



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Serrano, Patricia; Fantova, Alberto; Pascual, Mar; Allué, Marta; Gil, M^a Jesús; Rioja, Luis Angel
TRATAMIENTO DEL TERATOMA MADURO PURO DE TESTICULO METASTATIZADO ¿QUÉ
HACER?

Archivos Españoles de Urología, vol. 59, núm. 5, junio, 2006, pp. 524-526

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013931010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRATAMIENTO DEL TERATOMA MADURO PURO DE TESTICULO METASTATIZADO ¿QUÉ HACER?

Patricia Serrano, Alberto Fantova, Mar Pascual¹, Marta Allué, M^a Jesús Gil y Luis Angel Rioja.

Servicio Urología y Servicio Anatomía Patológica¹.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Resumen.- **OBJETIVO:** Dada la escasa frecuencia de teratomas testiculares en relación con el resto de tumores testiculares germinales y las diferentes opciones de tratamiento cuando se encuentran en estadios avanzados, presentamos un caso de teratoma maduro testicular avanzado con adenopatía retroperitoneal al que se realizó tras al orquiektomía una linfadenectomía retroperitoneal con el mismo hallazgo histopatológico que el primario.

METODO/RESULTADOS: Realizamos una revisión de la actualidad en el tratamiento en estos estadios con las posibilidades de comenzar con quimioterapia y dejar la linfadenectomía para los residuales o a la inversa, siendo la mayoría de casos tratados de forma mixta.

CONCLUSIONES: Sin existir evidencias claras del protocolo a seguir en estos tumores, es aconsejable individualizar el tratamiento en cada paciente según características del tumor, probabilidades de recidiva y seguimiento posterior.

Palabras clave: Teratoma testicular puro. Tratamiento. Linfadenectomía.

Summary.- **OBJECTIVE:** Given the low frequency of testicular teratoma in relation to the rest of germ cell testicular tumors and the various treatment options for advanced stages, we report one case of advanced testicular mature teratoma with retroperitoneal adenopathy in which orchectomy was performed after retroperitoneal lymphadenectomy, with the same pathology found in the primary tumor.

METHODS: We do an update on the treatment for these stages with the possibility of beginning with chemotherapy leaving lymphadenectomy for residual masses, or the contrary, being most cases treated in a mixed way.

CONCLUSIONS: Without clear evidence for guidelines in these tumors, it is recommended to individualize the treatment for each patient, accordingly to tumor characteristics, probability of relapse and follow-up

Keywords: Pure testicular teratoma. Treatment. Lymphadenectomy.

INTRODUCCIÓN

El teratoma testicular puro es un tipo de tumor de células germinales no seminomatoso según los criterios histológicos estandarizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es poco frecuente y representa sólo de un 2.7% a 3% de las incidencias globales de tumores testiculares (1).

El tratamiento de éstos depende del estadio y en los pacientes con enfermedad avanzada dependiendo de las subcategorías de alto y bajo riesgo.

CASO CLÍNICO

Varón de 23 años intervenido en dos ocasiones en la infancia por hipospadias con correcta evolución y micción confortable. Acude al urólogo por dolor sordo en ingle izquierda y aumento de tamaño de testículo izquierdo de varias semanas de evolución. A la exploración, se objetiva un testículo izquierdo muy aumentado de tamaño en su totalidad, irregular e indurado sugestivo de tumor testicular con resto de exploración normal.

Se realiza una ecografía testicular que se describe como un nódulo quístico con tabiques finos y un granuloma con calcificaciones intratesticular y fuera del testículo a

Correspondencia

Patricia Serrano
Paseo Isabel La Católica 1-3
50.009 Zaragoza. (España)
pserranof@comz.org
Trabajo recibido: 3 de octubre 2005

nivel de polo inferior otro quiste con múltiples ecos en su interior a descartar quiste epidermoide o hidatídico. Los marcadores tumorales alfa fetoproteína y BHCG se encontraban dentro de parámetros normales. En el TAC solicitado durante el ingreso del paciente se evidenciaba una tumoración sólida retroperitoneal izquierda a nivel del hilio renal lateroaórtica y prerrenal de 54x51x90 mm de diámetro. (Figura 1)

Se llevó a cabo una orquiektomía inguinal izquierda con resultado anatomo-patológico de teratoma maduro puro poco diferenciado limitado a testículo sin invasión vascular que afectaba a túnica albúginea pero no a vaginal, sin afectación de rete testis de 5x3x3 mm. de tamaño. El paciente es remitido a nuestro hospital para valoración de tratamiento adyuvante.

