



Hemorragia masiva del tracto digestivo como manifestación inicial de coriocarcinoma testicular metastásico

Urdiales-Ortiz Alejandro,¹ Fulda-Graue Santiago,¹ Pérez-Becerra Rodrigo,¹ Santana-Ríos Zael,¹ Hernández-Castellanos Víctor,¹ Merayo-Chalico Claudio,¹ Sánchez-Turati Gustavo,¹ Camarena-Reynoso Héctor,¹ Leos-Acosta Carlos,¹ Shuck-Bello Carlos,¹ Vázquez-Ortega Leopoldo,¹ Cantellano-Orozco Mauricio,¹ Arellano R H,² Escudero-Mendoza E,³ Parraguirre-Martínez Sara,³ Morales-Montor Jorge, Pacheco-Gahbler Carlos¹, Calderón-Ferro Francisco¹



■ RESUMEN

Caso Clínico: Paciente masculino de 32 años que acudió a nuestra institución por haber presentado hemorragia masiva del tubo digestivo alto, diagnosticado por endoscopia y angiografía. Ingresó a quirófano. Durante la cirugía se encontró una masa retroperitoneal irreseccable, con invasión a duodeno y grandes vasos. El diagnóstico postquirúrgico fue de coriocarcinoma testicular metastásico, por lo que fue intervenido para orquiectomía radical y recibió tratamiento con quimioterapia. Posterior a 18 meses de seguimiento, los marcadores tumorales y los estudios de imagen resultaron negativos para actividad tumoral.

Discusión: De 5-10% de los tumores testiculares cursa con manifestaciones clínicas derivadas de enfermedad metastásica. El 5% de los tumores metastásicos, afectan el tracto gastrointestinal, más frecuentemente los tumores germinales no seminomatosos y en especial el coriocarcinoma.

Conclusiones: La hemorragia gastrointestinal es un indicador de mal pronóstico en estos pacientes y en casos severos deberá tratarse endoscópicamente, angiográficamente o mediante cirugía en casos seleccionados.

■ ABSTRACT

Clinical case: The patient is a 32-year-old man who sought medical attention at our institution for massive hemorrhage of the upper digestive tract diagnosed through endoscopy and angiography. He was taken to the operating room and during surgery a non-resectable retroperitoneal mass invading duodenum and large vessels was found. Postoperative diagnosis was metastatic testicular choriocarcinoma and patient underwent radical orchiectomy and received chemotherapy. At 18-month follow-up, tumor markers and imaging studies were negative for tumor activity.

Discussion: Five to ten percent of testicular tumors present with clinical manifestations deriving from metastatic disease. Only 5% of metastatic tumors affect the gastrointestinal tract and non-seminomatous germ cell tumors are more frequent, especially choriocarcinoma.

Conclusions: Gastrointestinal hemorrhage is an indicator of poor prognosis in these patients and in severe cases must be treated with endoscopy, angiography, and in select cases, surgery.

Metastatic testicular germ cell tumors should be included in differential diagnosis of gastrointestinal tract tumors in young men.

1 División de Urología. 2 División de Oncología Médica. 3 División de Patología. Hospital General Dr. Manuel Gea González. México, D.F.

Correspondencia: Alejandro Urdiales Ortiz. Fray Pedro de Gante No. 30, Colonia Belisario Domínguez, C.P. 14080 Delegación Tlalpan. México, D.F. Correo electrónico: aleurdiales@hotmail.com

En el diagnóstico diferencial de los tumores del tracto gastrointestinal en varones jóvenes, se deben considerar a los tumores testiculares germinales metastásicos.

Palabras clave: Hemorragia masiva, coriocarcinoma metastásico, México.

Key words: Massive hemorrhage, metastatic choriocarcinoma, Mexico.

■ INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular es el tumor más frecuente en varones de 20 a 35 años de edad, su incidencia es de 3-5 casos por 100 000 habitantes.¹ El coriocarcinoma testicular es un tumor de células germinales no seminomatoso de crecimiento rápido y agresivo; representa 1% de dichos tumores.² La mitad de los pacientes presentan enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, sin embargo el involucro gastrointestinal es extremadamente raro.^{3,4} A continuación presentamos un caso raro de coriocarcinoma testicular metastásico con invasión duodenal.

■ CASO CLÍNICO

Masculino de 32 años sin antecedentes de importancia que acudió al servicio de urgencias por presentar melena y hematemesis de 48 horas de evolución; se le determinó hemoglobina de 7 g/dL, por lo que fue transfundido. Se le realizaron endoscopia, en la que no se encontró sitio de sangrado aparente y angiografía mesentérica, que evidenció sangrado de una rama de la arteria mesentérica superior, por lo que requirió laparotomía exploradora. En este evento se evidenció tumor duodenal con extensión retroperitoneal, irresecable, con invasión a cava y aorta. Se realizó endoscopia transoperatoria con escleroterapia y adrenalina, para control del sangrado. El resultado de la biopsia fue positivo para coriocarcinoma (**Imagen 1**). Los resultados de los marcadores tumorales al inicio fueron: gonadotropina coriónica (HCG) 220 000, alfafetoproteína (AFP) 3.0 y deshidrogenasa láctica (DHL) 1875. Se realizó tomografía axial computada (TAC) (**Imagen 2**) y tomografía por emisión de positrones (PET CT) (**Imagen 3**), que evidenció presencia de metástasis retroperitoneales, pélvicas, hepáticas, pulmonares e intestinales, con un implante tumoral duodenal de 6 x 3 cm. Se clasificó en estadio IIIc (T2N3M1b).

