



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. mayo-junio 2012; 16(3):299-306

PRESENTACIÓN DE CASO

Diagnóstico ecográfico de seminoma testicular. Presentación de un caso clínico

René Hidalgo Pérez¹, Lourdes Milagros Reyes Puentes², Teresa Reyes Puentes³.

¹Licenciado en Imagenología. Instructor. Máster en Procederes Diagnósticos. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Correo electrónico: rene1@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Segundo Grado de Imagenología. Asistente. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Provincial Pediátrico Pepe Portilla. Correo electrónico: lmreyes@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado de Imagenología. Instructor. Máster en Atención Integral a la Mujer. Correo electrónico: tererey@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

El cáncer testicular constituye el 1% de las neoplasias del varón, es el tumor más común en hombres entre 15 y los 35 años, la gran mayoría son malignos. El objetivo del trabajo es presentar el caso de un tumor testicular germinal unilateral de presentación clínica infrecuente diagnosticado por ecografía en un paciente de 37 años, sin antecedentes patológicos personales ni urológicos de interés, que llegó a nuestra consulta remitido por el urólogo por estudio de infertilidad. No refería fiebre, dolor, síntomas urológicos acompañantes ni afectación del estado general, se detectaba al examen físico una tumefacción palpable renitente a nivel del testículo derecho. El testículo izquierdo tenía un tamaño normal y consistencia algo aumentada, muy discretamente doloroso, con un epidídimo de características normales. Durante un estudio ecográfico, por sospecha de varicocele derecho; se visualizó una tumoración testicular contralateral sincrónica (izquierda), de gran tamaño en el testículo de éste lado con un patrón hipoeogénico heterogéneo. Se practicó orquiectomía inguinal izquierda y en el posterior estudio

anatomopatológico se confirmó la presencia de la tumoración testicular unilateral componente histológico tipo seminoma.

DeCS: Seminoma, Neoplasias testiculares, Ultrasonografía.

ABSTRACT

Testicle cancer constitutes 1% of the neoplasms in males; it is the most common tumor in men between 15 and 35 years old, most of them malignant. This paper was aimed at presenting a case of unilateral germinal testicular tumor of an uncommon clinical presentation that was diagnosed by ultrasound in a 37 years old patient, without personal neither pathological nor urologic history of interest, who was referred by the urologist to study his infertility. The patient presented no fever, pain, associated urological symptoms, and his general health status was not either affected. At physical examination a renitent palpable tumor in the right testicle was found. Left testicle showed a normal size and of augmented consistence, very discreetly painful, the epididymis had normal characteristics. Throughout the ultrasonographic study (suspecting a right varicocele), a testicular synchronic contralateral tumor (left) of a big size was visualized in the testicle showing a heterogeneous hypoechogenic pattern. Left inguinal orchiectomy was performed and in posterior pathologic studies the presence of unilateral testicular tumor having a histological component seminoma -type was confirmed.

DeCS: Seminoma, Testicular neoplasms, Ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del testículo a pesar de no ser una enfermedad frecuente, (constituyen el 1% de las neoplasias del varón), es el más común en los hombres entre los 15 y los 35 años de edad, son infrecuentes en niños y en mayores de 50 años.¹ Se calcula que unos 8.000 hombres en Estados Unidos son diagnosticados con cáncer de testículo y cerca de 390 mueren por esta enfermedad cada año.²

La gran mayoría de ellos son malignos, pero el grado de malignidad es muy diferente según cuál sea el tipo histológico. Es uno de los cánceres más tratables y curables. Las células cancerosas que conforman el tumor pueden ser de tipo seminoma, no seminoma o ambas. El 95% deriva de células germinales primordiales (gonocito fundamental), los más frecuentes son los seminomas.³

El hecho de ser más frecuente en los hombres en edades de vida sexual activa permite la confusión con orquiepididimitis⁴. Está asociado a criptorquidia, disgenesias gonadales y alteraciones de hormonas sexuales. El testículo derecho es el de mayor incidencia.^{2, 5}

La aparición de un tumor testicular bilateral primario es rara; su prevalencia oscila entre el 2,5 y el 5%, siendo en su mayoría metacrónicos.^{6,7}

Hay muchos factores etiológicos propuestos en el desarrollo del cáncer testicular: traumatismos, atrofia testicular, disgenesia gonadal, siendo la criptorquidia y el antecedente de tumor en el testículo contralateral los más significativos.⁸

