

# Linfoma primario de testículo metastásico.

## *Metastatic primary testicular lymphoma.*

**Vanessa González MD, MSc, Daniela Quenallata MD, Diana Finkelstein MD, Nahuel Paesano MD**

*Departamento of Urología. Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete -  
Universidad de Buenos Aires – Buenos Aires, Argentina.*

### INTRODUCCIÓN

El cáncer testicular representa la patología neoplásica sólida más común en grupos etarios comprendidos entre los 15 y los 30 años<sup>1</sup>. Los linfomas primarios de testículo (LPT), no solo constituyen el 5% del total de los tumores testiculares, sino que además forman parte de una variante agresiva del linfoma no Hodgkin extranodal.<sup>2</sup>

A su vez, el LPT es considerado la neoplasia testicular más frecuente en pacientes mayores de 60 años y representan la tasa más alta de compromiso testicular bilateral que varía entre el 8 y 38%. En el caso específico de involucrar ambos testículos puede tener crecimiento de manera sincrónica o metacrónica.<sup>3,4</sup>

El subtipo histopatológico más frecuente dentro de los linfomas no hodgkin testiculares es el de células B difusas, caracterizado por tener un comportamiento clínico agresivo y ser de difícil abordaje terapéutico.<sup>5</sup>

La presentación clínica de esta enfermedad suele estar caracterizada por la presencia de una masa testicular firme e indolora menor o igual de 6 cm, con o sin síntomas constitucionales dependiendo del grado de compromiso tumoral. Algunos casos se

encuentran asociados con hidrocele al momento del diagnóstico.

Debido a la baja prevalencia de esta enfermedad, no hay estándares para el diagnóstico y tratamiento exclusivo para el LPT. El criterio utilizado en la actualidad para el tratamiento de esta patología es el mismo que para todos los tipos de linfomas no hodgkin.<sup>2</sup>

El objetivo de este trabajo es describir la presentación, tratamiento y evolución de un caso clínico de linfoma bilateral de testículo con debut metastásico y realizar un aporte a la escasa bibliografía actual sobre esta patología.

### REPORTE DE CASO

Paciente de 54 años con antecedentes de diabetes y tabaquismo. Consultó al servicio de urgencias de urología por un cuadro clínico de fiebre, pérdida de peso (aproximadamente 50 kg. en 7 meses), dolor testicular bilateral asociado a aumento de tamaño escrotal y cambios en el hábito evacuatorio intestinal. Al examen físico se evidenciaron testes con aumento de volumen, de consistencia duro-pétreo y con leve dolor a la palpación (figura 1).

Figura 1.



Se realizaron laboratorios de ingreso los cuales se encontraban dentro de parámetros normales al igual que el electrocardiograma. Los marcadores tumorales solicitados (Alfa feto proteína, LDH y sub-unidad Beta HCG) también resultaron dentro del rango de la normalidad. El ultrasonido evidenció ambos testículos heterogéneos con aumento de la señal Doppler color y la presencia de hidrocele bilateral.

La tomografía de cerebro resultó sin particularidades. En tórax se evidenció un conglomerado adenopático de 80 mm. a nivel de la región cardiaca con infiltración de la aurícula y ventrículo derecho. (Figura 2)

Figura 2.



A nivel abdominal, se observó una extensa formación ganglionar retroperitoneal de 300 mm que se extendía desde la región superior testicular derecha,

envolviendo la aorta abdominal y el uréter derecho en todo su trayecto; generando retardo en la uro-excreción y dilatación pielocalicial de 38 mm. (figura 3)

Figura 3.



En la cavidad escrotal se constataron ambos testículos aumentados de tamaño y heterogéneos, midiendo 108 x 84 mm el derecho y 106 x 76 mm el izquierdo, asociado a hidrocele bilateral. Por ultimo, se evidenció una metástasis ósea en la 5ª vértebra sacra.

A partir de los hallazgos mencionados, se realizó una orquidofunculectomía izquierda y toma de biopsia de la voluminosa tumoración del cordón espermático derecho con el objetivo de descartar tumor sincrónico. Dicha lesión en hemiescrotos derecho se evidenció sin plano anatómico y con compromiso extenso de estructuras circundantes. En el mismo acto, se llevó a cabo la derivación urinaria derecha mediante la colocación de catéter doble jota de manera retrógrada. (figuras 4 y 5).

Durante el periodo de recuperación postquirúrgica, el paciente fue valorado por servicio de oncología y cardiología, quienes indicaron realizar ecocardiograma y resonancia magnética cardiaca de forma ambulatoria. Luego de 48 horas posteriores a la cirugía, se indicó el egreso hospitalario.

El resultado de la anatomía patológica evidenció procesos linfoproliferativos difusos de células grandes, con análisis de inmunohistoquímica por sistema streptavidina- biotina-peroxidasa con inmunofeno-

tipos vinculables a linfoma B difuso de células grandes, siendo positivo para CD45 y CD 20 y negativo para PLAP y CD3. Dichos hallazgos corresponden a linfoma primario de testículo (figura 6).

Figura 4.

