

Tumores Sertolianos

Dr. Metz, L. M.; Dr. Iotti, R.; Dr. Fayad, E. J.; Dra. Pombo, M. T.

Resumen

Se actualiza el tema del tumor a células de Sertoli del testículo, presentando un caso.

La rareza del mismo es tal vez extremada por exámenes anatómo - patológicos no exhaustivos, dada la extrema similitud con otros tumores testiculares y la variada histología que suele presentar.

(Revista Argentina de Urología, vol. 55, pág. 170, 1990)

Palabra Clave: Testículo - Tumor a células de Sertoli

INTRODUCCION

El motivo de la realización de éste trabajo es el haber localizado un tumor a células de Sertoli; revisamos la bibliografía nacional, en la cual no hemos podido ubicar ningún caso, y la internacional, donde han sido registrados casi un centenar de pacientes.

Lo presentamos ante ustedes dada la rareza del mismo, actualizando el tema para el conocimiento y la difusión de las particularidades de este tumor.

Las neoplasias testiculares se califican en primarias y secundarias; las primeras pueden ser de origen germinal y no germinal.

Entre los tumores no germinales, se encuentran los tumores del cordón sexual - estroma gonadal que representan entre el 4 al 5% de los tumores testiculares; este último grupo se puede dividir en:

A- formas bien diferenciadas:

- Tumores de células de Leydig.
- Tumores de células de Sertoli.
- Tumores de células de la granulosa.

B- formas mixtas o gonadoblastomas.

C- formas poco diferenciadas o androblastomas.

En 1987 Young y Talerman prefirieron denominarlos como tumores de los cordones sexuales, semejantes a los términos utilizados cuando estos

tumores ocurren en el ovario. Otros autores lo llamaron adenoma Sertoliano o adenoma testicular de Chevassú y Pick.

Se reserva la designación de tumores Sertolianos para aquellos tumores compuestos entera o predominantemente por células compatibles con células de Sertoli. Representan el 0.6% del total de los tumores testiculares, son comunes en los adultos y pueden presentarse en cualquier grupo etario. Su evolución es benigna en un 90% de los casos y su etiología es desconocida.

Clínicamente pueden presentarse como nódulos tumorales dolorosos o no, comunmente unilaterales, siendo la bilateralidad poco frecuente; su diámetro varia entre el 1 y 20 cm. Se asocian con ginecomastia entre un 20 y 30% de los casos y en ocasiones coexisten con otros signos de feminización. Estos tumores pueden elaborar estrógenos o andrógenos pero rara vez en cantidades suficientes como para causar masculinización precoz o feminización. El origen de estas hormonas es en la actualidad muy controvertido. Más raramente una disminución de la líbido o de la espermatogénesis son el origen de el descubrimiento del tumor, el que se encuentra generalmente, en testículos escrotales pero también en criptorquídicos o en el hermafroditismo masculino.

Los tumores de células de Sertoli pueden ser

puros o mezclarse con células de la granulosa.

Macroscópicamente se desarrollan dentro del parénquima testicular, son circunscriptos, nodulares, blancos o ligeramente amarillentos al corte; ocasionalmente pueden presentar focos de hemorragias o de necrosis.

Histológicamente las células características en la forma clásica son altas de tipo columnar o poliédricas con abundante citoplasma, por lo general vacuoladas. La uniformidad de forma y tamaño celular es la regla, mientras que son excepcionales las mitosis y atipias. Crecen en general en cordones que recuerdan a los túbulos aunque, a veces, hay variaciones y pueden aparecer células fusiformes, similares a las de la teca o como células cuboides similares a la célula de la granulosa.

En un 10% de los casos tienen una evolución maligna, que es sospechada cuando hay una invasión del epidídimo, de la cápsula, embolias tumorales en el cordón y/o adenopatías retroperitoneales, subclaviculares y metástasis pulmonares u óseas.

Los tumores Sertolianos pueden presentarse de 3 formas mas o menos bien definidas:

1-El tumor de células de Sertoli que en el adulto suele producir ginecomastia y que a veces es maligno; esta formado por tubulos revestidos por células alargadas, similares a las células de Sertoli.

2- El gonadoblastoma formado por una mezcla de células de los cordones sexuales y del estroma gonádico y de células germinales, que pueden dar disgenesia gonadal mixta o pseudohermafroditismo masculino.

3- El llamado tumor calcificado de células grandes de Sertoli, que se presentan en los sujetos menores de 20 años de edad y se acompañan de alteraciones hipofisiarias o en otras glándulas endocrinas.

Se pueden encontrar diversidad de aspectos microscópicos entre tumores diferentes y dentro del mismo tumor. Las células tumorales pueden contener abundantes lípidos intracitoplasmáticos los que remeda a los tumores sertolianos, ricos en lípidos, de los testículos caninos, y que sirvieron para reconocer la célula de Sertoli en los testículos humanos (Teilum).

La microscopía electrónica confirma el parecido entre las células de Sertoli tumorales y normales.

Estos tumores deben diferenciarse de agregados focales, no neoplásicos, de túbulos pequeños, constituidos por células de Sertoli inmaduras. La dife-

rencia entre tumores de células de Sertoli y otros tumores estromales de los cordones sexuales depende de la presencia de una formación predominante de túbulos.

Los estudios biológicos son contradictorios.

