



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Martínez Ruiz, Jesús; Martínez Sanchiz, Carlos; Carrión López, Pedro; Pastor Navarro, Héctor;  
Donate Moreno, María J.; Salinas Sánchez, Antonio S; Atienzar Tobarra, Manuel; Virseda Rodríguez,  
Julio A.

METÁSTASIS EN LA VAGINAL TESTICULAR DE TUMOR MUCINOSO CECAL PRIMARIO

Archivos Españoles de Urología, vol. 63, núm. 3, 2010, pp. 235-238

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181016202011>

- 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

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (3): 235-238

**METÁSTASIS EN LA VAGINAL TESTICULAR DE TUMOR MUCINOSO CECAL PRIMARIO**

Jesús Martínez Ruiz, Carlos Martínez Sanchiz, Pedro Carrión López, Héctor Pastor Navarro, María J. Donate Moreno, Antonio S Salinas Sánchez, Manuel Atienzar Tobarra y Julio A. Virseda Rodríguez.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

**Resumen.-** OBJETIVOS: Recordar la presencia de tumores testiculares secundarios y revisar la literatura acerca de esta patología.

MÉTODOS: Presentamos un paciente con tumor mucoscretor testicular metastásico atendido en urgencias por un cuadro de escroto agudo diez meses después de ser intervenido de un tumor combinado de ciego. La aparición de este tipo de tumores es rara, y el tratamiento de elección es la orquiectomía pero aún así el pronóstico de este tipo de metástasis es malo.

**RESULTADOS:** Los tumores mucinosos pueden presentar diseminación de modo tardío; por lo que es necesario un seguimiento a largo plazo evaluando los lugares más frecuente de asiento. El paciente falleció a los 21 meses del diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** La metástasis testiculares y de tumor intestinal mucoscretor son raras. Generalmente afectan a mayores de 60 años, pero también aparecen en jóvenes. Como en los tumores primarios el tratamiento es la orquiectomía.

**Palabras clave:** Tumor mucinoso. Metástasis. Testículo.

**Summary.-** OBJECTIVES: We review the literature about secondary testicular tumors.

**METHODS:** We present the case of a patient with a metastatic mucus-secreting testicular tumor who presented in the emergency room with symptoms of acute scrotum 10 months after surgery for a mixed tumor of the cecum. This type of tumor is rare, and the treatment of choice is orchiectomy; nevertheless, the prognosis of such metastasis remains poor.

**RESULTS:** Because mucinous tumors can present late dissemination, long-term follow-up with assessment of the most common sites of metastasis is necessary. Our patient died 21 months after the initial diagnosis.

**CONCLUSIONS:** Testicular metastases and mucus-secreting intestinal tumor metastases are rare. These tumors occur in patients older than 60 years of age and young men. As in the case of primary tumors, the treatment is orchiectomy.

**Keywords:** Mucinous tumor. Metastasis. Testis.

## CORRESPONDENCIA



Jesús Martínez Ruiz  
Almansa, 37  
02006 Albacete (España)

jesus.martinez.ruiz@gmail.com

Aceptado para publicar: 22 de octubre 2009.

**INTRODUCCIÓN**

Las metástasis testiculares son extremadamente raras y a día de hoy solo unos pocos casos han sido publicados. Su aparición más frecuente es en el curso evolutivo de una enfermedad ya conocida, aunque en algún caso han supuesto el debut de tumores de origen no testicular, siendo en este caso muy difícil realizar un correcto diagnóstico diferencial. Describimos un caso de metástasis de la túnica vaginal derecha en un paciente intervenido de carcinoma primario cecal diez meses antes.

**CASO CLÍNICO**

Paciente de 24 años con un hermano gemelo que en Diciembre de 2005 fue intervenido de neoplasia combinada (adenocarcinoma mucinoso y carcinoide de



FIGURA 1. Ecografía testicular: Piocele y hematocele.



