

CANCER BILATERAL DE TESTICULO

Dres. Galigniana, R.*; Andrade, J.*; Figueroa, D.*; Malagrino, H.**; Pasik, L.**; Hes, S.**; Casabé, A.***

RESUMEN: Entre enero de 1990 y junio de 1994 fueron tratados 86 pacientes con cáncer de células germinales de testículo en el Instituto de Oncología "Angel H. Roffo". La presencia de tumor bilateral fue observada en 5 casos (5,8%). Se realiza una revisión retrospectiva de los mismos y un análisis comparativo de los resultados sobre la base de la literatura publicada. La edad promedio de aparición del primer tumor fue de 28,4 años y la del segundo de 32,8 años, con un intervalo medio entre los dos tumores de 4,5 años. No se observaron casos sincrónicos. No se encontró predominio de un tipo histológico en particular, aunque sí hubo un 80% de similitud histológica entre el primer y segundo tumor. El manejo terapéutico del primer tumor se ajustó al hallazgo histológico y estadio de la enfermedad. Para el segundo tumor se tuvo en cuenta el tratamiento del primer tumor. Actualmente 4 de 5 pacientes se encuentran libres de enfermedad. Recomendamos el seguimiento clínico prolongado hasta los 10 años a partir de la aparición del primer tumor, dado el mayor riesgo de desarrollar cáncer contralateral en este grupo de pacientes.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 1, Pág. 25, 1995)

Palabras clave: Cáncer de testículo; Tumor de células germinales; Bilateralidad.

INTRODUCCION

El cáncer testicular es una patología que presenta una incidencia estimada en 2 a 5 casos por 100.000 hombres.

Desde que Livingstone en 1805 comunicó el primer caso de cáncer bilateral de testículo⁽¹⁾, su incidencia se ha incrementado particularmente en las últimas 5 décadas⁽²⁾.

Con el advenimiento de la poliquimioterapia y el mejor conocimiento y manejo de la enfermedad, el pronóstico y sobrevida de los pacientes ha mejorado notablemen-

te, lo que podría justificar el mayor incremento de casos de tumores bilaterales observados en la actualidad^(1,3).

La tasa de incidencia de cáncer bilateral reportada en la literatura ha sido del 1 al 5,8%⁽⁴⁾.

En el presente trabajo se hace una revisión de los cánceres bilaterales de células germinales de testículo tratados en el Instituto de Oncología "Angel H. Roffo" (U.B.A.) en los últimos años.

MATERIAL Y METODOS

Entre enero de 1990 y junio de 1994 fueron tratados 86 pacientes con cáncer de testículo de células germinales en el Instituto de Oncología "Angel H. Roffo". De éstos, el desarrollo de tumores bilaterales fue observado en 5 casos, siendo analizadas las variables referentes a edad, incidencia, factores de riesgo, histología, estadio, intervalo entre el primer y segundo tumor, tratamientos recibidos y seguimiento de cada paciente.

La clasificación utilizada para su estadificación fue la de Maier modificada por el Instituto Roffo (Tabla 1).

* Médico en Rotación por el Servicio de Urología del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

** Médico del Servicio de Urología del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

*** Jefe del Servicio de Urología del Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires - Argentina

Aceptado para su publicación en octubre de 1994

RESULTADOS

Incidencia

De los 86 pacientes con cáncer testicular estudiados en el período 1990-1994, 5 presentaron un tumor en el testículo contralateral (5,8 %).

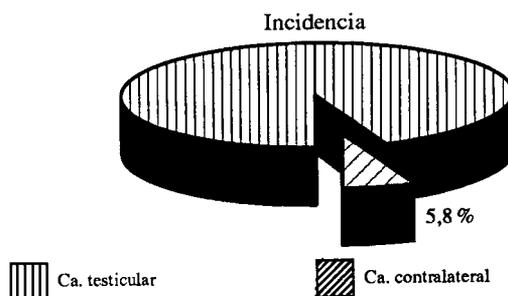


Gráfico 1: Incidencia de cáncer bilateral de testículo.

La edad media del primer tumor fue de 28,4 años, con un rango que varió entre 20 y 36 años. Para el segundo tumor la edad media correspondió a 32,8 años, con un rango de 22 a 40 años (Tabla 2).

Estadio I: Tumor localizado al testículo

Estadio II: Tumor extendido a linfáticos subrenales

A: Microscópica

B: Macroscópica { B1: Pequeña masa
B2: Gran masa

Estadio III: Tumor extendido a linfáticos suprarrenales y supradiafragmáticos

A: Mtts. linfáticas

B: Mtts. viscerales

Tabla 1: *Cáncer de testículo: clasificación por estadios de Maier (modificada).*

Tumores sincrónicos fueron definidos como aquellos detectados en los primeros cuatro meses de diagnóstica-do el primer tumor y, metacrónicos, a aquellos que se desarrollaron después del cuarto mes.

