



Tumor de testículo criptorquídico abdominal: Reporte de un caso

Andrés Martínez Cornelio,* Narciso Hernández Toriz,** Edgar Cárdenas Rodríguez***

RESUMEN

Introducción: La criptorquidia es la anomalía genital más común identificada al nacimiento en varones, es asociada a infertilidad y es un factor de riesgo para cáncer testicular. Hasta el momento se han publicado aproximadamente 40 casos de seminoma en criptorquidia abdominal en la literatura mundial. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 45 años de edad, valorado por dolor abdominal y criptorquidia derecha, quien presentó elevación de Fracción B de hormona gonadotropina coriónica humana y deshidrogenasa láctica, por lo que fue sometido a biopsia por aspiración con aguja fina, con histología de seminoma siendo etapificado como IIC, recibiendo quimioterapia y resección quirúrgica posquimioterapia. Actualmente el paciente se refiere asintomático y sin recurrencia a 10 meses de seguimiento. **Discusión:** En los pacientes con criptorquidia, el riesgo de cáncer se incrementa de dos a ocho veces y hasta 10% de los pacientes con cáncer de testículo tienen antecedente de criptorquidia. La malignización del testículo criptorquídico abdominal se presenta hasta en 30% de los casos y es mayor que en los pacientes con criptorquidia inguinal. **Conclusiones:** Aunque de presentación rara en la actualidad, la presencia de un testículo criptorquídico abdominal en pacientes pospuberales debe ser indicación de orquiectomía en menores de 50 años.

Palabras clave: Criptorquidia, tumor testicular, divertículo, seminoma, teratoma.

ABSTRACT

Introduction: Cryptorchidism is the most common genital anomaly at born in male, associated to infertility and risk factor for testicular cancer. At the moment known 40 cases of seminoma in cryptorchidism abdominal testes have been published around the world. **Case presentation:** Male patient of 45 years old, who complains of abdominal pain and right cryptorchidism, with elevation of B Fraction of Human Gonadotropic Corionic Hormone and Lactic Deshydrogenase, biopsy for aspiration of fine needle was performed, with histology of seminoma the patient was etapified IIC and treated with chemotherapeutic and surgical resection post chemotherapy. Actually the patient be asintomatic and do not had recurrence at ten months of surveillance. **Discussion:** In the patients with cryptorchidism the risk for testicular cancer was incremented at 2 to 8 times and 10 % of the patients with testicular cancer have previous diagnose of cryptorchidism. The malignation of cryptorchidism abdominal testes is until 30% of the cases and more common than inguinal cryptorchidism. **Conclusion:** Although of rare presentation, the chryptorchidism abdominal testes in post-puber patients is indication of orchiectomy in younger than 50 years.

Key words: Chryptorchidism, testis tumors, diverticulum, seminoma, teratoma.

INTRODUCCIÓN

La criptorquidia o testículo no descendido, es la anomalía genital más común identificada al nacimiento en varones.¹ La incidencia de criptorquidia en varones a término es de 2 a 5%, reportándose un descenso espontáneo en los tres primeros meses de vida de 50 a 70% y una incidencia al año de edad menor a 1%.²

La criptorquidia se asocia con alteraciones en la fertilidad y es un factor de riesgo para cáncer testicular. Entre hombres con criptorquidia el riesgo de cáncer es dos a ocho veces mayor que en la población general y hasta en 10% de los hombres con cáncer testicular se ha reportado criptorquidia.³

Hasta en 30% de los pacientes con testículos no descendidos con localización abdominal desarrollarán cáncer

* Médico Adscrito al Servicio de Urología Oncológica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. ** Jefe de Servicio de Urología Oncológica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *** Médico Residente de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Dirección para correspondencia: Dr. Andrés Martínez Cornelio.

Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Servicio de Urología Oncológica. Av. Cuauhtémoc No. 330, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc. C.P. 06725 México, D.F. Tel.: 5627-6900. Ext.: 22671. Correo electrónico: andres2424@yahoo.com

testicular, superando a los pacientes con criptorquidia de localización inguinal.⁴ El objetivo de esta publicación es presentar un caso de criptorquidia abdominal de tipo seminoma en un paciente adulto.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años de edad, valorado en urgencias por dolor abdominal leve a moderado, en hemiabdomen derecho, de seis meses de evolución, asociado a astenia, adinamia y pérdida ponderal de 10 kg en los últimos cuatro meses.

