

METÁSTASIS TESTICULAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE MELANOMA MALIGNO DE ORIGEN DESCONOCIDO

José Antonio Contreras Ibañez, Pedro Muriel Cueto¹ y José María Baez Perea¹.

Servicio de Oncología Médica y Servicio de Anatomía Patológica¹. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Resumen.- OBJETIVO: Aportar información sobre un raro proceso y alertar a clínicos y patólogos para que tengan presente en sus diagnósticos esa posibilidad.

MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón adulto con dolor y tumefacción en región inguinal izquierda y aumento de volumen del testículo homolateral.

CONCLUSIONES: Es conveniente en varones adultos tener presente la posibilidad de metástasis testicular de un tumor primario oculto ya que la afectación metastásica puede constituir la primera manifestación de la enfermedad.

CORRESPONDENCIA

José Antonio Contreras Ibañez
Hospital Universitario Puerta del Mar
Servicio Oncología Médica (9^a planta)
Avda. Ana de Viya 21.
11009 Cádiz. (España).

joseantonio.contrerasibaez@gmail.com

Trabajo recibido: 25 de febrero 2008.

Palabras clave: Testículo. Metástasis. Melanoma maligno.

Summary.- OBJECTIVE: To report a rare process and to stimulate clinicians and pathologists to have this possibility present in their diagnoses.

METHODS: We report the case of an adult male with pain and swelling in the left inguinal region and increased volume of the homolateral testicle.

CONCLUSION: It is appropriate to bear in mind the possibility of testicular metastasis of a primary unknown tumor in adult males since metastatic affectation can constitute the first manifestation of the disease.

Keywords: Testicle. Metastases. Malignant melanoma.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis testiculares de melanoma maligno son relativamente frecuentes en series de autopsia, pero se diagnostican en muy pocas ocasiones en vida de los pacientes (1). Aún más raro es que constituyan la primera manifestación de la enfermedad y excepcional el que, además, no se descubra el melanoma maligno primario.

Hay casos en los que la historia de melanoma es remota y no se le relaciona con el proceso actual del teste. Si a esto se añade la variada apariencia histológica del melanoma metastásico, no es difícil comprender que el diagnóstico patológico sea subestimado en el espécimen de orquiectomía y se dé el diagnóstico de tumor testicular primario. En otros casos, es la metástasis testicular la primera manifestación de la enfermedad, sin otra evidencia de extensión, lo que dificulta todavía más el diagnóstico.

El objetivo del trabajo es concienciar a clínicos y patólogos para que piensen en esta posibilidad ante el hallazgo de una masa testicular en un hombre de edad madura, aunque se desconozca la presencia de un tumor primario.

CASO CLÍNICO

Paciente de 61 años, fumador de 20 cigarrillos al día, diagnosticado varios años antes de fibrilación auricular crónica, HTA, OCFA, portador de prótesis en rodilla derecha y en tratamiento con dicumarínicos, antihipertensivos y broncodilatadores.

Acudió al Servicio de Urgencias del Centro a finales de noviembre de 2006 por presentar dolor y tumefacción

en región inguinal izquierda de 12 días de evolución junto con aumento de volumen del testículo homolateral. Fue valorado por urólogo de guardia que detectó en la exploración física y ecográfica (27-11-06) una gran masa sólida con áreas de necrosis de 60 X 58 mm localizada en teste izquierdo; asimismo existía otra gran masa en región inguinal izquierda, heterogénea, bien delimitada e hipocogénica de 71 X 55 mm, compatible con adenopatía. Ante la sospecha de tumor primitivo testicular, se solicitaron α -fetoproteína y B-HCG (normales) y se programó orquiectomía por vía inguinal realizándose el 21 de diciembre de 2006.

La Anatomía Patológica informó: secciones de adenopatía y testículo con una tumoración con abundante pigmento ocre y células formando nódulos, remediando teclas, con células de núcleos irregulares con grueso nucleolo e índice mitótico aumentado. La tumoración respeta la periferia del teste y la albugínea e infiltra masivamente la adenopatía. El estudio inmunohistoquímico es positivo para S-100 y HMB-45 y negativo para alfa inhibina (Figura 1).

