

Recurrencia tardía atípica de seminoma testicular

Atypical late recurrence of seminoma testicular

Claudio Fabián Militello, Alejandro Cortés Bellomo, José Ignacio Militello, Jorge Pastrana Gonzalez

Servicio de Urología. Hospital San Bernardo, Salta, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La recurrencia tardía de los tumores de células germinales, seminomatosos y no seminomatosos, se define como la recurrencia con un intervalo de más de 2 años desde el tratamiento inicial con éxito del tumor primario, establecida mediante biopsia o elevación de los marcadores tumorales. La localización más frecuente es el retroperitoneo (del 47 al 83%)^{1,2}. Para los tumores seminomatosos, el 80% de las recurrencias tardías aparece en pacientes con un primer tumor en estadio I. El riesgo estimado de recurrencia es de 0,6% para los pacientes después de la radioterapia complementaria y del 1,9% en los pacientes incluidos en programas de seguimiento³.

Por lo general, los vasos linfáticos desde el testículo siguen la vena espermática y drenan en los ganglios retroperitoneales entre las vértebras torácicas bajas y las vértebras lumbares, incluyendo el hilio renal y alrededor de la vena cava inferior y la aorta⁴. Los ganglios inguinales superficiales drenan la piel del pene, del abdomen bajo, periné y escroto. Los ganglios inguinales profundos constituyen el drenaje linfático principal de las extremidades inferiores, pero también recibe ramas del pene y vasos eferentes de los ganglios superficiales. La diseminación primaria de los tumores testiculares a los ganglios ilíacos e inguinales es poco frecuente y se asocia con la extensión del tumor al epidídimo, la violación de la túnica vaginal a través de la pared escrotal o la extensión hacia los conductos deferentes. En caso de antecedentes de cirugía previa inguinal puede existir también diseminación directa a los vasos linfáticos inguinales por formación de colaterales⁵.

El objetivo de este artículo es el de describir la recurrencia tardía atípica de un seminoma testicular a los ganglios linfáticos inguinales y su manejo terapéutico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 30 años de edad con antecedentes de orquifuneculectomía inguinal radical izquierda por tumor testicular realizada en enero de 2008 con diagnóstico anatomopatológico de seminoma típico con ausencia de embolias angiolímfáticas, sin compromiso de albugínea, epidídimo ni cordón espermático y de bajo índice mitótico. Los marcadores tumorales prequirúrgicos (LDH-Alfa fetoproteína-Beta gonadotropina coriónica humana) y la tomografía toracoabdominopelviana fueron normales. Presentaba un estadio inicial Ia (pT1N0M0S0). Por decisión en comité de oncología de nuestro hospital se realizó Radioterapia adyuvante con ciclos completos. Finalizada la Radioterapia, el paciente no regresó a los controles indicados por motivos personales.

En mayo de 2011 acudió a urgencias por presentar dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda e irradiado a región inguinal izquierda y miembro inferior homolateral. Al examen físico presentaba formación palpable inguinal izquierda duropétreá inmóvil. Se solicitó TAC helicoidal toracoabdominopelviana donde presentaba retroperitoneo libre y la presencia de un área focal, con densitometría líquida en su interior y realce periférico con contraste endovenoso, que se localizaba en topografía de la cadena ilíaca externa izquierda que se extendía caudalmente alcanzando el conducto inguinal, compatible con adenomegalias con cambios necróticos. La lesión alcanzaba los 35 x 30 x



Figura 1.



Figura 2.

60 mm de diámetro (Figuras 1, 2 y 3). Se solicitaron marcadores tumorales testiculares, por antecedentes previos, presentando aumento de LDH (1169) con alfa fetoproteína y beta gonadotropina coriónica humana dentro de valores normales.



Figura 3.

Se presentó al paciente al comité de oncología por probable diagnóstico de recidiva tumoral de seminoma testicular donde se decidió realizar biopsia de las adenopatías ilioinguinales izquierdas para confirmar el diagnóstico y realizar posteriormente un tratamiento adyuvante según confirmación anatomopatológica,

por lo que durante la internación en urología se decidió realizar una exploración inguinal izquierda por incisión de Kocher amplia demostrando durante el procedimiento una voluminosa formación ganglionar inguinal que se extendía desde el anillo inguinal superficial hasta el profundo, realizando la apertura de la pared abdominal posterior por extensión del complejo adenopático a través del anillo inguinal profundo, evidenciando compromiso de la fosa ilioobturatriz homolateral. Se logró realizar la exéresis en bloque y completa del complejo adenopático inguinal e ilioobturatriz izquierdo. El resultado del estudio anatómico-patológico de la pieza quirúrgica fue de metástasis de seminoma testicular.

El paciente pasó a oncología para seguimiento donde se indicó radioterapia de la región inguino-crural y posteriormente quimioterapia adyuvante con bleomicina, etopósido y cisplatino completando el tratamiento. En los últimos controles uro-oncológicos realizados en junio de 2012, con tomografía y marcadores tumorales, el paciente se encontraba libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a partir de estudios anatómicos y por imágenes del retroperitoneo nos han aportado una amplia información sobre el drenaje linfático testicular^{6,7,8}. Para el testículo derecho los ganglios paracavos, precavos, intercavo-aórticos, pre-aórticos, ilíacos comunes derechos y los ilíacos externos proximales representan el drenaje ipsilateral. Para el testículo izquierdo le corresponde los ganglios para-aórticos, pre-aórticos, ilíacos comunes izquierdos y los ilíacos externos izquierdos.

