



Sangrado espontáneo de metástasis de tumor de testículo de células germinales

López-Álvarez Abraham, Navarrete-García Enrique, Gaytán-Escobar Edgar, Torres-Medina Eduardo



■ RESUMEN

El tumor de testículo es poco frecuente; la presentación más común se da entre los 15 y 35 años de edad. Representa de 0.5% a 2% de tumores que afectan al hombre. El diagnóstico tiene gran repercusión debido al impacto que ocasiona al paciente por la edad de presentación, el tratamiento necesario y sus implicaciones en cuanto a la fertilidad; sin embargo, en estadios avanzados las metástasis aumentan considerablemente la morbilidad. Su patrón metastásico es típicamente linfático, a excepción del coriocarcinoma, que es hematógeno. Presentamos un caso con un tumor germinal mixto, con masa tumoral metastásica en retroperitoneo, que presentó hemoperitoneo espontáneo por ruptura de metástasis. Tuvo una evolución fatal a corto plazo.

Palabras clave: Tumor testicular, hemorragia peritoneal, espontáneo, México.

■ ABSTRACT

Testicular tumor is not very frequent and most commonly presents in patients between the ages of 15-35 years, representing 0.5 - 2 % of tumors in men. Testicular tumor diagnosis has a big impact on the patient due to the age in which it presents, the necessary treatment, and its implications in relation to fertility. In advanced stages, metastases considerably increase morbidity. Its metastatic pattern is typically lymphatic with the exception of choriocarcinoma, which has a hematogenic pattern. The case presented here is a mixed germ cell tumor with metastatic retroperitoneal tumor mass that presented spontaneous hemoperitoneum due to metastatic rupture. Disease progression was short-term, ending in death.

Key words: Testicular tumor, peritoneal hemorrhage, spontaneous, Mexico.



■ INTRODUCCIÓN

El sangrado de tumores metastásicos generalmente se relaciona con mal pronóstico, por la relación que tiene

a estadios avanzados. Los tumores de testículo incluyen a un variado grupo morfológico y clínico de neoplasias. Casi todos ellos son tumores testiculares primitivos y la mayoría son tumores de células germinales. Se

Departamento de Urología. Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS, UMAE N° 25. Monterrey, N. L. México.

Correspondencia: Dr. López Álvarez Abraham. Hidalgo 403. Colonia: Barrio del Rosario, Encarnación de Díaz, Jalisco. Teléfono: 01(475) 953 1664.

distinguen dos picos de máxima incidencia: La infancia y entre los 25 y 35 años de edad. En 2% de los casos, el cáncer de testículo se puede presentar en forma bilateral. Tiene factores predisponentes aceptados a nivel mundial, que afectan al epitelio germinal y dañan las células germinativas, como las atroñas testiculares, las infecciones bacterianas, las virales, las altas temperaturas -endógenas o exógenas- los traumatismos testiculares, orquitis, criptorquidia, síndromes de feminización testicular. Son factores que de una u otra manera, dañan el epitelio germinativo, predisponiendo a su degeneración maligna. Esta célula primaria es totipotencial, esta particularidad puede desencadenarse aún después de atrofia celular y así provocar el fenómeno de diferenciación celular; posteriormente retroceder a una célula primordial y finalmente volver a diferenciarse en otro tipo histológico distinto al de esa célula primitiva. Este fenómeno de des-diferenciación, es una de las características de la totipotencialidad del gonocito. En forma sincrónica, el tumor puede tener células diferenciadas de distintos tipos histológicos. Puede seguir la línea embrionaria y tener distintos estratos celulares; en estos casos son los teratomas; continuar una línea espermatocítica y dar origen a los tumores seminomatosos o seguir una línea extraembrionaria o placentaria, en la cual el tumor posee células que se asemejan al sincitiotrofoblasto y al citotrofoblasto.

Este tumor, así diferenciado en tipos histológicos, puede migrar y dar metástasis; incluso puede volver a des-diferenciarse a una célula primordial y originar, por ejemplo, un teratoma maduro al cual se le considera como un tumor benigno encapsulado que puede permanecer por dos años en el lugar y dar la posibilidad de realizar una cirugía de rescate para extraer el tumor; con ello, se puede considerar al paciente curado.

También existen tumores mixtos, en los que las células primordiales se mezclan y no generan una sola línea de crecimiento; 35% de los casos consisten en un tumor mixto; pero el paciente tiene 65% de posibilidades de tener una sola línea tumoral y a través de una terapéutica agresiva con quimioterapia y radioterapia, o quirúrgica a fin de revertir este proceso y colocarlo en el ámbito de 90% de los pacientes con posibilidad de curación.