Fue remitido a Dermatología para búsqueda de melanoma primario pero ésta fue infructuosa por lo que se derivó a nuestro Servicio para valoración de tratamiento sistémico.

En nuestra consulta la exploración fue anodina.

Se solicitó TAC tórax y abdomen con contraste oral e intravenoso: nódulo en segmento I izquierdo, no calcificado, de 6 mm y nódulo en segmento 6 derecho con cola pleural de 12 mm. En región lumbar alta, se aprecia un nódulo de densidad partes blandas de 3.1 cm con captación periférica y aumento de la atenuación de la grasa de vecindad. Adenopatía inguinal izquierda de 17 mm con captación.

Tras obtener su consentimiento informado, ibámos a proceder a la aplicación del primer ciclo de tratamiento sistémico con Dacarbacina (DTIC) pero días antes de la fecha acordada ingresó al presentar crisis convulsiva, revelando la TAC craneal (Figura 2): múltiples nódulos parenquimatosos, bilaterales, hipercaptantes, con ede-

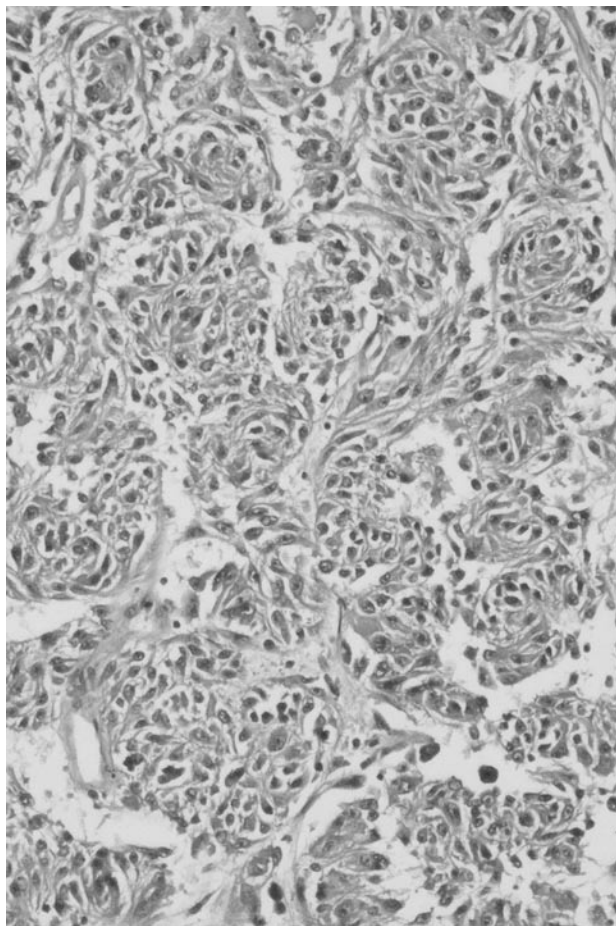


FIGURA 1A. Proliferación melanocítica fusocelular con signos evidentes de atipia. H&E, x 100.

