

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 7 (746-749), 2006

**METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA DE COLON EN EPIDÍDIMO Y CORDÓN ESPERMÁTICO.**

José Manuel Janeiro Pais, Luis Busto Castañón, Alfonso Barbagelata López, José Ponce Díaz-Reixa, Estefanía Romero Selás, Vicente Pastor Casas Agudo y Marcelino Gonzalez Martín.

Servicio de Urología del Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.

**Resumen.-** *OBJETIVO:* Presentar un caso de metástasis en epidídimo y cordón espermático de un carcinoma de colon.

*MÉTODOS/RESULTADOS:* Presentamos el caso de un paciente de 67 años que tras varios meses de una colectomía subtotal por un adenocarcinoma de colon (pT3NoMo) presenta una tumoración testicular derecha palpable y dolorosa. Se le realizó una orquiectomía derecha y la anatomía patológica demostró que se trataba de una recidiva del cáncer de colon en esta localización.

*CONCLUSIONES:* Las metástasis en epidídimo o cordón espermático son poco frecuentes y suelen encontrarse como hallazgo incidental tras la orquiectomía por cáncer de próstata.

**Palabras clave:** Carcinoma de colon. Metástasis. Epidídimo. Cordón espermático.

**Summary.-** *OBJECTIVE:* To report the case of an epididymal and spermatic cord metastasis of a colon adenocarcinoma.

*METHODS/RESULTS:* We present the case of a 67 years old man, who presents several months after subtotal left colectomy for a left colon adenocarcinoma (pT3 NoMo), with a symptomatic right palpable testicular tumour. Right orchiectomy was done, demonstrating colon adenocarcinoma metastasis.

*CONCLUSIONS:* Epididymal and spermatic cord metastases are very infrequent and they usually are found incidentally after prostate cancer orchiectomy.

**Keywords:** Colon carcinoma. Metastasis. Epididymis. Spermatic cord.

**INTRODUCCIÓN**

El adenocarcinoma de colon constituye hoy en día la segunda causa de muerte en el adulto por neoplasia tras el cáncer de pulmón.

Aparece con más frecuencia en pacientes mayores de 50 años, fundamentalmente derivados de pólipos adenomatosos que se malignizan. Se localizan con mayor frecuencia a nivel de recto y unión rectosigmoidea. Suelen metastatizar en ganglios linfáticos regionales, y a distancia afectan en primer lugar al hígado, siendo el epidídimo y el cordón espermático lugares de raro asentamiento para las metástasis (1,2). En otros tumores como el cáncer de próstata, páncreas, melanoma y el adenocarcinoma renal se han comunicado casos de metástasis en cordón espermático y epidídimo (3 - 7). En todos los casos publicados se concluye que se trata de una localización poco frecuente para la metastatización de estos carcinomas, siendo el cáncer de próstata el que con más frecuencia lo hace a ese nivel (3,4).

En la revisión efectuada hemos encontrado sólo dos casos en los que la primera manifestación de una recidiva de adenocarcinoma de colon sea un nódulo metastásico en epidídimo (8,9). También resulta excepcional que la primera manifestación de una neoplasia de colon oculta sea una metástasis en cordón espermático o en epidídimo (2).

**CASO CLÍNICO**

Se trata de un paciente de 67 años con antecedentes de síndrome depresivo y prostatismo, al que se le diagnostica a principios del año 2004 un carcinoma de colon descendente. En el mes de Marzo de ese mismo año se le practica una colectomía subtotal izquierda con anastomosis ileosigmoidea. En el estudio anatomopatológico de la pieza de colectomía se observa una tu-

**Correspondencia** | José Manuel Janeiro Pais  
Servicio de Urología  
Hospital Juan Canalejo Planta 11. Urología  
Xubias de Arriba, 84  
15006 La Coruña. (España)  
janeirpais@canalejo.org  
Trabajo recibido: 28 de diciembre 2005.

moración de 4x2 centímetros compatible con un adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado, que infiltra hasta la grasa subserosa, sin afectación ganglionar y con los bordes quirúrgicos libres (pT3NoMo). En el postoperatorio precisó drenaje de un absceso en la pared abdominal, cursando el resto del postoperatorio sin otras complicaciones.

En la analítica preoperatoria el paciente tenía un hematócrito de 47,7, hemoglobina de 15,6, creatinina de 0,91, analítica de orina dentro de la normalidad, un PSA < 4 y una cifra de Antígeno Carcino Embrionario (CEA) de 91,45 (Normal < 5,00). La TAC preoperatorio fue informada como masa en colon descendente compatible con carcinoma de colon con pequeñas adenopatías retroperitoneales menores de 1 centímetro de diámetro, no significativas, así como lesiones crónicas fibrocicatriciales en tórax.

