



ARTÍCULO BREVE

Seminoma en testículo criptorquídico abdominal

Camino Medina, María Jesús Fernández-Aceñero*, Lina Daoud y Sharon Córdova

Departamento de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

Recibido el 12 de enero de 2011; aceptado el 25 de enero de 2011
Disponible en Internet el 12 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Testículo;
Tumores
retroperitoneales;
Criptorquidia

KEYWORDS

Testes;
Retroperitoneal
tumours;
Cryptorchidism

Resumen Presentamos el caso de un varón de 35 años que consultó de urgencias por un dolor abdominal de corta evolución. Los estudios de imagen mostraron una úlcera duodenal como origen de los síntomas, pero revelaron una gran tumoración retroperitoneal que fue diagnosticada como posible sarcoma. Tras la extirpación el estudio histopatológico mostró un seminoma sobre testículo criptorquídico.

El interés del caso es recordar la importancia de la exploración testicular en varones jóvenes con tumoraciones retroperitoneales, cuyo origen puede ser metástasis de un tumor testicular o, como en nuestro caso, un tumor primario sobre testículo no descendido previamente indagnosticado.

© 2011 SEAP y SEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Seminoma in an abdominal cryptorchid testis: a case report

Abstract A 35 year old male presented with vague abdominal pain. Imaging studies revealed a pyloric ulcer, the cause of the pain, but also showed a huge asymptomatic retroperitoneal mass. The radiological diagnosis was a primary soft tissue sarcoma. The mass was resected and was found to be a seminoma arising in a non-descended testis.

This unusual case serves as a reminder of the importance of testicular examination in young men presenting with a retroperitoneal mass, as the differential diagnosis should include a metastasis from a primary testicular tumour or a primary tumour arising in a previously undiagnosed cryptorchidism.

© 2011 SEAP y SEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El 0,8% de los varones mayores de un año presentan un descenso incompleto de los testículos. La mayoría de éstos se localizan en el canal inguinal, a nivel supraescrotal, y con menor frecuencia son intraabdominales. El riesgo de cáncer testicular en varones con testículo

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: mcmadinap@fjd.es
(M.J. Fernández-Aceñero).

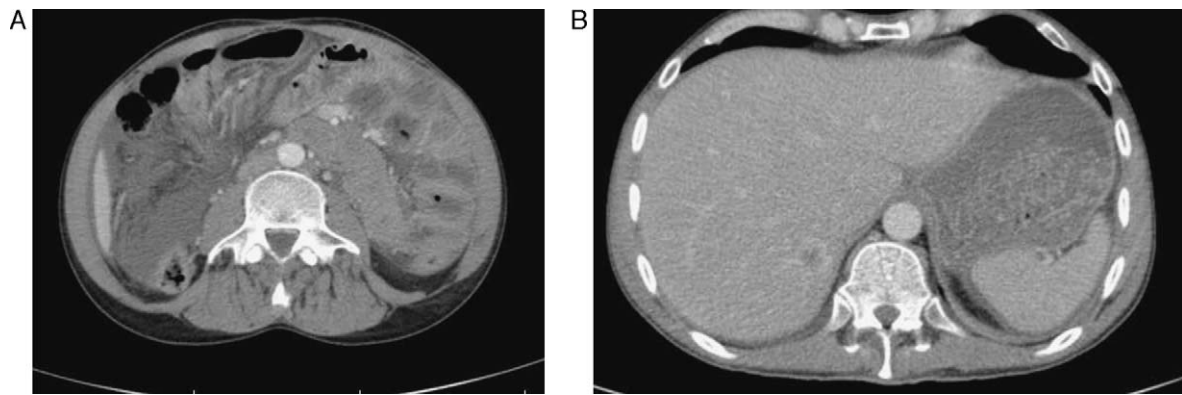


Figura 1 La imagen de TC muestra la masa abdominal (A) y la lesión hepática sugestiva de metástasis (B).

