

Seminoma clásico con abscedación escrotal. Reporte de un caso

Classic seminoma with scrotal abscessation. Case report

Antonella Guerricagoitia, Guido Mauro, Joaquín Saldaño, Javier Sinham, Matías Caradonti, Norberto Del Re

Servicio de Urología Hospital Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires Argentina

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de tumor testicular con compromiso escrotal sin presencia de metástasis, según estudios prequirúrgicos ni marcadores oncológicos elevados. Planteamos su manejo terapéutico y seguimiento postoperatorio por nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

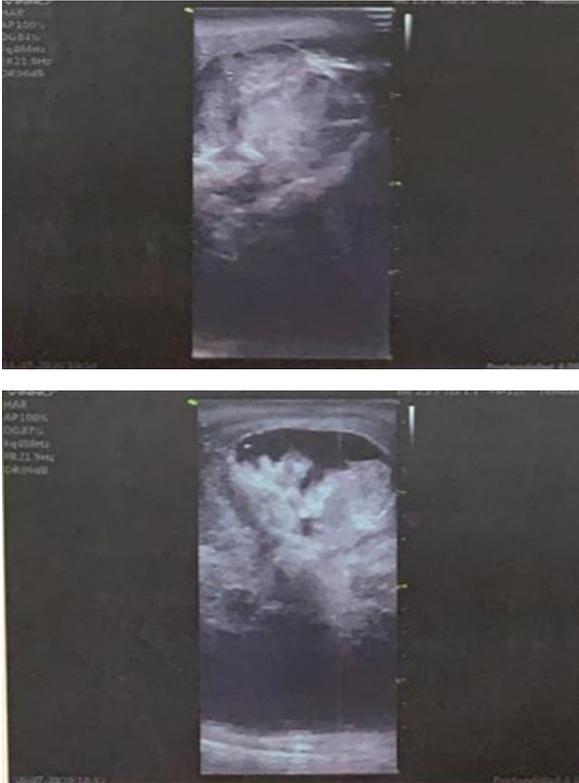
Paciente de 70 años que ingresa al servicio de urología por masa testicular de 2 años de evolución. Como único antecedente personal, refiere esclerosis lateral 1°, tratado con baclofeno; niega antecedentes quirúrgicos, alergias y hábitos higiénico-dietéticos. Refiere tumoración indolora a nivel escrotal izquierdo de 2 años de evolución que ha ido aumentando progresivamente. A la exploración física, existe difícil palpación y localización de testículo derecho; a nivel de testículo izquierdo se evidencia masa escrotal de 18 cm de largo por 15 cm de ancho y 12 cm de espesor con una lesión ulcerada indolora de bordes mal definidos indurados sobre elevados con fondo hemorrágico, y secreción purulenta que compromete escroto (Fig. 1-2). Ante la sospecha de tumor testicular, se solicitan diferentes pruebas complementarias. Se realiza ecografía testicular que

informa aumento de tamaño en dicha zona, masa heterogénea, hiperecogénica, con áreas hipocogénicas, tabicada y con Doppler periférico positivo. Testículo derecho normal. Posteriormente, se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax abdomen y pelvis con contraste EV, que informa, como hallazgos positivos, ganglios retroperitoneales latero-aórticos izquierdos en rango no adenomegálico. Presenta voluminosa masa testicular de 95,3 mm compatible con proceso neoplásico.

Figura 1: Imagen obtenida frente al examen físico del paciente. Se aprecia la dimensión de la masa escrotal y el grado de compromiso con ulceración del escroto



Figura 2: Imágenes ecográficas representativas que evidencian masa heterogénea, hiperecogénica, con áreas hipocogénicas, tabicada y con Doppler periférico positivo.



El paciente fue sometido a orquifuniculectomía radical izquierda con hemiescrotectomía mediante abordaje a nivel inguinoescrotal. El análisis histopatológico fue compatible con un cáncer infiltrante de testículo, tipo histológico seminoma clásico, con infiltración escrotal, sin compromiso de cordón espermático. El peso fue de 420 gramos y las dimensiones del tumor fueron de 10 x 8,5 x 8,5 cm. Presentó, además, compromiso del epidídimo y la túnica albugínea en forma focal. Se solicitaron estudios postoperatorios. Los marcadores tumorales resultaron dentro de rangos normales, la tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso postoperatoria informó ganglios retroperitoneales latero aórticos izquierdos en rango no adenomegálico, que corresponden a similares hallazgos en relación a tomografía prequirúrgica. Se deriva al paciente a servicio de oncología para seguimiento conjunto, en

donde se realizaron dos ciclos quimioterápicos con cisplatino. Posteriormente, se solicitaron marcadores tumorales dentro de parámetros normales, y se realizó nueva tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso posterior a finalizar quimioterapia sin evidencia de metástasis a distancia. Actualmente, el paciente se encuentra realizando controles semestrales con servicio de oncología.

