

darizada, aunque parece dar buenos resultados la combinación de quimioterapia intratecal y sistémica a altas dosis. Algunos autores aseguran que la combinación de tres ciclos de CHOP, radioterapia inguinal, iliaca y de linfáticos paraaórticos así como la profilaxis de SNC con quimioterapia intratecal y radioterapia mejora la supervivencia, atribuyendo su éxito principalmente a la radioterapia regional pélvica y áreas linfáticas lumbo-aórticas y a la profilaxis del SNC (9). Otros abogan por la combinación de quimioterapia, profilaxis de SNC y radioterapia del teste contralateral a todos los pacientes dado el alto porcentaje de recidivas en ambas localizaciones (10). Esta falta de consenso pone de manifiesto, una vez más, la necesidad de seguir investigando en busca de pautas más efectivas y/o de nuevos tratamientos específicos.

## CONCLUSIÓN

El linfoma testicular es una entidad muy poco frecuente, a pesar de ser considerado el tumor testicular más común en mayores de 60 años. En su mayoría se trata de linfomas no Hodgkin difusos de grado intermedio alto de malignidad e inmunofenotipo B, considerando como excepcionales los de tipo T. Su pronóstico es pobre debido a su gran tendencia a la propagación sistémica. Su tratamiento se basa en orquiectomía, quimioterapia y radioterapia, si bien no existe una pauta estandarizada del mismo.

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

1. GREENLEE, R.; MURRAY, T.; BOLDEN, S. y cols.: "Cancer statistics 2000". CA Cancer J. Clin., 50: 7, 2000.
2. GÓMEZ GARCÍA, I.; RODRÍGUEZ PATRÓN, R.; SANZ MAYAYO, E. y cols.: "Linfoma testicular primario. Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura". Actas Urol. Esp., 28: 141, 2004.
3. PIEDRA LARA, J.D.; CAPITÁN MANJÓN, C.; CRUCEYRA BETRIU, G. y cols.: "Linfoma testicular primario. Presentación de un caso". Actas Urol. Esp., 26: 129, 2002.
4. PAKZAD, K.; MACLENNAN, G.T.; ELDER, J.S.: "Follicular large cell lymphoma localized to the testis in children". J. Urol., 168: 225, 2002.
5. LEIBOVITCH, I.; GOLDWASSER, B.: "The spectrum of acquired immune deficiency syndrome-associated testicular disorders". Urology, 44: 818, 1994.
6. BRICE, P.; DE KERVILER, E.: "Lymphomas de l'appareil urogenital. Genitourinary lymphomas". Ann. Urol. (Paris), 41: 1, 2007.
7. BALLEREAU, C.; LEROY, X.; MORSCHHAUSER, F. Y cols.: "Testicular natural killer T-cell lymphoma". Int. J. Urol., 12: 223, 2005.
8. SHAHAB, N.; DOLL, D.C.: "Testicular lymphoma". Semin. Oncol., 26: 259, 1999.

9. LINASSIER, C.; DESABLENS, B.; LEFRANCO, T. y cols.: "Stage I-II primary non-Hodgkin's lymphoma of the testis: Results of a prospective trial by the GOELAMS Study Group". Clin. Lymphoma, 3: 167, 2002.
10. KONDO, T.; WADA, H.; YATA, K.: "Seven patients with stage I and II primary testicular lymphoma". Rinsko Ketrucki, 43: 473, 2002.

---

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 4 (531-533), 2008

## METÁSTASIS TESTICULAR METACRÓNICA SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS

Roberto Llarrea Ibarguren, Jorge García-Olaverri Rodríguez, Igor Azurmendi Arin, Ivan Olano Grasa y Carlos Pertusa Peña.

Servicio de Urología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

---

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentar un caso de metástasis inusual en testículo de origen renal.

MÉTODO: Paciente de 57 años afecto y en tratamiento por un cáncer renal derecho diseminado que durante su evolución con terapia médica aparecieron metástasis óseas y un nódulo doloroso en polo superior testicular derecho, que obligó a cirugía, con resultado de metástasis de adenocarcinoma de células claras.

Correspondencia

Roberto Llarrea Ibarguren  
Apartado de correos 20134  
48080 Bilbao. Vizcaya. (España)  
rllarrea@euskalnet.net

Trabajo recibido: 20 de junio 2007.

**RESULTADO:** A los 6 meses el paciente sigue en tratamiento con sorafenib oral sin que se hayan manifestado más implantes metastáticos.

**CONCLUSIONES:** Los tumores secundarios metastásicos en testes suponen menos del 1% del total de tumores testiculares. En pacientes en la 5ª y 6ª década, sobre todo afectados de otras neoplasias, las masas testiculares acostumbra a ser implantes metastáticos. El origen más frecuente es el prostático.