Se han documentado casos de diseminación atípica de tumores testiculares hacia los ganglios linfáticos inguinales. En la mayoría de los casos, esta diseminación atípica está asociada a una historia previa de cirugía escrotal o inguinal, aunque algunos casos se han descrito en pacientes sin antecedentes de cirugía previa como ocurrió en nuestro paciente⁹. Algunos se producen por infiltración tumoral del cordón espermático o por diseminación retrógrada a los ganglios inguinales desde masas retroperitoneales voluminosas.

Daugard y cols. evaluaron la incidencia de metástasis ganglionares inguinales en 695 pacientes con cáncer testicular en estadio I. Sólo 2% de los pacientes desarrollaron metástasis a los ganglios inguinales. Los tumores no seminomatosos fueron los que más frecuentemente comprometieron dichos ganglios (4,9%) en comparación con el seminoma (0,5%)¹⁰. Klein y

cols. informaron sólo 22 casos de metástasis a ganglios inguinales desde 1948 a 1982 y sólo 1 paciente no había tenido antecedentes de cirugía inguinal previa¹¹.

El manejo de las metástasis de los tumores testiculares germinales hacia los ganglios linfáticos inguinales no se encuentra bien definido. En nuestro paciente se realizó la exéresis del complejo adenopático por ser una voluminosa masa tumoral y por la necesidad de obtener un diagnóstico histopatológico para confirmar la recurrencia del tumor testicular. La cirugía es la modalidad terapéutica preferida para las recurrencias tardías de los tumores resecables^{12,13,14}. Esto se aplica a los pacientes con masas tumorales con marcadores negativos y a los pacientes con un tumor resecable con marcadores positivos en una única localización. Si el tumor se reseca completamente y los marcadores tumorales se normalizan postoperatoriamente, es probable que el paciente no se beneficie de la quimioterapia complementaria. En una primera serie de la Indiana University se trató al 20% de los pacientes con recaída tardía con cirugía sola, y el 69% de ellos permanecía libre de enfermedad. Ocho años después, el grupo de la Indiana University actualizó su estudio sobre las recurrencias tardías y encontró que un mayor porcentaje de pacientes (59%) había sido tratado con cirugía primaria, y de ellos en el 92% no había datos de enfermedad y el 46% estaba libre de enfermedad de manera continua. Los pacientes que nunca han recibido quimioterapia constituyen un grupo exclusivo que incluye a pacientes con tumor de células germinales en estadio I durante el seguimiento o después de la radioterapia y a pacientes con tumores no seminomatosos en estadio II después de una linfadenectomía retroperitoneal primaria. La mayoría de las recurrencias tardías en pacientes no tratados previamente con quimioterapia, incluyendo a los pacientes expuestos a radioterapia, responde a la quimioterapia.

En conclusión, las metástasis del cáncer testicular a los ganglios inguinales son raras. Una historia de cirugía inguinal o escrotal puede predisponer al compromiso de los ganglios inguinales como resultado de patrones alterados del drenaje linfático.

El manejo de los ganglios linfáticos inguinales en estos pacientes es controvertido, sin que exista un consenso para el tratamiento de estos pacientes.

Durante la orquiectomía inguinal radical, el cirujano debe tener cuidado durante la manipulación del testículo y asegurarse de realizar una ligadura alta del cordón espermático hasta el anillo inguinal interno.

En algunos casos, las metástasis a los ganglios de la región inguinal pueden encontrarse en pacientes con ningún antecedente de cirugía previa, posiblemente

por infiltración del cordón espermático, por lo que se aconseja una revisión sistemática del cordón por parte del patólogo.

La cirugía forma parte importante en el tratamiento de las recurrencias tardías conjuntamente con la quimioterapia logrando mejores tasas libre de enfermedad en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baniel J, Foster R, Goin R, y cols. Late relapse of testicular cancer. *J Clin Oncol*. 1995; 13(5):1170-6.
2. Ronnen E, Kondagunta G, Bacik J, y cols. Incidence of late relapse germ cell tumor and outcome to salvage chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2005; 23(28):6999-7004.
3. Dieckmann K, Alberts P, Classen J, y cols. Late relapse of testicular of testicular germ cell neoplasms: a descriptive analysis of 122 cases. *J Urol*. 2005; 173(3):824-9.
4. Kengo Y, Jeong M. Pathways of nodal metastasis from pelvic tumors: CT Demonstration. *RadioGraphics* 1994; 14:1309-1321.
5. Mohamed I, Faruqu Z, Sohail B, y cols. Inguinal lymph node metastases from a testicular seminoma: a case report and a review of the literature. *Journal of Medical Case Reports* 2010; 4:378.
6. Cuneo B. Note sur les lymphatiques du testicle. *Anat Paris* 1901; 76:107-110.
7. Rouviere, H. Anatomie des Lymphatiques de l'Homme. *Paris* 1932.
8. Jeong M, Chusilp C. Pathways of Nodal Metastasis from Pelvic Tumors: CT Demonstration. *RadioGraphics* 1994; 14:1309-1321.
9. Vidal Mora I, Rubio G, Bley E, y cols. Metástasis inguinal por cancer testicular. A propósito de un caso. *Revista Chilena de Urología* 2008; 73:232-233.
10. Daugaard G, Karas V, Sommer P, y cols. Inguinal metastasis from testicular testis. *BJU Int*. 2006; 97:724-6.
11. Klein F, Whitmore W, Sogani P, y cols. Inguinal lymph node metastases from germ cell testicular tumors. *J Urol*. 1984; 131(3):497.
12. Yaron E, Jack B. Recurrencia tardía del cáncer testicular. *Urol Clin N Am*. 2007; 34:253-258.
13. George D, Foster R, Hromas R, y cols. Update on late relapse of germ cell tumor: a clinical and molecular analysis. *Clin Oncol*. 2003; 21(1):113-22.