El examen físico reveló un ECOG de 1, tumor de consistencia pétreo en flanco, hipocondrio y fosa ilíaca derecha, así como testículo derecho ausente en bolsa escrotal y en canal inguinal. Laboratorio reportó Alfa Feto Proteína de 2.54 ng/mL, fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana de 24.4 ng/mL y deshidrogenasa láctica de 2416 UI/L.

El ultrasonido escrotal reveló testículo izquierdo normal y ausencia de testículo derecho en escroto y canal inguinal, la radiografía de tórax fue normal. En la tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica se observa tumor retroperitoneal de 18 x 14 cm, que desplaza en sentido anterior las asas intestinales (*Figura 1*), se realizó biopsia por aspiración con aguja fina guiada por TAC, con reporte histopatológico de neoplasia poco diferenciada sugestiva de tumor germinal tipo seminoma, se etapificó al paciente como TxN3M0 y estadio clínico IIC de la clasificación TNM 2002, por lo que recibió tratamiento con quimioterapia a base de cuatro ciclos de bleomicina, cisplatino y etoposido, normalizando marcadores tumorales y persistiendo con actividad tumoral retroperitoneal observándose por TAC tumor de 10 x 7 cm en región pélvica (*Figura 2*).

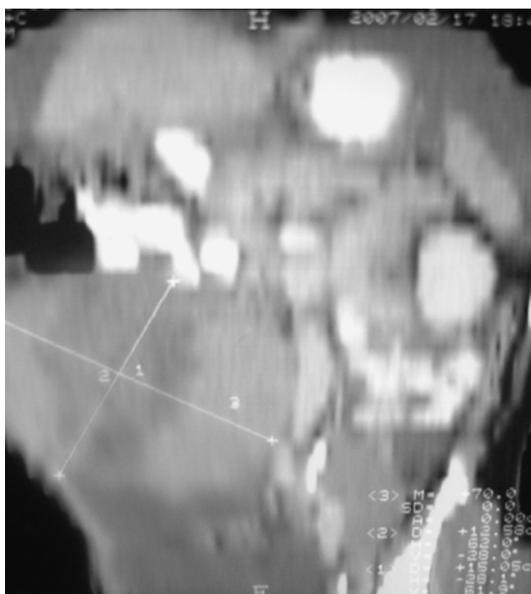


Figura 1. TAC abdominopélvica con tumor abdominal voluminoso, antes de recibir tratamiento con quimioterapia.

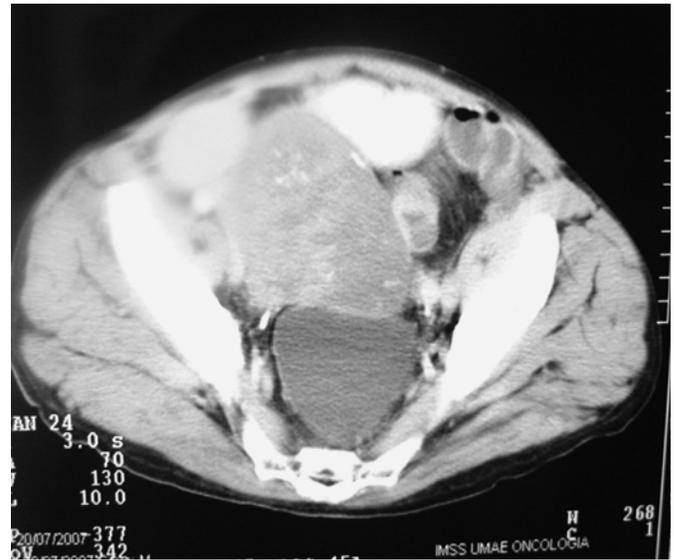


Figura 2. TAC abdominopélvica con tumor de testículo intraabdominal, después de recibir tratamiento con quimioterapia.



Figura 3. Imagen macroscópica transoperatoria de testículo criptorquídico abdominal adherido a divertículo de Meckel.

Posteriormente fue sometido a tumorectomía retroperitoneal con hallazgos de tumor testicular intraabdominal, adherido a divertículo de Meckel (*Figura 3*), realizándose orquiectomía y resección intestinal en bloque con enteroentero anastomosis, con reporte histopatológico de zona focal de teratoma con cambios inflamatorios crónicos macrófagos con hemosiderina, cambios compatibles con tumor de células germinales, intestinos con cambios inflamatorios crónicos inespecíficos. Células neoplásicas necróticas con sombras de aspecto de seminoma (*Figura 4*). Actualmente el paciente se refiere asintomático y sin recurrencia diez meses de seguimiento.

