

LINFOMA TESTICULAR.

A propósito de un caso

TESTICULAR LYMPHOMA.

Regarding one case

Dres. Rodríguez, A.*; Atchabahian, P.; Solano, F.; Quintana, R.

RESUMEN: *El linfoma testicular es una forma muy poco común de tumor primario, que se presenta en pacientes de aproximadamente 60 años de edad.*

Se han informado varios casos de asociación entre linfomas y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (HIV).

Es necesario tener en cuenta que el linfoma testicular es una forma más de presentación del HIV y que es de muy mal pronóstico.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 3, Pág. 127, 1996)

Palabras clave: Testículo; Linfoma; HIV.

SUMMARY: *Testicular lymphoma is a very rare form of primary tumor, which appears in patients of around 60 years of age.*

Several cases have been reported relating lymphomas to acquired immunity deficiency syndrome (HIV).

It has to be taken into account that testicular lymphoma is one more form of HIV manifestation, thus having a very poor prognosis.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 3, Pág. 127, 1996)

Key words: Testicle; Lymphoma; HIV.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico de un paciente de 27 años de edad que consulta por una tumoración testicular derecha. Es un paciente HIV positivo al cual se le realizaron estudios diagnósticos tales como: marcadores tumorales

para testículo, ecografía testicular, tomografía computada de abdomen y pelvis, y radiografía de tórax.

Se explora quirúrgicamente el testículo donde se observa un proceso tumoral de 10 cm de diámetro, quístico y de contenido hemático. Se realiza así la orquiectomía derecha.

El paciente padece un postoperatorio tórpido y fallece al vigésimo primer día de su cirugía.

El informe diferido de la anatomía patológica dice: *linfoma celular difuso.*

Se hace hincapié en su forma de aparición y desenlace, su alta mortalidad y porcentaje de metástasis o recidivas. También se destaca la asociación entre HIV y linfoma testicular.

* Médico de Planta del Servicio de Urología del Hospital Cosme Argerich
Avda. Almirante Brown 240 - (1155) Buenos Aires - Argentina
Tel. 362-0420 - 362-6136

Aceptado para su publicación en enero de 1996

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico:

Paciente de sexo masculino de 27 años de edad, que consulta a nuestro Servicio por una tumoración testicular derecha.

El paciente presenta serología positiva para HIV. Como antecedente refiere un traumatismo testicular leve 4 meses atrás, a partir del cual desarrolla una tumoración testicular, que progresa hasta alcanzar los 10 cm de diámetro.

Se realizan exámenes diagnósticos que arrojan los siguientes datos:

Marcadores tumorales para testículo: negativos (subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana y la alfa feto proteína). VDRL y PPD, también negativos.

La ecografía testicular muestra un testículo derecho aumentado de tamaño, heterogéneo, irregular; su ecoestructura sugiere atipia (Foto 1).

La tomografía computada de abdomen y pelvis informa un proceso de bordes netos, redondeado en el plano superior pelviano que desplaza las asas intestinales. También registra una formación heterogénea e hipodensa en ambos riñones (Foto 2).

