

Tumoración testicular

Verónica Notario Barba^a, José Juan Carbayo García^b y Jeffrey O. Magallanes Gamboa^c

^a M.I.R. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo (España).

^b Médico de Familia. Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo (España).

^c Médico Internista. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo (España).

Correspondencia:

Verónica Notario Barba. Centro de Salud Talavera Centro. C/ José Luis Gallo, 2. C.P. 45600 – Talavera de la Reina. Toledo (España).

Correo electrónico:
vero_not@hotmail.com

Recibido el 11 de noviembre de 2015.

Aceptado para su publicación el 18 de febrero de 2016.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Presentamos el caso de un hombre de 33 años de edad que consulta por aumento de tamaño del testículo derecho de tres meses de evolución sin otra sintomatología. El cáncer de testículo es un tumor relativamente raro que representa alrededor del 1-1,5 % de los cánceres masculinos. Principalmente afecta a hombres jóvenes en la tercera o cuarta década de la vida. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la sospecha clínica, la ecografía testicular y el examen sérico de marcadores.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias testiculares. Ecografía. Seminoma.

ABSTRACT

Testicle lump

We present the case of a 33 year-old man with an enlargement of the right testicle during the last three months without any other symptoms. Testicular cancer is a relatively rare tumour that represents about 1-1.5 % of male cancers. It mainly affects young men in the third or fourth decade of life. Diagnosis is principally based on clinical suspicion, testicle ultrasound and serum marker test.

KEY WORDS: Testicular neoplasms. Ultrasonography. Seminoma

INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular representa aproximadamente el 1 % de todos los tumores del organismo. Se clasifica en tres grupos: tumores de células germinativas (TCGT), tumores de la médula del estroma y tumores de los cordones sexuales. Los TCGT representan el 95 % de los casos, dividiéndose a su vez en dos subgrupos: seminomas y no seminomas. Estos últimos están formados por 4 variedades histológicas: carcinoma embrionario no seminomatoso, tumor del seno endodérmico, coriocarcinoma y teratoma. Generalmente se presentan como una masa testicular indolora, aunque entre un 30-40 % de los pacientes refieren dolor sordo o sensación de peso en el abdomen inferior, zona perianal y escroto. Hasta un 10 % de los pacientes al momento del diagnóstico presentan síntomas relacionados con diseminación linfática o hematogena, que varían según la localización de las metástasis. Ante la sospecha clínica de un TCGT, una adecuada exploración escrotal, una ecografía testicular y la determinación sérica de marcadores tumorales suelen ser suficientes para la confirmación diagnóstica en un 90 % de los casos¹.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un hombre de 33 años de edad que consulta por aumento progresivo de tamaño del testículo derecho de tres meses de evolución. No refiere dolor ni sintomatología urinaria. No presenta alergias ni patologías de interés. Refiere un desarrollo psicomotriz normal sin antecedentes de criptorquidia ni hidrocele durante la infancia. Niega consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. A la exploración física, se aprecia un aumento difuso del tamaño y consistencia del testículo derecho con transluminiscencia negativa. El testículo izquierdo es normal. No se palpan

adenopatías inguinales ni en el resto de su anatomía. No presenta ginecomastia, visceromegalias ni irritación peritoneal. Decidimos realizar una ecografía testicular en Atención Primaria, apreciando una alteración de la ecoestructura de forma difusa sin presencia de quistes ni calcificaciones (figura 1). Solicitamos analítica completa con marcadores tumorales, radiografía de tórax y remitimos con carácter preferente a la consulta de Urología. Tanto el hemograma como la bioquímica básica fueron rigurosamente normales, así como la AFP, Beta-HCG y LDH. La radiografía de tórax fue igualmente normal. Dado el dilatado tiempo de espera para la consulta de Urología, decidimos remitir al paciente a la Urgencia Hospitalaria con el estudio completo realizado en Atención Primaria. Se realizó una ecografía testicular reglada que confirma: "Testículo derecho aumentado de tamaño con alteración difusa de la ecogenidad, sin calcificaciones, presenta aumento difuso de la vascularización. Proceso inflamatorio de tipo orquitis derecha, no obstante, dado el tiempo de evolución no se descarta proceso neoplásico" (figura 2). Ingresa en Urología y se realiza orquiectomía radical inguinal derecha. Anatomía patológica informa: "Seminoma clásico de diámetro mayor de 8 cm, sin evidencia de infiltración de la túnica albugínea. Restos de parénquima testicular con focos de tumor germinal intratubular. Epidídimo y borde de resección del cordón esper-