no descendido es entre 4 y 10 veces mayor que en la población general, siendo el más frecuente de todos ellos el seminoma.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 35 años, de origen rumano, residente en España desde hace 4 años, cuyo único antecedente médico de interés era un dolor en zona dorsal de intensidad variable, por lo que tomaba AINE desde hacía varios años, y que relacionaba con los esfuerzos realizados por su actividad laboral. La enfermedad actual comenzó cuando acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar dolor abdominal de localización epigástrica de 7 h de evolución. Refería también tenesmo vesical, polaquiuria sin disuria y estreñimiento de 3 días de evolución, sin antecedentes de toma de alimentos exóticos ni mala digestión. La bioquímica general no mostraba alteraciones significativas.

En el servicio de urgencias se le realizó una ecografía en la que se objetivó una masa retroperitoneal y se indicó la realización de una tomografía computarizada (TC). La TC toracoabdominopélvica con contraste mostró una gran masa abdominal de aproximadamente 13 cm de diámetro (fig. 1A), sin una dependencia órgano-específica clara, y también presencia de gas libre extraintestinal, sugestiva de perforación. Además se observaba una lesión hipervascular hepática (fig. 1B) y hernias inguinoescrotales bilaterales, con contenido fundamentalmente líquido, aunque la del lado izquierdo contenía un asa intestinal. La primera opción diagnóstica para la masa fue sarcoma retroperitoneal primario con metástasis hepática.

Se interpretó que el dolor guardaba relación con la perforación de una úlcera duodenal, diagnosticada por la presencia de gas libre, y el paciente fue ingresado para extirpación de la masa diagnosticada de forma incidental en las técnicas de imagen. Durante el acto quirúrgico se confirmó la existencia de una masa pediculada retroperitoneal de 10 cm de diámetro, que no parecía depender de ningún órgano, y también se observó una perforación pilórica recubierta por fibrina. La tumoración fue extirpada en su totalidad y remitida para estudio.

La lesión recibida en anatomía patológica correspondía a una masa encapsulada (fig. 2) de superficie lisa que pesaba 910 g y medía 17 × 14 × 10 cm, con un pedículo de

4 cm de longitud. Cortes seriados de la pieza revelaron una neoformación blanquecino-amarillenta, de consistencia elástica, con áreas de necrosis y zonas hemáticas.

El estudio histológico muestra una proliferación homogénea de células redondeadas de talla grande con límite neto (fig. 3); muestra núcleos de cromatina laxa con patentes nucléolos y se dispone en grupos cordonaes, trabeculares o nidos sólidos, limitados por gruesos tabiques conjuntivos. En el seno de dichos tabiques se reconoce un componente inflamatorio mononuclear escaso con linfocitos y células plasmáticas. La actividad proliferativa de la tumoración es baja, con 4 mitosis/10 campos de gran aumento. En la periferia de la masa se reconoce la existencia de epidídimo, lo que confirma la existencia previa de un testículo criptorquídeo. Presenta positividad intensa con CD-117, concordante con el diagnóstico de seminoma sobre testículo criptorquídeo. Un estudio exhaustivo de la muestra descartó presencia de áreas no seminomatosas.

Tras el diagnóstico se realizaron marcadores tumorales (alfa-fetoproteína y beta-HCG), que resultaron negativos, y un estudio mediante RM que sugirió que la lesión hepática era un angioma y descartó presencia de metástasis a otros niveles. Además permitió identificar la existencia de

