

Tumor testicular de células de Sertoli. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Sertoli cell tumor. Case report and review of the literature

Gastón López-Fontana^{1,2}, Rodrigo López-Fontana^{1,2}, Daniel López Laur^{1,2,3}, Paula Valdemoros⁴

¹Clinica Andina de Urología. Mendoza. Argentina.

²Cátedra de Urología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

³Laboratorio de Enfermedades Metabólicas y Cáncer. Universidad J.A. Maza.

⁴Laboratorio de Anatomía Patológica Vega Valdemoros. Mendoza. Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de testículos corresponden al 1 a 2% de los tumores en general y al 5% de los tumores urológicos, siendo una neoplasia infrecuente^{1,2}. Sin embargo, es el tumor de mayor frecuencia en jóvenes con un gran impacto estético y psicológico que conlleva su tratamiento estándar la orquiectomía radical^{3,4}. El tipo histológico más frecuente son aquellos derivados de las células germinales en un 90 a 95% de los casos¹.

El tumor de células de Sertoli (TCS) es una neoplasia derivada del estroma testicular sumamente infrecuente, con un poco más de 170 casos reportado en la literatura; por lo tanto, nuestro objetivo es aportar dos casos y revisar la literatura.

CASO CLÍNICO

Presentamos un varón de 58 años de edad quien consulta a nuestro centro por infertilidad, disfunción eréctil asociado a dolor testicular derecho en forma intermitente. Al examen físico general se constató ginecomastia leve y, a nivel genital, la presencia de un quiste de epidídimo izquierdo. Se le solicitó una ecografía doppler testicular la cual detectó incidentalmente una formación quística intraparenquimatosa de 8,6 mm con pequeña imagen doppler positiva en una de sus

paredes (**Figura 1**). Frente a la sospecha de una masa testicular intraparenquimatosa con diferenciación quística se solicitaron marcadores tumorales, siendo estos negativos. Se decidió entonces la exploración quirúrgicamente por vía inguinal. Durante la misma se extrajo una lesión quística menor a 10 mm de aspecto benigno y bien delimitada. Además se tomaron muestras del lecho quirúrgico que también fueron en-



Figura 1. Ecodoppler testicular. Imagen quística intraparenquimatosa con engrosamiento de una de sus paredes y aumento de flujo en el Doppler.

Aceptado en Noviembre de 2012
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on November 2012
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: gastonlopezfontana@hotmail.com

viadas a estudio histopatológico diferido. Decidimos preservar el tejido testicular remanente debido a las características benignas de la lesión quística y avalada por las publicaciones recientes^{5,6}.

Los estudios estadificadores fueron negativos y el informe histopatológico demostró un tumor de células de Sertoli con cambios quísticos sin atipia celular, mitosis, necrosis e invasión vascular (Figuras 2 y 3). La tinción para SALL 4, calretinina, melan A e inhibina fueron negativas. El resto del parénquima testicular era de aspecto normal con presencia de espermatozoides en diferentes etapas de diferenciación.

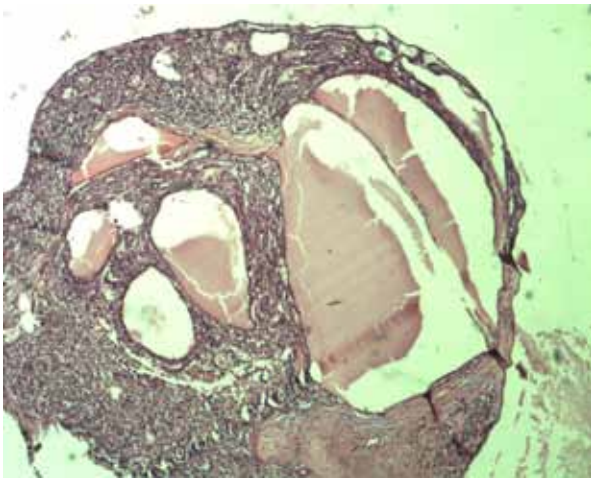


Figura 2. Tinción Hematoxilina-Eosina: Nódulo caracterizado por un patrón predominantemente sólido asociado a microquistes con material eosinófilo o proteináceo y escaso estroma hialino en la periferia.