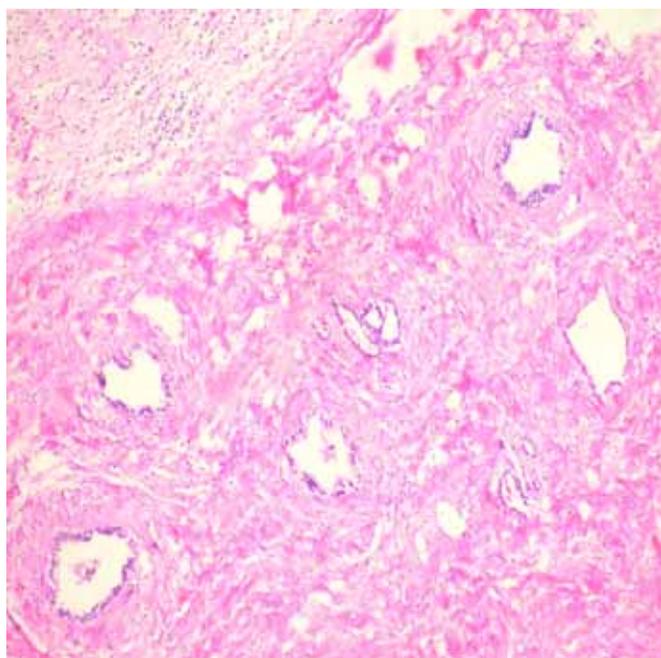


Figura 4. Imagen histopatológica con reporte de teratoma con cambios inflamatorios crónicos.

DISCUSIÓN

El tumor testicular representa 1-2% de todas las neoplasias del sexo masculino y 4% de las urogenitales. Es el tumor sólido más frecuente en varones jóvenes entre los 20-35 años suponiendo 1-2% del total de tumores.⁵ Los tumores testiculares de células germinales representan 92% de todas las neoplasias testiculares.⁶ La teoría más aceptada de su origen supone que los tumores testiculares de células germinales comienzan en la vida fetal o temprano en la infancia y representan una diferenciación anormal de las células embrionarias⁷ siendo las altas temperaturas en el canal inguinal y en el abdomen los responsables de la degeneración maligna del testículo.⁸

Una vez diagnosticado un testículo criptorquídic es importante reconocer que sólo en 20% de los casos éste se encuentra ausente, y en el resto se encuentra en el abdomen o el canal inguinal, observándose mayor grado de malignización en los testículos localizados en el abdomen que en el canal inguinal.⁹ La histopatología del cáncer testicular es compleja y debe ser realizada por patólogos expertos. Es conocido que la estirpe histológica más común en un testículo criptorquídic es el seminoma y esta probabilidad aumenta en relación directa con su situación más proximal, habiendo reportes de seminoma puro en abdomen en 93% de los casos, 63% de los casos en ubicación inguinal y hasta un 28% de los casos de testículos normotópicos.¹⁰

En adultos jóvenes masculinos hay varios factores que son considerados de alto riesgo para tumores testiculares de células germinales: criptorquidia, atrofia testicular, histo-

ria familiar de tumores testiculares de células germinales, síndromes intersexuales.^{11,12} La existencia de testículos no descendidos en la población adulta es rara en los países desarrollados, ya que existe la norma de practicar la orquidopexia electiva antes de los dos años de edad, como forma de prevenir el cáncer testicular y la infertilidad. La orquidopexia no elimina el riesgo de cáncer testicular, sino que favorece un diagnóstico precoz al tener el testículo accesible a la exploración.^{11,13}

Existen aproximadamente 42 casos clínicos de seminoma en testículos abdominales publicados en revistas indexadas por Pubmed. La mayoría en la década de los 50 y 80.¹⁴ En la actualidad es raro ver pacientes con testículos criptorquídicos abdominales, no existen series publicadas, sino sólo casos aislados que aún siguen ocurriendo en el mundo. Aunque no es común ver pacientes pospuberales con criptorquidia y tomando en cuenta que es poco probable que mejoren la fertilidad o la función endocrina, generalmente se recomienda la orquiectomía en hombres con bajo riesgo quirúrgico, siendo el límite de edad para realizarla algo discutido mundialmente mientras que unos autores indican la edad de 32 años¹³ otros sugieren como límite de edad 50 años con un manejo conservador para aquellos pacientes que sobrepasan esta edad.¹⁵ Mismo criterio que seguimos en nuestro paciente con una edad de 45 años.

El cáncer testicular puede ser localizado o metastático y el pronóstico dependerá del estadio inicial y de la histología del tumor.