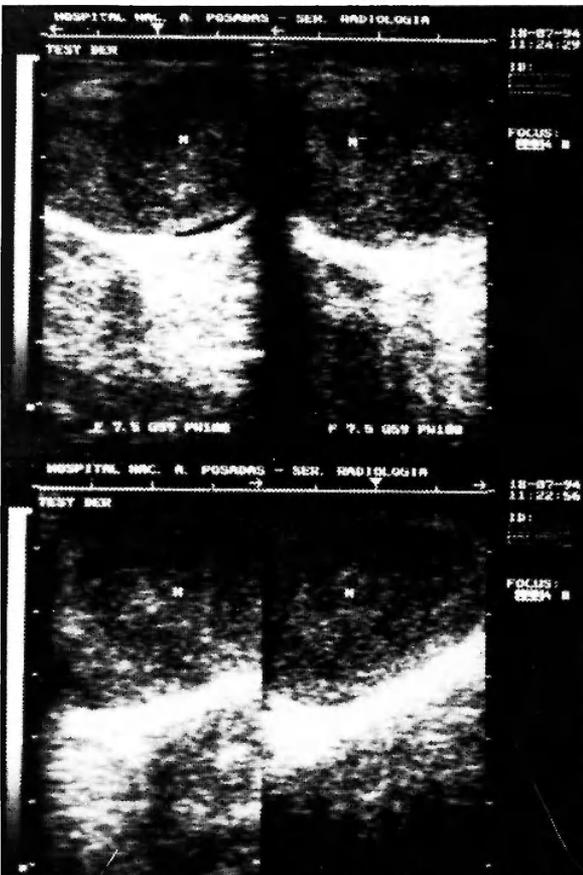


Foto 1

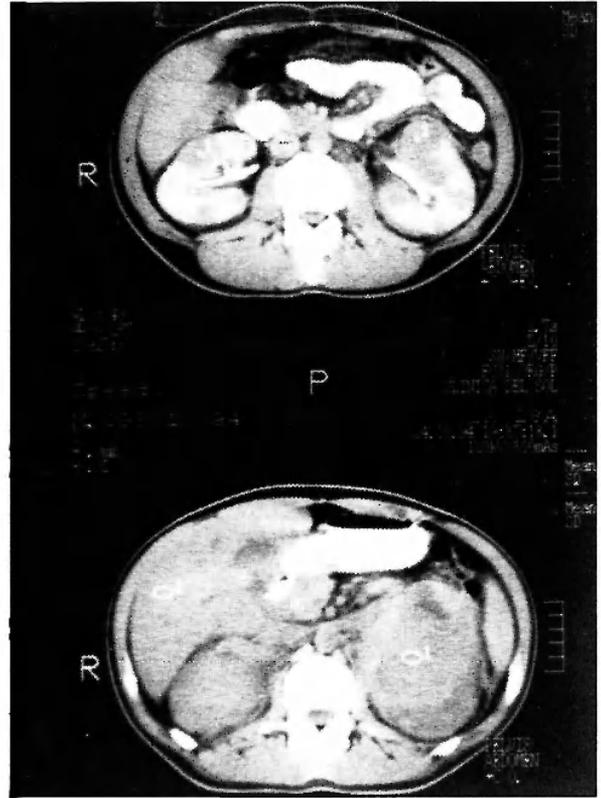


Foto 2

La Rx de tórax simple no muestra patología alguna.

A partir de estos datos clínicos, y después de realizar los exámenes diagnósticos correspondientes, se decide la exploración testicular a cielo abierto. Se comprueba un proceso tumoral de aproximadamente 10 cm de diámetro, con apariencia quística de contenido hemático. Se realiza la biopsia por congelación, donde se informa seminoma; por lo tanto, se decide la orquiectomía derecha.

El paciente presenta postoperatorio tórpido con diarreas, deshidratación, astenia, acompañado de hepatoesplenomegalia y aumento de tamaño del testículo izquierdo.

La anatomía patológica diferida y definitiva informa linfoma celular difuso.

El paciente fallece al vigésimo primer día de su postoperatorio, debido a complicaciones respiratorias, diarreas intensas, astenia y finalmente paro cardíaco.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de seminoma versus linfoma de testículo es muy dificultoso. Se debe tener la certeza microscópica y la presencia de anticuerpos monoclonales.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que el linfoma testicular puede ser una forma de presentación del HIV.

Dentro de los linfomas, el 8% son de testículo.

La forma de presentación del linfoma testicular puede ser variada. Generalmente aparece como una tumoración testicular de varios días de evolución y que no cede con el tratamiento sintomático. La tumoración puede ser dolorosa.

También puede dar síntomas como disuria, secreción uretral, fiebre, escalofríos, parestesias, alteraciones motoras.

Los exámenes diagnósticos necesarios son la ecografía que, en todos los casos, muestra una lesión heterogénea e hipoecoica.

Los marcadores tumorales para testículo son negativos.

La tomografía computada puede informar linfadenopatías retroperitoneales o pelvianas.

El centellograma óseo puede revelarnos metástasis.

Los tratamientos posibles son: la orquiectomía para extraer el tumor y establecer el diagnóstico de certeza seguida de quimioterapia (nitrosureas-ciclofosfamida-vincristina-prednisona) durante 5 días por 3 semanas. También puede agregarse metotrexato intratecal o directamente la quimioterapia por esta vía.

Generalmente el desmejoramiento es progresivo y el paciente puede fallecer por complicaciones pulmonares (neumonías).

