

UROLOGÍA

TUMOR TESTICULAR QUEMADO. REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE UN SEMINOMA TESTICULAR (Reporte de un Caso)

Claudio Orlich Castelán*
Ernesto Jiménez Montero**

SUMMARY

We herein report a very rare case of a large retroperitoneal seminoma in a 33 years old man who had his left atrophic testicle previously removed because of pain with initial microscopic findings of atrophy and tubular hyalinization that was later reexamined finding a fibrous scar with intratubular germinal neoplasia that suggested a previous burn out testicular tumor.

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido en la literatura urológica el hallazgo ocasional de lo que se conoce como un tumor testicular primario quemado con

metástasis retroperitoneales y siendo esta la primera vez que lo observamos en el Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios consideramos interesante el reporte de este caso.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad con historia de un año de dolor testicular izquierdo, con un testículo atrófico al examen físico y en el que un ultrasonido además de reportar un testículo izquierdo atrófico sin masas, mostró el hallazgo de una masa retroperitoneal paraaórtica de 7 por 8 cms en el cuadrante superior izquierdo, que se hizo evidente en

un TAC. Los marcadores tumorales de alfafetoproteína y unidad sub beta de hormona gonadotrofina coriónica fueron reportados como normales. Inicialmente fue tratado con una orquidectomía por vía inguinal que mostró hialinización de túbulos y atrofia, con la presencia de una cicatriz fibrosa y una neoplasia germinal intratubular y quince días después se le hizo una linfadenectomía retroperitoneal que reportó un seminoma puro. El paciente se complicó con una trombosis de la arteria iliaca externa que terminó con una amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo. En el postoperatorio tuvo infección del muñón y de la herida

*, ** Servicios de Urología y Patología. Hospital San Juan de Dios.

quirúrgica en abdomen y se quejó de dolor importante por miembro fantasma. Un TAC postoperatorio mostró ausencia de tumor residual y se trató con quimioterapia adyuvante en vista del tamaño de la masa retroperitoneal.

DISCUSIÓN

Es difícil diferenciar entre un tumor de células germinales retroperitoneal primario y enfermedad metastásica de un tumor gonadal indetectado o que ha regresado espontáneamente. Ante la presencia de un tumor retroperitoneal extragenital tipo seminomatoso o coriocarcinoma, carcinoma embrionario o teratoma, es necesario examinar bien los testículos y su examen cuidadoso demuestra que estas masas retroperitoneales representan en realidad metástasis de un tumor testicular primario que ha desaparecido y que se conoce como tumor quemado y esto es más sospechoso clínicamente en testículos atróficos. Este fenómeno de regresión espontánea de los tumores testiculares con crecimiento progresivo de las metástasis fue descrito originalmente por Prim en 1927.(3). La mayoría de estos casos eran no seminomatosos y la mayor parte de estos fueron coriocarcinomas, aunque la regresión espontánea de seminomas también ha sido reportada. Puede haber una gran dificultad tratando

de diferenciar estos pacientes de aquellos con tumores de células germinales primarios extragonadales. La enfermedad extragonadal puede metastatizar desde un origen testicular oculto. (2) Para ayudar a diferenciar estos dos grupos de pacientes, el examen ultrasonográfico testicular de rutina se recomienda en todos los pacientes con tumores de células germinales extragonadales. Una cicatriz bien definida en el testículo, que consiste de un tejido colágeno acelular, denso hace sospechar esto; a menudo tiene remanentes de túbulos seminíferos hialinizados, depósitos de hemosiderina y mastocitos. En unos pocos casos, como en este que reportamos, se describen se reportan células neoplásicas dentro de los túbulos, asociadas con cuerpos hematoxilícos. La presencia de cicatrices y de cuerpos hematoxilícos indican necrosis de tumores de células germinales preexistentes y justifican el diagnóstico de tumores testiculares primarios quemados. (8). La idea de que un tumor testicular primario podía regresar o “quemarse” fue bien establecida en 1965 por Azzopardi y Hoffbrand también. Existen revisiones recientes que concluyen que los llamados tumores extragonadales primarios son muy raros o prácticamente inexistentes y que en realidad en la mayoría de los casos se trata de metástasis de tumores