Es importante obtener histología antes de iniciar el tratamiento por lo que se ha propuesto laparotomía exploradora con toma de biopsia, laparoscopia exploradora con toma de biopsia o biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido o TAC,⁹ en nuestro caso en particular preferimos el último de los métodos diagnósticos para iniciar quimioterapia posteriormente debido a la etapa clínica avanzada en nuestro caso clasificada como IIC.

Una vez administrado el tratamiento con quimioterapia y de acuerdo a la respuesta de la misma debe valorarse el probable residuo tumoral post-tratamiento, siendo aceptado internacionalmente que aquellos pacientes con residuo tumoral de 3 cm o mayor tienen una probabilidad de desarrollar teratoma, tumor viable o fibrosis en 30-40%, respectivamente, por lo que la conducta quirúrgica es imperativa en estos casos.¹⁶

CONCLUSIÓN

Aunque de baja incidencia los testículos criptorquídicos requieren una atención adecuada, sobre todo cuando no es fácil localizarlos en el canal inguinal y existe la posibilidad de una localización intraabdominal. Es por ello que la postura ante un testículo criptorquídic pospuberal en nuestro centro hospitalario es la orquiectomía para todos aquellos pacientes menores de 50 años, y tratamiento conservadores para los pacientes mayores a esta edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scorer CG. The descent of the testes. *Archive Disease Child* 1964; 39: 605.
2. Spence BJ, Gonzalez R. The Epidemiology of congenital cryptorchidism, testicular ascent and orquidopexy. *Journal of Urology* 2003; 170: 2396-401.
3. Dieckman KP, Pichlmeier U. Clinical epidemiology of testicular germ cell tumors. *Word J Urology* 2004; 22: 2-14.
4. Petterson A, Lorenzo R, Agheta N, Magnus K, Olof A. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. *Massachusetts Medical Society* 2007; 356(18): 1835-41.
5. Gil SMJ, Cebrian CC, Villanueva BA, Liedena TJM, González EC, Urruchi F. Manejo diagnóstico y terapéutico de los tumores testiculares. Revisión de 15 años. *Archivos Españoles de Urología* 1991; 44(4): 417-23.
6. Ulbright TM, Amin MB, Young RH. Tumor-like lesions of the testis, paratestis and spermatic cord. In: Atlas of tumor pathology. Tumors of the testis, adnexa, spermatic cord and scrotum. Series 3. Fascicle 25. Chapter 8: 21. Washington, D.C: Armed Forces Institute of Pathology; 1999, p. 342.
7. Chemes H, Muzulin PM, Venara MC. Early manifestations of testicular dysgenesis in children: pathological phenotypes, karyotype associations and precursor stages of tumor development. *AOMIS* 111. 2003, p. 12-23.
8. Batata MA, Whitmore JRWF, Chu FCH, Hilaris BJ, Loh J, Grabstrald H. Cryptorchidism and testicular cancer. *J Urol* 1980; 124(3): 382-7.
9. Cortes D, Thorup JM, Lenz K, Beck BL, Nielsen OH. Laparoscopic in 100 consecutive patients with 128 impalpable testes. *Brit J Urol* 1995; 75(3): 281-7.
10. Brown IR, Dunlap HJ, Nizalik E, Schillinger JF. A child with an intra-abdominal testicular teratoma: a case report and review of prepuberal cryptorchid germ cell tumors. *Urology* 1995; 46(6): 863-6.
11. Abratt RP, Reddi VB, Sarembok LA. Testicular cancer and cryptorchidism. *Brit J Urol* 1992; 70(6): 656-9.
12. Giwercman A, Grinsted J, hansen B, Jensen OM, Skaktebaek NE. Testicular cancer risk in boys with maldescended testis. A cohort study. *J Urol* 1987; 138(5): 1214-16.
13. Rogers E, Teaban S, Gallagber H, Burler MR, Gringer R, McDermorr TE. The role of orchiectomy in the management of postpuberal cryptorchidism. *J Urol* 1998; 159(3): 851-4.
14. Palma CC, Cristóbal B, Maccioni R. Seminoma de testículo abdominal en un paciente adulto: reporte de un caso. *Actas Urológicas Españolas* 2007; 31(2): 160-3.
15. Joseph OH, Landman J, Evers A, Yan Yan, Adam SK. *J Urol* 2002; 167: 1329-33.
16. Herr HW, Sheinfeld J, Puc HS. Surgery for a post chemotherapy residual mass in seminoma. *J Urol* 1997; 157: 860-2.