mático sin evidencia de malignidad". Ante dichos hallazgos, se realiza Tomografía Computerizada (TC) abdominopélvica para su estadificación: "No se observan adenopatías mediastínicas, hiliares ni axilares de tamaño significativo. Adenopatía paracardíaca derecha de 6 mm y micronódulo de 4 mm en LM. No se observan adenopatías retroperitoneales ni pelvianas de aspecto patológico. Se observan hallazgos compatibles con pancreatitis mesentérica y adenopatías inguinales bilaterales de aspecto reactivo secundarias a la cirugía. Resto de estudio sin hallazgos". Fue remitido a Oncología con el diagnóstico de seminoma puro estadio I. Dado que más del 80 % de los casos nunca recaen, en correlación con la Guía de la Asociación Europea de Urología, se decide realizar vigilancia sin necesidad de tratamiento adyuvante. Sin embargo, el riesgo pequeño, pero clínicamente significativo de recidiva, respalda la necesidad de vigilancia a largo plazo² e iniciar radioterapia o quimioterapia basada en cisplatino, de rescate. Como las recidivas ocurren principalmente en los primeros 2 años, se recomienda el seguimiento mediante TC cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el segundo y cada 6 y 12 meses en los años siguientes³. Nuestro paciente lleva más de 3 años de seguimiento, sin datos de recaída. Los hallazgos inespecíficos presentes en el primer TC han desaparecido y los marcadores tumorales se mantienen negativos hasta la actualidad.

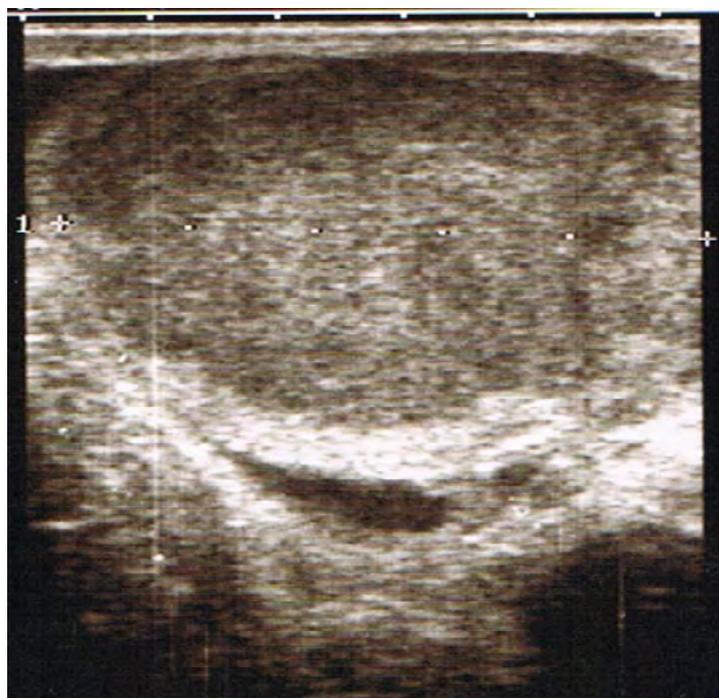


Figura 1. Ecografía testicular. Se aprecia una alteración de la ecoestructura de forma difusa sin presencia de quistes ni calcificaciones