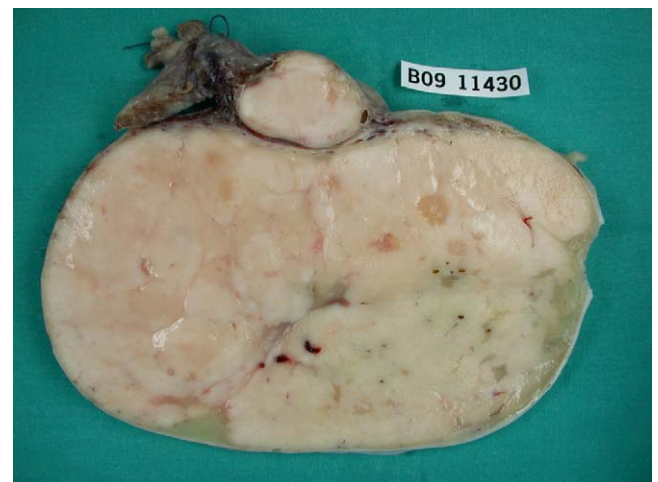


Figura 2 La imagen macroscópica de la neoformación muestra tejido blanquecino-amarillentode consistencia elástica, con focos de necrosis y hemorragia.

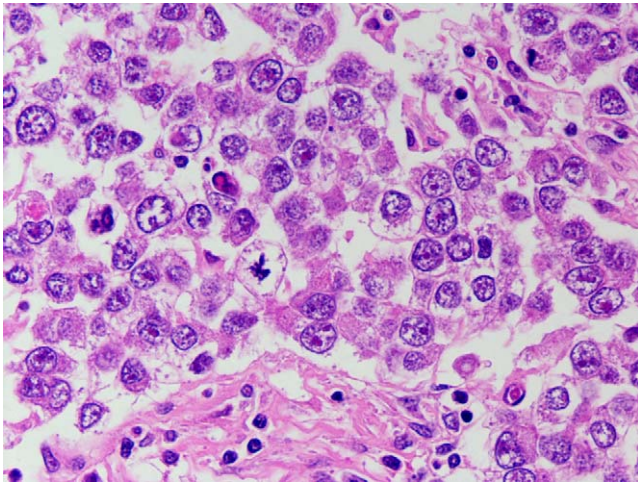


Figura 3 El estudio histológico de la lesión muestra células de límite neto, con citoplasma claro y nucléolo prominente (hematoxilina-eosina, $\times 400$).

testículo criptorquídico en el conducto inguinal izquierdo. No se reconoció testículo en el lado derecho.

La evolución sin tratamientos complementarios está siendo buena, y al año del diagnóstico el paciente sigue controles regulares en oncología y está asintomático y libre de enfermedad.

Discusión

En este trabajo presentamos el caso de un varón adulto joven con dolor abdominal de corta evolución relacionado con una úlcera perforada y sin diagnóstico previo de criptorquidia, en el que se identificó de forma casual una masa retroperitoneal, que resultó un seminoma sobre testículo criptorquídico. Este hallazgo es infrecuente, aunque bien descrito en la bibliografía¹⁻³.

Los tumores testiculares de células germinales son las neoplasias testiculares más frecuentes entre los 15 y los 35 años, aunque son raros, pues representan sólo el 1-2% de las neoplasias malignas en varones⁴. Se han propuesto múltiples factores etiopatogénicos, como traumatismos, atrofia testicular y la disgenesia gonadal, siendo la criptorquidia y el antecedente de tumor en el testículo contralateral los factores predisponentes más importantes. Existen distintos tipos histológicos con distinto comportamiento biológico y marcadores diagnósticos, pero de forma global se clasifican en tumores seminomatosos y no seminomatosos.

La criptorquidia afecta al 0,8% de los niños mayores de un año⁵. Existen distintas causas predictivas de alto riesgo, como la edad avanzada de la madre, obesidad materna, ser fumadora, bajo peso, pretérminos y parto gemelar, entre otros. Los pacientes con criptorquidia tienen un riesgo aumentado entre 4 y 10 veces⁶—algunos autores afirman que hasta 40^{7,8}— de padecer cáncer testicular. Si el testículo criptorquídico es intraabdominal, el riesgo de cáncer es mayor y el tipo histológico más frecuente es el seminoma. Uno de cada cinco tumores testiculares se localiza en el testículo correctamente descendido contralateral al crip-

torquídico, lo que sugiere una anomalía primaria bilateral en la criptorquidia.