Es importante determinar el grado de diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo, lo cual se denomina "estadificación": En el estadio I, el cáncer no se ha diseminado más allá del testículo, en el estadio II, se ha diseminado a los ganglios linfáticos en el abdomen y en el estadio III, se ha diseminado más allá de los ganglios linfáticos (podría haber alcanzado el hígado, los pulmones o el cerebro).⁹

La presentación clínica clásica es un nódulo o hinchazón, ambos indoloros, en la gónada afectada, observado por el paciente o por su pareja. Solamente en 10% de los casos, el dolor agudo es el síntoma inicial. La diseminación metastásica generalmente se da para los linfonodos retroperitoneales ipsilaterales, pudiendo ocasionar dolor lumbar.^{2, 3}

Niveles séricos elevados de beta gonadotropina coriónica humana (beta -HCG) pueden causar ginecomastia, lo que se presenta en 5% de los casos.¹⁰

Las concentraciones sanguíneas de lactato deshidrogenasa es un marcador menos específico, pero tiene valor pronóstico independiente en pacientes con tumor avanzado. Los marcadores son determinados antes, durante y después del tratamiento. La tomografía computarizada abdominal y pélvica puede ayudar a determinar si hay comprometimiento de linfonodos retroperitoneales.³

La tasa de supervivencia de los hombres con seminoma en estadios iniciales (el tipo menos agresivo de los cánceres testiculares) es superior al 95%. La tasa de supervivencia libre de la enfermedad para pacientes en estado I fue del 98%, para los cánceres en estadios II y III es ligeramente menor, dependiendo del tamaño del tumor y de cuándo se inicia el tratamiento.¹¹

Se pueden utilizar tres tipos de tratamiento quirúrgico (orquiectomía) y ganglios linfáticos cercanos (linfadenectomía), que por lo general se realiza en el caso de seminoma y no seminoma, radioterapia y quimioterapia.¹¹

Objetivo: Presentar el caso de un tumor testicular germinal unilateral de presentación clínica infrecuente diagnosticado por la ecografía.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de un paciente de 37 años, sin antecedentes patológicos personales ni urológicos de interés, que llegó a nuestra consulta remitido por el urólogo por estudio de infertilidad. No refería fiebre, dolor, síntomas urológicos acompañantes ni afectación del estado general, el paciente detectaba al examen físico una tumefacción palpable renitente a nivel del testículo derecho.

El testículo izquierdo tenía un tamaño normal y consistencia algo aumentada, muy discretamente doloroso, con un epidídimo de características normales. Durante un estudio ecográfico, por sospecha de varicocele derecho, además de confirmarse el mismo, se visualizó una tumoración testicular contralateral sincrónica (izquierda), apreciándose una lesión nodular de gran tamaño en el testículo de éste lado con un patrón hipoecogénico heterogéneo, de bordes ligeramente difusos, sin reforzamiento de la pared posterior, hallazgos que suelen observarse en relación con neoplasia testicular. (Figura 1)



Figura 1. Imagen de ultrasonido que muestra lesión nodular en el testículo izquierdo con patrón hipoecogénico heterogéneo.

Se practicó la TAC de abdomen y no se encontró linfadenopatías ni evidencia de metástasis visceral abdominal, torácica, ni en otra localización. Se practicó orquiectomía inguinal izquierda y en el posterior estudio anatomopatológico se confirmó la presencia de la tumoración testicular unilateral componente histológico tipo seminoma.

DISCUSIÓN

El seminoma es el tumor sólido más común en hombres de 15 a 35 años², este paciente se encuentra en este grupo de riesgo, llama la atención la presentación clínica, siendo el debut de la enfermedad en este caso poco aparatoso, caracterizado por la sospecha de varicocele derecho, como posible causa de infertilidad referida por el paciente, los hallazgos al examen físico en el testículo contralateral se limitaron a consistencia algo aumentada, levemente dolorosa, clínicamente no típica de patología testicular, siendo la ecografía, elemento fundamental en el diagnóstico.

La infertilidad es una entidad de etiología compleja y multifactorial, la asociación de la misma con cáncer testicular se ha reportado en la literatura² se describe asociación además con criptorquidia, disgenesias gonadales y alteraciones de hormonas sexuales.¹²

En este caso la patología afectaba el testículo izquierdo, contrario a la mayoría de los casos, siendo el testículo derecho el de mayor incidencia^{2, 3} Actualmente, las estadísticas indican que la presencia de tumores bilaterales, sean sincrónicos o metacrónicos, está presente en el 2 - 3% de los casos.^{6, 7}