---

**Palabras clave:** Testículo. Metástasis. Adenocarcinoma.

---

**Summary.-** **OBJECTIVE:** To report one case of unusual testicular metastasis from a renal origin.

**METHODS:** 57-year-old patient with disseminated right renal cancer under treatment who presented bone metastasis and a painful nodule in the upper pole of the right testicle during his follow-up with medical therapy, making surgery necessary. The pathology result was clear cell adenocarcinoma.

**RESULTS:** Six months later the patient continues under oral Sorafenib without evidence of new metastatic implants.

**CONCLUSIONS:** Testicular secondary metastatic tumors account for less than 1% of old testicular tumors. In patients in the fifth and sixth decades, mainly if they are affected by other neoplasias, testicular masses use to be metastatic implants. The most frequent origin is prostate.

---

**Keywords:** Testicle. Metastasis. Adenocarcinoma.

---

## INTRODUCCIÓN

A excepción de la infiltración leucémica y linfomatosa, los secundarismos testiculares son raros, incluso pudiéramos decir que excepcionales. Hasta el año 2000 se habían descrito unos 200 casos de metástasis en testes, producidos en general y de mayor a menor frecuencia por tumores de próstata, pulmón, riñón y melanomas, siendo mucho menos frecuentes, aunque descritos ocasionalmente, por neoplasias de vejiga, páncreas, recto y pene (1). Incluso se han descrito metástasis bilaterales por hepatocarcinomas (2). Autores como Dieckman (3) dicen que el 0,9% de los tumores testiculares son metástasis. Sin embargo en una revisión más actual de 2006 de Wang (2), la incidencia de tumores secundarios testiculares se cifra en el 0,06% del total de neoplasias.

A diferencia de los tumores primarios en los que la afectación por edad ocurre entre los 20 y 40 años, los tumores secundarios inciden en pacientes que se encuentran en la 5ª y 6ª década de la vida (2).

## CASO CLÍNICO

Varón de 57 años diagnosticado de neoplasia renal derecha, e intervenido en enero de 2005 por laparotomía media supraumbilical realizándose nefrectomía radical. Se trató de un adenocarcinoma de células claras, en estadio pT2 pN0 M0 con grado de Furhman II. A los 6 meses se demostraron nódulos metastáticos múltiples en ambos pulmones por lo que se inició tratamiento mediante interleukina2 por vía inhalada, obteniendo estabilización de la enfermedad a nivel pulmonar en el primer control tomográfico realizado en enero de 2006. En septiembre de 2006 apareció una metástasis en base de cráneo que provocó parestesias en lengua y hemicara derecha, siendo sometida a radioterapia. Dada la progresión de la enfermedad se suspendió la inhalación de interleukina2, iniciándose tratamiento con sorafenib a dosis de 800 mg cada día en dos dosis orales. Casi coincidiendo con el episodio de progresión previo refirió un aumento progresivo y doloroso en el polo superior de teste derecho, palpándose una masa a ese nivel. Ecográficamente existía un nódulo de 6 mm situado en el polo superior testicular en íntimo contacto con la albugínea, de características normoecógenas respecto a pulpa, rodeado de un halo hipoecógeno, en ausencia de hidrocele (Figura 1). Dada la sintomatología dolorosa se decidió orquiectomía, demostrando una masa rojiza, de 1 cm de tamaño, que protuía a través de la albugínea, junto a otra masa satélite de 2 mm (Figura 2). Histopatológicamente se informó como adenocarcinoma de células claras afectando pulpa tes-



FIGURA 1. Ecografía testicular derecha. Nódulo bien delimitado en polo superior, normoecógeno.

ticular que rebasaba, infiltraba y atravesaba la albugínea. A los 6 meses de la orquiectomía prosigue en tratamiento con sorafenib oral, no habiendo aparecido más metástasis.

## DISCUSIÓN

Aunque dispares en las cifras, se ha cuantificado que entre el 0,02 y el 2,5% de las autopsias pueden demostrar metástasis testiculares según Dutt (1), o entre el 0,06 y el 0,46% según Datta (4). En lo que están de acuerdo la mayoría de los autores es en achacar al tumor de próstata la mayoría de estas afectaciones testiculares secundarias.

A pesar de que el cáncer renal es el 3º tumor en frecuencia de los genitourinarios y suponer el 2% del total de tumores humanos, diagnosticándose en nuestro Estado cerca de 2000 casos nuevos cada año, las metástasis intraescrotales por esta neoplasia descritas hasta la fecha son aproximadamente unas 21 (5), distinguiéndolas de las afectaciones secundarias de epidídimo y cordón funicular de las que se han contabilizado hasta 19 (6).

