



Asociación Urológica de
Centroamérica y el Caribe

Tumor Germinal Retroperitoneal Extra Gonadal A propósito de un caso.

Germinal Retroperitoneal Extra Gonadal Tumor.

About a case.

Maldonado Berducido Oscar Humberto¹; Petersen Juárez Erick Stanley²; Salazar Monterroso Carlos Brisbane³; Pérez Chun Sergio Guillermo⁴.

(1) Residente de segundo año de Urología, IGSS 2017.

(2) Jefe del servicio de Urología, IGSS, Coordinador del programa de post grado Urología IGSS, Cirujano Urólogo. IGSS 2017.

(3) Especialista del servicio de Urología, Miembro del comité docente de post grado de Urología, IGSS. Representante ante USAC programa de post grado Urología IGSS, Cirujano Urólogo. IGSS 2017.

(4) Especialista del servicio de Urología, miembro del comité docente de post grado de Urología, IGSS, Cirujano Urólogo. IGSS 2017.

RESUMEN

Los tumores testiculares representan aproximadamente 1% de todos los tumores malignos en hombres. Es el tumor más común en el grupo etario de 15 a 35 años. (1,2,3,4). Los tumores extragonadales de células germinales son raros, cerca 2 a 5 %, de los cuales el 60% corresponden seminomas, se ubican con frecuencia en diferentes lugares como ejemplo mediastino, retroperitoneo, glándula pineal, hígado, vejiga, hueso, próstata, estomago. El origen de los mismos todavía es motivo de discusión, existen dos teorías en las cuales se considera que pueden originarse de células totipotenciales, o de una migración anormal de las células germinales primordiales. (2,3,5)

Paciente masculino de 34 años, quien consulto por historia de dolor abdominal (.) por lo que médico particular le realiza ultrasonografía abdominal la cual reporta masa renal derecha, por lo que es ingresado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en donde se realiza urotomografía (.) la cual reporta masa renal derecha. Se lleva a sala de operaciones para realizar nefrectomía Radical derecha más tumorectomía del 80%, identificando por patología y pruebas de inmunohistoquímica que corresponde a seminoma. Se realiza marcadores tumorales con resultados en límites normales. Se realiza ultrasonografía testicular en donde se identifica testículo izquierdo atrófico, con imagen heterogénea. Se da seguimiento por oncología médica iniciando tratamiento con quimioterapia.

PALABRAS CLAVE

Tumores germinales extra gonadales, Tumores retroperitoneales, Seminomas.

ABSTRACT

Testicular tumors represent approximately 1% of all malignant tumors in men. It is the most common tumor in the age group of 15 to 35 years. (1,2,3,4). Germ cell extragonadal tumors are rare, about 2 to 5%, of which 60% are seminomas, are often located in different places such as

mediastinum, retroperitoneum, pineal gland, liver, bladder, bone, prostate, stomach. Their origin is still a matter of discussion, there are two theories in which it is considered that they may originate from totipotent cells, or from an abnormal migration of primordial germ cells. (2,3,5.)

A 34-year-old male patient, who consulted due to a history of abdominal pain (.) for which a private doctor performed an abdominal ultrasonography, which reported a right renal mass, for which he was admitted to the Guatemalan Social Security Institute, where a urotomography was performed (.) which reports a right renal mass. He was taken to the operating room to perform a right radical nephrectomy plus an 80% lumpectomy, identifying by pathology and immunohistochemical tests that it corresponds to seminoma. Tumor markers are performed with results within normal limits. Testicular ultrasonography is performed where an atrophic left testicle is identified, with a heterogeneous image. Follow-up is given by medical oncology starting treatment with chemotherapy.

KEYWORDS

Extragonadal germinal cell tumors, Retroperitoneal tumors, seminomas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años soltero, vendedor, originario del Departamento de San Marcos, Guatemala quien inicia con dolor abdominal de 2 meses y evolución en flanco derecho, tipo cólico que presenta alivio intermitente, por lo que consulta con médico particular quien le solicita ultrasonografía abdominal, el cual evidencia una masa renal derecha por lo que es referido (.). Paciente sin antecedentes médicos(,) ni quirúrgicos, con examen físico normocéfalo, cuello simétrico, tórax simétrico expandible con buena entrada de aire bilateral, abdomen blando depresible leve dolor a la palpación, se palpa masa abdominal en región subcostal derecha, de consistencia blanda, con leve dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, región inguinal sin adenopatías, genitales con testículo izquierdo

con leve atrofia, no indurado ni dolor a la palpación, extremidades simétricas sin edema ni fóvea por lo que se ingresa y se realiza urotomografía en la cual se identifica masa renal . (Ver imagen 1 a y b).

