



CASO CLÍNICO

Linfoma testicular. Presentación de un caso

Vázquez Ortega LS, Cantellano Orozco M, Viveros Elías JM, Pacheco Gahbler C, Calderón Ferro F

RESUMEN

El linfoma es una neoplasia maligna caracterizada por la proliferación de células nativas al sistema linfático.¹ El linfoma testicular comprende 1-9% de las neoplasias testiculares y es la neoplasia más común en personas mayores de 60 años;^{2,3} asimismo, es el tumor bilateral más común.⁴ Presentamos el caso de un paciente masculino de 80 años con aumento del volumen testicular bilateral, indoloro, sin sintomatología agregada, con estudios de gabinete y laboratorios complementarios sugerentes de neoplasia testicular bilateral. En éste se realizó orquiectomía radical bilateral, con diagnóstico histopatológico de linfoma de células B y CD20+, con sustitución total de parénquima, con toma de túnica albugínea, sin invasión al cordón. Se maneja posteriormente con quimioterapia con evolución favorable. Se realiza revisión de la literatura.

Palabras clave: linfoma testicular, orquiectomía radical, quimioterapia.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Reportamos el caso de un paciente masculino de 80 años, con antecedente de tabaquismo positivo a razón de 5 cigarrillos al día, alcoholismo ocasional

SUMMARY

Lymphomas are malignant neoplasms dependant of proliferation of lymphatic system cells. 1-9% of all testicular neoplasms are lymphomas, and the most common neoplasms in men older than 60 years. They are also the most common bilateral neoplasms. We present a case of an 80 years old man with bilateral painless testicular enlargement, without concomitant symptoms with laboratory and imaging studies suggestive of bilateral testicular neoplasm. Bilateral radical orchiectomy with histopathological diagnosis of B cell lymphoma CD20+ with complete substitution of testicular parenchima without cord invasion; adjuvant chemotherapy was given with a favorable evolution to update. We review literature for this case.

Key words: testicular lymphoma, radical orchiectomy, chemotherapy.

social, el cual refiere inicio de padecimiento 6 meses previos a su valoración, con aumento de volumen indoloro de ambos testículos, de predominio izquierdo, sin referir sintomatología urinaria. Nie-

División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México DF

Correspondencia: División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México DF Calzada de Tlalpan 4800. Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan. C.P. 14000. Tel. 56653511 Ext. 173 FAX 56657681.

ga fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de peso u otra sintomatología. Al examen físico se observó aumento de tamaño de ambos testículos y epidídimos, de consistencia pétrea, con ambos cordones espermáticos engrosados; pene sin alteraciones; sin linfadenopatías a nivel inguinal, axilar, subclavicular o de cadenas ganglionares de cuello; a nivel abdominal, sin evidencia de hepato o esplenomegalia; tacto rectal grado I no sospechoso.

Ante esta presentación se realizan estudios de marcadores tumorales con alfafetoproteína de 3.9, gonadotropina coriónica humana fracción β 1.59 y deshidrogenasa láctica de 188; se tomaron BARR de orina y cultivo para tuberculosis con resultado negativo.

Se solicita ultrasonido testicular con aumento de tamaño testicular, parénquima heterogéneo con zonas hipoecóicas bilaterales que involucran la totalidad del parénquima (Figuras 1 y 2) con estruc-

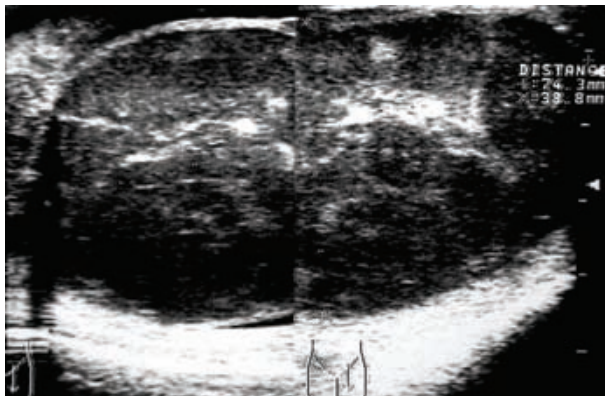


Figura 1. Ultrasonido de testículo derecho.

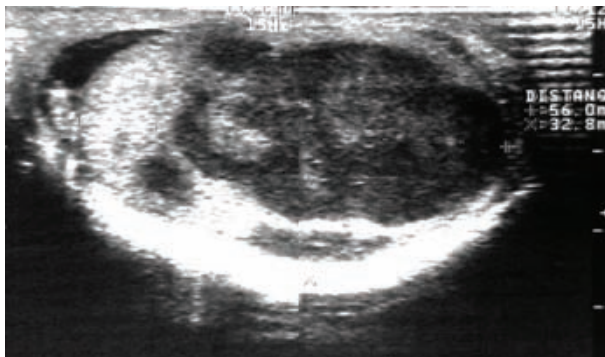


Figura 2. Ultrasonido de testículo izquierdo.

turas paratesticulares sin alteraciones. Se realizó telerradiografía de tórax sin evidencia de ensanchamiento mediastinal, linfadenopatías o enfermedad metastásica. Se realiza orquiectomía radical bilateral (Figura 4) con resultado histopatológico de linfoma de células B y CD20+, con sustitución total de parénquima y toma de túnica albugínea, sin invasión al cordón. Con el diagnóstico comentado se decide realizar tomografía axial computada de abdomen encontrando masa retroperitoneal que involucra grandes vasos, sin evidencia de alteraciones hepáticas o esplénicas (Figura 3).

