

## **Seminoma intrabdominal. Presentacion de un caso. Intrabdominal seminoma. A case presentation.**

Jorge Luis Agüero Gómez (1), Jorge Luis Santana Pérez (2)

### **RESUMEN**

Se presenta el caso de un paciente masculino, de 30 años, con cuadro clínico caracterizado por toma del estado general, palidez cutánea mucosa y molestia abdominal difusa que al examinarlo encontramos una masa tumoral en hipogastrio y bolsas escrotales vacías. Se ingresa obteniéndose resultados imagenológicos, de laboratorio e histológicos concluyentes de un seminoma del testículo izquierdo. Se realiza tratamiento quirúrgico y con radioterapia, teniendo una evolución posterior favorable.

### **Palabras clave:** TESTÍCULO, SEMINOMA

1. Especialista de primer grado en Urología. Profesor Asistente en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"
2. Residente de tercer año en Urología en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"

### **INTRODUCCIÓN**

Los tumores de testículo son pocos frecuentes representando el 1 % de las neoplasias del varón y el 4 % de todos los tumores del sistema genitourinario.

El 90 % crece a partir de células germinales.

Histológicamente dominan en frecuencia los no seminomatosos (60%) sobre los seminomatosos (40%).

La edad de máxima incidencia se sitúa entre la segunda y cuarta década de la vida.

La etiología de estos tumores es desconocida. Han sido relacionados con diversos factores de riesgo, como el traumatismo o torsión del testículo, atrofia, hernia, carcinógenos químicos, tóxicos, exposiciones a radiaciones, a elevadas temperaturas y a estrógenos durante el primer mes del embarazo. Sin embargo el único factor más consistente documentado ha sido la criptorquidia.

Es importante para establecer el diagnóstico, además de la anamnesis y la exploración exhaustiva, la ecografía abdominal y escrotal, los marcadores biológicos y la TAC.

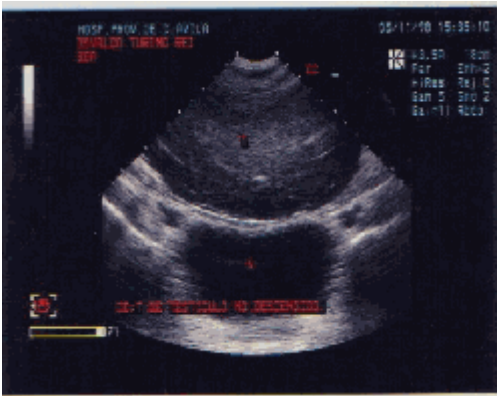
El tratamiento es quirúrgico (Orquiectomía radical) pudiendo ser empleado con quimioterapia, radioterapia y linfadenectomía retroperitoneal dependiendo de la histología, estadio o evolución.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 30 años de edad que acude al cuerpo de guardia con toma del estado general, palidez cutáneo mucosa y molestia abdominal difusa, a la exploración encontramos una gran masa tumoral que ocupaba casi todo el hipogastrio, bien delimitada, dura y con movilidad relativa, bolsas escrotales vacías; no adenopatías.

Se practicó ecografía abdominal informándose un tumor en hipogastrio, ecogénico, con bordes bien definidos, no adenomegalias, riñones y vías excretoras sin alteraciones. (Figura 1).

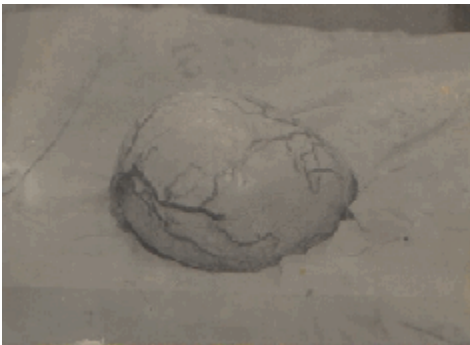
El hemograma confirmó la presencia de anemia, eritrosedimentación en 108 mm, estudio de coagulación y orina fueron normales.