A los cuatro meses de la colectomía el paciente comienza a notar una masa nodular dolorosa a nivel del testículo derecho. Se le realiza entonces una ecografía testicular que detecta una lesión heterogénea, con zonas sólidas y quísticas, a nivel de cuerpo del epidídimo derecho y que podría estar afectando al testículo, por lo que se consulta al Servicio de Urología para su valoración. (Figura 1).

En la exploración comprobamos que el paciente presenta una tumoración dolorosa de 1-2 centímetros en el epidídimo derecho, así como otra tumoración de menor tamaño en el cordón espermático derecho.

Se programa para exploración quirúrgica de las lesiones bajo anestesia raquídea con criterios oncológicos: incisión inguinal, extracción de teste derecho y cordón espermático y clampaje del mismo. Macroscópicamente observamos, en el tercio medio del epidídimo derecho, una lesión nodular de unos 2 centímetros de diámetro, de coloración amarillenta y consistencia elástica, firmemente adherida al testículo derecho, del cual despegamos con dificultad. Aparentemente el testículo parecía macroscópicamente normal y sin infiltración. En el cordón espermático derecho palpamos otra lesión de características similares, que parecía abarcar circunferencialmente al cordón. Se hizo biopsia intraoperatoria que fue informada como adenocarcinoma, por lo que decidimos - tras informar al paciente que dio su consentimiento - de realizar una orquiectomía radical derecha, incluyendo cordón espermático.

El Servicio de Anatomía Patológica tras estudiar la pieza quirúrgica confirmó que se trataba de una tumoración de 2 centímetros de diámetro en tercio medio de epidídimo derecho y otra tumoración en cordón espermático derecho de 1,5 centímetros de diámetro, correspondientes a neoformaciones epiteliales malignas con estructuras glandulares compatibles con metástasis de un adenocarcinoma posiblemente de colon. Los bordes

quirúrgicos y el testículo derecho estaban libres de tumoración. (Figura. 2).

El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta por el Servicio de Urología al día siguiente de la intervención pasando el paciente a al Servicio de Oncología para tratamiento complementario con quimioterapia. En los controles postoperatorios se le realizaron TAC de control y analíticas, detectándose a las 12 semanas posteriores de la orquiectomía una elevación significativa del CEA que se correspondió con la aparición en las pruebas de imagen (TAC) de adenopatías retroperitoneales mayores de 1 centímetro, nódulos pulmonares y un engrosamiento de la pared del colon cercano a la anastomosis. Actualmente el paciente vive, aunque en los estudios de imagen realizados tras la intervención se comprobó que la evolución es desfavorable a pesar del tratamiento quimioterápico, con aparición de múltiples implantes mesentéricos, hepáticos y aumento en el número y tamaño de los nódulos pulmonares.

## DISCUSIÓN

Los tumores primarios de epidídimo son infrecuentes (10,11), siendo también las metástasis a este nivel de primarios en otra localización muy poco comunes (5). De entre los cánceres de los que se han comunicado metástasis en epidídimo, el más frecuente es el de próstata (3,4), aunque el hallazgo a este nivel de una metástasis suele ser incidental y con tumores muy evolucionados. En el caso de los carcinomas de próstata suele coincidir con la orquiectomía a la que se somete a algunos de estos pacientes para el tratamiento de su cáncer de próstata.

Con frecuencia el paciente refiere notar una tumoración dolorosa intraescrotal, como en el caso que presentamos. Ante esta clínica la primera prueba complementaria que estaría indicada realizar, tras la exploración

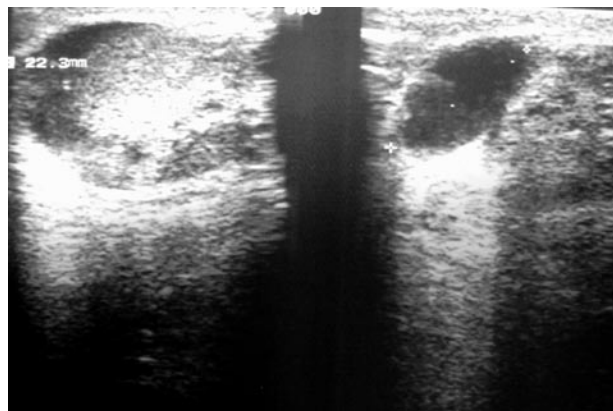


FIGURA 1. Ecografía de la lesión epididimaria.

física del paciente, sería la ecografía testicular, que nos orientaría sobre la actitud a tomar.