Nos encontramos ante un tumor testicular no seminomatoso estadio pT2 N3, M0 según la clasificación TNM y en estadio II c sin factores de mal pronóstico. En esta situación se plantean dos opciones, comenzar con quimioterapia y plantear resección si persistía masa residual o realizar una linfadenectomía retroperitoneal.

Dada la negatividad de los marcadores tumorales y la anatomía patológica de la pieza testicular y la conocida quimioresistencia del teratoma maduro puro se decidió la realización de linfadenectomía retroperitoneal por las posibilidades de ser curativa si la histología era coincidente con el primario sin existir otros componentes tumorales no seminomatosos.

Se realizó linfadenectomía retroperitoneal hasta vasos iliacos obteniendo la pieza observada en Figura 2. El resultado anatomo-patológico fue de teratoma maduro puro con los componentes de las tres capas embrionarias.

rias sin invasión linfovascular (Figura 3). El paciente sigue en la actualidad vigilancia en consulta mediante marcadores, TAC abdominal y radiografía de tórax periódicas.

DISCUSIÓN

El teratoma testicular puro es poco frecuente y a pesar de su histología de aspecto benigno tiene capacidad metastásica y comportamiento como los tumores germinales no seminomatosos (2). Aparece en estudios con una frecuencia de 62% de enfermedad avanzada al inicio del diagnóstico (3).

Los pacientes con tumores testiculares germinales no seminomatosos en estadio II c por la alta recurrencia si se tratan sólo con linfadenectomía retroperitoneal se plantea realizar quimioterapia previa y mantener la linfadenectomía en segundo lugar si persisten masa residual. Aproximadamente el 30% de los pacientes en estos estadios con masas voluminosas si se realiza quimioterapia como primera opción requerirán además linfadenectomía (4).

En nuestro servicio en los tumores no seminomatosos en estadio IIc somos partidarios de empezar con quimioterapia sistémica y dejar la cirugía para la masa residual. Lo que nos llevó a la realización en este caso de cirugía en primer lugar fue la histología de teratoma maduro puro del tumor de testículo y marcadores tumorales negativos que nos hacían sospechar que la metástasis ganglionar también fuera de la misma estirpe sin contener otros elementos no seminomatosos como así fue y evitar un tratamiento quimioterápico que hubiera sido ineficaz.



FIGURA 1. Adenopatía retroperitoneal de 54x51x90 mm de diámetro.

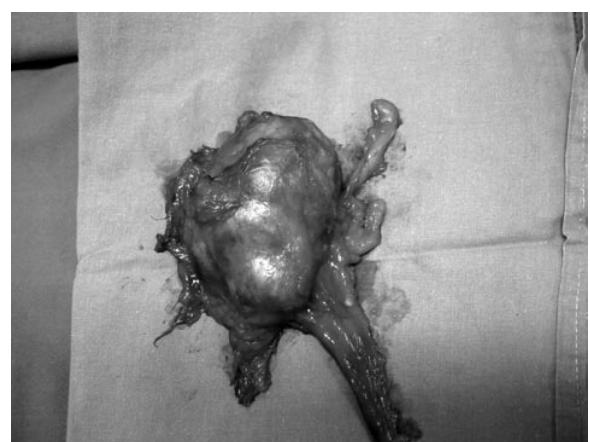


FIGURA 2. Pieza de la masa retroperitoneal extirpada durante la linfadenectomía.