Los pacientes que presentaron un segundo cáncer testicular durante el período estudiado, fueron revisados a partir de la aparición del primer tumor.

Paciente	Edad (años)	Primer tumor			Intervalo	Segundo tumor			Condición actual
		Histología	Estadio	Tratamiento		Histología	Estadio	Tratamiento	
1	36	Ca. embrionario+ Coriocarcinoma	II B1	Quimiot.	1 año y 4 meses	Ca. embrionario+ Terat. maduro	II B1	Quimiot.	Libre de enfermedad 11 meses
2	30	Seminoma anapl.	II B1	Radioter.	9 años y 10 meses	Seminoma anapl.	II B2	Quimiot.	En tratamiento quimioterápico
3	20	Ca. embrionario+ Terat. maduro	II B1	Quimiot. + Rescate (Terat. maduro e inmaduro)	2 años y 2 meses	Ca. embrionario+ Terat. maduro + T. seno endoderm.	I	Control	Libre de enfermedad 6 meses
4	25	Seminoma típico	I	Radiot. izq.	9 años	Seminoma anapl.	I	Radiot. der.	Libre de enfermedad 14 meses
5	31	Seminoma + Ca. embrionario	I	Linfadenect. Estadif. der. -	5 meses	Seminoma clásico	I	Radiot. izq.	Libre de enfermedad 4 meses

Tabla 2: *Cáncer bilateral de testículo - Instituto "Angel H. Roffo" (1990-1994).*

Factores de riesgo

De los 5 pacientes, sólo en 1 se observó algún factor de riesgo, como fue el hallazgo de azoospermia antes del desarrollo del segundo tumor en el caso número 4.

Intervalo

Los 5 casos presentados en nuestra revisión fueron metacrónicos. El tiempo entre la aparición del primer y segundo tumor osciló entre 5 meses y 9 años y 10 meses, con una media de 4 años y 6 meses (Tabla 2).

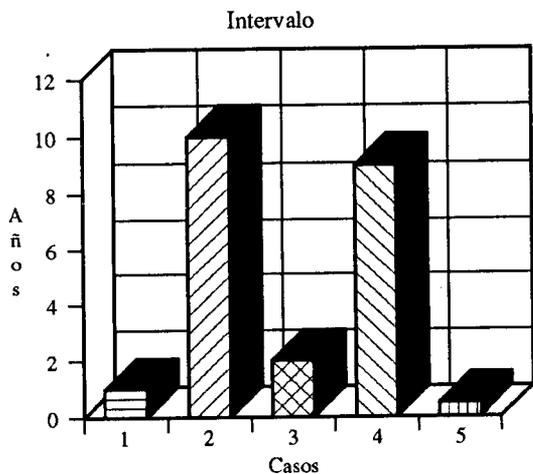


Gráfico 2: Intervalo entre el 1er. y 2do. tumor.

Histología

Los hallazgos histológicos del primer tumor correspondieron a 2 seminomas (40%), 2 tumores no seminomatosos (40%), y uno mixto (20%). En cuanto al segundo tumor, se hallaron 3 seminomatosos (60%) y 2 no seminomatosos (40%) (Tabla 2).

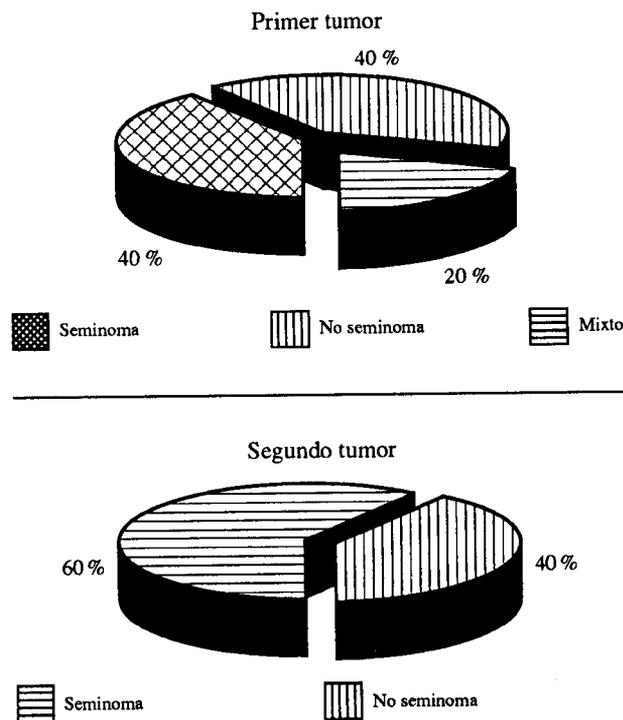


Gráfico 3: Hallazgos histológicos.