En la evaluación prequirúrgica se solicitarán, si se sospecha este tipo de tumor, además de los estudios habituales - marcadores biológicos, radiografías de tórax, E. C. G. etc.- el nivel sérico y urinario de estrógenos, andrógenos, gonadotrofinas y estradiol.

El tratamiento quirúrgico - funiculoorquidectomía - lleva a la curación y a la regresión de la ginecomastia y niveles hormonales plasmáticos, si la enfermedad es localizada y de evolución benigna.

El valor de la radioterapia y quimioterapia no han podido ser puestas de manifiesto por los escasos casos publicados.

Caso Clínico

Se trató de un paciente de 23 años de edad con buen estado general, que había notado la aparición de un tumor testicular 2 años antes; no presentaba ginecomastia y su libido era normal así como los caracteres sexuales secundarios. La ecografía testicular informó una imagen nodular de 24mm. de diámetro, sólida, hipoecogénica y heterogénea.

Previo evaluación cardiovascular, radiografía de tórax y extracción de sangre para marcadores biológicos, se operó realizándose la orquidofuniculectomía izquierda por vía inguinal con buena evolución.

Los resultados de los marcadores pre-operatorios fueron:

- Gonadotrofina Corionica sub-B 5mUI/ml V.N. 0 a 5 mUI/ml.

- Alfa fetoproteína 10 ugr/ml. V.N. hasta 10 ugr/ml.

El informe anatomo-patológico fue el siguiente:

Descripción Macroscópica: se recibe pieza de orquidectomía que mide 4.5 x 3.5 x 2 cm. y pesa 60 grs. La superficie externa es lisa. Al corte, se observa una formación tumoral de color blanco amarillento y aspecto homogéneo, bien delimitada que se proyecta a la albugínea, aunque no la infiltra. Mide 2.5 x 2 x 2 cm. El parénquima testicular remanente, es de color marrón claro. La pieza se acompaña de 11 cm. de cordón espermático de aspecto macroscópico normal.

Descripción Microscopica: los cortes muestran la imagen de un tumor de células de Sertoli en que las células tumorales se disponen en nidos sólidos y trabéculas, en algunas zonas formando lucas y en el cual, el estroma, está constituido por delgadas bandas fibrosas. Si bien la lesión no tiene límites netos, no está encapsulada y llega a la albugínea, aunque no la infiltra. El testículo no tumoral presenta túbulos atróficos adyacentes a la lesión, y los más alejados conservan su morfología con maduración hasta espermatozoides.

DIAGNOSTICO

Tumor de células de Sertoli. Nº 72593 P 1120.

Se solicitó un espermograma que informó acerca de una severa oligospermia - 1. 280. 000/ml. y la evaluación endócrina cuyos resultados fueron los siguientes:

Testosterona	6.2 ugr/ml.	V.N. hasta 8.2 ugr/ml
Prolactina	11.5 ugr/ml.	V.N. hasta 17 ugr/ml
L. H.	30 uUI	V.N. hasta 11 uUI
F. S. H.	6.6 uUI	V.N. hasta 7.8 uUI
Estradiol	40 pg/ml	V.N. hasta 60.

Los resultados de los marcadores biológicos post-operatorios, al mes, fueron:

- Gonadotropina Coriónica sub-B	no dosable
- Alfa fetoproteína	2.4 ng/ml V.N hasta 10 ng/ml
- Antígeno Carcino Embrionario	1.5 ng/ml hasta 7.5 ng/ml
- Deshidrogenasa Láctica	90 uUI hasta 150 uUI

La tomografía axial computarizada control fue normal.

Actualmente se está estudiando su hipofertilidad a los fines de tratar de resolver su problema secundario o concomitante a su tumor testicular.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LEWIS L. Feminizing testis tumors. J. Urol. 64: 518. 1950.
- 2) GABRILOVE J.; NICOLIS L.; MITTY A.; SOHAL A.; Feminizing interstitial cell tumor of the testis. Personal observation and a review of the literature. Cancer 35: 1184 - 1202. 1975
- 3) FLIGIEL Z.; MARMORU K.; ELLIOT L.; Bi-lateral Sertoli cell of testes with feminizing and masculinizing activity occurring in a child. Cancer 38: 1853 - 1858. 1976.
- 4) GABRILOVE J.; FREIBERGE E. K.; Feminizing and non feminizing Sertoli cell tumors. J. Urol. 124: 757. 1980.
- 5) PROPPE and SCULLY. Large cell calcifying Sertoli cell tumor of the testis. Am J Cl. Pathol. 74. 607-619. 1980.
- 6) LE GUILLOU M.; PERRIN P.; tumeurs du testicule. Encycl. Med. Chirurg. Paris. 18650. a 10. 1982.
- 7) PASIK L. y col. Leydigoma de testiculo. Dos casos. Rev. Arg. de Urol. y Nefrol. 48-3 58. 1982.
- 8) OKOYE M. I. y col. Testicular gonadal estromal - Sertoli cell - tumor. Urology 25: 184-186. 1985.
- 9) MICHAEL J.; MORSE; WHITMORE W.; Tumores de testiculo. Campbell Urol. ED. 5 Cap. 32. 1985.
- 10) TERENCE V. and col. Light microscopic, immunocytochemical and ultrastructural study of a case of Sertoli cell tumor of the testis. Tumori 73. 1987.
- 12) YOUNG R.; TALERMAN A. Seminars in diagnostic pathology. Vol. 4: 342-360. 1987.
- 13) MOSTOFI. International histological classification of tumor. Histological typing of tumours of testis. 1977.