CONCLUSIONES

No existe un tratamiento estandarizado, generalmente se realiza la orquiectomía más la quimioterapia profiláctica. Esta patología puede presentar metástasis o recidivas entre un 50 y 75 % al año.

Se destaca la asociación entre el HIV y el linfoma testicular, sumada a su alta mortalidad evidenciada en toda la literatura.

También es llamativa la forma de aparición y el desenlace que sufren los pacientes en toda la revisión bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Couper, G. y col.: Burkitt's tumour of the testicle. *Br. J. Urol.*, 74(1):124-5, julio, 1994.
2. Cobert, M. y col.: Cancer of the testis after Hodgkin's disease. *J. Urol.*, 98 (3):178-180, París, 1992.
3. Armenakas, N. A. y col.: AIDS presenting as primary testicular lymphoma. *Urology*, 40 (2):162-164, agosto, 1992.
4. Sokovich, R. S. y col.: Acquired immunodeficiency syndrome presenting as testicular lymphoma. *J. Urol.*, 147 (4), 1110-1111, abril, 1992.
5. Green, S. T. y col.: Urological manifestation of HIV related disease. *Br. J. Urol.*, 67 (2):188-190, febrero, 1991.
6. Root, M. y col.: Burkitt's lymphoma of the testicle. *J. Urol.*, 144 (5):1239-1241, noviembre, 1990.
7. Kirsh, G. M. y col.: Synchronous primary bilateral lymphoma of testis. *Urology*, 36 (2):186, agosto, 1990.
8. Leonard, M. P.: Burkitt's lymphoma of the testis an unusual scrotal mass in childhood. *J. Urol.*, 143 (1):104-6, enero, 1990.

En los HIV (+), los linfomas no Hodgkins (LNH) son una entidad frecuente. El primer diagnóstico que se confirma en el 2-5 % de todos los SIDA's es un LNH. El 80 % tiene linfomas de alto grado. El 90 % de todos los pacientes tiene compromiso extraganglionar; los sitios más comunes son el SNC, médula ósea e hígado, en orden de frecuencia. En una serie del Hospital General de San Francisco de 84 pacientes HIV (+) con LNH, sólo uno tenía compromiso testicular. Estos datos son similares en todas las series presentadas. En estos pacientes el compromiso testicular se acompaña con compromiso en otras localizaciones, como el SNC y ganglios. El pronóstico es malo y el principal factor para determinarlo es el recuento de CD 4. No existe un tratamiento estándar, por eso se utilizan las mismas drogas que en la población general con respuestas del orden del 50 % completas, pero de corta duración, con recaídas en la mayoría (> del 80 %). La sobrevida media es de 8 a 10 meses, más favorable para el paciente con recuentos de CD 4 > 200.

En la población general (no HIV +), la presentación de LNH testicular es también rara. Es más frecuente en pacientes mayores de 60 años (alrededor del 7 % de estos tumores testiculares corresponden a LNH, en su mayoría de alto grado) con mal pronóstico.

El diagnóstico de los LNH se basa en la clínica, la biopsia con examen histológico, ayudado por la inmunohistoquímica y citoquímica (no esenciales). En ocasiones existen dificultades para diferenciar entre los LNH de alto grado y los carcinomas indiferenciados (células pequeñas).

Los autores presentan un paciente HIV (+) con tumor testicular y adenopatías abdominales (no aclaran si son retroperitoneales); según TAC, plantean efectivamente el diagnóstico diferencial con tumores de células germinales, dado el aumento de este tipo de neoplasia en HIV (+). No comentan si presentaba adenopatías periféricas como para sospechar LNH. El desenlace presupone gran compromiso previo.

El hecho de que los marcadores sean (-) también podría hacer sospechar otra neoplasia, dado que la mayoría de los tumores testiculares en los pacientes HIV (+) son de células germinales no seminomatosas. La conclusión anatomopatológica no es clara, salvo por el infiltrado linfocitario, que pueden tener los seminomas.

Queremos resaltar la importancia de esta publicación, ya que, si bien se trata de un tumor raro y poco frecuente, su incidencia aumentará y habrá que considerarlo a medida que aumente el número de pacientes HIV (+) que vemos en la consulta.

Pedro M. Minuzzi

Médico del Staff de FUCDIM

Wenceslao Paunero 193 - (5000) Córdoba - Argentina

Tel. (051) 255260