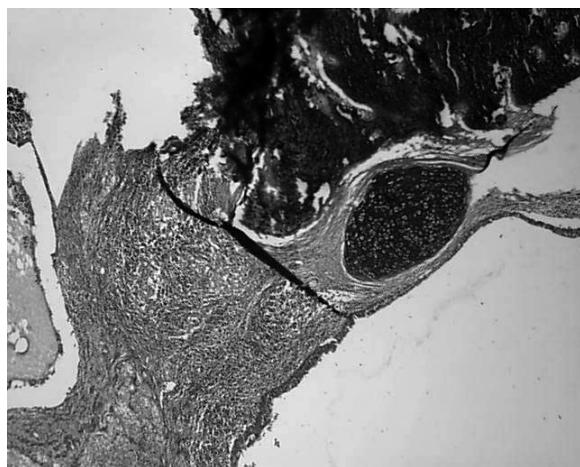


FIGURA 3. Histología de adenopatía retroperitoneal con elementos maduros epitelio respiratorio y cartílago.

Algunos autores, según sus series, demuestran el potencial maligno de estos teratomas y plantean la posibilidad de metastatizar por componentes de células no germinales recomendando una buena revisión de la pieza quirúrgica (5).

Con todas estas aportaciones pero sin una evidencia clara del protocolo a seguir en cada situación, es aconsejable individualizar en cada caso según factores pronósticos, histología, estadio y siempre informando al paciente de los efectos secundarios, probabilidades de recidiva y seguimiento posterior para plantear su mejor opción de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

1. PORCARO,A.B.; ANTONIOLLI, S.Z.; MARTIGNONI, G. y cols.: "Adult primary teratoma of the testis--report on 5 cases in clinical stage I disease". Int. Urol. Nephrol., 33: 657, 2001.
- *2. SIMMONDS, P.D.; LEE, A.H.; THEAKER, J.M. y cols.: "Primary pure teratoma of the testis". J. Urol., 155: 939, 1996.
- *3. RABBANI, F.; FARIVAR-MOSHENI, H.; LEON, A. y cols.: "Clinical outcome after retroperitoneal lymphadenectomy of patients with pure testicular teratoma". Urology, 62: 1092, 2003.
4. PREINER, J.L.; JEWETT, M.A.: "Role for retroperitoneal lymphadenectomy for testis cancer". Curr. Opin. Urol., 9: 205, 1999.
5. HEIDENREICH, A.; NEUBAUER, S.; MOSTOFI, K. y cols.: "Clinical stage I mature teratoma of the testis--retroperitoneal lymphadenectomy or surveillance?". Urologie A., 36: 440, 1997.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 5 (526-529), 2006

METÁSTASIS RENAL DE CARCINOMA ESCAMOSO DE PULMÓN. A PROPÓSITO DE UN NUEVO CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Antonio Cánovas Ivorra, José María Castillo Gimeno, Carlos Burriel Ruiz¹, Stella Peláez Malagón², Jesús Michelena Barcena y Alberto Ramírez Daniel.

Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Vinaroz.

Servicio de Oncología¹. Complejo Hospitalario de Castellón. Castellón.

Servicio de Anatomía Patológica². Hospital Comarcal de Vinaroz. Castellón. España.

Resumen.- OBJETIVO: Comunicar un nuevo caso de metástasis renal de un carcinoma pulmonar.

MÉTODOS: Varón de 59 años estudiado en consultas externas de urología por clínica compatible con cólico renal asociado a hematuria.

RESULTADOS: En la ecografía se aprecia una tumoración sólido-quística del mismo tamaño en el polo inferior sin ectasia de la vía excretora. El T.A.C. abdominopélvico informa de adenopatías retroperitoneales en el territorio aorto-cava mayores de 1 cm. de diámetro y masa renal heterogénea de 5 cm. de diámetro mayor.

CONCLUSIONES: Las lesiones metastásicas renales de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón, se presentan con más frecuencia dada la precisión de los estudios radiológicos, y, presentan, como los tumores primitivos, unas cifras muy pobres de supervivencia.

Correspondencia

José Antonio Cánovas Ivorra
Urbanización Montiboli, 188 A - 6
03570 Villajoyosa. Alicante. (España)
jacanovas@hotmail.com

Trabajo recibido: 9 de septiembre 2005