FIGURA 2. Ecografía doppler. Flujo testicular conservado.

células caliciformes, T4N2M1) que infiltraba la pared apendicular y el meso, con múltiples implantes peritoneales y afectación de 8 de los 29 ganglios aislados. Se sometió a hemicolectomía derecha, peritonectomía y resección de implantes macroscópicos de peritoneo visceral. Posteriormente se inició tratamiento quimioterápico coadyuvante con el esquema mFOLFOX4 por 12 ciclos, con episodios de diarrea tras segundo y tercer ciclo y reacción hurticariforme tras el 7º. Al inicio de la quimioterapia el 5HIAA en orina de 24 horas estaba dentro de los parámetros normales y el rastreo corporal con In.111 pentreótida y SPECT no presentaron alteraciones.

Diez meses tras la cirugía presentó un cuadro de dolor testicular agudo. A la exploración física presentó teste derecho horizontalizado, aumentado de tamaño y de consistencia dura e irregular en polo superior así como engrosamiento de cordón espermático. En la ecografía doppler testicular (Figuras 1 y 2) el testículo derecho presentó aumento de calibre de las estructuras vasculares, epidídimo engrosado, hipoecoico y con vascularización periférica. Se observó contenido escrotal anecoico con contenido ecogénico móvil, compatible con hidrocele complicado (piocele y hematocele...). Se decidió exploración quirúrgica urgente en la que se observó hematocele y engrosamiento con induración de la vaginal testicular (Figura 3). La anatomía patológica intraoperatoria se informó de infiltración por adenocarcinoma mucinoso. Se realizó orquiectomía radical derecha con ligadura del cordón a raíz del escroto. El análisis anatomopatológico definitivo mostró una neoplasia de la vaginal testicular configurada por lagos de moco y grupos de células epiteliales, la mayoría en con morfología de anillo de sello, sin afectación del epidídimo ni del testículo (Figura 4).

Tras la cirugía testicular se administró quimioterapia con esquema FOLFIRI más BEVACIZUMAB en el 3º ciclo. Nueve meses tras la orquiectomía el paciente presentó

progresión hepática, pancreática y adenopática regional, presentando cuadros suboclusivos. Falleció a los 21 meses del diagnóstico.

## DISCUSIÓN

Las metástasis en testículo son infrecuentes por lo que es rara la ocasión en la que una masa escrotal, dolorosa o no, es sinónimo de diseminación a distancia de otra patología. Cuando nos enfrentamos a un paciente con una lesión sólida escrotal sospechosa de malignidad, el único modo de conocer su origen a día de hoy es el estudio anatomopatológico de la lesión. Debemos tener en cuenta que sólo alrededor del 10% de los tumores testiculares son secundarios (1), existiendo una gran variedad de tumores que pueden asentarse en el testículo entre los que se encuentran por orden de frecuencia:

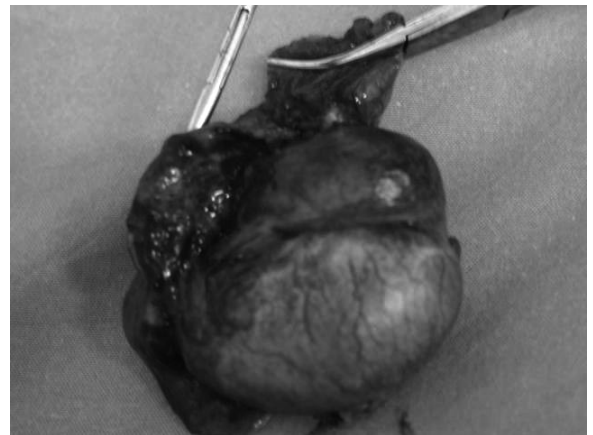


FIGURA 3. Testículo derecho. Orquiectomía. Implante vaginal.

el adenocarcinoma prostático (35%), carcinoma pulmonar (19%), melanoma (9%), colon (9%) y renal (7%). Otros orígenes menos frecuentes son neuroblastoma, retinoblastoma, carcionide, ductos biliares, uréter, vejiga, glándula salivar y tiroides (2). Es realmente difícil precisar la frecuencia real de tumores testiculares metastásicos, a pesar de existir estudios basados en hallazgos autopsicos, en hallazgos quirúrgicos o en ambos; en los que se observa en la gran mayoría de los casos que la histología es muy similar a la de la neoplasia primaria (3).

