

Metástasis infrecuente de tumor mixto testicular Infrequent metastasis of testicular mixed tumor

Dres. Gómez Elías, J.;
Mazurski, F.;
Vitali, A.;
Arias, M.;
Teiblum, V.;
De Oliveira, L.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de testículos aparecen en la infancia, adolescencia tardía y adultez; pero predominan en los pacientes de 15 a 35 años de edad. Entre el 90 y el 95% de los tumores primarios corresponden a tumores germinales, de los cuales el coriocarcinoma posee una incidencia del 1%, siendo muy rara la forma pura y frecuente y la asociación a otros tipos tumorales. El diagnóstico de certeza requiere la presencia de células de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto¹⁵.

A pesar del significativo aumento del diagnóstico en los últimos 20 años, la tasa de mortalidad específica ha decrecido de un 80% en la década de los 70 al 5 – 7% en los últimos años debido a los avances en los tratamientos quimioterápicos.

Las metástasis de los tumores testiculares ocurren en el 2,5% de los casos, las mismas son más frecuentes en ganglios retroperitoneales, pulmón, próstata, piel, colon, riñón y bazo; la localización dérmica se considera como un factor de mayor agresividad tumoral^{1,6}.

Por último, la cirugía es el adyuvante más eficiente de la quimioterapia en pacientes con enfermedad avanzada en quienes no se ha obtenido una respuesta completa^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años de edad, argentino, nacido en la provincia de Bs. As., de profesión mecánico, que presenta como antecedentes patológicos haber recibido tratamiento completo para TBC y migrañas tratadas en forma sintomática.

Ingresa al Servicio de Clínica médica con un síndrome de impregnación con pérdida de peso de 10 kg en los últimos tres meses, disnea y tos con expectoración hemoptoica, a nivel testicular presenta dolor y aumento de tamaño del testículo derecho.

Al examen físico: se descubre lesión tumoral sangrante a nivel torácico anterior de 3 cm de diámetro, dolorosa, con respiración superficial antálgica.

Aumento de tamaño de testículo derecho (7 x 5 cm de diámetro), de consistencia duro pétrea y con dolor a la palpación.

Estudios

Ecografía testicular: testículo derecho aumentado de tamaño (77 x 62 x 80 mm) de ecoestructura parenquimatosa heterogénea.

Testículo izquierdo S/P.

Subunidad B HCG: >200.000 mUI/ml.

Alfa Fetoproteína: 1,52 ng/ml (VN:0 a 15 ng)

LDH: 1590 U/L (VN: 100 a 250 U/L)

Baciloscopia para BAAR: negativa.

Cirugía

Se realizó orquidectomía radical derecha por vía inguinal y exégesis del tumor de tronco, siendo el informe anatomopatológico: pieza de orquifuniculectomía de 7 x 6,6 x 5 cm. Que incluye 5 cm. de cordón espermático.

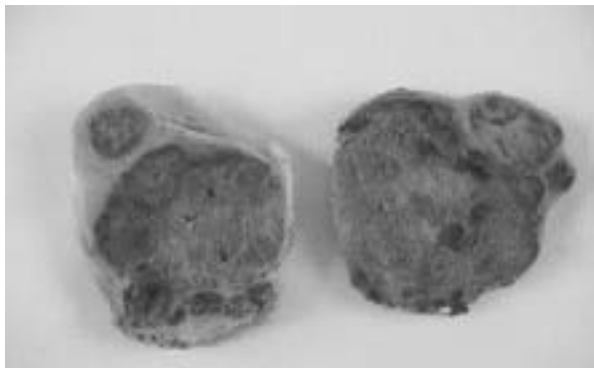


Foto 1.

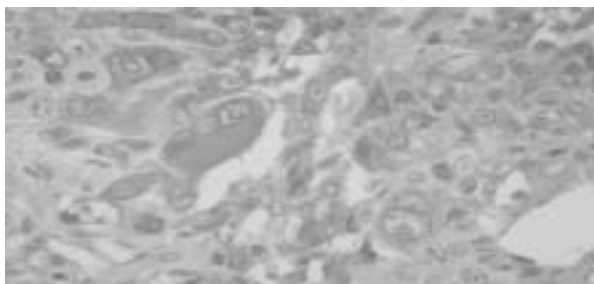


Foto 2. Tumor mixto de células germinales 80% de coriocarcinoma y 20 % de seminoma con áreas hemorrágicas, necrosis, infiltración del epididimo, invasión angiolinfática y sanguínea multifocal. Albugínea y márgenes quirúrgicos de resección libres.

La biopsia de lesión de tronco informó metástasis cutáneas de tumor testicular con extensas áreas de necrosis y hemorragias, que no permite establecer con certeza el tipo histológico. Probable carcinoma embrionario o coriocarcinoma a confirmar por la histología del tumor primitivo (Foto 3).