Figura 3: Pieza quirúrgica. Se evidencia gran masa heterogénea que involucra testículo izquierdo con gran compromiso escrotal y ulceración.



Figura 4: Pieza quirúrgica. Se evidencia, en su interior, contenido heterogéneo y compromiso escrotal con ulceración hacia escroto.

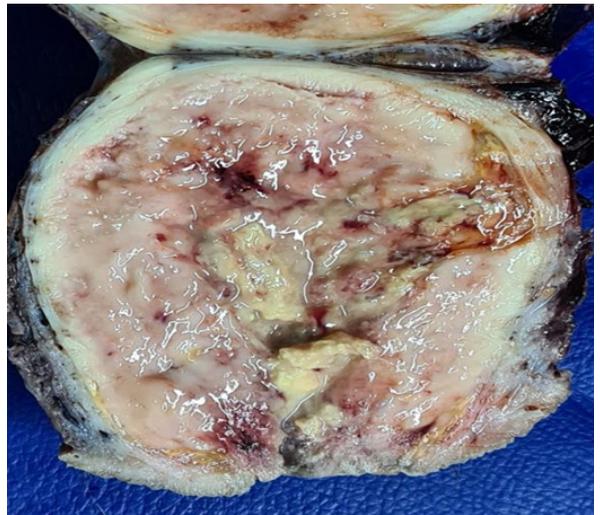


Figura 6: Postoperatorio inmediato de orquifuniculectomía radical izquierda



Figura 7: Cicatriz quirúrgica, día 20 de postoperatorio.



DISCUSIÓN

Los tumores testiculares representan el 1-2% de todas las neoplasias del sexo masculino y el 4% de las urogenitales. Es el tumor sólido más frecuente en varones jóvenes de entre 20-35 años, suponiendo del 1-2% del total de tumores, con 3-6/100.000 hombres/año.¹ Hay un pico de incidencia en la 4ta década de la vida para los seminomas puros. Hay muchos factores etiológicos propuestos en el desarrollo del cáncer testicular: traumatismos, atrofia testicular, disgenesia gonadal y criptorquidia.² Frente a la sospecha de tumor testicular en un paciente mayor de 50 años, se pensaría en una infiltración leucémica o una metástasis. En nuestro caso clínico 1, la presencia de un seminoma en un paciente de 70 años, que incluye compromiso escrotal con marcadores oncológicos normales y sin presencia de metástasis a distancia, nos pone frente a un caso extremadamente infrecuente, tanto por la edad como por el estadio tumoral. No hemos evidenciado casos similares en la bibliografía estudiada.

Los pacientes con tumores testiculares seminomatosos clásicos estadio IIa –mayores a 4 cm con invasión de rete testis– con nódulos linfáticos retroperitoneales menores a 2 cm y marcadores oncológicos normales representan un dilema clínico. Se clasifican en alto y bajo riesgo, teniendo en cuenta que el estándar es la radioterapia en palo de hockey –para aórticos + iliacos ipsilaterales– 30 gy. Como alternativa terapéutica, 3 ciclos de BEP o 4 ciclos de EP, si tiene contraindicado la bleomicina. La sensibilidad disminuye y la especificidad aumenta al aumentar el tamaño de los ganglios linfáticos. La sensibilidad disminuye al 37% y la especificidad aumenta al 100% para los ganglios ≥ 10 mm. Para ganglios ≥ 4 mm agrupados, la sensibilidad es del 93%, y la especificidad, del 58% (3-4).

BIBLIOGRAFÍA:

1. CAMPBELL - WALSH - WEIN UROLOGY TWELFTH EDITION REVIEW, THIRD EDITION ISBN: 978-0-323-63969-9 Copyright © 2020 by Elsevier, Inc.
2. Urología Práctica (4ª Ed.), Enrique Broseta. 2018 by Elsevier, Inc.
3. Albers, P., et al. Guidelines on Testicular Cancer: 2015 Update. Eur Urol, 2015. 68: 1054.
4. Bosl, G.J., et al. Testicular germ-cell cancer. N Engl J Med, 1997. 337: 242.
5. 2020 EAU Testicular Cancer Guidelines Search Strategy – Germ Cell Tumours.