Se observó que de los 5 pacientes, 4 (80%) presentaron similitud histológica entre el primer y segundo tumor (Tabla 3).

1er. tumor	2do. tumor	
	Seminoma	No seminoma
Seminoma	2	0
No seminoma	1	2

Tabla 3: Tipo histológico del 1er. y 2do. tumor.

Estadio

Referente al primer tumor, 2 pacientes presentaron estadio I, y 3 estadio II, mientras que para el segundo tumor, 3 presentaron estadio I y 2 estadio II (Tabla 2).

Tratamiento

Para el primer cáncer, luego de la orquiectomía, el mismo dependió del tipo histológico y del estadio de la enfermedad. Los dos seminomas fueron tratados con radioterapia, los dos no seminomas con quimioterapia (uno de ellos con posterior cirugía de rescate), y en el tumor mixto se realizó linfadenectomía estadificadora, con resultado negativo para neoplasia.

El tratamiento del segundo tumor dependió, además de su histología y estadio, del manejo terapéutico del primer tumor (Tabla 2).

Condición actual

Cuatro de 5 pacientes (80%) se encuentran libres de enfermedad y bajo control periódico ambulatorio, y el caso restante (20%) presenta enfermedad activa retroperitoneal, recibiendo tratamiento quimioterápico en la actualidad (Tabla 2).

DISCUSION

El cáncer bilateral de testículo es una condición rara. Haciendo una revisión de la literatura, comprobamos que la incidencia hallada en nuestro estudio (5,8%) coincide con el trabajo de Cockburn y colaboradores⁽⁴⁾. Sin embargo, otros autores describen incidencias menores (Tabla 4)⁽⁵⁾.

Está reconocido que el paciente que ha tenido un tumor testicular tiene un riesgo más elevado de padecer un cáncer contralateral, siendo 24,8 veces mayor que la población normal⁽⁶⁾.

La infertilidad como factor de riesgo ha sido descrita por algunos autores^(6,7). Nosotros tuvimos un caso de azoospermia detectada después de la presentación del primer tumor en un paciente que había recibido previa-

mente tratamiento radiante sobre la cadena lumboaórtica y fosa ilíaca izquierda. No se encontraron otros factores de riesgo, tales como criptorquidia y atrofia testicular^(6, 7, 8).

Referencia	Año	Pacientes	Bilat. %
<i>Ehregut y col.</i>	1980	488	5 (1,0)
<i>Hoekstra y col.</i>	1982	362	8 (2,2)
<i>Ware y col.</i>	1982	235	6 (2,6)
<i>Bach y col.</i>	1983	361	11 (3,0)
<i>Hartung y col.</i>	1983	375	12 (3,2)
<i>Matveyev y col.</i>	1984	940	16 (1,7)
<i>Strohmeyer y Hartmann</i>	1984	321	7 (2,2)
<i>Leyvraz y col.</i>	1985	107	5 (4,8)
<i>Kristianslund y col.</i>	1986	1.300	24 (2,0)
<i>Csapo y col.</i>	1987	91	3 (3,3)
<i>Kruse</i>	1987	255	4 (1,6)
<i>Osterlind y col.</i>	1987	2.338	62 (2,7)
<i>Scheiber y col.</i>	1987	412	20 (4,9)
<i>Thompson y col.</i>	1988	120	6 (5,0)
<i>Wahl y Hedinger</i>	1988	333	7 (2,1)
<i>Barth y Krauss</i>	1989	152	4 (2,6)
<i>Sosnoski y Marks</i>	1989	116	3 (2,7)
<i>Erpenbach y col.</i>	1990	210	6 (2,9)
<i>Patel y col.</i>	1990	500	20 (3,2)
<i>Fordham y col.</i>	1990	219	38 (3,1)
TOTAL		10.235	267 (2,61)

Tabla 4: Tumores bilaterales de células germinales de testículo. Revisión de la literatura.

Un mayor riesgo de padecer cáncer contralateral fue comunicado en pacientes con tumor no seminomatoso, comparado con aquellos que presentaron seminoma en el primer tumor^(5, 6, 9).

En la mayoría de las series se describe al seminoma como el patrón histológico más frecuente en los cánceres bilaterales de células germinales^(6, 8, 10). En nuestro grupo solamente dos casos (40%) presentaron seminoma bilateral.

Dieckmann y colaboradores citan una similitud el tipo histológico (seminoma y no seminoma) entre el primer y segundo tumor en 5 de 7 casos⁽⁸⁾. Nosotros lo hemos observado en 4 de 5 pacientes (80%).