Estos tumores tienen una característica particular: poseen el tiempo de duplicación más corto de toda la economía, 20 a 40 días. Si el tumor tiene 1 mm de diámetro, es indetectable por cualquier estudio complementario y tiene 10 duplicaciones y 1000 000 células aproximadamente. Si el tumor sufre 10 duplicaciones más en aproximadamente nueve meses, puede crecer hasta 1 cm y contener 1000 millones de células aproximadamente. Si el tumor tiene 10 duplicaciones más (30 duplicaciones) puede llegar a pesar hasta 1 kg, siendo ya incompatible con la vida.¹ Con respecto al cuadro

clínico, en la mayoría de los casos el tumor de testículo se manifiesta como un crecimiento indoloro. La aparición de dolor testicular agudo es resultado de un sangrado o un infarto intratumoral. Son asintomáticos 10% de los pacientes y 10% manifiesta síntomas relacionado con enfermedad metastásica. Generalmente consultan por dolor lumbar (metástasis retroperitoneales), taquipnea y disnea (metástasis pulmonares) o por edema de los miembros inferiores (obstrucción de vena cava).

En la mayoría de los casos, el paciente consulta tardíamente (de tres a seis meses), lo cual resulta característico en nuestra zona, debido a la idiosincrasia de la población masculina. Cuando el paciente acude a la consulta, se debe realizar una palpación exhaustiva, poniendo especial énfasis en el signo de Chevassu, que consiste en palpar con el dedo pulgar e índice en forma de pinza el epidídimo; también el signo de Sebileau por medio del cual se percibe un chasquido de despegamiento de la cavidad virtual que existe entre la túnica vaginal y la túnica testicular.² También se debe realizar transiluminación, la cual, para el caso de tumor testicular, resulta negativa, lo cual da la certeza de que el tumor está confinado a las gónadas y a la vez permite hacer diagnóstico diferencial con hidrocele, orquitis, varicocele, entre otras.

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 23 años de edad sin antecedentes de importancia. Inició con dolor epigástrico de un mes de evolución, de leve a moderada intensidad, irradiado hacia región dorsal derecha; se incrementaba con los movimientos (caminar), acompañado de plenitud postprandial y pérdida ponderal de 10 kg en un mes. Presentó exacerbación del cuadro clínico antes descrito, así como intolerancia a la vía oral; motivo por el cual acude a valoración. En epigastrio destacaba una tumoración de 10 cm de diámetro, fija a planos profundos, delimitada, no dolorosa, sin hepatomegalia ni esplenomegalia. Adenomegalia inguinal derecha de 1 cm; testículo izquierdo de 15 cm, pétéreo, con cordón espermático ipsilateral aumentado de tamaño y consistencia. Inicialmente ingresó a medicina interna donde se realizó ultrasonido en el que se evidenció una masa retroperitoneal hipoecoica, formando conglomerados en epigastrio y fosa renal izquierda; los riñones de características normales, el izquierdo desplazado anterior y superiormente. Se le realizó TC en la que se reportó zona hipo-densa heterogénea en el lóbulo hepático derecho. Masa sólida intra-abdominal de origen retroperitoneal, de 16 cm, heterogénea, con involucro del hilio renal izquierdo (**Imágenes 1 y 2**)

En el servicio de urología se le solicitaron marcadores tumorales. Se obtuvo alfa feto proteína mayor a 5000 ng/mL; hormona gonadotrofina coriónica

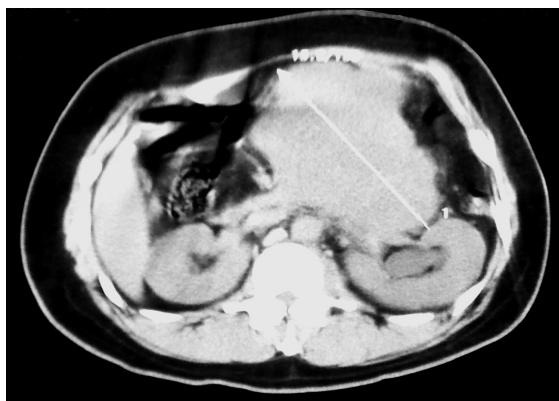


Imagen 1. TC con zona hipo-densa heterogénea en el lóbulo hepático derecho.

