



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 14 No. 3 Jul.-Sep. 2013

Reporte de dos casos de obstrucción duodenal secundario a seminoma

David de León Ángeles,* Daniel de León Ángeles,* José Fernando Díaz Sobrino,**
Horacio Mauricio Méndez,*** Fernando Mondragón Rodríguez****

Resumen

Reporte de dos casos. Primer caso: masculino de 57 años de edad con clínica de obstrucción intestinal, se realizan estudios de imagen en donde se observa masa retroperitoneal que comprime la cuarta porción de duodeno. Segundo caso: masculino de 35 años de edad con antecedente de cáncer testicular siete años antes y que inicia padecimiento con sangrado de tubo digestivo, se realiza endoscopia en donde se observa obstrucción duodenal, la cual se resuelve con gastroyeyunoanastomosis. Ambos casos por obstrucción secundaria a cáncer testicular.

Palabras clave: Seminoma, cáncer de testículo, sangrado, metástasis, obstrucción.

Abstract

Report of two cases. First case: a 57 years old male with symptoms of intestinal obstruction, imaging studies are performed where we observed retroperitoneal mass compressing fourth portion of duodenum. Second case: a 35 years old male with a history of testicular cancer seven years ago, who started suffering with gastrointestinal bleeding, endoscopic duodenal obstruction is observed and solved with gastrojejunostomy. Both cases of obstruction were secondary to testicular cancer.

Key words: Seminoma, testicular cancer, bleeding, metastasis, obstruction.

INTRODUCCIÓN

El 95% de los tumores testiculares son germinales, que son los tumores sólidos más frecuentes que afectan a varones entre 15 y 35 años. Generalmente, se presenta como un aumento de volumen, dolor e hinchazón unilateral. Raramente se presenta con síntomas relacionados con la metástasis. Los seminomas puros no tienen marcadores específicos, pero en ciertos casos pueden producir β HCG. La orquiectomía radical es el tratamiento estándar cuando se sospecha de cáncer testicular.

Primer caso

Masculino de 57 años de edad que inicia padecimiento 48 horas previas a su ingreso con intolerancia a la vía oral, náusea y vómito cuantificado en 30 ocasiones, al principio de contenido gastroalimentario y fecaloide en las últimas ocasiones; acompañado de astenia, adinamia y malestar general junto con dolor tipo cólico en mesogastrio 8/10, constante sin irradiaciones; comenta que no ha evacuado hace 48 horas.

Se realizan estudios paraclínicos, logrando identificar masa retroperitoneal que genera compresión extrínseca a nivel de cuarta porción del duodeno. Al día siguiente se realiza endoscopia, en donde se aprecia oclusión extrínseca que comprime 90% de la luz intestinal a nivel de tercera y cuarta porción de duodeno (Figura 1); se aspiran aproximadamente 5L de restos gastroalimentarios, se realiza dilatación y se toman biopsias de mucosa intestinal, se resuelve obstrucción de forma conservadora; se realiza orquiectomía (Figura 2) con diagnóstico histopatológico de seminoma clásico y se egresa al paciente con tratamiento médico con quimioterapia y radioterapia, resolviendo el cuadro obstructivo con la terapia adyuvante.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General.

** Residente de segundo año de Cirugía General.

*** Residente de cuarto año de Cirugía General.

**** Residente de tercer año de Cirugía General.

Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia:

Dr. José Fernando Díaz Sobrino

Príncipe Núm. 6, Col. La Alteza, 53116,
Naucalpan, Estado de México.

E-mail: fer.diaz46@gmail.com

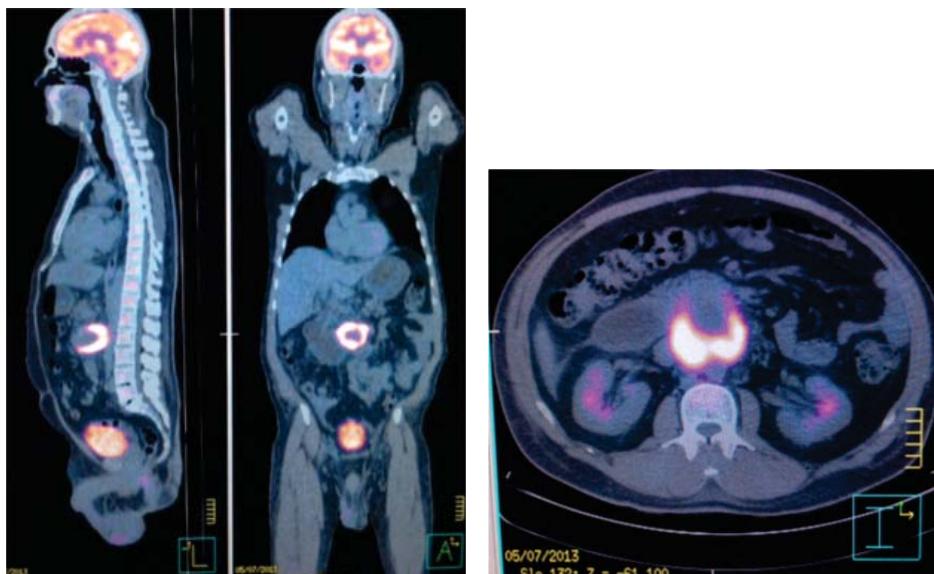


Figura 1. PET en donde se muestra masa duodenal.



Figura 2. Orquitectomía radical.

Segundo caso

Masculino de 35 años, quien tiene como antecedente orquitectomía radical secundaria a cáncer testicular (seminoma) siete años antes.