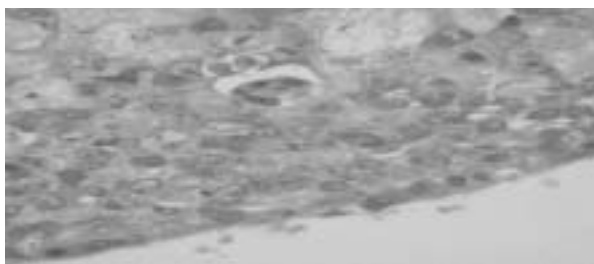


Foto 3.

Se realizó Tomografía Axial Computada con y sin contraste visualizando múltiples imágenes ganglionares y torácicas en proyección de ambas axilas, fuera del rango adenomegálico. Compresión de vena cava superior por conglomerado aórtico derecho del espacio retrocavo pretraqueal y subcarinal. Derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Múltiples imágenes de aspecto nodular a nivel de ambos campos pulmonares, las mayores de ellas ubicadas en la base pulmonar izquierda, presentan centro hipodenso, probablemente por la presencia de material necrótico. (Foto 4)



Foto 4. A nivel abdominal: múltiples imágenes hipodensas en lóbulo hepático derecho. Áreas adenomegálicas retrocruales izquierda. Bazo, páncreas y ambos riñones normales, imagen ganglionar adenomegálica sobre el compás aortomesentérico.

TRATAMIENTO

El tratamiento quimioterápico consistió en una primera etapa de cuatro ciclos de bleomicina (30 mg semanal), etopósido (500 mg x m²) y cisplatino (80 mg x m²).

Al no haber negativización de los marcadores, se realiza una segunda etapa donde se utiliza vinblastina (0,11 mg/kg), ifosfamida (x3 1200 mg/mt²), Cisplatino (80 mg/mt²), logrando así una remisión completa de dichos marcadores, aunque persistían imágenes residuales pulmonares en la tomografía computada, las cuales retrogradan con el tiempo posterior al tratamiento.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente con tumor testicular mixto (coriocarcinoma 80% y seminoma 20%) con metástasis a distancia de localización infrecuente⁶.

Dicho tumor de muy baja incidencia y gran agresividad, debido a su ubicación a distancia en piel, no pre-

sentaba la elevación conjunta de los niveles séricos de subunidad beta de HCG y AFP^{2,5}, característica que se encuentra en el 90% de los tumores mixtos. Solamente existen 7 casos de metástasis cutáneas de coriocarcinoma testicular reportados mundialmente hasta la fecha^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Actualmente el paciente cursa su segundo año posterior al comienzo del tratamiento, con marcadores negativos y con remisión de lesiones pulmonares posterior a dicho tratamiento, el cual se realizó de manera combinada con cirugía y quimioterapia, con resultados similares a lo comentado^{3,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Journal American Academy of Dermatology 1999; 22:19 Medical Oncology: A comprehensive Review testicular cancer. Bringham, C;
2. Amato, R; Division of Medicine; University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston; 1995.
3. Tumores Urogenitales, Criterios Generales y recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Dr. Bengió, R; Dr. Metrebián, S. Grupo de consenso Uro-Oncológico de Córdoba; 2001.
4. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio, 4ª Edición Wallach, J Ed. Mason. 2003; 882-883. www.thedoctorsdoctor.com/diseases/skin_metastases
5. Gleizal A; Torossion JM; Geha H; Lebreton F; Beziat JL.: "Testicular choriocarcinoma presenting as a cutaneous metastasis. A case report and review of the literature". *Anu Chis Plast Esthest.* 2005, 50 (3); 237-241.
6. Amaeus A; Haovir M; Legrek M; Beddorech A.: "Cutaneous metastasis revealing a testicular choriocarcinoma". Service d' Urologie, Hospital My Isuail. Mekes, Maroe. *Prog. Urol.* 2002, 12(4): 690.
7. Chieng DC; Jennings TA; Slominski A; Mihn MC Jr.: "Choriocarcinoma presenting as a cutaneous metastasis". *J Cutna Pathol.* 1995, 22 (4): 334-337.
8. Shimizu S; Nagata Y; Han Yaku H.: "Metastatic testicular choriocarcinoma of the skin. Report and review of the literature". *Anu J Dermatopathol.* 1996, 18(6): 633-636.
9. Tinkle LL; Graham BS; Spillane TJ; Barr RJ.: " Testicular choriocarcinoma metastatic to the skin an additional case and literature review". *Cutis* 2001, 67(2):117-120.
10. Requema L; Sánchez M; Aguilar A; Sánchez Yus E. "Choricarcinoma of the testis metastatic to the skin". *J Dermatol Surg Oncol.* 1991; 17(5):466-470.
11. Sugano I; Nagao K; Kondo Y; Hatakeyama Y; Numata T; Kohnoh.: "Primary Nongestational choricarcinoma of Submental Region". *Acto Pathol Jpm.* 1984; 34(4): 895:900.
12. Ramon y Cajal S; Pinango L; Barat A; Moldenhaver F; Oliva H.: " Metastatic pure choriocarcinoma of the skin in an elderly man". *J Urol* 1987, 137(3):516-519.
13. Campbell; Walsh; Retik; Vaughan; Wein. "Urología". Tomo 4, págs. 3147-3153. 8va edición. Editorial Panamericana.