Es llevado a sala de operaciones donde se identifica los siguientes hallazgos: masa renal de aproximadamente 14x12x10cm tejido tumoral adherido a hígado, retroperitoneo y vena cava, adenopatía macroscópica con grasa periureteral infiltrada con liquido inflamatorio. Retroperitoneo derecho con adenopatía macroscópica, se realiza Nefrectomía radical derecha más Tumorectomía del 80%, procedimiento sin complicaciones inmediatas.

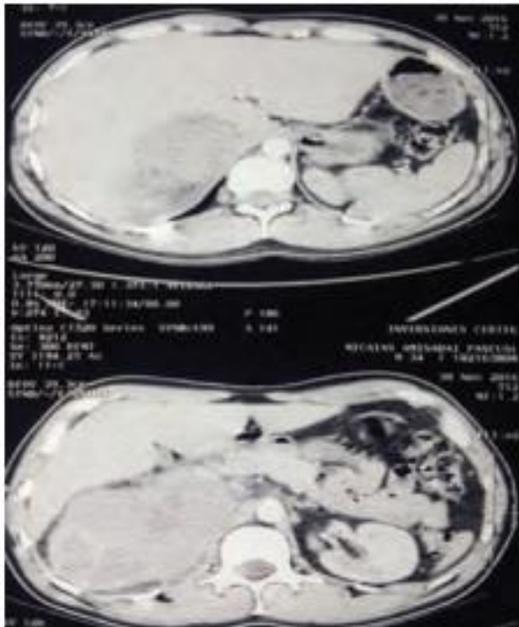


Figura No. 1 a



Figura No. 1 b

Figura No. 1 a y b. Corte axial y coronal de urotomografía, que informa masa renal derecha

Paciente con buena evolución clínica. Patología reporta: neoplasia maligna indiferenciada de células grandes multifragmentada, fragmento mayor que parénquima renal, con permeación linfovascular, borde quirúrgico de uréter sin anormalidad, glándula suprarrenal libre de lesión, con inmunohistoquímica, plap +, cd117 + cd 45lca + en componente linfoide, hmb45, cd99, pax8 y citoqueratina ae1/ae3 negativo, correspondiente a seminoma retroperitoneal (Ver imagen 2).

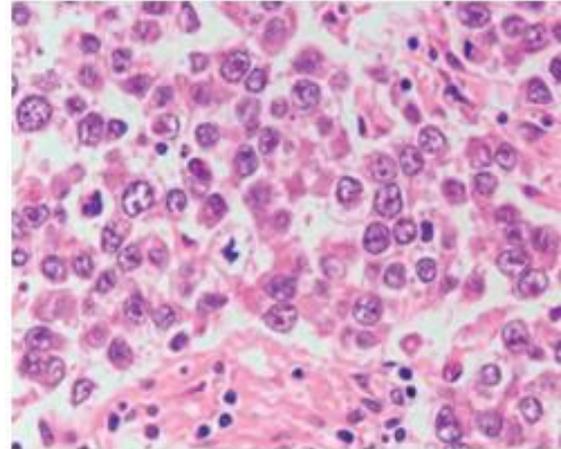


Figura No. 2. Corte histológico correspondiente a seminoma

Se realiza urotomografía control y tomografía de tórax las cuales se reportan normales sin adenopatía. (Ver imagen 3 a y b).



Figura No. 3 a

Se realiza ultrasonografía testicular el cual reporta testículo izquierdo 2.7 x 1.3 x 2cm atrófico con microlitiasis y textura heterogénea, testículo derecho normal. (Ver imagen #4)

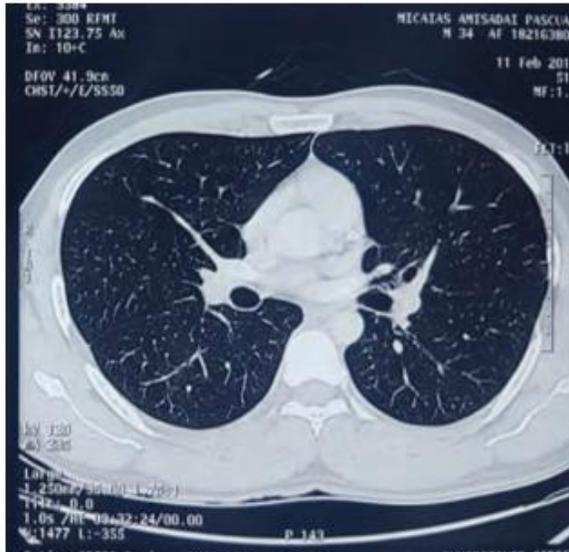


Figura No. 3 b

Figura No. 3 a y b.
 Corte coronal de urotomografía y corte axial de tomografía de tórax sin anormalidad



Figura No. 4 a.
 Ultrasonografía de testículo izquierdo con microcalcificaciones y textura heterogénea.