Se presenta a urgencias con sangrado de tubo digestivo, en donde se realiza endoscopia y se encuentra obstrucción total en la segunda porción de duodeno; se toman biopsias de mucosa duodenal y se intenta realizar dilatación, produciendo una perforación, la cual pasa inadvertida; se interna al paciente; se interconsulta al servicio de cirugía que realiza la tomografía, la cual muestra aire libre en retroperitoneo, enfisema subcutáneo que llega hasta el cuello, por lo que se programa para exploración abdominal por laparoscopia y se logra resolver obstrucción con gastroyeyunoanastomosis por laparoscopia (Figura 3). Es egresado sin complicaciones; los estudios de extensión no muestran actividad tumoral y se concluye que la obstrucción duodenal fue secundaria a fibrosis del área tumoral. Actualmente se encuentra libre de enfermedad, a dos años de la cirugía.

DISCUSIÓN

El cáncer testicular es una entidad rara, el tipo más frecuente es el seminoma clásico y representa el 35% de los cánceres testiculares. Su incidencia es aproximadamente a los 50 años de edad,¹ representa el 1% de los cánceres en hombres y es bilateral en el 3% de los casos.

El seminoma, diagnosticado en el 80% de los casos, es estadio I; es muy sensible a radioterapia y quimioterapia y la curación se observa en la mayoría de los casos aun cuando se presentan con metástasis; su pronóstico es generalmente bueno; la mortalidad está dada por el tipo de tratamiento empleado.²

La enfermedad metastásica es detectable aproximadamente en el 30% de los pacientes al momento del diagnóstico en los seminomas, y el 50% en pacientes con tumores no seminomatosos. Los principales sitios de metástasis son en ganglios paraaórticos, pulmón, hígado, hueso o cerebro.

La metástasis a tracto intestinal es sumamente rara en el seminoma. Sólo el 5% de los cánceres de testículo tienen tomado el intestino delgado; las principales manifestaciones clínicas de metástasis hacia el intestino delgado y estómago son dolor abdominal en el cuadrante superior y dolor en región lumbar. La metástasis hacia duodeno se ha atribuido a la segunda, tercera y cuarta porción del retroperitoneo debido al drenaje linfático del testículo.^{3,6}

En el segundo caso el paciente se presenta con sangrado de tubo digestivo, el cual es una presentación sumamente rara del seminoma. Es importante distinguir entre la enfermedad metastásica de tumor germinal y tumores extragonadales; para el manejo es necesario realizar orquitectomía, antes de la terapia con quimioterapia y el uso rutinario del ultrasonido nos ayuda a detectar cualquier anomalía.⁴

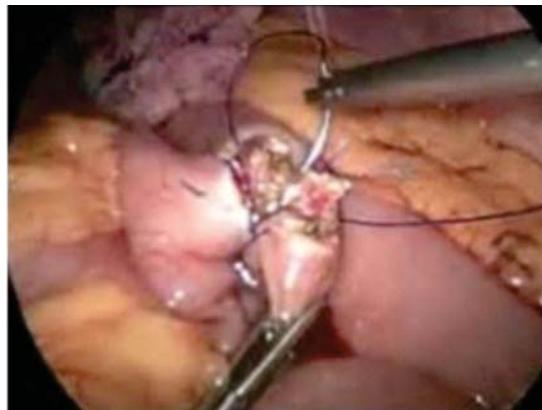


Figura 3. Gastrectomy and anastomosis.

Algunos marcadores bioquímicos son importantes en el diagnóstico y tratamiento de los tumores germinales, incluyendo β HCG, alfafetoproteína (AFP) y lactato deshidrogenasa (LDH). La AFP nunca se eleva en seminomas y ocasionalmente la β HCG está elevada en seminomas, pero ligeramente menor que los niveles vistos en los no seminomatosos.⁵

CONCLUSIÓN

Los tumores germinales deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes que tienen riesgo de patología maligna con sangrado de tubo digestivo. El tratamiento de los tumores de células germinales debe de ser multidisciplinario con cirugía, quimioterapia y radioterapia.

REFERENCIAS

1. Luizaga VP, Luizaga VL, Mejia AB, Campuzano JS. Tumor canceroso testicular: seminoma clásico. *Rev Cient Cienc Med.* 2011; 14: 43-44.
2. Boujelbene N, Cosinschi A, Boujelbene N, Khanfir K, Bhagwati S, Herrmann E et al. Pure seminoma: a review and update. *Radiat Oncol.* 2011; 6: 90.
3. Ranko M, Ronney A. Testicular seminoma presenting with duodenal perforation: a case report. *J Med Case Reports.* 2008; 2: 294. doi: 10.1186/1752-1947-2-294.
4. Yamamoto H, Deshmukh N, Gourevitch D, Taniere P, Wallace M, Cullen MH. Upper gastrointestinal hemorrhage as a rare extragonadal presentation of seminoma of testis. *International Journal of Urology.* 2007; 14: 261-263.
5. Mehmet K, Ali I, Mehmet AK, Zuhat U, Ugur F, Feyzullah U et al. Germ cell tumor located in gastrointestinal system: a report of two cases. *World J Oncol.* 2012; 3: 134-137.
6. Sweetenham JW, Whitehouse JM, Williams CJ, Mead GM. Involvement of the gastrointestinal tract by metastases from germ cell tumors of the testis. *Cancer.* 1988; 61: 2566-2570. doi: 10.1002/1097-0142(19880615)61:12<2566::AID-.