Se realizó orquitectomía radical derecha, los resultados histopatológicos de la pieza quirúrgica,

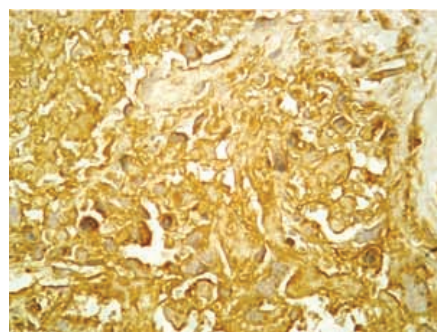


Imagen 1. Biopsia de masa mesentérica positiva para tinción gonadotropina coriónica humana.

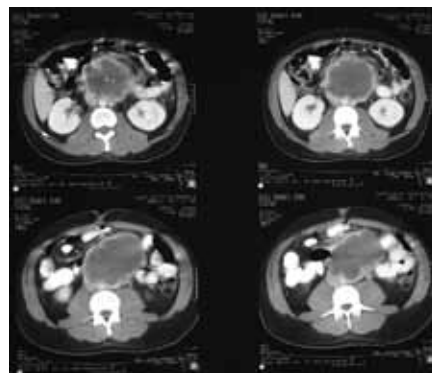


Imagen 2. Tomografía computada de abdomen con tumor retroperitoneal (imagen inicial).

demonstraron la presencia de carcinoma embrionario puro. El tratamiento postquirúrgico consistió en la administración de cuatro ciclos de bleomicina, etopósido y platino (BEP); dos de vincristina y platino (VIP) y dos de paclitaxel y carboplatino, con excelente respuesta.

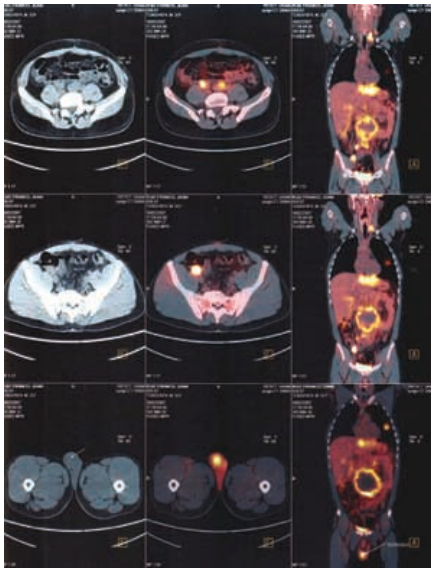


Imagen 3. Tomografía con emisión de positrones de tumor inicial.

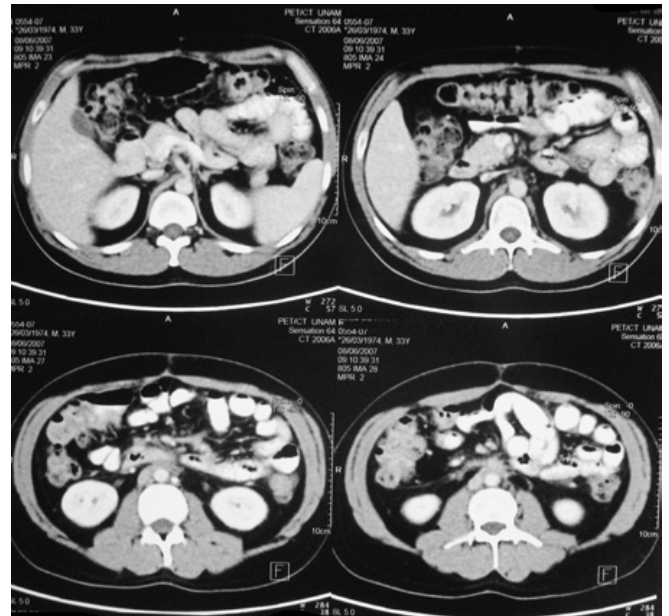


Imagen 4. Tomografía axial computada abdominal posterior a la quimioterapia.

