

SEMINOMA BILATERAL SIMULTANEO PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

Dr. Gueglio, Guillermo - Dr. Flores, Juan Carlos - Dr. Damia, Oscar - Dr. Giudice, Carlos R.
Dra. Fantl, Dorotea - Dr. Schiappapietra, Jorge

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 28 años de edad, que consultó por aumento de tamaño y de consistencia del testículo izquierdo. Refiere que comenzó un mes atrás con leve dolor testicular y, a partir de allí, progresivo aumento de tamaño.

Como antecedente significativo se rescata el hecho que el paciente comenzó un estudio por infertilidad conyugal exactamente un año antes de la presente consulta, siendo estudiado y tratado en su ciudad natal.

Durante dicho período se le practicaron dosajes hormonales (tirotrófina, prolactina, testosterona, F.S.H. y L.H.) que fueron normales, salvo la F.S.H., que se hallaba con un valor cercano al triple de lo normal, y la L.H., que también se encontraba aumentada, pero con menor cuantía.

El examen seminal mostró azoospermia en reiteradas oportunidades, por lo que fue medicado con clomifeno durante 3 meses y testosterona de depósito.

Examen físico

Al ingreso en nuestro Servicio, el paciente presenta una masa sólida, dura e indolora del lado izquierdo que involucra prácticamente todo el testículo, transluminación negativa, de aproximadamente 10 x 5 x 5 cm.

En el lado derecho se palpa testículo pequeño, hipotrófico, que presenta un nódulo de 1 cm, aproximadamente, en su polo inferior, siendo duro y doloroso a la palpación.

Se realizó estudio ecográfico de ambos testículos informándose tejido heterogéneo en ambos didimos.

Se extrajo sangre para marcadores biológicos (que fueron negativos) y se exploró por vía inguinal, realizándose biopsia por congelación bilateral, que fue positiva para seminoma, procediéndose a la orquiectomía bilateral.

El estudio histopatológico diferido informó seminoma puro con moderada cantidad de mitosis y septos infiltrados por linfocitos, sin otros componentes neoplásicos. No hay infiltración de albúmina, epidídimo ni cordón espermático.

Se efectúa tomografía computada de abdomen y tórax que fue normal, salvo una imagen dudosa que se interpretó como de obliteración de la grasa retroperitoneal (T₁ N₀ M₀).

Recibió radioterapia en retroperitoneo (3.950 rads).

Es digno de mencionar que el paciente continuó con su actividad sexual normal hasta un mes, luego de la orquiectomía. Posteriormente ingresó en plan de hormonoterapia sustitutiva (250 mg de derivados testosterónicos cada 15 días).

Al momento de realizar la presente comunicación el paciente lleva ya 21 meses de evaluación desde que fuera hecho el diagnóstico. Se halla asintomático, con 4 estudios tomográficos computados normales, marcadores biológicos negativos y actividad sexual normal.

Revisión de la literatura

El tumor de células germinales del testículo es una afección relativamente rara que compromete a aproximadamente 0,0007 % de la población masculina general. Es mucho más

frecuente en las primeras décadas de la vida (3^a-4^a), quedando los tumores de origen no germinal (linfomas, MTS, sarcomas) y una mínima proporción de seminomas, como patologías de la edad avanzada.

El tumor primario germinal bilateral de testículo es un hallazgo infrecuente, siendo 1,5 % de todas las neoplasias primarias germinales del testículo.

Son generalmente asincrónicos con un intervalo que va desde los 6 meses hasta los 25 años. Más de 50 % de los segundos tumores aparecen dentro de los 5 años posteriores al diagnóstico del primer tumor y a los 10 años ya se han diagnosticado 75 % de los segundos tumores.

Un 3 % aparece luego de 20 años de diagnosticado el primer tumor.

Respecto de los tipos histológicos, el seminoma es con mucho de más frecuente aparición, ya sea como primera neoplasia, como segunda o aun inclusive como protagonista de ambas histologías.

Menos frecuente que la aparición de tumor bilateral asincrónico es el tumor bilateral simultáneo. Hasta el año 1984 se habían descrito 37 casos, habiendo sido Bedard, en 1853, y De Launney, en 1860, los primeros en hacer tal descripción. La combinación más frecuente es seminoma-seminoma (50 % de los casos), carcinoma embrionario-carcinoma embrionario (21 %) y seminoma-carcinoma embrionario (8 %).

Es interesante destacar que prácticamente 90 % de los pacientes presenta el mismo tipo histológico en ambos testículos. Esto haría suponer que existiría una cierta predisposición de origen genético, o tal vez una combinación de diversos factores ambientales. Recientes estudios citogenéticos han demostrado la existencia de una anomalía en el isocromosoma 12, tanto en seminoma como en los teratomas testiculares malignos.

Frecuentemente se menciona el mal descenso testicular (uni o bilateral) como factor predisponente para desarrollar una neoplasia testicular.

En la revisión efectuada por Miles y col. (1984) y por Aristzábal y col. (1978) las cifras oscilaron entre 8 % y 14 %. Sin embargo, para Hamilton (1940) la incidencia de ectopia testicular y cáncer es de 19 %.

El manejo clínico de este tipo de tumores no difiere del habitual en los pacientes portadores de un cáncer testicular unilateral.

Se debe considerar siempre el peor de los 2 tipos histológicos, si es que los hubiera.

En los casos de patología asincrónica cobran fundamental importancia las modificaciones anatómicas, sobre todo del drenaje linfático, que pudieran haber quedado como secuela del tratamiento del primer tumor. En caso de tratarse de un doble seminoma, la reirradiación puede estar indicada teniendo siempre en cuenta los campos y la dosis de la primera irradiación.

El pronóstico de sobrevida de un paciente afectado por un tumor bilateral simultáneo no difiere del de aquel paciente portador de una atipia unilateral.

No existen datos concluyentes hasta el momento actual acerca de la relación entre estimulación hormonal y cáncer testicular, pero es, sin dudas, un punto a profundizar.

Bibliografía

- Miles, B.; Kiesling, Jr., V.; Belville, W.: "Bilateral synchronous germ cell tumours". J. Urol., 134:679, 1985.
- Mc Geoge, A.; Pickard, W.; Abel, B.; Howard, M.: "Simultaneous bilateral testicular tumours". Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh, 27:364, 1982.
- Willis, G.; Hajdu, S.: "Bilateral primary malignant germ cell tumours of the testis: report of 2 cases". J. Urol., 107:279, 1972.
- Aristizabal, S.; Davis, J.; Miller, R.; Moore, M.: "Bilateral primary germ cell testicular tumours. Report of four cases and review of the literature". Cancer, 42:591, 1978.
- Bach, D.; Weissbach, L.; Hartlapp, J.: "Bilateral testicular tumours". J. Urol., 129:989, 1983.
- Cockburn, A.; Ungrin, D.; Balata, M.; Hajdu, D.; Whitmore, W.: "Second primary germ cell tumours in patients with seminoma of the testis". J. Urol., 130:357, 1983.
- Gibas, Z.; Prout, G.; Sandberg, A.: "Malignant teratoma of the testis with an isochromosome No 12, i (12 p), as the sole structural cytogenetic abnormality". J. Urol., 131:762, 1984.
- Morse, M.; Whitmore, W.: "Neoplasms of the testis". En: "Campbell's Urology", 5ª edición, vol. 2: 1535, 1986.
- Rivarola, M.: Comunicación personal.