El carcinoma de colon suele metastatizar con más frecuencia a nivel local en los ganglios regionales y a distancia en el hígado. El caso que presentamos presenta la particularidad de la afectación simultánea epididimaria y del cordón espermático por metástasis de un cáncer de colon. Además es un caso especialmente significativo por aparecer la recidiva del carcinoma de colon como primer lugar de presentación en el epidídimo y cordón espermático derechos. En nuestra revisión hemos encontrado sólo dos casos en los que la primera manifestación de la recidiva de un cáncer de colon sea en el epidídimo (8,9). Resulta todavía más excepcional que un cáncer de colon clínicamente oculto debute con tumoraciones en epidídimo (1) o testículo (2) y se diagnostique después de analizar anatomopatológicamente tejido metastásico en estas localizaciones.

Las metástasis a nivel escrotal de carcinomas primarios en otras localizaciones pueden ocurrir por varios mecanismos: Vía retrógrada por extensión venosa o linfática, por embolismos arteriales, o por extensión directa, siendo la extensión linfática retrógrada la que se ha comprobado más probable en los tumores primarios gastrointestinales.

## CONCLUSIONES

Aunque sean extremadamente raros los cánceres que metastatizan en epidídimo y cordón espermático, la presencia de tumoraciones a este nivel debe hacernos pensar en la posibilidad de una metástasis de un carcinoma primario en otra localización, fundamentalmente en pacientes que hayan sido diagnosticados previamente de cáncer. Sólo en casos excepcionales una tumoración en epidídimo o cordón espermático se correspondería a una metástasis de un cáncer oculto en otra localización

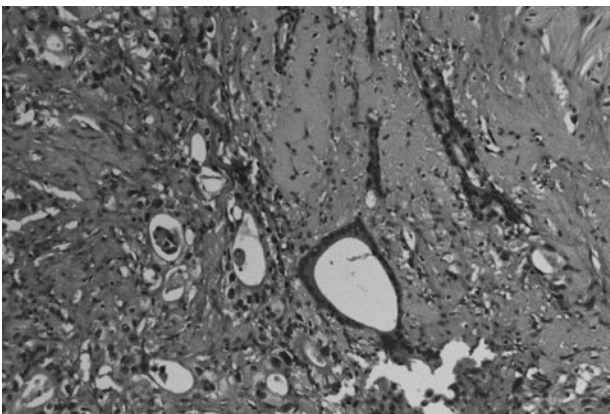


FIGURA 2. Anatomía Patológica de la lesión epididimaria.

que debuta clínicamente en alguna de estas localizaciones, pero es una posibilidad que debemos tener siempre en cuenta durante el proceso diagnóstico del paciente. La cirugía estaría indicada en ausencia de otras metástasis, y sería dudosa su utilidad en los tumores ya diseminados.

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

- \*\*1. SMALLMAN, L.A.; ODEDRA, J.K.: "Primary carcinoma of sigmoid colon metastasizing to epididymis". *Urology*, 23: 598, 1984.
2. MEACHMAN, R.B.; MATA, J.A.; ESPADA, R. y cols.: "Testicular metastasis as the first manifestation of colon carcinoma". *J. Urol.*, 140: 621, 1998.
- \*3. PUIGVERT, A.; VAZQUEZ, L.; SANTAULARIA, J.M.P.: "Metastasis of prostatic carcinoma to the epididymis". *Arch. Esp. Urol.*, 31: 1, 1978.
4. CIA, E.M.; BILLIS, A.; MORIYAMA, H.; FERREIRA, A.A.: "Metastases in epididymides from papillary adenocarcinoma of prostate". *Urology*, 18: 607, 1981.
- \*5. ALGABA, F.; SANTAULARIA, J.M.; VILLAVICENCIO, H.: "Metastatic tumor of the epididymis and spermatic cord". *Eur. Urol.*, 9: 56, 1983.
6. HAMMAN, F.A.: "Metastatic malignant melanoma of the epididymis". *Br. J. Urol.*, 69: 661, 1992.
7. FOURNIER, G.; HUBERT, J.; CHASSAGNE, S. y cols.: "Metastasis of renal adenocarcinoma to the spermatic cord and the epididymis : 2 cases". *Prog. Urol.*, 5: 714, 1995.
8. MORENO ANTÓN, F.; SASTRE VARELA, J.; LOBOFF DE LEON, B. y cols.: "Epididymal metastases as the first sign of a colon cancer recurrence". *Clin. Transl. Oncol.*, 7: 321, 2005.
9. PARRA, R.O.; BOULLIER, J.; MEHAN, D.J.: "Malignant tumor of the colon metastatic to the epididymis as a first sign of recurrence of colon cancer". *Mo. Med.*, 89: 298, 1992.
10. GANEM, J.P.; JHAVERI, F.M.; MARROUM, M.C.: "Primary adenocarcinoma of the epididymis: case report and review of the literature". *Urology*, 52: 904, 1998.
11. ARISAN, S.; AKBULUT, O.N.; CAKIR, O.O. y cols.: "Primary adenocarcinoma of the epididymis: case report". *Int. Urol. Nephrol.*, 36: 77, 2004.