No se identificaron factores etiológicos propuestos en el desarrollo del cáncer testicular en este paciente. Así como en este caso clínico, el tipo histológico del tumor suele correlacionarse con el aspecto ecográfico¹³, los tumores como el seminoma suelen ser de bordes más o menos regulares, aunque pueden mostrar áreas de necrosis, los carcinomas embrionarios tienen zonas hemorrágicas con mayor frecuencia mostrando una mayor irregularidad, y los teratomas nítidos quistes. Se detectaron niveles séricos ligeramente elevados de beta gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)

En este paciente, así como en el 70% de los casos, la enfermedad se encontraba en estadio clínico I, en ausencia de metástasis regional ni a distancia, siendo el

pronóstico relativamente favorable. Este diagnóstico de seminoma no hubiese podido hacerse clínicamente.

Por todo lo antes expuesto se arriba a la conclusión que a través de la presentación del caso clínico mostramos la utilidad de la ecografía en el diagnóstico precoz del cáncer testicular, hecha como norma rutinaria en los casos de sospecha de afecciones testiculares, permite el diagnóstico precoz de la tumoración, en el presente caso solo la imagen ultrasonográfica permitió sospecharlo en un estadio muy precoz, lo cual evitó que presentara metástasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrión López P, Pastor Navarro H, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Atienzar Tabarra M, Martínez Ruiz J, et al. Tumor testicular bilateral sincrónico de distinta histología. Arch Esp Urol. 2008 jul-ago; 61(6).
2. Richie JP, Steele GS. Neoplasms of the testis. In: Wein AJ. *Urology*. 9ª ed. Philadelphia: Pa Saunders Elsevier; 2007.
3. Castillo García I, Llera Clausell T, Caveda Rizo Y, Acosta Fuentes A, Baños Hernández I. Tumor de testículo enmascarado por una orquiepididimitis: presentación de un caso. *Revista de Ciencias Médicas* Pinar del Río [Internet] 2010 jul-sep [Citado 12 Jul 2010]; 14(3): [aprox. 9p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm14-3/V14n3/070310.htm>.
4. Pettersson A, Richiardi L, Nordenskjöld A, Kaijser M, Akre O. Age at surgery for undescended testis and risk of testicular cancer. N Engl J Med [Internet]. 2007 may [Citado 5 feb 2010]; 356(18): [aprox. 14p.]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/18/1835>
5. Machuca Santa Cruz J, González González C, Márquez Moreno AJ, Corral García P, Julve-Villalta E, Amores Ramírez F. Seminomas testiculares bilaterales sincrónicos. Diagnóstico ecográfico. Archivos Españoles de Urología. 2004; 57(5): 549-51.
6. García Morúa JA, Gutiérrez García ED, Ortiz Lara GR, Martínez Montelongo S, Gómez Guerra L. Seminoma testicular bilateral sincrónico en un paciente adulto con criptorquidia bilateral: reporte de un caso y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2010 feb; 34(2).
7. Díaz Rodríguez R, Virseda Chamorro M, Arce Gil I, Saenz Benito D, Alpuente Román C, Paños Lozano P. Tumores bilaterales de testículo. Actas Urol Esp. 2007; 31(3): 250-2.

8. Cristián Palma C, Cristóbal B, Maccioni R. Seminoma de testículo abdominal en un paciente adulto: reporte de un caso. *Actas Urológicas Españolas*. 2007 feb; 31(2): 160-3.
9. Gómez Pérez L. Seminoma de Testículo. Evolución de 20 años. *Rev Cubana Oncol*. 1998; 4(2): 108-10.
10. Pedret Carballido C, Vilaseca Pujold J. Positivo en dopaje por exceso de beta - HCG secundario a seminoma testicular: a propósito de un caso. *Caso Clínico. Apunts. Medicina de l*. 2009 jul - sept; 44(163): 133-5.
11. Baeza Baeza R, Mery S J, Sole J. Tratamiento del seminoma puro de testículo: estados I y II. *Rev Chil Urol*. 1990; 53(2): 118-23.
12. Dugdale DC, Chen YB. *Cancer testicular. Tratamiento*. Maryland: Medical Center (UMMC); 2009.
13. Richie JP, Graeme SS. Neoplasias del testículo. En: Walsh PC, Retik AB, Vaghan DE, Wein AJ. *Campbell Urología*. 8 ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2005. p. 3147-95.

Recibido: 31 de enero de 2012.
Aprobado: 1ro. de junio de 2012.

Lic. René Hidalgo Pérez. Licenciado en Imagenología. Instructor. Máster en Procederes Diagnósticos. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Correo electrónico: rene1@princesa.pri.sld.cu