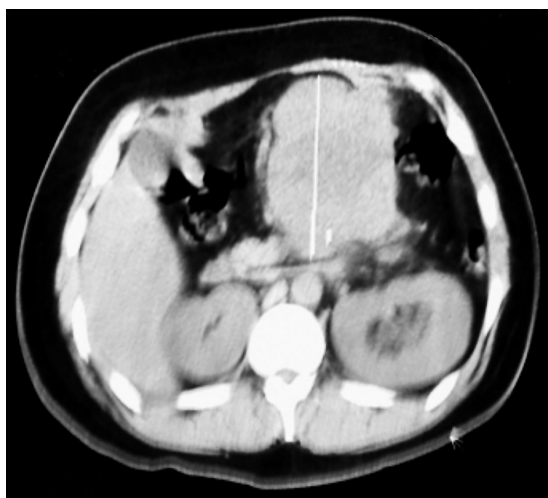


Imagen 2. TC que evidencia masa sólida intra-abdominal de origen retroperitoneal, de 16 cm, heterogénea, con involucro del hilio renal izquierdo.

humana fracción beta de 10 UI/mL. Se realizó orquiectomía radical izquierda, sin complicaciones. El resultado histopatológico informó: tumor germinal mixto; teratoma inmaduro 20%; neuroectodermo primitivo 20%; senos endodérmicos 40%; necrosis 20%. Había infiltración a la túnica albugínea, a los tejidos blandos paratesticulares y al cordón espermático. A las 32 horas del posoperatorio, inició con hipotensión, diaforesis, dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, por lo que fue re-intervenido mediante laparotomía exploradora. Se encontró el muñón del cordón espermático sin sangrado, hemoperitoneo de 2000 mL y hemorragia proveniente de la tumoración abdominal, friable, adherida a intestino delgado, páncreas e hígado (**Imagen 3**). Se le realizó empaquetamiento con compresas y Gelfoam.

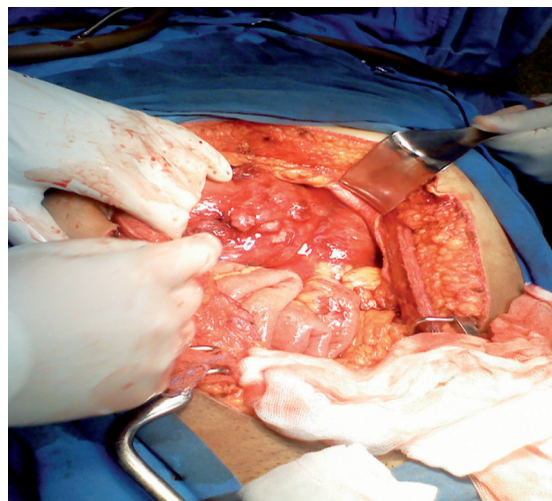


Imagen 3. Re-intervención quirúrgica en la que se evidenció hemorragia proveniente de la tumoración abdominal, friable, adherida a intestino delgado, páncreas e hígado

Se envió a la Unidad de cuidados intensivos en estado de choque hipovolémico. Posterior a ocho días en este servicio, falleció por estado de choque mixto (séptico e hipovolémico).

■ CONCLUSIONES

A pesar de su naturaleza agresiva, los tumores testiculares tienen una alta tasa de remisión y de sobrevida: 70% a 80% a los cinco años; responden favorablemente a la quimioterapia con cisplatino. La hemorragia gastrointestinal es un indicador de mal pronóstico.^{3,4} Existe 5% a 10% de los casos que se manifiestan a través de sintomatología derivada de una enfermedad metastásica. El coriocarcinoma, de manera similar a otras lesiones metastásicas intestinales, invaden la sub-mucosa y se expande rápidamente comprometiendo el flujo vascular y causando erosiones y ulceraciones de la mucosa. Existen aproximadamente 30 casos de tumor testicular que se han manifestado con hemoperitoneo, aunque el origen es intestinal y no retroperitoneal.^{5,6}

BIBLIOGRAFÍA

1. Tumores de Testículo, en: Urología de Campbell-Walsh. 9th ed. Saunders, Elsevier. 2007.
2. Toner GC. The challenge of poor-prognosis germ cell tumors. Urol Clin North Am 2007;34:187-9.
3. Castineiras FJ, et al. Oncología. Libro del residente de Urología. Grupo ENE. 2007.
4. Cicin I, Ozyilmaz F, Karagol H. Massive upper gastrointestinal bleeding from pure metastatic choriocarcinoma in patient with mixed germ cell tumor with subclinical intestinal metastasis Urology 2009;73:443.e15-7.
5. Urdiales-Ortiz A, Fulda-Graue S, Pérez-Becerra R. Hemorragia masiva del tracto digestivo como manifestación inicial de coriocarcinoma testicular metastásico. Rev Mex Urol 2009;69:163-6.
6. Kaufman MR, Chang SS. Short- and long-term complications of therapy for testicular cancer. Urol Clin North Am. 2007 May; 34(2):259-68.