

UROLOGÍA

SEMINOMA TESTICULAR. ESTADIO IV CON INFILTRACION RENAL SECUNDARIA

Claudio Orlich Castelón,* George Farrow**

SUMMARY

We herein report a case of a 32 years old man with a pure typical testicular seminoma, in whom 7 months after the radical orchiectomy and after inphradiafragmatic radiation therapy a solid renal mass was detected due to seminomatous invasion(stage IV), who was treated with a radical nephrectomy and three courses of quemiotherapy with cisplatinum, VP 16 and bleomyein and had a survival of 26 months after the initial treatment.

Palabras clave: seminoma testicular, estadio IV. infiltración renal secundaria.

Key words: testicular seminoma in stage IV renal infiltration.

REPORTE DE UN CASO

Un hombre de 32 años de edad, con expediente clínico 15180712 se presentó al Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios con historia de 6 meses de crecimiento difuso del tamaño del testículo izquierdo. Ingresó por primera vez el 24/3/92 efectuándosele una orquidectomía radical izquierda con un reporte de patología (Biopsia 923951) como seminoma puro clásico. El TAC en ese momento fue negativo por adenopatías retroperitoneales y los marcadores tumorales (hormona gonadotrofina coriónica y alfafetoproteína) fueron reportados como normales. En julio de 1992 recibió radioterapia a la ingle izquierda y a los ganglios paraaórticos (infradiafragmática) con un

total de 5.500 rads. Siete meses después, en octubre de 1992 se quejó de dolor lumbar izquierdo tipo cólico y un pielograma venoso mostró una hidronefrosis izquierda con deformidad de polo inferior. Se hizo un TAC en enero de 1993 que mostró la hidronefrosis y una masa sólida en el polo inferior del riñón izquierdo sin adenopatías retroperitoneales y el paciente fue explorado quirúrgicamente, con una incisión media, transperitoneal, en mayo de 1993, encontrando una masa dura en el polo inferior del riñón izquierdo adherida al colon descendente y la presencia de fibrosis marcada en el retroperitoneo por la cobaltoterapia previa, sin el hallazgo de adenopatías grandes en el retroperitoneo ni metástasis hepáticas. La biopsia del riñón (93-6595) se repor-

* Departamento de Urología Hospital San Juan de Dios

** Departamento de Patología. Clínica Mayo Roch, Minnesota.

tó como infiltración seminomatosa del polo inferior con invasión de la grasa perirenal y con invasión y obstrucción tumoral del uretero con hidronefrosis y pionefrosis crónica secundaria. El Dr. George Farrow del Departamento de Patología de la Clínica Mayo revisó las laminillas, estando de acuerdo en el diagnóstico de seminoma puro típico sin elementos anaplásicos y le llamó la atención la ausencia de reacción linfóide al tumor en el estroma, lo que él reportó como un signo de mal pronóstico por representar la ausencia de rechazo inmunológico contra los antígenos tumorales. En julio de 1993 el paciente tuvo un episodio de hematuria macroscópica y se encontró una deshidrogenasa láctica en 1170, unidad sub-beta de hormona gonadotrofina coriónica en 1300 y una fosfatasa alcalina en 298 unidades. La radiografía de tórax no mostró metástasis pulmonares y la alfafetoproteína se encontró normal. Recibió tres cursos de quimioterapia en julio, noviembre y diciembre de 1993 a base de combinación de cisplatino con VP 16 y bleomicina. Un TAC en mayo de 1994 mostró ascitis, hígado con múltiples metástasis y un plastrón en el hemiabdomen izquierdo por metástasis al mesenterio. Ingresó con un sangrado digestivo (hematemesis y melena), ictericia, encefalopatía hepática e insuficiencia renal aguda y falleció en mayo de 1994, para una supervivencia de 26 meses desde el momento de la orquidectomía radical y de 19 meses desde la nefrectomía radical.

DISCUSION

El seminoma es el tumor testicular de

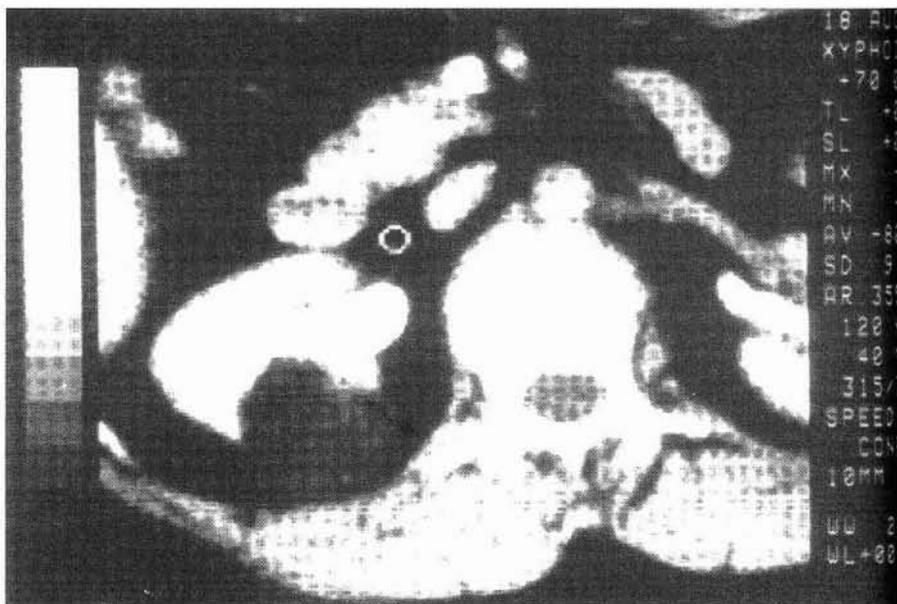


FOTO 1. : TAC mostrando una masa sólida en el polo inferior del riñón izquierdo.