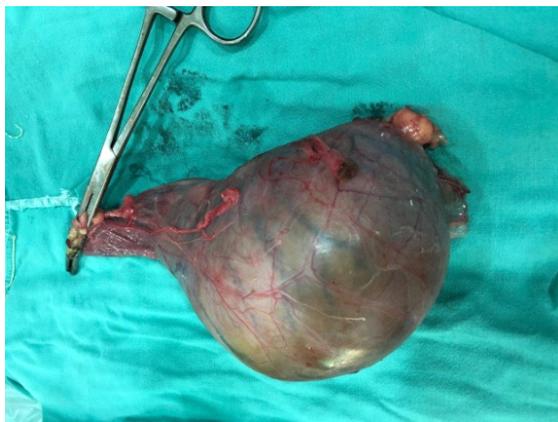
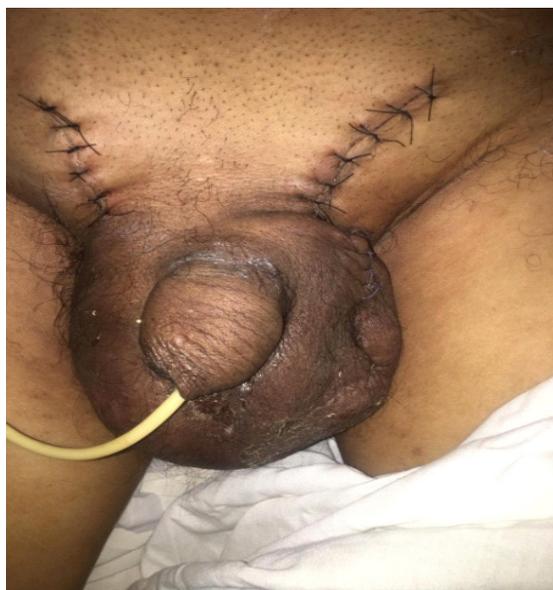


Figura 5.



De acuerdo con los resultados anatomopatológicos descritos, el paciente fue valorado por servicio de hemato-oncología quienes indicaron esquema de quimioterapia R CHOP (Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, prednisona y vincristina).

Luego de la primera dosis de este esquema, las condiciones clínicas del paciente empeoraron por presentar un cuadro de emesis, astenia, adinamia e hiporexia, que requirió ingreso hospitalario por falla renal aguda e hiponatremia.

Durante la internación, el paciente evolucionó favorablemente gracias a las medidas de soporte clínico efectuadas. Teniendo en cuenta la severidad del pronóstico, se decidió dar un segundo esquema de quimioterapia durante la internación. El paciente inicialmente tuvo adecuada tolerancia al tratamiento, sin embargo, luego de 48 horas de aplicado el esquema, intercurrió con un cuadro de deterioro del sensorio, acompañado de picos febriles y dificultad respiratoria que dio como resultado su fallecimiento.

Figura 6.



## DISCUSIÓN

El linfoma testicular primario es una patología maligna poco frecuente, de baja prevalencia e incidencia, que representa alrededor del 1-2% del total de los linfomas no hodgkin extranodales. Son precisamente este tipo de características las que complejizan el desarrollo de estudios clínicos aleatorizados (fase 3 o 4) y no permiten que haya el suficiente sustento científico para llevar a cabo protocolos específicos y estandarizados para el tratamiento.<sup>4</sup>

El pronóstico de esta enfermedad en términos generales suele ser desfavorable. Sin embargo las tasas de sobrevida y el esquema de tratamiento a utilizar estarán determinados por una serie de variables pronósticas y la cantidad de recurrencias ocurridas,

en sistema nervioso central y/o testículo contralateral, siendo estos dos los sitios mas frecuentes de recaídas de LPT.

Con respecto a las variables pronosticas, las mas utilizadas son: edad, estado funcional (mediante escala ECOG), tamaño tumoral (> 9 cm que empeora pronóstico), afectación del cordón espermático, LDH elevada, grado histológico, invasión linfovascular, afectación del SNC, estadio tumoral y puntuación de índice de pronóstico internacional de linfomas no hodgkin (IPI).<sup>5</sup>

En el caso específico de la variable de estadio tumoral se utiliza la clasificación Ann Arbor que va desde I hasta IV, tomando en cuenta el grado de afectación ganglionar. Para las etapas I y II se ha demostrado mejor tasa de supervivencia, que en relación con las etapas III y IV, las cuales tienen peor pronóstico y mayor mortalidad.<sup>6</sup>

En la actualidad el esquema de tratamiento, más

utilizado incluye la cirugía, junto con quimioterapia sistémica (esquema R CHOP), metotrexate intratecal (profilaxis de SNC) y radioterapia locorregional.

La orquidofuniculectomía radical del testículo afectado es fundamental para precisar diagnóstico y pronóstico. La quimioterapia sistémica R- CHOP (Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina /epirubicina, prednisona y vincristina), ha demostrado mejorar la supervivencia global.

El uso de metotrexate intratecal y radioterapia locorregional, son primordiales como herramientas profilácticas para prevenir recaídas<sup>6,7</sup>.

La aplicación de todo el esquema de tratamiento mencionado se reservará para el caso de pacientes con parámetros pronósticos favorables y estadios I-II; mientras que los estadios III y IV, serán tratados con quimioterapia sistémica (R CHOP) y según el caso particular del paciente se adicionará radioterapia de rescate.<sup>3</sup>