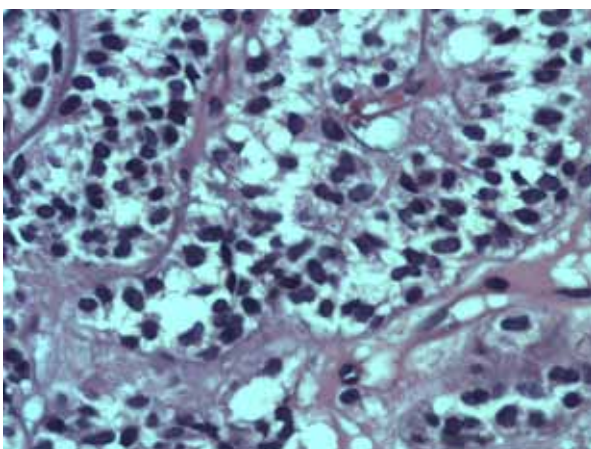


Figura 3. Tinción de Hematoxilina-Eosina a mayor aumento (40x): Células de citoplasmas claros con núcleos pequeños, redondos, hiper cromáticos, sin pleomorfismo o atipías, necrosis o invasión vascular.

DISCUSIÓN

La baja frecuencia de los tumores derivados del estroma testicular determina la ausencia de guías clínicas para su óptimo manejo y tratamiento. Existe en la literatura un poco más de 170 casos reportados de TCS representando el 0,4 a 1,5% de los tumores testiculares en adultos y hasta un 4% en niños⁷. Telium fue el primero en describirlo en 1949 y lo denominó androblastoma⁸. Sin embargo, en 1997 Mostofi-Sobin lo clasificó dentro de los tumores del cordón germinal. Su presentación clínica puede ser a cualquier edad; sin embargo, presenta dos picos etarios, antes del año de edad y entre los 20 y 45 años, siendo extremadamente infrecuente en adultos mayores de 50 años como en el caso descrito en esta publicación⁹. Al igual que los otros tumores testiculares, suele manifestarse clínicamente como una lesión indolora asociada, en ciertas circunstancias, a manifestaciones derivadas de una producción hormonal. En niños puede manifestarse con pubertad precoz y en adultos con ginecomastia e impotencia^{8,9}. Gómez-García y cols. reportaron 2 tumores de células de Sertoli en una revisión de su casuística de 89 casos operados¹⁰. Ambos casos habían consultado por dolor testicular y, uno de ellos, asociado a ginecomastia. En nuestro caso, el paciente consultó por dolor testicular, infertilidad y ginecomastia bilateral. Los marcadores tumorales son habitualmente negativos.

Histológicamente se caracteriza por células cúbicas con un núcleo celular normal formando estructuras tubulares. En un 33% de los casos se puede apreciar células de Sertoli al examen histológico¹⁰.

Anderson subdividió a los TCS en 3 tipos: tumor clásico, tumor calcificante y tumor esclerosante. De las tres variantes, la más frecuente es el TCS clásico. La variante calcificante fue descrita por primera vez por Propp y Scully, siendo el hallazgo histopatológico típico la presencia de células gigantes con citoplasma eosinófilo y calcificaciones intratubulares¹¹. Éste habitualmente es bilateral (60%) y multifocal. Es considerado la variante más agresiva con casos reportados de malignidad en adultos¹². Finalmente, la variante esclerosante fue descrita por Zuckerber en 1991. Se diferencia de las otras por la presencia de grandes áreas de colágeno y por ser negativo para citoqueratina a la inmunohistoquímica. Solamente se ha reportado un solo caso de malignidad de esta variante en la literatura¹³.

Si bien son tumores de comportamiento benigno, un 10% presentan una conducta agresiva siendo ge-

neralmente aquellos mayores a 5 centímetros o que se asocian a necrosis con atipia celular e invasión linfática⁹.