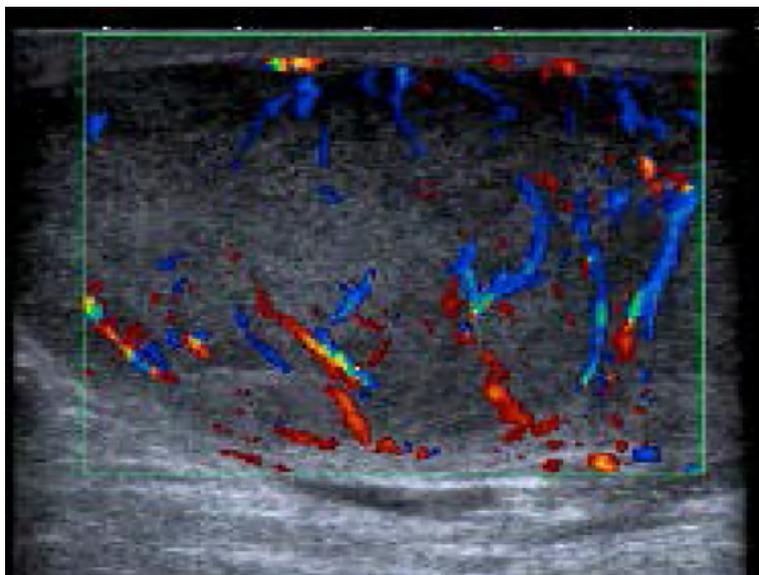


Figura 2. Ecografía testicular. Se observa un testículo aumentado de tamaño con alteración difusa de la ecogenicidad, sin calcificaciones, presenta aumento difuso de la vascularización

DISCUSIÓN

El cáncer de testículo es un tumor relativamente raro, representa solo el 1-1,5 % de los cánceres masculinos; sin embargo, es la neoplasia más frecuente en varones jóvenes, entre los 15 y 35 años⁴. Es uno de los cánceres con mayores posibilidades de curación. Un diagnóstico precoz con una estadificación correcta, permite establecer el tratamiento más adecuado para cada paciente, alcanzando una alta tasa de supervivencia, alrededor del 95 % a los 5 años en estadios tempranos. Los principales factores de riesgo asociados son la criptorquidia, tanto homolateral como contralateral, y el antecedente de un tumor testicular previo. El diagnóstico no es difícil y se basa exclusivamente en que el facultativo, en este caso, el médico de Atención Primaria, piense en la posibilidad de su presencia⁵. Toda masa escrotal dura e indolora tiene que orientarse como tumoral hasta que no se demuestre lo contrario⁶. Es básica una adecuada exploración bimanual del contenido escrotal, comenzando con el testículo normal contralateral; de esta forma se determina el tamaño, contorno y consistencia del testículo normal comparado con el sospechoso. Un 20 % presentan hidrocele asociado. Siempre debe descartarse afectación ganglionar o visceral y explorar el tórax para descartar ginecomastia, presente hasta en el 5 % de los casos.

La ecografía sirve para confirmar la presencia de una masa testicular y para explorar el testículo contralateral. Su sensibilidad en la detección de un tumor testicular es prácticamente del 100 % y desempeña un papel importante a la hora de determinar si la masa es intra o extratesticular. Se suelen presentar como una o varias masas hipoeoicas (seminoma) o hiperecoicas con microcalcificaciones⁴. Es una prueba económica y debe realizarse incluso si hay un tumor clínicamente evidente; así como en varones jóvenes que presentan masas viscerales o retroperitoneales, elevación de los marcadores tumorales séricos o en hombres con problemas de fertilidad; presenten o no, masa escrotal palpable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Arroyo Yustos M, Álvarez-Mon Soto M. Varón de 30 años que consulta por lesión dura e indolora en el testículo izquierdo. *Medicine*. 2009; 10 (27): 1859e1-e3.
2. Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer G, Cohn-Cedemarmark G, Fizazi K et al. Guía clínica sobre el cáncer de testículo de la EAU: actualización de 2011. *Actas Urol Esp*. 2012; 6 (3):127-45.
3. Murias Quintana E, Esteban E, López-Muñiz A, Saiz A, Costilla S, Jiménez JR. Comparación de la ecografía abdominal con la tomografía computarizada abdominal en el seguimiento del tumor de células germinales testicular. *Radiología*, 2011; 53 (5): 449-55.

4. Navarro Expósito F, Carballido Rodríguez JA, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de testículo. *Medicine*. 2009; 10 (27): 1807-16.
5. Sola Galarza I, Martínez Ballesteros C, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de las masas testiculares. *Medicine*. 2007; 9 (83): 5376-8.
6. Fuentes Márquez I, Jiménez Penick FJ, Olivier Gómez C, Crespi Martínez F. Tumores germinales del testículo. *Medicine* 2003; 8 (115): 6169-78.