Los tumores testiculares secundarios suelen aparecer como una complicación en el curso de una enfermedad ya conocida, o de un modo menos frecuente como debut de la misma, simulando un tumor testicular primario (4,5). La orquiectomía radical es el tratamiento de elección de toda masa testicular sospechosa de malignidad (6); y en nuestro paciente, la tumoración testicular fue la primera manifestación de actividad a distancia de un tumor combinado de colon ya conocido, cuya clínica justificó la exploración quirúrgica bajo anestesia y la toma de biopsia que nos dio el resultado definitivo confirmado en el análisis anatomopatológico de pieza quirúrgica.

Son varias las teorías que intentan explicar el modo de diseminación de los tumores sólidos hacia el testículo, ya que los mecanismos de diseminación varían con la localización y el tipo de tumor primario. Entre las diferentes vías destacan la embolización arterial, la diseminación venosa y linfática retrógrada y la extensión a lo largo de los deferentes al epidídimo y teste testis no siendo excluyentes entre sí (5).

Atendiendo al origen del tumor, cabe destacar que los adenocarcinomas de colon y recto se caracterizan histológicamente por la producción de mucina. Según la

cantidad de mucina producida y la morfología de las células tumorales predominantes, los adenocarcinomas se clasifican en: tubular, papilar y mucinoso (7).

Los adenocarcinomas mucinosos se clasifican a su vez en adenocarcinoma mucinoso propiamente dicho (adenocarcinoma coloide o gelatinoso) en el que predomina la distribución extracelular de la mucina y en el que más de la mitad de las células tumorales configuran "lagos de mucina"; y otro mucho más raro, con predominio de mucina intracelular desplazando el núcleo hacia la periferia, formando las típicas imágenes de células en "anillo de sello".

El carcinoma de células en anillo de sello es un tumor que aparece preferentemente en varones entre la 5ª y 6ª década de vida, como el cáncer colorrectal común, aunque hay casos aislados en pacientes jóvenes (8). Se trata de tumores que infiltran de forma difusa la pared intestinal diseminándose por toda la cavidad peritoneal, mesenterio y órganos vecinos, con tendencia a afectar los ganglios regionales; por lo que son muy agresivos localmente, lo que contrasta con la baja incidencia de metástasis, salvo enfermedad avanzada (9). Su escasa frecuencia y su extensión intramural con preservación de la mucosa contribuyen a que sean diagnosticados en estadios avanzados ensombreciendo el pronóstico. La supervivencia es corta oscilando desde pocas semanas a un año desde el diagnóstico (10).

## CONCLUSION

La metástasis testiculares en general y las de tumor intestinal mucosecretor en particular son extremadamente raras, en el caso de estos últimos son de mal pronóstico. Clínicamente no pueden distinguirse de los tumores primarios y generalmente afectan a mayores de 60 años, aunque también pueden aparecer en jóvenes. Al igual que los tumores primarios el tratamiento de elección es la orquiectomía.

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

- \*\*1. Kulkarni S, Coup A, Kershaw JB, Buchholz N. Metastatic appendiceal adenocarcinoma presenting late as epididymo-orchitis: a case report and review of literature. BMC Urol 2004; 4:1.
2. Haupt HM, Mann RB, Trump DL, Abeloff MD. Metastatic carcinoma involving the testis. Clinical and pathologic distinction from primary testicular neoplasm. Cancer 1984; 54:709-14.
- \*3. García González R, Pinto J, Val-Bernal JF. Testicular metastases from solid tumors: An autopsy study. Ann Diagn Pathol 2000; 4:59-64.

