

Cartas al Director

Hemorragia digestiva como presentación de un tumor germinal testicular

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta. Tumor germinal testicular.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding. Testicular germ cell tumor.

Sr. Director:

La incidencia de cáncer testicular es de 3-5 casos por 100.000 habitantes. Es el tumor más frecuente en varones de 20 a 35 años. El aumento de tamaño del testículo o la aparición de una masa testicular dolorosa representan el signo clínico más habitual al diagnóstico (70-90%), siendo infrecuente el debut como una hemorragia digestiva alta (HDA).

Caso 1. Varón de 28 años con orquiepididimitis de dos años de evolución, ingresado por dolor abdominal y HDA. La endoscopia digestiva alta (EDA) mostró signos de infiltración tumoral de la mucosa duodenal a nivel de la región ampular, cuya biopsia fue de carcinoma embrionario metastático. Aunque en la ecografía testicular existían anomalías en teste derecho, tras orquiectomía inguinal derecha sólo se detectó atrofia testicular con lesión fibrosa residual. La β -gonadotropina coriónica humana (β -HCG) y α -fetoproteína (AFP) fueron de 78 mUI/ml y 6,6 ng/ml respectivamente. Tras estudio de extensión se estableció el diagnóstico de tumor germinal no seminomatoso (TGNS) estadio II-C (T0 N3 M0) de la clasificación del Royal Marsden y se inició quimioterapia con cisplatino, etoposide y bleomicina (4 ciclos). Tras completar el tratamiento persistía masa retroperitoneal residual con marcadores normales. En el intervalo previo a la resección quirúrgica de la masa presentó dolor lumbar y nuevo episodio de HDA, que requirió laparotomía de urgencia con resección incompleta de la masa re-

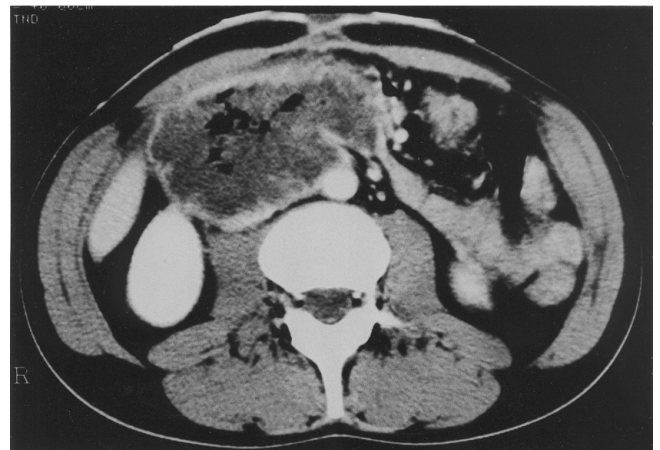


Fig. 1.- Masa retroperitoneal que comprime el duodeno.

sidual y duodenectomía parcial. El estudio de extensión postquirúrgico detectó metástasis pulmonares, hepática y elevación de β -HCG. Se pautó quimioterapia de segunda línea seguido de quimioterapia a altas dosis más trasplante autólogo de precursores de sangre periférica, alcanzando respuesta completa. Seis meses después sufrió recaída a nivel ganglionar retroperitoneal y pulmonar, siendo *exitus* por progresión de enfermedad.

Caso 2. Varón de 23 años ingresado por HDA severa. Refería historia de un mes de evolución de hinchazón del testículo derecho. En la EDA se evidenció una masa tumoral hemorrágica que infiltraba la tercera porción del duodeno. El estudio de extensión detectó metástasis pulmonares, hepáticas y una masa retroperitoneal que infiltraba el duodeno, vena cava inferior y riñón derecho (Fig. 1). β -HCG de 209,138 mUI/ml y AFP de 253 ng/ml. Se realizó gastroyeyunostomía y orquiectomía derecha en el mismo acto quirúrgico. Tanto las biopsias de la masa retroperitoneal como del teste extirpado mostraron infiltración mixta por carcinoma embrionario y coriocarcinoma. Establecido el diagnóstico de TGNS de mal pronóstico IGCCCG estadio IV-D-L2-H según la clasificación *Royal Marsden*, se pautó qui-

mioterapia con cisplatino y etopósido. Requirió medidas de soporte extremas por las complicaciones postoperatorias. Tras la estabilización completó cuatro ciclos alternantes de quimioterapia, esquema BOMP/EPI, constatando respuesta completa después del sexto ciclo, sin masa residual. En la actualidad, seis años después del diagnóstico el paciente sigue vivo.

Discusión

Muchos tumores germinales testiculares son diagnosticados como una masa no dolorosa, no obstante, un 5-10% de los casos se presentan con signos y/o síntomas secundarios a la existencia de metástasis. La afectación gastrointestinal ha sido comunicada en menos del 5% de los casos, aunque en los estudios de autopsia este porcentaje es más elevado (1), siendo más frecuente en los TGNS, y especialmente en el tipo histológico coriocarcinoma. En la mayoría de los casos las metástasis gastrointestinales se producen por infiltración directa de los ganglios linfáticos retroperitoneales adyacentes, a los cuales drena el testículo. Por ello la lesión se localiza generalmente en el intestino delgado, y más concretamente en duodeno (alrededor del 95%) (1,2).

Alrededor de veinticinco casos de tumor testicular que han debutado como una hemorragia gastrointestinal han sido comunicados en revistas de habla inglesa (1-6). La hemorragia masiva como presentación clínica es poco habitual, requiere un enfoque multidisciplinario, no siendo infrecuente la necesidad de una intervención quirúrgica de urgencia. La realización de un estudio endoscópico es indispensable para determinar la causa

del sangrado. Los pacientes con afectación gastrointestinal suelen presentar metástasis a otros niveles, por lo cual se incluyen dentro del grupo de peor pronóstico. No obstante, supervivientes a largo plazo son posibles con los tratamientos disponibles en la actualidad. Es por tanto importante incluir los tumores germinales en el diagnóstico diferencial de los tumores del tracto gastrointestinal en varones jóvenes.

A. Oltra, J. Aparicio¹, M. Pastor¹ e I. Maestu

*Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen de los Lirios.
Alcoy. ¹Hospital Universitario La Fe. Valencia*

Bibliografía

1. Plukker JT, Schraffordt H, Sleijfer DT, Oosterhuis JW, van der Jagt E. Intestinal hemorrhages in patients with a non seminomatous testicular tumor. *Cancer* 1991; 68: 2630-2.
2. Nord C, Fossa SD, Giercksky KE. Gastrointestinal presentation of germ cell malignancy. *Eur Urol* 2000; 38: 721-4.
3. Nakamura A, Ikerda Y, Morishita S, Sato Y, Matsumoto M, Inomoto T, et al. Upper gastrointestinal bleeding arising from metastatic testicular tumor. *J Gastroenterol* 1997; 32: 650-3.
4. Hofflander R, Beckes D, Kapre S, Matolo N, Liu S. A case of jejunal intussusception with gastrointestinal bleeding caused by metastatic testicular germ cell cancer. *Dig Surg* 1999; 16: 439-40.
5. Rosenblatt GS, Walsh CJ, Chung S. Metastatic testis tumor presenting as gastrointestinal hemorrhage. *J Urol* 2000; 164: 1655.
6. Varadarajulu S, Ramsey WH. Hematemesis as the initial presentation of testicular cancer. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3678-9.