

INFORME DE CASO**Tumoración testicular ¿Seminoma o linfoma no Hodgkin?
Presentación de un caso****Seminoma testicular tumor or Hodgkin lymphoma? Report of a case**

Dr. Arnaldo Sánchez Rodríguez¹, Dr. Rafael Orlando Castillo González²,
Dra. Yamina Marzo Piñiri³

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Universitario "4 de Abril". Guantánamo. Cuba

² Licenciado en Imagenología. Asistente. Policlínico Universitario "4 de Abril". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Universitario "4 de Abril". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza un estudio sobre un paciente de sexo masculino del área Este de la provincia y municipio de Guantánamo estudiado en el año 2012, con el objetivo de mostrar las particularidades de la presentación del linfoma no Hodgkin de localización testicular, detectado clínicamente como un aumento de volumen difuso e imagenológicamente como tumoración testicular, confirmado histopatológicamente. Su forma de presentación en esta localización puede asociarse a dificultades en su diagnóstico incluso durante la interpretación de las láminas histológicas como se evidencia en esta publicación. Por lo poco frecuente que es el cáncer de testículo en general, y como causa de este el linfoma no Hodgkin en particular, se tiene escasa documentación bibliográfica sobre este tema. Se recogieron los datos de la historia clínica individual, familiar y hospitalaria, así como los resultados de exámenes realizados.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, seminoma, orquiectomía

ABSTRACT

A study on a male patient of this area of the province of Guantánamo were studied in 2012 with the aim of showing the particulars of the presentation of non-Hodgkin lymphoma of testicular localization detected clinically as increased diffuse and testicular tumor volume, radiologically and confirmed histologically. Its presentation in this location may be associated with difficulties in diagnosis even in the interpretation of the histological slides as evidence in this publication. It is rare for testicular cancer in general, as a result of this non-Hodgkin lymphoma in particular, has limited bibliographic literature on this topic. Data from the medical record individual, family hospital and results of investigations were collected.

Keywords: non-Hodgkin lymphoma, seminoma, orchiectomy

INTRODUCCIÓN

El cáncer de testículo es poco frecuente, representa aproximadamente el 1 % de todos los cánceres en el hombre, es más común entre los 20 y 40 años, 95 % de los tumores de testículos son malignos, la mayoría proviene de las células germinativas, 97 %.¹

Los no germinativos se originan de las células de Leydig o Sertoli. El resto de los tumores solo se observan de manera ocasional: linfomas, sarcomas, etc.

Los seminomas representan el 50 % de los tumores de testículo, son más frecuentes en la cuarta década de la vida.¹⁻³

Se derivan de las células madre germinales; son tumores blandos, carnosos o encefaloides y lobulados.

Los tumores testiculares se caracterizan por la ausencia de síntomas precoces, por lo que toda tumoración indolora en el testículo debe ser considerada como tumor, mientras no se demuestre lo contrario.

El síntoma más frecuente es el agrandamiento del testículo. Los ultrasonidos de testículo precisan la naturaleza quística, sólida o mixta del tumor y evidencian las metástasis.

La presencia de calcificaciones del testículo siempre hace sospechar un tumor.¹

El tratamiento de los tumores del testículo es quirúrgico. Consiste en la orquiectomía radical (ligadura alta de los elementos del cordón espermático). El resultado del estudio histopatológico del tumor decide el tratamiento coadyuvante.²

La aparición de una tumoración testicular en un varón mayor o igual a 50 años debe considerarse linfoma. La ecografía testicular está indicada siempre que se piensa en una neoplasia maligna de testículo.⁴⁻⁶

Los linfomas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas, caracterizadas por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del sistema reticuloendotelial, que afecta sobre todo a las células de la serie linfocítica e histiocitos.^{5,9}

Los linfomas se dividen en dos grandes grupos enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin. En la enfermedad de Hodgkin el proceso se inicia en el 90 % de los casos en los ganglios linfáticos y en el 10 %, fuera de ellos, a diferencia de los no Hodgkin, en los cuales el 75 % tiene origen ganglionar y el 25 % extraganglionar. Cuando el tejido extraganglionar está involucrado, el cuadro clínico dependerá de la víscera afectada. Los linfomas no Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de síndromes linfoproliferativos tumorales cuyo denominador común es la expansión monoclonal de linfocitos malignos B o T.