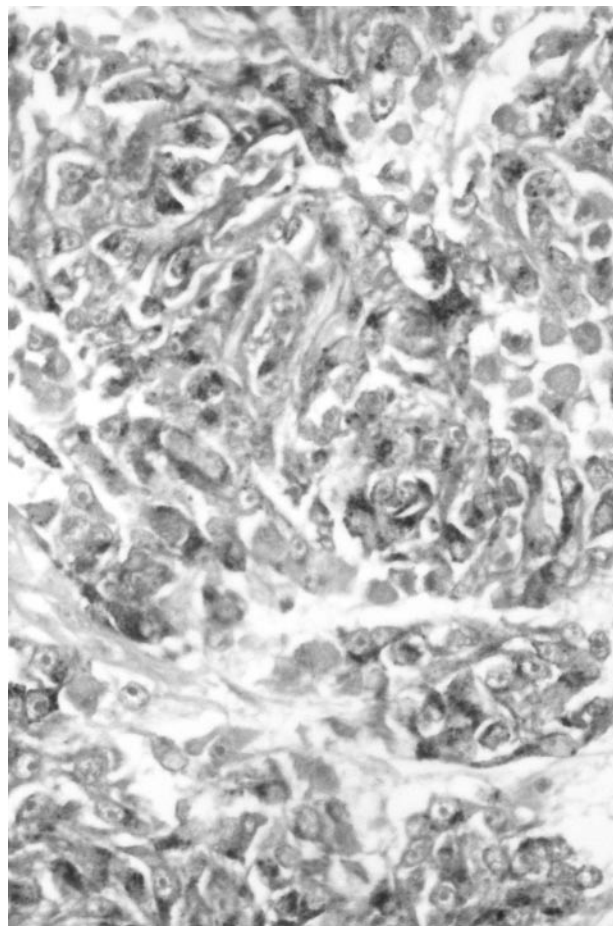


FIGURA 1B. Las células proliferantes expresan inmunotinción + para HMB-45.

mas digitiformes acompañantes, de localización predominante en regiones frontoparietales y parietal derecha, la mayor de 2 cm.

Recibió irradiación holocraneal paliativa en tres sesiones, con mejoría sintomática.

Por nuestra parte, hemos iniciado monoquimioterapia con DTIC, con carácter paliativo, recibiendo hasta la fecha dos ciclos que ha tolerado sin incidencias destacables. Además, recibe corticoterapia y terapia anticonvulsivante.

DISCUSIÓN

- Las metástasis al testículo constituyen un proceso no frecuente y en cerca del 15% de los casos proceden de un melanoma maligno (MM), existiendo hasta el año 2006 unos 30 casos descritos y la mayoría de ellos como hallazgos postmortem. Sólo en cuatro casos, la metástasis testicular constituyó la primera manifestación de la enfermedad (2).

- Las metástasis testiculares de cualquier tipo histológico sin diagnóstico previo del tumor primario son raras y se han comunicado como casos aislados (3-7) y excepcional el que el primario sea un melanoma (8).

- En nuestro caso, el diagnóstico se hizo en vida del paciente, fue la primera manifestación clínica de la enfermedad y lo más llamativo es que no se conocía la localización del melanoma primario.

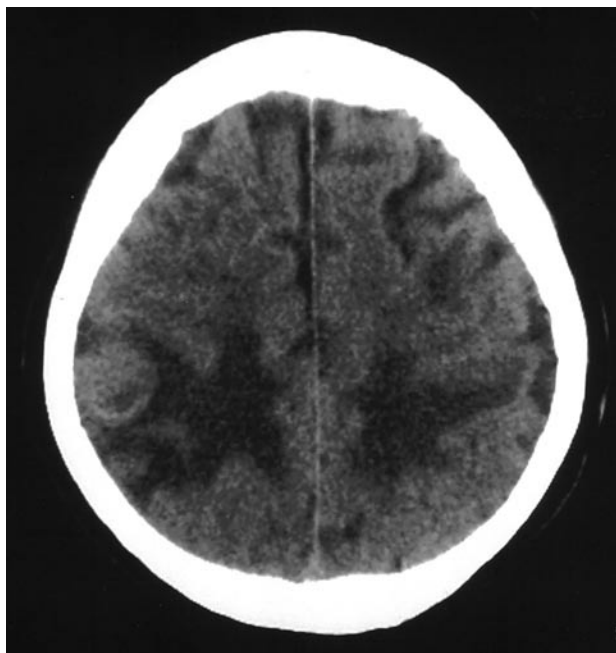


FIGURA 2. TAC craneal con contraste: nódulos cerebrales bilaterales hipercaptantes y con edema digitiforme.

- La mayor frecuencia de metástasis testiculares en series de autopsia se refleja, por ejemplo, en las del Memorial Hospital y del M.D.Anderson. En la primera, se identificaron 8 casos entre 100 autopsias realizadas en pacientes con melanoma metastásico y todas formaron parte de una enfermedad ampliamente diseminada (9). En la segunda, fueron sólo 2 los casos con afectación testicular entre 72 autopsias realizadas en pacientes con melanoma metastásico en localizaciones genitourinarias y ninguna de las dos fue reconocida clínicamente (10).