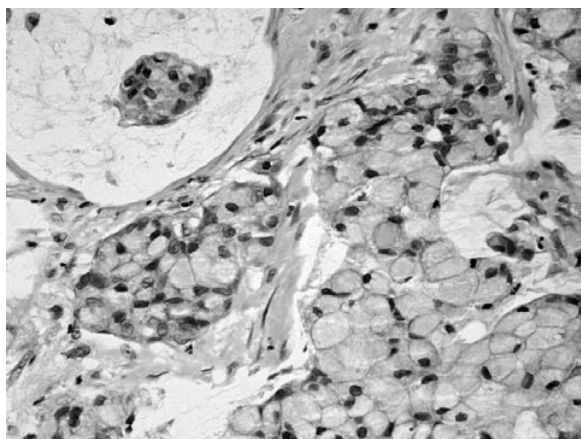


FIGURA 4. Lagos de moco y grupos de células epiteliales en anillo de sello.

4. Richardson PG, Millward MJ, Shrimankar JJ, Cantwell BM. Metastatic melanoma to the testis simulating primary seminoma. *Br J Urol* 1992; 69:663-5.
5. Meacham RB, Mata JA, Espada R, Wheeler TM, Schum CW, Scardino PT. Testicular metastasis as the first manifestation of colon carcinoma. *J Urol* 1988; 140:621-62.
- \*6. Martínez Ballesteros C, Del Portillo Sánchez L, Sánchez Yuste R, Sola Galarza I, Martínez Salamanca JJ, Carballido Rodríguez J. Tumor carcinoide testicular asociado a teratoma: A propósito de un caso. *Actas Urol Esp* 2008; 32:458-60.
7. Lui IO, Kung IT, Lee JM, Boey JH. Primary colorectal signet-ring cell carcinoma in young patients: report of three cases. *Pathology* 1985; 17:31-5.
8. Del Castillo Diego J, Hernanz de la Fuente F, Alvarez-Quñones Sanz M, Fernández Fernández F, Naranjo Gómez A. Adenocarcinoma colorrectal de células en "anillo de sello". Estudio de tres casos. *Cir Esp* 1992; 53:404-7.
9. Bonello JC, Quan SH, Sternberg SS. Primary linitis plastica of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1980; 23:337-42.
10. Almagro UA. Primary signet-ring carcinoma of the colon. *Cancer* 1983; 52:1453-7.

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (3): 238-242

**QUISTE DE LA GLÁNDULA DE SKENE: 4 CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA**

Luis Busto Martín, Iyad Barguti, Antón Zarraonandia Andraca, Ignacio Rodríguez Gómez y Luis Busto Castañón.

Complejo Hospitalario Universitario La Coruña. Clínica Urológica Dr. Busto. La Coruña. España.

**Resumen.-** **OBJETIVOS:** Presentar nuestra experiencia con cuatro casos de quistes de las glándulas de Skene de gran tamaño, realizar una revisión de la literatura publicada y conocer así los distintos diagnósticos diferenciales y el manejo a seguir.

**MÉTODOS:** Cuatro mujeres remitidas a nosotros desde su ginecólogo por presentar masas parauretrales refractarias a tratamiento conservador con posible afectación de la uretra distal.

**CONCLUSIONES:** El quiste de la glándula de Skene es una patología que raramente tratan los urólogos debido a su escasa repercusión clínica pero cuando nos es remitida por los ginecólogos es importante realizar un estudio completo del aparato urinario para realizar así un diagnóstico diferencial certero que excluya patologías malignas o alte-



## CORRESPONDENCIA

Luis Busto Martín  
Maestro Mateo 8, entr. izda.  
La Coruña. (España)

lbm@urologiabusto.com

Aceptado para publicar: 14 de enero 2010