El 85 % de los LNH se originan de linfocitos B. En la actualidad se señala un aumento en su incidencia, con una afectación mayor en el sexo femenino. El diagnóstico es siempre histopatológico y requiere de una biopsia preferiblemente de ganglio.⁵⁻⁷

Los linfomas no hodgkinianos se separaron de la enfermedad de Hodgkin basándose en el descubrimiento, a comienzos del siglo XX, de las células de Sternberg-Reed. La clasificación histológica de los linfomas no hodgkinianos ha sido uno de los aspectos más controvertidos en la oncología.^{3,4}

El linfoma de localización testicular por lo general aparece en pacientes mayores de 60 años. Usualmente bilateral, muchas veces diseminado en el momento del diagnóstico. Es la causa más frecuente de tumor testicular en hombres mayores de 60 años.⁸

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 64 años con antecedentes hace dos años de hipertensión arterial estadio 1 Grupo B, para lo cual lleva tratamiento regular con captopril y metildopa una tableta cada 8 horas. Comenzó con aumento de volumen difuso de testículo izquierdo acompañado de dolor que se exacerbaba al realizar esfuerzos físicos, coito y a la palpación, no aliviaba con analgésicos habituales, con cambio de coloración de este. Se interpretó en su inicio como una orquiepididimitis.

Se realiza ecografía testicular informa tumoración hipocogénica de 8 cm en testículo izquierdo. (Figura 1) Se realiza orquiectomía radical de testículo izquierdo en enero de 2012.

Inicialmente se interpretan las láminas histológicas como un seminoma espermatógeno que infiltraba parénquima testicular y epidídimo, no necrosis, no hemorragia; se clasifica T2N0M0 etapa Ib.