- La extensión metastásica al testículo puede realizarse por varias vías: extensión venosa retrógrada, extensión linfática retrógrada y embolismo arterial. Por otra parte, el tumor primario, en ocasiones, ha podido regresar y sólo se manifiesta por la metástasis, como ocurrió en el caso que presentamos.

- Las localizaciones primarias más frecuentes que dan lugar a metástasis testiculares son el carcinoma de próstata, pulmón, riñón, colon y estómago.

- El aspecto práctico importante bajo discusión es el diagnóstico diferencial con tumores primitivos del testículo y tumores metastásicos al testículo, o incluso con procesos benignos (hidrocele, varicocele), para realizar un correcto abordaje y plan terapéutico adecuado. Ni que decir tiene, que la evaluación microscópica es crucial para establecer el diagnóstico de metástasis testicular de melanoma, cuanto más si se considera que, en ocasiones, la historia clínica es deficitaria de antecedentes patológicos a lo que puede añadirse la regresión del melanoma primario, como posiblemente ocurrió en el caso presentado.

- En nuestro caso, las características anatomopatológicas fueron típicas y no hubo dudas diagnósticas.

- En líneas generales, no está claro el pronóstico específico de las metástasis testiculares. En nuestro caso, constituyó la primera manifestación de la enfermedad aunque seguida a muy corta distancia temporal de otras localizaciones metastásicas viscerales. Por este motivo, pensamos que la afectación del teste no añade, en el caso presentado, peor pronóstico.

- El tratamiento de la metástasis testicular vendrá condicionado en gran medida por las expectativas vitales del paciente. En el caso presentado y al desconocerse el tumor primario, el cirujano optó por la orquiectomía vía inguinal. Éste puede ser también el proceder, en casos de primario conocido, con el objeto de eliminar las potenciales complicaciones locoregionales de la afectación testicular neoplásica. Además, el paciente fue tratado con irradiación holocraneal y monoquimioterapia con DTIC, por su compromiso cerebral y sistémico. La poliquimioterapia no mejora la supervivencia con respecto al DTIC sólo.

CONCLUSIÓN

Las metástasis testiculares constituyen un raro evento que en la mayor parte de casos se descubre incidentalmente en la autopsia o en orquiectomías terapéuticas. Derivan de carcinomas primarios de próstata, pulmón, tracto gastrointestinal, riñón o melanomas. Sólo excepcionalmente constituyen la primera manifestación de la enfermedad y se desconoce su pronóstico específico. Histológicamente presentan características distintivas y deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de las masas testiculares, sobre todo en hombres de edad madura.

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

- *1. Tiltman AJ. Metastatic tumors in the testis. *Histopathology* 1979; 3: 31-37.
2. Bothing R, Rogosch KU, Mach P et al. *Aktuelle Urol* 2006; 37(2): 138-140.
3. Meacham RB, Mata JA, Espada R et al. Testicular metastases as first manifestation of colon carcinoma. *J Urol* 1988; 140: 621-622.
4. Zur RJ, Trotter SE, Baithun SI. Krukemberg tumor of the testis. *Histopathology* 1989; 14: 214-216.
5. Muir GH, Fisher C. Gastric carcinoma presenting with testicular metastasis. *Br J Urol* 1994; 73: 713-714.
- **6. Blasco de Villalonga M, Llarena RI, Acha MP et al. Testicular metastases of renal adenocarcinoma. Report of a case. *Arch Esp Urol* 1994; 47: 281-282.
- *7. Lauro S, Lanceta G, Brisa E et al. Contralateral solitary testis metastases antedating renal cell carcinoma: A case report and review. *Anticancer Res* 1998; 18: 4683-4684.
- **8. Richardson PGG, Millward MJ, Shromankar JJ et al. Metastatic melanoma to the testis simulating primary seminoma. *Br J Urol* 1992; 69: 663-665.
- *9. Gupta TD, Grabstaald H. Melanoma of the genitourinary tract. *J Urol* 1965; 93: 607-614.
10. Macdonald EJ. The epidemiology of melanoma. *Ann NY Acad Sci* 1963; 100: 4-17.