Figura No. 4 b.
 Testículo derecho con imagen homogénea.

Paciente con marcadores tumorales testiculares en límites normales (Ver tabla # 1).

Gonadotropina coriónica humana	<1.2 mUI/ml
Alfa-fetoproteína	4.78ng/ml
lactato deshidrogenasa	156u/l

Cuadro No. 1.
 Con valores de marcadores tumorales testiculares post operatorios normales.

Paciente actualmente con buena evolución post operatoria con seguimiento por urología y oncología médica quien indico quimioterapia.

DISCUSIÓN

Los tumores primarios extra gonadales son de incidencia rara cerca de 2 a 5%, estos tumores han sido reportados con ubicación variada, incluyendo retroperitoneo, mediastino o anterior a la glándula pineal. Son de hallazgo incidental. (2,3,4,6).

Generalmente se presentan con dolor abdominal, dolor lumbar, pérdida de peso, trombosis venosa profunda, masa abdominal palpable, edema escrotal, ganglios cervicales. Y el testículo ipsilateral a la masa es atrófico (burn - out). (4,5).

Muchas veces a la evaluación clínica no existe diferencia o anomalía palpable, sin embargo, por ultrasonografía se identifica datos sugestivos de atrofia y/o malignidad. (4,6,7,8,9,10,11).

Los tumores testiculares gonadales y extragonadales tiene buena respuesta a la quimioterapia sobre todo al cisplatino. (3,4,6,7,12).

La incidencia de presentación por edad del paciente concuerda con la reportada a nivel global, presentó un mayor tamaño al usual comparado con la bibliografía revisada.

Generalmente presentan testículo ipsilateral atrófico (burn-out).

Por lo que el caso presentado es de poca incidencia y su presentación clínica es similar a la descrita según la bibliografía, muchas veces es de hallazgo incidental.

BIBLIOGRAFÍA

- Wein, Alan., et all, "Neoplasias de los Testículos", Campbell-Walsh 10ma edición, edición panamericana Capítulo 31 págs. 848.
- Arranz José, et all., "Manejo de la enfermedad residual Tumores germinales extragonadales", capítulo 19 págs. 356-359.
- Parada, David, et all, "Extragenadal Retroperitoneal Germ cell tumor: Primary versus Metastases? Arch. Esp. Urol., 60, 6 (713 - 719), 2007. <https://doi.org/10.4321/S0004-06142007000600020>
- Herrera, Juan, et all " Tumores de células germinales extragonadales con fenómenos "burned out" en testículos, revista argentina de urología vol 76 2011 (22-27).

5. Ojea, A, et all., "Tumor extragonadal de células germinales con fenómeno Burned- out en testículo", Actas Urológicas Españolas, nov-dic 1999 23(10): 880-884. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(99\)72389-2](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(99)72389-2)
6. Tynski, zofia, et all., "Burn- out testicular germ cell tumors", The Journal of Urology", vol 174, 2013, nov 2005. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000183405.08748.ad>
7. Jain K, et all., "The treatment of Extragonadal Seminoma", journal of the american society of clinical oncology" vol 2, no / july 1984. <https://doi.org/10.1200/JCO.1984.2.7.820>
8. Comiter gv, renshaw aa, benson cb, loughlin bk: Burned-out primary testicular cancer: sonographic and pathological characteristics. J of Urology 1996; 156: 85. 11. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)65947-0](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(01)65947-0)
9. Comiter cv, benson cj, capelouto cc, kantoff p, shulman l, richie pj, loughlin kr: Nonpalpable intratesticular masses detected sonographically. J of Urology 1995; 154: 1.367. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)66865-4](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(01)66865-4)
10. Bokemeyer C, Nichols CR, Droz JP, Schmoll HJ, Horwich A, Gerl A, Fossa SD, Beyer J, Pont J, Kanz L, et al. Extragonadal germ cell tumors of the mediastinum and retroperitoneum: results from an international analysis. J Clin Oncol. 2002; 20: 1864-1873. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.07.062>
11. Dueland S, Stenwig AE, Heilo A, Høie J, Ous S, Fosså SD. Treatment and outcome of patients with extragonadal germ cell tumours—the Norwegian Radium Hospital's experience 1979-94. Br J Cancer. 1998; 77:329-335. <https://doi.org/10.1038/bjc.1998.51>
12. Albers, P, et all "Testicular Cancer", Guidelines Association European of Urology 2017, pags 391-445.

Copyright (c) 2017 Maldonado Berducido Oscar Humberto; Petersen Juárez Erick Stanley; Salazar Monterroso Carlos Brisbane; Pérez Chun Sergio Guillermo.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)