bien viables o bien quemados (“Burned out”) en los testículos, dado que el 76 % de los pacientes presentan hallazgos patológicos en las biopsias testiculares. En 1986 Holmes y colaboradores reportaron el último caso descrito en la literatura americana en un paciente de 33 años con una masa supraclavicular, ginecomastia y con una masa testicular izquierda, en el cual la biopsia del ganglio supraclavicular mostró un seminoma y la de el testículo una masa hialinizada fibrosa sin tumor con túbulos seminíferos atróficos adyacentes. Además tenía una gran masa retroperitoneal y el paciente fue tratado con quimioterapia y posterior a esta una masa residual reseca no mostró células malignas.(2)

RESUMEN

En presencia de un tumor retroperitoneal en apariencia primario extragonadal es necesario el examen ultrasonográfico de los testículos para descartar hallazgos histológicos que sugieran lo que se conoce como un tumor testicular primario quemado.(5). Arizo afirma que la biopsia testicular es obligatoria en los pacientes con tumor retroperitoneal de células germinales, ya que en prácticamente el 100 % de los casos, los hallazgos serán patológicos y en el 76 % de los pacientes hay tumor viable o cicatrices.(1).

IBLIOGRAFÍA

- 1) Arizo, M., Pérez G. y col. Tumor testicular bilateral quemado ("burn out"). Actas urológicas españolas, 29:318-321, 2005.
- 2) Holmes A.S., Klimberg I.W. y col. Spontaneous regression of testicular seminoma: case report., Journal of Urology 135:795-796, 1986.
- 3) Jaber S. Retroperitoneal mass and burned out testicular tumor. Saudi J. Kidney Dis. Transpl. 16;21:542-3, 2010.
- 4) Kebapci M. et al. Burned out tumor of the testis presenting with supraclavicular lymphadenopathy. Eur. Radiol. 12,2:371-373, 2002.
- 5) Kirchling, R.J. and Zincke H.: High resolution ultrasonographic and pathologic abnormalities of germ cell tumors in patients with clinically normal testes. Mayo Clinic Proc., 58:648, 1983.
- 6) Lelev O., Vaylet F., Debove P., Levagueresse R. Pulmonary metastasis secondary to burned out testicular tumor. Respiration International Journal of Thoracic Medicine 67; 5:590, 2000.
- 7) Memet Y. et al. Burned out testis tumor that metastasized to retroperitoneal lymph nodes. A case report. Journal of medical case reports 3:1-4, 2009.
- 8) Mostofi F.K. and Price E. Tumors of the male genital system. Atlas of tumor pathology. Armed Forces Institute of Pathology. 1973 80-82.
- 9) Ojea C. et al. Tumor extragonadal de células germinales con fenómeno de tumor quemado en testículo. Actas Urológicas españolas 23, 10:880-884, 1999.
- 10) Patel M. y Patel B. Sonographic and magnetic resonance imaging appearance of a burned out testicular tumor. J. Ultrasound Med. 26; 1:143-146, 2007.
- 11) Prim., P.: Spontanheilung eines bosartigen, wahrscheinlich chorionepitheliomatösen Gewachses im Hoden. Virchows Arch. Path. Anat., 265:239, 1927.
- 12) Suzuki T., Yuchida M., Kurokawa T. y Yamanaka H. Growing mediastinal metastatic tumor in a patient with burned out testicular cancer. International Urology and nephrology 30; 2:181-184, 1997.

Histología de biopsias testiculares:

Muestran atrofia, con tejido colágeno acelular con células neoplásicas dentro de los túbulos asociadas con cuerpos hematoxilínicos. (Carcinoma in situ intratubular)