Con la sospecha de un tumor testicular se realiza el abordaje quirúrgico por vía abdominal constatándose la existencia de un testículo intrabdominal izquierdo de gran tamaño, duro, rodeado de gran cantidad de vasos colaterales de neoformación y un cordón corto y libre, se comprueba la existencia del testículo derecho morfológicamente normal, también intraperitoneal; se realiza exéresis de la tumoración; enviando la pieza para el estudio anatomopatológico, la cual arroja el diagnóstico de SEMINOMA DE TESTÍCULO IZQUIERDO. (Figura 2)

El paciente fue dado de alta a los 7 días del postoperatorio con una evolución favorable, recibió tratamiento radiante y actualmente mantiene un estado satisfactorio.

## DISCUSIÓN



La causa de los tumores testiculares no se conoce pero aparece con mayor frecuencia cuando el hombre presenta mayor actividad sexual. Se ha observado la asociación a testículos no descendidos, sobre todo en el pseudohermafrodita donde tienden a degenerar. El seminoma clásico es raro durante los 10 años de edad y después de los 60 años, siendo más frecuente de 20 a 35 años. En cuanto a la raza se ve más en la blanca, con una gran incidencia dentro de miembros de una misma familia. Estos tumores son más frecuentes en el lado derecho al igual que la criptorquidia derecha. Del 2 al 3 % son bilaterales siendo su etiología similar. El más común bilateral es el seminoma (48%).

Dentro de las causas congénitas la principal es la criptorquidia, puesto que se presentan conjuntamente una serie de factores, como son la morfología anormal de la célula germinal, el aumento de la temperatura, la interferencia del aporte sanguíneo, la disfunción endocrina y la disgenecia gonadal.

El tratamiento de elección es el quirúrgico radical complementado con radioterapia, quimioterapia, linfadenectomía retroperitoneal dependiendo del estadio del tumor.

## ABSTRACT

A case of a male patient of 30 years old with a clinical picture characterized by the checking of his general status, pallor cutaneous mucosa and abdominal diffuse injury in which exam an hypogastric tumoral mass and empty scrotal pockets. He was admitted to the hospital and the imaging, laboratory and histologic results obtained convincing of a seminoma of the left

testicle. The surgical treatment was carry out and radiotherapy. The subsequent evolution was favorable.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Soto Delgado M. Consideraciones sobre los tumores de testículo. Nuestra experiencia. Arch. Esp de Urol 1999; 52 (2):123 – 132.
2. Usamentiaga E. Tumor testicular fundido. Arch Esp de Urol 1999; 52 (4): 399 – 401.
3. Serrano Pascula A. Tumor adenomatoide de la albugínea testicular. Aportación de un nuevo caso. Consideraciones citogenéticas y terapéuticas. Arch Esp de Urol 1998; 51 (7).
4. Tamayo Luis JC. Tumor testicular de células de Leydig. Presentación de un caso por resonancias magnética. Arch Esp Urol 1998; 51 (7): 721 – 724.
5. Díaz Callejas E. Tumor testicular de células de Sertoli. Aportación de un caso. Arch Esp Urol 1998; 50 (2): 193 – 195.
6. Danderis Gustavino C. Tumor testicular fundido "Buned Out". Arch Esp de Urol 1997; 50 (5); 196 – 198.
7. Cuervo Pinna C. Tumor testículo de células germinales Mixtas de aparición bilateral sincrónico. Arch Esp de Urol 1998; 51 (5): 477 – 479.
8. Cuervo P. Tumor e células de Leydig. Arch Esp de Urol 1998; 51 (5): 480– 482.
9. Gómez Parada G. Tumor testicular primario ocultos o tumor testicular fundido. A propósito de un caso. Arch Esp de Urol 1996; 49 (6): 635–638.
10. Tanagho EA, Mcaninch JW, Smith W. General Urology 15<sup>ed</sup>. New York: Mc Graw – Hill; 2000.
11. James Glen F. Cirugía Urológica. Ciudad Habana: Edición Revolucionaria; 1986.