Hoy en día existen distintos tratamientos para la criptorquidia. La terapia hormonal consiste en la inyección de gonadotropina coriónica humana, que puede producir el descenso de los testículos en el escroto, aunque es menos efectiva que la cirugía. Otro de los tratamientos propuestos es la orquidopexia⁹. En ella, se introduce el testículo en la bolsa escrotal y se fija a ella. Distintos estudios revelan que no ejerce un efecto protector sobre el riesgo incrementado de cáncer testicular, aunque facilita su detección temprana al ser palpable, y por ello es necesario realizar un seguimiento. Por último, se ha propuesto la orquiectomía como prevención ante la posible aparición de un cáncer.

El interés de este caso es recordar que ante la presencia de una masa retroperitoneal en un paciente varón joven es importante explorar los testículos para valorar la presencia de tumores en ellos. En una reciente revisión de los casos de cuatro centros españoles se encontraron 17 casos de tumores germinales extragonadales¹⁰, un 47% con afectación abdominal, y de ellos el 29% correspondientes a seminomas puros; sin embargo, en todos estos pacientes se encontraron áreas de fibrosis en el testículo, interpretadas como el tumor primario «quemado». En nuestro caso esta opción se descartó porque no había testículo en la bolsa y se reconocieron restos de testículo en la periferia del tumor abdominal. En ese sentido, también es importante a nivel clínico confirmar la presencia de testículo en la bolsa escrotal. Aunque en los países desarrollados se suele hacer un control riguroso del desarrollo y la maduración de los niños, con lo que la detección de la criptorquidia se establece en general de modo precoz, no se debe asumir que la ausencia de antecedentes de criptorquidia excluya este diagnóstico, especialmente en un paciente, como el que presentamos, de origen extranjero. En nuestro caso la exploración estaba dificultada de forma adicional por la existencia de hernias inguinoescrotales bilaterales. Este caso es único, además, porque el paciente estaba asintomático en relación con su tumor, y el motivo de consulta no guardaba relación con él, sino con una úlcera duodenal en probable relación con el consumo crónico de AINE.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. García Morúa A, Gutiérrez García JD, Ortiz Lara Gerardo E, Martínez Montelongo R, Gómez Guerra Lauro S. Synchronous bilateral testicular seminoma in an adult patient with bilateral cryptorchidism: a case report and literature review. *Actas Urol Esp.* 2010;34:210-1.
2. Mohapatra M, Satyanarayana S, Mishra A, Rao KV, Rao GB. Seminoma of undescended testis presenting as acute abdomen. *Indian J Pathol Microbiol.* 2009;52:278-80.
3. Shrestha B, Baidya JL. Unresolved abdominal mass. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2009;7:82-5.
4. Manecksha RP, Fitzpatrick JM. Epidemiology of testicular cancer. *BJU Int.* 2009;104(9 Pt B):1329-33.
5. Bostwick DG, Cheng L. *Urologic Surgical Pathology.* 2nd edition Elsevier; 2008. p. 646-52, 768-771.
6. La Vignera S, Calogero AE, Condorelli R, Marziani A, Cannizzaro MA, Lanzafame F, et al. Cryptorchidism and its long-term complications. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2009;13:351-6.
7. Carmona Campos E, Regueiro López JC, Prieto Castro R, Leva Vallejo M, Moreno Arcas P, Requena Tapia MJ. Criptorquidia y cáncer testicular. *Actas Urol Esp.* 2000;24:49-51.
8. Batata M, Chu F, Hilaris B. Testicular cancer and cryptorchism. *Cancer.* 1982;49:1023-30.
9. Thorup J, Cortes D. Surgical treatment and follow up on undescended testis. *Pediatric Endocrinol Rev.* 2009;7:38-43.
10. Angulo JC, González J, Rodríguez N, Hernández E, Núñez C, Rodríguez-Barbero JM, et al. Clinicopathological study of regressed testicular tumors (apparent extragonadal germ cell neoplasms). *J Urol.* 2009;182:2303-10.