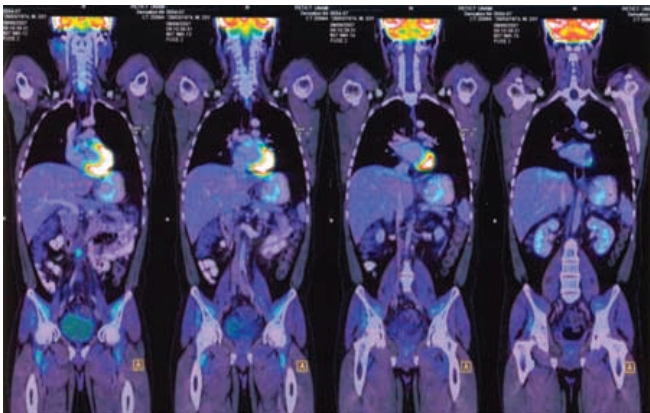


Imagen 5. Tomografía con emisión de positrones posterior a la quimioterapia.

El paciente, a los 18 meses de seguimiento, evolucionó con marcadores tumorales, telerradiografía de Tórax, TAC tóracoabdominal (**Imagen 4**), PET CT (**Imagen 5**) y duodenoscopia, negativos.

■ DISCUSIÓN

La mayoría de tumores testiculares se presentan como una masa testicular no dolorosa, sin embargo, 5-10%

de los casos se manifiestan con sintomatología derivada de enfermedad metastásica. Sólo 5% de los tumores metastásicos afectan el tracto gastrointestinal, más frecuentemente los tumores germinales no seminomatosos y en especial el coriocarcinoma.⁵ La mayoría de las metástasis gastrointestinales (GI) se producen por infiltración directa a los ganglios linfáticos retroperitoneales adyacentes a los cuales drena el testículo, por lo que los sitios más frecuentemente invadidos son el intestino y en especial el duodeno (95%).⁶ El coriocarcinoma de manera similar a otras lesiones metastásicas intestinales invaden la submucosa y se expande rápidamente comprometiendo el flujo vascular y causando erosiones y ulceraciones de la mucosa.²

Existen aproximadamente 30 casos de tumor testicular que se han manifestado con hemorragia gastrointestinal.¹⁻¹³

■ CONCLUSIONES

A pesar de su naturaleza agresiva, el coriocarcinoma tiene una alta tasa de remisión y sobrevida: 70-80%, a los cinco años. Son tumores que responden favorablemente a la quimioterapia con cisplatino.²

La hemorragia gastrointestinal es un indicador de mal pronóstico en estos pacientes y en casos severos deberá tratarse endoscópicamente, angiográficamente o mediante cirugía.¹¹⁻¹³ Es por ello que se deben incluir

a los tumores testiculares germinales metastásicos en el diagnóstico diferencial de los tumores del tracto gastrointestinal en varones jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oltra A, Aparicio J, Pastor M, et al. Hemorragia Digestiva como presentación de un tumor testicular germinal. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 98(6): 477-483.
2. Drake MG, Nasser J, Mills MR, et al. Rare gastric metastasis of testicular choriocarcinoma. *Gastrointest Endosc*. 2007; 66(2): 414-416.
3. Fleck RM, Schade RR, Kowal CD, et al. Testicular choriocarcinoma with metastasis to gastric mucosa. *Gastrointest Endosc* 1984; 30:188-9.
4. Dixon FJ, Moore RA. Testicular tumors: clinicopathological study. *J Urol* 2002; 167:896-918.
5. Plukker JT, Schraffordt H, Sleijfer DT, Oosterhuis JW, van der Jagt E. Intestinal hemorrhages in patients with a non seminomatous testicular tumor. *Cancer* 1991; 68: 2630-2.
6. Nord C, Fossa SD, Giercksky KE. Gastrointestinal presentation of germ cell malignancy. *Eur Urol* 2000; 38: 721-4.
7. Nakamura A, Ikerda Y, Morishita S, Sato Y, Matsumoto M, Inomoto T, et al. Upper gastrointestinal bleeding arising from metastatic testicular tumor. *J Gastroenterol* 1997; 32: 650-3.
8. Hofflander R, Beckes D, Kapre S, Matolo N, Liu S. A case of jejunal intussusception with gastrointestinal bleeding caused by metastatic testicular germ cell cancer. *Dig Surg* 1999; 16: 439-40.
9. Rosenblatt GS, Walsh CJ, Chung S. Metastatic testis tumor presenting as gastrointestinal hemorrhage. *J Urol* 2000; 164: 1655.
10. Varadarajulu S, Ramsey WH. Hematemesis as the initial presentation of testicular cancer. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3678-9.
11. Rosenblatt GS, Walsh CJ, Chung S. Metastatic testis tumor presenting as gastrointestinal hemorrhage. *J Urol* 2000;164:1655.
12. Galloway SW, Yeung EC, Lau JY, et al. Laparoscopic gastric resection for bleeding metastatic choriocarcinoma. *Surg Endosc* 2001; 15:100.
13. Ho H, Zuckerman MJ, Boman D. Gastrointestinal hemorrhage due to choriocarcinoma involving the duodenum. *J Clin Gastroenterol* 1988; 10:699-701.