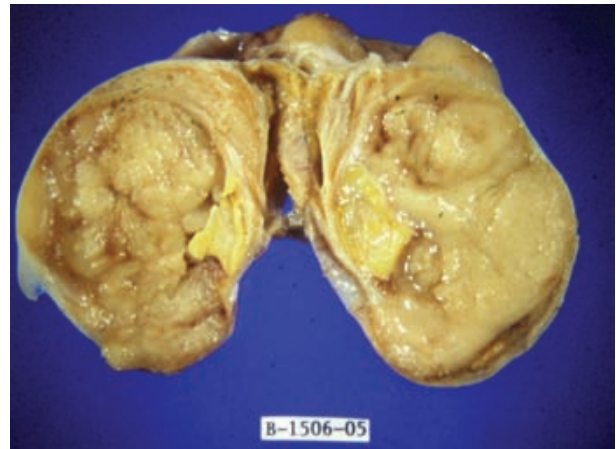


Figura 4. Fotografía macroscópica del producto de la orquiectomía bilateral.



Figura 3. Tomografía axial computada de abdomen contrastada.

Se estadia con la clasificación de Ann-Arbor como II E y se da quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina, oncovin, prednisona. Su evolución actual es favorable.

DISCUSIÓN

El linfoma es una neoplasia maligna caracterizada por la proliferación de células nativas al sistema linfático. El linfoma testicular comprende de 1-9% de las neoplasias testiculares.^{1,5}

La mayoría de los pacientes con linfoma testicular son mayores de 50 años con la mayor incidencia entre los 60 y 70 años, siendo extremadamente raros en menores de 30 años.^{2,3} Es más frecuente el involucramiento testicular en linfomas no Hodgkin que en linfoma testicular primario.^{6,7}

La presentación como crecimiento testicular bilateral fue reportada inicialmente por Aberhouse en 1955.⁴ La incidencia de linfoma testicular bilateral es de 19% comparado con el involucro de tumores testiculares germinales de tan solo 3%.⁴ La enfermedad bilateral puede ser sincrónica o asincrónica (esta última en 30% de los casos).^{1,4} La sintomatología sistémica se presenta en 25-40% de los casos.⁶ Hasta en 30% de pacientes existe involucro del cordón espermático y el hallazgo de células B y T es similar.

Se cree que los linfomas testiculares primarios se originan del tejido reticular a nivel testicular.^{2,3} El linfoma testicular tiene una propensión a dar metástasis extragonadales, sobre todo a sistema nervioso central, piel, anillo de Waldeyer, hueso y pulmón.⁵ Por lo general, su pronóstico es malo, con

una sobrevida media de 9.5 a 12 meses. Se recomienda la quimioterapia adyuvante, aunque no hay mejoría considerable respecto a la sobrevida. Los esquemas propuestos de quimioterapia son con ciclofosfamida, doxorubicina, oncovin, prednisona (CHOP) o adriamicina, ciclofosfamida, oncovin, bleomicina (ACOB). La quimioterapia profiláctica es de gran utilidad para SNC y para testículo contralateral.^{2,3} Son tumores radiosensibles, aunque esto tiene poca utilidad en casos de enfermedad sistémica.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Shahab N, Doll DC. Testicular lymphoma. *Semin Oncol* 1999;26:259-69.
2. Asensio AJ, Besses C, Palacin A. Linfoma primario testicular. Presentación de 3 casos. *Med Clin* 1994;103(9):339-41.
3. Rodríguez Moreno MV, Martino ML. Linfoma testicular primario. Presentación de dos casos. *Rev Clin Esp* 1995;195(11):769-72.
4. Singh B, Wani MS, Baba KM. Primary synchronous bilateral malignant lymphoma of testes. *Indian J Surg* 1996;58:369-70.
5. Gómez García I, Rodríguez Patrón R, Sanz Mayayo E, et al. Linfoma testicular primario: Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2004;28(2):141-6.
6. Geetha N, Jayasree K, Ittiyavirah AK, Lali VS, Nair MK. Renal relapse in bilateral synchronous testicular lymphoma. *Am J Clin Oncol* 2000;23(3):290-1.
7. Pérez-Santos LG, Gamboa-Domínguez A, Guzmán-Rodríguez H, et al. Linfoma testicular en dos pacientes con SIDA y dos sin SIDA. *Rev Invest Clin* 1998;50(5):423-7.