Debido a que no existe ningún patrón clínico y ecográfico que permita diferenciarlo de los tumores de células germinales, así como tampoco guías clínicas de su óptimo manejo, la orquiectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección. En nuestro caso nos basamos en la alta frecuencia de tumores benignos de aquellas lesiones testiculares no palpables¹⁴, en el tamaño y la característica ecográfica de la lesión para realizar una cirugía conservadora de testículo.

Como conclusión, el tumor de células de Sertoli es una neoplasia sumamente infrecuente. En su gran mayoría de comportamiento benigno aunque existen casos reportados de malignidad. Mayormente se manifiestan como una masa testicular indolora y en algunos casos asociados a ginecomastia. Ya que no existe un parámetro clínico ecográfico que lo diferencie de otros tumores gonadales y tampoco guías de su óptimo manejo, la orquiectomía radical continúa siendo el tratamiento de elección. Su conducta benigna permite preservar parénquima testicular en selectos casos para lo cual aconsejamos el estudio histológico intraoperatorio. Su seguimiento oncológico no se encuentra aún estandarizado debido a su baja frecuencia.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Jonathan Epstein quien aportó sus conocimientos en el diagnóstico histopatológico. Departamento de Patología, Hospital Johns Hopkins, Baltimore. Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Vecchia C, Bosetti C, Lucchini F y cols. Cancer mortality in Europe, 2000-2004, and an overview of trends since 1975. *Ann Oncol.* 2010; 21:1323-60.
2. Cancer Incidence in Five Continents, Vol IX. Curado MP, Edwards B, Shin R, y cols eds. *IARC Scientific Publication* 2007, No. 160.
3. Krege S, Beyer J, Souchon R y cols. European consensus conference on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the second meeting of the European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG): part I. *Eur Urol.* 2008; 53:478-96.

4. Albers P, Albrecht W, Algaba F y cols. European Association of Urology guidelines on testicular cancer. Limited update March 2009. http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Testis_Cancer.pdf. Accessed September 30, 2009.
5. Giannarini G, Dieckmann KP, Albers P y cols. Organ-sparing surgery for adult testicular tumours: a systematic review of the literature. *Eur Urol.* 2010; 57:780-90.
6. Müller T, Gozzi C, Akkad T y cols. Management of incidental impalpable intratesticular masses of < or = 5 mm in diameter. *BJU Int.* 2006; 98:1001-4.
7. Demir A, Önel FF, Türkeri L. Case report: Malignant Sertoli cell tumor of the testis in an adult. *Int Urol and Nephro.* 2003; 35:515-6.
8. Domínguez Molinero JF, Vergara Alcaide E, Fernández Rodríguez A. Tumor testicular de células de Sertoli variedades clínicas patológicas. A propósito de un caso. *Actas Urol Esp.* 1997; 21: 519-23.
9. Hita Rosino E, López Hidalgo J, Mellado Mesa P y cols. Tumor testicular de células de Sertoli. *Actas Urol Esp.* 2001; 25:74-77.
10. Gómez García I, Romero Molina M, López-García Moreno A y cols. Sertoli cell tumor, a rare testicular tumor, our experience and review of the literature. *Arch Esp Urol.* 2010; 63:392-5.
11. Borer JG, Tan PE, Diamond DA. The spectrum of sertoli cell tumors in children. *Urologic Clinica of North America* 2000; 27:529-40.
12. Nogales FF, Andujar M, Zuluaga A. Malignant large cell calcifying sertoli cell tumor of the testis. *J Urol.* 1995; 153:1935.
13. Zukerberg LR, Young RH, Scully RE. Sclerosing sertoli cell tumor of the testis: a report of 10 cases. *Am J Pathol.* 1991; 15: 829.
14. Sheynkin YR, Sukkarieh T, Lipke M y cols. Management of nonpalpable testicular tumors. *Urology* 2004; 63:1163-7.