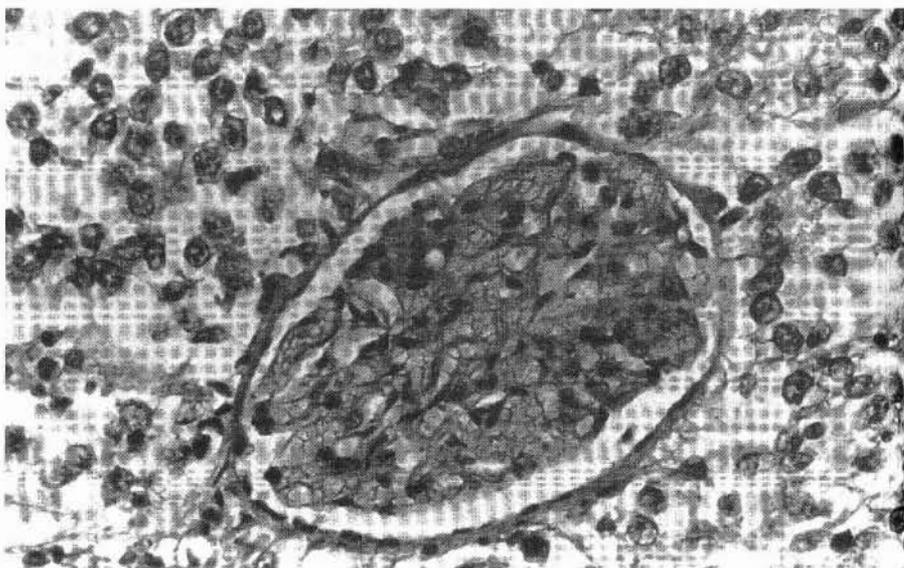


FOTO 2 : Histología de biopsia renal que muestra infiltración seminomatosa con seminoma puro típico sin elementos anaplásicos y sin reacción linfóide en el estroma.

células germinales más frecuente representando el 48% de ellos. Este tumor es muy radiosensible, con tasas de supervivencia después de radioterapia del 97 y el 85% para pacientes con estadios I y II respectivamente.¹ Los urólogos del M.D. Anderson han clasificado los seminomas testiculares

de la siguiente manera: estadio I tumor clínicamente limitado al testículo y al cordón espermático, estadio II -evidencia clínica o radiológica de tumor más allá del testículo y el cordón espermático pero limitado a los linfáticos por debajo del diafragma (estadios II A y II B-metástasis retrope-

toneales menores de 10 cm y de 10 cm o más en diámetro, respectivamente.), estadio III -extensión tumoral por arriba del diafragma pero limitados a los linfáticos del mediastino y ganglios supraclaviculares, y estadio IV-metástasis extraganglionares.¹ Se ha abandonado la irradiación profiláctica del mediastino y las áreas supraclaviculares en los pacientes con estadio II A desde hace varios años porque cuando hay recurrencias disminuye la tolerancia de la médula a la quimioterapia y se produce depresión medular con limitación a la quimioterapia de miocardio. Se usa la quimioterapia y se produce depresión medular con limitación a la quimioterapia y además porque aumenta la incidencia de infartos de miocardio. Se usa la quimioterapia en pacientes con enfermedad local avanzada (estadios II B y III y en aquellos con enfermedad sistémica (estadio IV). La presencia de niveles elevados de hormona gonadocoriónica beta en pacientes con seminoma no debe de cambiar el tratamiento en aquellos con seminoma puro. La elevación persistente de

sus niveles es indicativo de un fracaso de tratamiento y amerita ser tratado igual que los tumores germinales no seminomatosos.¹ Los pacientes con seminoma localmente masivo o de gran volumen y/o con infiltración de vísceras deben de recibir quimioterapia primaria. Estos tumores son sensibles a combinaciones a base de cisplatino y algunos de los protocolos que han tenido éxito incluyen: cisplatino, ectopósido y bleomicina; vinblastina, ciclofosfamida, dactinomicina, bleomicina y cisplatino; cisplatino y ectopósido. Las masas retroperitoneales residuales después de quimioterapia contienen fibrosis en el 90% de los casos y su única indicación para ser extirpadas con cirugía es la presencia de una masa residual bien circunscrita y mayor de 3 cm. En estas circunstancias el 40% tienen seminoma residual². La enfermedad en estadio avanzado tratada con orquidectomía radical y quimioterapia primaria tiene una sobrevida del 32 al 75% a 5 años. Nuestro caso pone en evidencia la seriedad del pronóstico y la pobre sobrevida de este paciente

con infiltración renal y hepática.

RESUMEN

Se reporta el caso de un hombre de 32 años con un seminoma testicular puro típico, el cual 7 meses después de la orquidectomía radical y después de recibir cobaltoterapia infradiafragmática se presentó a la consulta de Urología con una masa renal sólida por infiltración seminomatosa (estadio IV), que fue tratado con una nefrectomía radical seguida de quimioterapia con tres cursos de cisplatino, VP 16 y bleomicina y el que tuvo una sobrevida de 26 meses después de su tratamiento inicial.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Babaian J. y Zagars G.: Testicular seminoma: The M.D. Anderson Experience. An analysis of pathological and patient characteristics, and treatment recommendations. *J Urol*; 1988; 139:311-314.
- 2) Presti J. Testicular cancer. An overview. In: Crawford D. *Current Genitourinary Cancer Surgery*. Second Edition. Williams & Wilkins; 1996: 445-453