía radical derecha, completando el diagnóstico por la anatomía patológica de seminoma de tipo clásico limitado al testículo derecho, y tras el estudio de extensión con TC TAP, estadio IA (pT1b, N0, M0), el paciente recibió tratamiento quimioterápico adyuvante.

DISCUSIÓN

El cáncer testicular representa el 5% de los tumores urológicos. Su incidencia ha aumentado durante las últimas décadas, especialmente en los países industrializados. El 80% de los casos aparecen

Figura 1. Ecografía testicular: teste izquierdo sin alteraciones



Figura 2. Ecografía testicular: tumoración sólida en testículo derecho



Tumoración sólida hipoeoica derecha en testículo derecho ocupando la práctica totalidad del parénquima de 7 x 5 cm que asocia áreas quístico-necróticas en su interior y aumento de vascularización Doppler.

en hombres menores de 45 años, con un pico de incidencia máxima a los 25-35 años (50% de los casos); sin embargo, su mortalidad es muy baja².

En el momento del diagnóstico, el 1-2% de los casos son bilaterales y la histología predominante son los tumores de células germinales (TCG) (90-95% de los casos). La mayoría de los tumores de células germinales pospuberales malignos se origina a partir de una neoplasia de células germinales *in situ* (GCNIS). Se subdividen clínica e histológicamente en seminomas y no seminomas, los últimos comprenden elementos somáticos y extraembrionarios de carcinoma embrionario, saco vitelino, coriocarcinoma y teratoma.

El dolor testicular abarca un gran amplio abanico de posibilidades diagnósticas, siendo en ocasiones un motivo urgente de consulta⁴. En los casos como el nuestro que consultan por masa escrotal o dolor, es indispensable hacer una amplia historia clínica y una exploración física que incluya el abdomen, la región inguinal, el pene y el escroto, junto con el uso de la transiluminación. Debemos plantearnos un diagnóstico diferencial con varicocele, hidrocele, quiste de epidídimo y patología tumoral (tabla 1)^{2,5}.

Los datos de alarma que nos harían derivar una masa escrotal a urgencias de urología son: masa indolora y progresiva, que se acompaña o no de adenopatías inguinales y que presenta transiluminación negativa junto, si es posible, con ecografía testicular y datos analíticos de sospecha de neoplasia testicular³. En este caso, el paciente presentaba una masa indolora y dura a la palpación, con transiluminación negativa, así como elevación de LDH, lo que nos hizo plantearnos que la etiología de la masa fuese tumoral, sospecha que confirmamos tras hacer las pruebas complementarias y tener el resultado de la anatomía patológica.

El seminoma es el tumor más frecuente de los TGC y de los tumores testiculares en su totalidad. Es poco habitual la positividad de algún marcador tumoral (<20%) en contraste con los TCGNS, con un aumento de estos en torno al 80%³. En cuanto a los distintos marcadores tumorales, se caracterizan por no positivizar nunca AFP, llegando a hacerlo en el caso de la bHCG en torno a un 20%. La presencia de una elevación de LDH nos indicaría un volumen tumoral elevado, con una gran actividad de lisis celular, por lo cual se relaciona su aumento con neoplasias testiculares en estadio avanzado².

Un 75-80% de los pacientes que presentan seminoma se diagnosticaron en estadio 1 (tumor limitado al testículo o escroto sin afectación vascular ni invasión linfática)³, presentando una tasa de supervivencia del 99%, con independencia de la estrategia de tratamiento elegida^{2,3}.

Tras el estudio de extensión, el abordaje terapéutico engloba la intervención quirúrgica y valorar posteriormente diferentes vías de tratamiento, entre las que destacan la vigilancia activa y la quimioterapia adyuvante mediante una tanda de carboplatino², que presenta menor toxicidad que la radioterapia y la misma efectividad que esta para reducir las recaídas³.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de dolor escrotal

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA ESCROTAL	
Hidrocele:	<ul style="list-style-type: none"> - Indoloro (a no ser que haya infección o inflamación) - Masa difusa, suave - Transiluminación positiva
Varicocele:	<ul style="list-style-type: none"> - Puede ocasionar pesadez y dolor, mejora en decúbito - Palpación en bipedestación de «bolsa de gusanos»
Quiste de epidídimo:	<ul style="list-style-type: none"> - Masa asintomática (en función del tamaño) - Nódulo indoloro en la cabeza del epidídimo - Ecografía escrotal: imagen quística anecoica bien delimitada
Tumor testicular:	<ul style="list-style-type: none"> - Masa escrotal indolora, unilateral o tumefacción o malestar escrotal de baja intensidad - Posibles adenopatías inguinales - Transiluminación negativa, ecografía escrotal con presencia de imagen compatible - Solicitar AFP, hCG y LDH

AFP: alfa-fetoproteína; hCG: hormona gonadotropina coriónica; LDH: lactato deshidrogenasa.

Por tanto, es importante que el médico/médica de familia haga una buena exploración física ante una masa testicular, ya que solo con ella podemos discernir entre patología maligna y benigna. Resaltamos el valor de explicar a los pacientes la patología que presentan, así como la evolución clínica esperable (como hemos visto, inicialmente nuestro paciente presentó una patología infecciosa aguda y la persistencia de síntomas le hizo consultar de nuevo). La longitudinalidad en las consultas de Medicina Familiar facilita detectar los datos de alarma gracias al seguimiento clínico que reciben los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

- Laguna MP, Albers P, Algaba F, Bokemeyer C, Boormans JL, di Nardo D, et al. EAU Guidelines on testicular cancer. European Association of Urology [Internet]. 2022 [consulta el 10 de marzo de 2022]. ISBN 978-94-92671-16-5. Disponible en: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>
- Jusmet Miguel X, Milozzi Berrocal J, Pérez Morales D. Patología testicular. AMF. 2017; 13(1):4-15.
- Aparicio J, Terrasa J, Durán I, Germà-Lluch JR, Gironés R, González-Billalabeitia E, et al. SEOM clinical guidelines for the management of germ cell testicular cancer. Clin Transl Oncol. 2016;18:1187-96.
- López Alonso A, García Velasco G. El dolor escrotal. ¿Es urgente, es grave? AMF. 2020;16(1):21-4.
- Brime Menéndez R, Acosta Reveles MA, Albers Acosta E, Olivier Gómez C. Patología testicular benigna: hidrocele, criptorquidia y varicocele Medicine. 2015;11(83):4.972-6.