El intervalo que procede al segundo tumor es variable. En nuestro grupo no se observó ningún caso de cáncer sincrónico. El promedio de intervalo entre el primer y segundo tumor fue de 4 años y 6 meses. La literatura consultada sugiere que la mayoría de casos (aproximadamente dos tercios) de cánceres metacrónicos ocurren dentro de los 5 primeros años del diagnóstico del primer tumor. Es muy rara la presentación después de los 10 años^(1, 6, 8). En nuestro grupo, 3 de 5 casos (60%) se presentaron antes de los 5 años, y los 2 restantes entre los 5 y 10 años.

El tratamiento del cáncer contralateral seguirá los mismos principios generales si se trata del primer tumor, pero teniendo en cuenta la terapéutica utilizada en la primera neoplasia⁽¹¹⁾. Analizando el caso número 3 (Tabla 2) que presentó tratamiento previo con quimioterapia y posterior cirugía de rescate retroperitoneal, se decidió seguimiento clínico periódico tras la segunda orquiectomía, por tratarse de un tumor no seminomatoso en estadio I en un retroperitoneo ya operado.

Aunque consideramos que el tiempo de control posterior al segundo tumor es aún corto, la mayoría de los casos están libres de enfermedad. En el rango de curación descrito en la literatura llega al 96%⁽⁹⁾. Pensamos que los resultados y el pronóstico dependen de la histología y el estadio de la enfermedad, y no es influido por la mera ocurrencia de un segundo tumor testicular^(1, 9).

Dado el mayor riesgo de desarrollar un cáncer en el testículo contralateral, hay autores que recomiendan los siguientes aspectos en el manejo de pacientes con cáncer unilateral⁽⁸⁾:

1. Comunicación al paciente del riesgo potencial de desarrollar un segundo tumor
2. Autoexamen periódico del testículo restante
3. Control médico de estos pacientes hasta los 10 años
4. Seguimiento reglado con ecografía testicular

Nosotros no coincidimos en los dos primeros puntos, por crear cancerofobia en estos jóvenes pacientes e inducir a interpretaciones erróneas en el autoexamen. Sí estamos de acuerdo en el tercer ítem, recomendando controles mensuales los dos primeros años y semestrales hasta completar 10 años. Utilizamos la ecografía testicular sólo como estudio complementario cuando existen dudas en el examen semiológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Patel, S.; Richardson, R. y Kvols, L.: Synchronous and metachronous bilateral testicular tumors. *Mayo Clinic Experience Cancer*, 65:1-4, 1990
2. Dieckmann, K.-P.; Loy, V. y Büttner, P.: Prevalence of bilateral testicular germ cell tumors and early detection based on contralateral testicular intra-epithelial neoplasia. *Br. J. Urol.*, 71: 340-345, 1993.
3. Schenkman, N.; Movl, J.; Nicely, E.; Maggio, E. y Ho, C.: Synchronous bilateral testis tumor: mixed germ cells tumors. *Urology*, 42:593-595, 1993.
4. Cockburn, A.; Vugrin, D.; Batata, M. y col.: Second primary germ cell tumors in patients with seminoma of the testis. *J. Urol.*, 130:357-359, 1983.
5. Osterlind, A.; Berthelsen, J.; Abildgaard, N.; Hansen, S. y col.: Risk of bilateral testicular germ cell cancer in Denmark: 1960-1984. *J. Natl. Cancer Inst.*, 83:1391-1395, 1991
6. Scheiber, K.; Ackermann, D. y Studer, V. E.: Bilateral testicular germ cell tumors: a report of 20 cases. *J. Urol.*, 138:73-76, 1987.

7. Fordham, M.; Mason, M.; Blackmore, C.; Hendry, W. y col.: Management of the contralateral testis in patients with testicular germ cell cancer. *Br. J. Urol.*, 65:290-293, 1990.
8. Dieckmann, K.-P.; Boekmann, W.; Brosig, W.; Jonas, D. y col.: Bilateral testicular germ cell tumor. Report of nine cases and review of the literature. *Cancer*, 57:1254-1258, 1986.
9. Bokemeyer, C.; Schmoll, H.-J.; Schöffski, P.; Harstrick, A. y col.: Bilateral testicular tumors: Prevalence and clinical implications. *Eur. J. Cancer.*, vol. 29A, 6:874-876, 1993.
10. Gueglio, G.; Flores, J.; Damia, O. y Giúdice, C. y col.: Seminoma bilateral simultáneo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Arg. Urol. y Nefrol.* 54, 1:24-25, 1988.
11. González, M. G.; Wainberg, S.; Singer, E. y Grippo, L.: Los tumores bilaterales de testículo. Presentación de dos casos. *Rev Arg. Urol. y Nefrol.* 52, 3:24-27, 1986