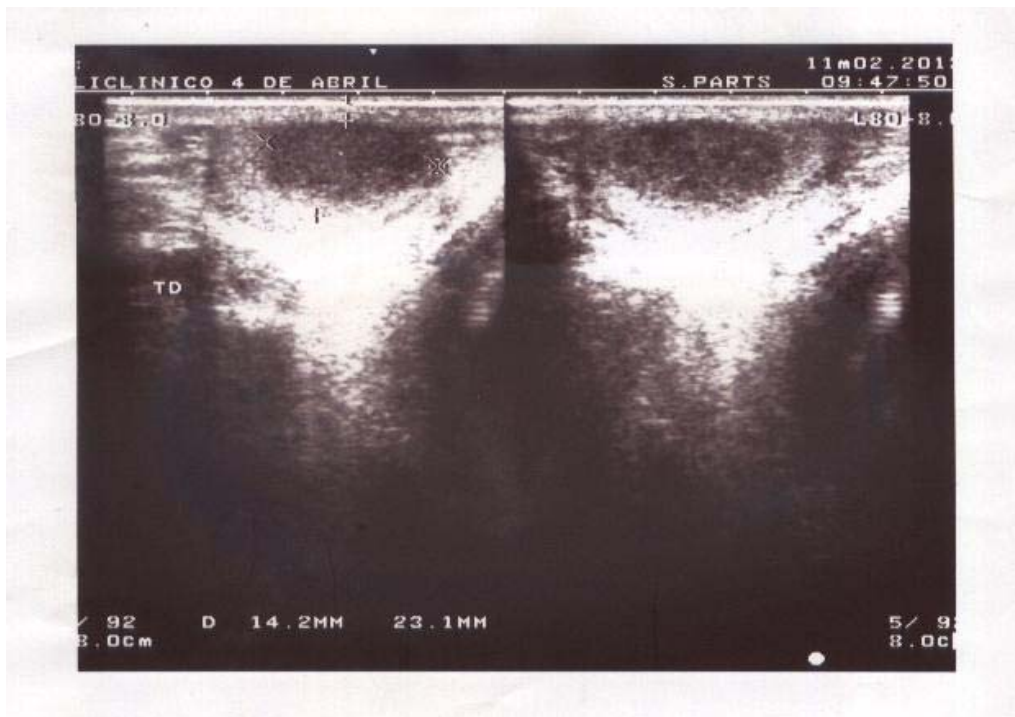


Figura 1. Imagen de testículo derecho donde se observa imagen hipocogénica con forma ovalada y la textura heterogénea que no abarca en el momento del examen toda la glándula.

La clasificación por etapas TNM se utiliza clínicamente para indicar la extensión del cáncer antes de empezar el tratamiento específico.¹⁰ Se le indicó chequeo de extensión para definir conducta terapéutica (quimioterapia+radioterapia).

La remisión de las láminas de anatomía patológica a Santiago de Cuba revocó el diagnóstico anterior por el de Linfoma no Hodgkin I E, con cambio terapéutico a quimioterapia únicamente CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona) seis ciclos. La evolución fue satisfactoria, no manifestaciones clínicas o por complementarios de extensión o metástasis.

Complementarios preoperatorios:

Hemoglobina 150 g/l; hematócrito 046l/l; eritrosedimentación 20 mm/l; leucograma 8.9×10^9 /l; diferencial p 0.59 L 0.34 ci 0.07; ácido úrico 289 mmol/l; urea 6.5 mmol/l; creatinina 73 mmol/l; glicemia 5.3 mmol/l; conteo de plaquetas 125×10^9 /l; coagulograma mínimo normal; VIH negativo; serología no reactiva; electrocardiograma normal; Radiografía tórax normal.

Se realizan complementarios noviembre de 2013:

Ecografía abdominal

hígado se observa imagen quística de pequeño tamaño, con fino tabique en su interior, vesícula de paredes normales, no se aprecian imágenes de litiasis en su interior, ambos riñones de tamaño y posición normal con buena relación seno-parénquima no ectasias no litiasis, bozo de tamaño normal con una textura homogénea. Vejiga vacía. dilatación de 32 mm de la aorta abdominal cerca de la bifurcación.

Ecografía testicular: testículo izquierdo ausente, testículo derecho: tamaño normal, bordes regulares, textura heterogénea, líquido peritesticular, no imagen hipoecogénica.

Hemoglobina 133 g/l; hematócrito 0.40 l/l; leucograma 8.3×10^9 /l; eritrosedimentación 21mm/l; conteo de plaquetas 125×10^9 /l.

DISCUSIÓN DEL CASO

El linfoma testicular es una afección del aparato genitourinario masculino, dada su escasa frecuencia resulta difícil ser sospechado inicialmente ante un paciente que presente un aumento de volumen testicular; la ecografía testicular esta reconocida como un examen imaginológico, inocuo, barato y accesible; de alto valor para identificar las características de los tumores testiculares.

El diagnóstico se corrobora por el estudio histopatológico, es común la infiltración linfocítica al observarse en el microscopio las muestras histológicas del seminoma y el linfoma testicular, lo que puede provocar el equívoco al examinar las láminas histológicas.

Cuando este se hace tomando en cuenta la historia clínica, en las manos expertas del patólogo deja poco margen a las dudas.

El tratamiento consiste en la orquiectomía radical más quimioterapia.

Todo paciente como el presentado en este estudio y según las referencias consultadas; por su edad y la presencia de un tumor testicular, debe hacer pensar como primer diagnóstico: el linfoma testicular, lo cual permitirá tomar una conducta acertada desde el inicio.

Las características del cuadro clínico estuvieron determinadas por el órgano afectado, con ausencia de toma ganglionar, fiebre prolongada, visceromegalias, sudoración nocturna, pérdida de peso.

La evolución del paciente fue satisfactoria con el tratamiento aplicado.