La mayoría de las afectaciones testiculares son ipsilaterales y además izquierdas, teniendo esta evidencia su explicación atendiendo a las posibles vías de diseminación (5).

Se han reconocido dos vías de diseminación: linfática y hematológica (3). Dentro la hematológica, a su vez, dos: arterial a partir de implantes metastáticos en otro órgano, habitualmente pulmón; y venosa, desde la vena espermatológica o en forma más rara y menos probable desde conexiones entre el plexo de Batson y el plexo

espermático. Al parecer las más plausible y posible sería la que utiliza la vía venosa espermatológica en la que mediante el flujo retrógrado, a veces coincidiendo con la presencia de varicocele, se facilitarían la llegada de implantes celulares al testículo. Por ello, el lado izquierdo y en forma ipsilateral, sería el más frecuentemente afectado. En casos de afectación contralateral habría que buscar en la vía arterial la explicación a la llegada de células hasta el testículo.

Aunque la mayoría se han descrito en pacientes de larga evolución con historia previa de carcinoma renal, de hasta 7 años (5), existen casos en los que la primera manifestación del tumor renal fue la aparición del implante testicular (7, 8).

La orquiectomía seguida del tratamiento que se considere necesario, inmunoterapia basada en interferon, interleukina2 o ambas, y/o sunitinib o sorafenib en la actualidad, es mandataria. Hay descritos casos en los que la evolución fue aceptable con largas supervivencias, luego de la cirugía testicular y renal, sobre todo en los casos de afectación primaria y única, como en el caso de Lauro (7). Así todo el pronóstico es malo a corto plazo, con supervivencias inferiores a los 2 años (8).

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

1. DUTT, N.; BATHES, A.W.; BAITHUN, S.I.: "Secondary neoplasms of the male genital tract with different patrons involvement in adults and children". *Histopathology*, 37: 323, 2000.
2. WANG, C.H.; WANG, S.: "Testicular metastasis from hepatocellular carcinoma". *International Journal of Urology*, 13: 1033, 2006.
- \*3. DIECKMANN, K.P.; DUE, W.; LOY, V.: "Intraescrotal metastasis renal cell carcinoma". *Eur. Urol.*, 15: 297, 1998.
4. DATTA, M.W.; ULBRIGHT, T.M.; YOUNG, R.H.: "Renal cell carcinoma metastatic to the testis and this adnexa: A report of five cases including three that accounted for the initial clinical presentation". *Int. J. Surg. Pathol.*, 1: 49, 2001.
- \*5. CALLEJA ESCUDERO, J.; PASCUAL SAMANIEGO, M.; MARTÍN BLANCO, S. y cols.: "Metástasis intraescrotal de un carcinoma renal". *Actas Urol. Esp.*, 4: 311, 2004.
6. FOURNIER, G.; HUBERT, J.; CHASSAGEN, S. y cols.: "Metastases d'adenocarcinome renal au niveau du cordon spermatique et de l'epididyme: Deux observations". *Prog. Urol.*, 5: 714, 1995.
7. LAURO, S.; LANZETTA, G.; BRIA, E. y cols.: "Contralateral solitary testis metastasis antedating renal cell carcinoma: A case report and review". *Anticancer Research*, 18: 4683, 1998.
- \*\*8. PLANZ, B.; DEIX, T.; STEGER, G. y cols.: "Late testicular metastasis from renal cell carcinoma". *Internet Journal of Urology*, 1: 2, 2003.

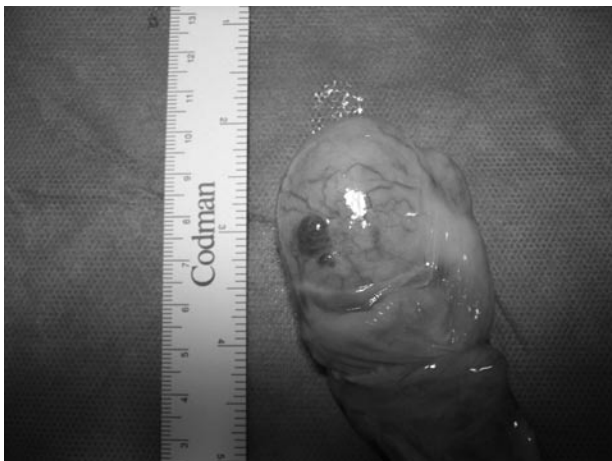


FIGURA 2. Pieza quirúrgica de orquiectomía derecha. Masa sólida que emerge de la superficie albugínea, acompañada de nódulo satélite. Microscópicamente se informó como adenocarcinoma de células claras.