Los exámenes complementarios de hemoquímica estuvieron entre valores que se corresponden con las formas de presentación extraganglionar en estadios iniciales, sin modificaciones del hemograma (anemia) y la eritrosedimentación (acelerada), frecuentes en el linfoma.

Todo paciente visto por aumento de volumen testicular, luego de descartado y tratado las afecciones inflamatorias agudas tales como la orquiepididimitis, los procesos inflamatorios agudos del testículo que no mejoran o lo hacen muy poco con la antibioticoterapia y anti inflamatorios son muy sugerentes de neoplasias, debe ser objeto de un estudio que descarte la posibilidad de una neoplasia para lo cual es el ultrasonido un método imaginológico de amplio uso en este medio que ayuda a un manejo apropiado como lo fue en el caso presentado.

Se compara este trabajo con otros trabajos realizados en España, Portugal y Perú, titulados linfoma testicular primario con afectación extranodal⁶; primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the testis⁷; linfoma no Hodgkin NK de tipo Nasal de localización testicular con infiltración de la piel del escroto⁸; Linfoma testicular primario instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima Perú⁹ en los cuales se presentaron casos similares a pesar de tener formas clínicas diferentes en cuanto al cuadro clínico. Se pudo apreciar que la incidencia de esta enfermedad es la misma en otros países.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina P, Laurencio A. Tumores Genitourinarios. En: Sagué Larrea J. Urología. La Habana: Ecimed; 2012. P. 216-219.
2. Campos Cabrera J. Tumores del Testículo. En: Valverde Medel M. Temas de Urología. La Habana: Ecimed; 2008. P. 242.
3. Bierman P, Harris N, Armitage J. Non Hodgkin's Lymphoma. En: Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicine. 23^a ed. Philadelphia, Pennsylvania: Elseivers Saunders; 2007.
4. Vicente E, Vicente B. Linfomas. En: Vicente E, Rodríguez A, Sánchez E. Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. tomo 2. La Habana: Ecimed; 2012.
5. Pathology of the Male and Female Reproductive Tract and Breast. En: Walter L, Dennis K, Travis G. The Big Picture Pathology. United States of America: McGraw Hill Companies; 2008. P.501.
6. Cristóbal García Peñalver, Andrés Lecki, Carlota Sevilla Cecilia, Mario Díaz Delgado, Juan Luis Parra Escobar, Eloy Sánchez Blasco Linfoma testicular primario con afectación extranodal archivos españoles de Urología, vol. 62, núm. 6, agosto, 2009, pp. 489-493, Editorial Iniestares S.A. España. Citado 13/6/14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013959009>
7. Messa Botero O A, Julio Alexander Díaz Pérez J A. Linfoma de células t en el testículo. Presentación de 2 casos clínicos y revisión de la literatura. Casos Clínicos. Arch. Esp. Urol.2010; 63(1): 78-84. Citado 13/6/14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n1/15.pdf>
8. Matthew J. Horne, MD; Adebowale J. Adeniran, MD. Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Testis. Citado 13/6/14. Disponible en: <http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.5858/arpa.2010-0158-RS>
9. K Vidyavathi, Kalyani Prabhakar, Kumar M L Harendra. Primary testicular lymphoma with rupture: An unusual presentation. J Nat Sci

- Biol Med. 2013 Jan-Jun; 4(1): 232–235. Citado 13/6/14. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T082/>
10. Busto Martín Luis, Pombo-Otero Jorge, Busto-Castañón Luis. Presentación testicular de un linfoma no Hodgkin tipo NK nasal Rev Mex Urol 2011;71(2):106-110. Citado 13/6/14. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90020284&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=302&ty=70&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=302v71n02a90020284pdf001.pdf

Recibido: 24 de junio de 2014

Aprobado: 21 de julio de 2014

Dr. Arnaldo Sánchez Rodríguez. Policlínico Universitario "4 de Abril".
Guantánamo. Cuba. **Email:** rocg@infosol.gtm.sld.cu