

## Casos Clínicos

# Un caso de carcinoma testicular

## A case of testicular carcinoma

Fausto Garmendia-Lorena<sup>1</sup>

### Introducción

El adenocarcinoma de testículo suele presentarse en varones de 20 a 35, pese a su baja incidencia se debe efectuar una búsqueda temprana para aplicar el tratamiento respectivo con la finalidad de reducir la morbi-morbilidad<sup>(1,2)</sup>.

Un aspecto importante en los adenocarcinomas testiculares es la necesidad de establecer la existencia de metástasis; si bien en nuestro paciente es claro que se produjeron, no es menos cierto que puede haber metástasis ocultas<sup>(3)</sup>.

### Reporte

LRM, varón de 27 años de edad, soltero, mestizo, obrero, natural de Iquitos, procedente de Uchiza, San Martín.

Tiempo de enfermedad 2 meses, de inicio insidioso, curso progresivo.

El paciente refiere que un año antes nota aparición de pequeño nódulo en el testículo derecho, que con el pasar del tiempo fue aumentando de volumen, produciendo leve dolor escrotal (Figura 1).



Figura 1.

Hace cuatro meses nota leve aumento de glándulas mamarias, a lo cual no le tomó mucha importancia. Dos meses antes nota pequeña ampolla ubicada en región maxilar superior, por encima del segundo premolar, no dolorosa, sangraba espontáneamente, por lo que acude a un odontólogo para reseca dicha herida; una semana y media después, vuelve a surgir otra ampolla en el mismo lugar, sangrante que con el paso del tiempo fue creciendo, sangrando espontáneamente y al contacto con los alimentos; dos semanas después surgen lesiones similares en la parte interna de la encía que proliferan rápidamente y protruyen a la cavidad bucal, produciendo malestar y dificultad para pasar los alimentos, concomitantemente siente debilidad, pérdida del apetito y nota que empieza a bajar de peso. Semana y media después siente mareos y sensación de desmayo, sus lesiones habían crecido aún más y la hemorragia era incesante, por lo que fue llevado a una posta de Tingo María, de donde lo derivaron a Lima al Hospital Dos de Mayo.

Apetito disminuido, sed disminuida, orina normal, ha estado estreñido, no puede dormir debido al sangrado de las tumoraciones.

Nacido de parto eutócico, desarrollo motor y psíquico normal. Antecedentes patológicos personales y familiares sin importancia.

### Examen físico

Funciones vitales PA: 120/60, FR: 20, FC: 90

Paciente en decúbito dorsal activo, en mal estado general, mal estado de nutrición, regular estado de hidratación, orientado en tiempo espacio y persona, presenta una palidez muy marcada, muy adelgazado y un aumento de volumen en región malar izquierda (Figura 2).

Piel tibia, seca, elástica, pálida, uñas de forma normal, pápidas, llenado capilar menor de dos segundos.

<sup>1</sup>Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente Extraordinario Experto, Facultad de Medicina, UNMSM. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6513-8743>.



**Figura 2.**

Cabeza, Normocéfalo. Cuero Cabelludo: cabello negro, seco, bien implantado.

Movimientos oculares normales. Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a la luz y a la acomodación. Fosas nasales Permeables.

Cavidad bucal: Mucosa pálida, muestra un aumento de volumen en región malar izquierda, caliente, se ve varias tumoraciones amarillo grisáceas, coliforme, de aspecto irregular, indoloras, de buen tamaño (de unos 5cm de largo por 4cm de ancho), contextura dura, indolora, localizadas a nivel del segundo premolar (Figura 3).

Cuello cilíndrico, a la inspección se observa una ligera protrusión de la tráquea, no se observa yugular ingurgitada; no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías; no se auscultan soplos.

### **Tórax y Pulmones**

Presenta en la región anterior del tórax ginecomastia bilateral; expansión pulmonar normal. Amplexación de bases y vértices está normal, vibraciones vocales disminuidas en dos tercios inferiores de ambos hemitórax; Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax en los dos tercios inferiores. No ruidos agregados.



**Figura 3.**

### **Cardiovascular**

No se aprecia ni se palpa el choque de la punta.

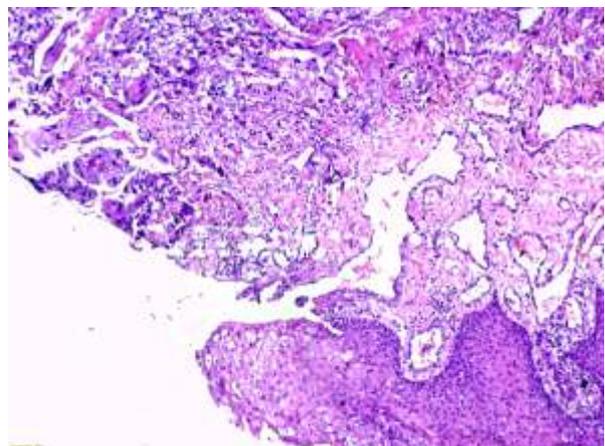
Ruidos cardíacos de buena intensidad, de frecuencia aumentada, rítmicos.

Soplo multifocal grado III/IV.

Abdomen simétrico, no presenta dolor a la palpación, no visceromegalia, no masas.

### **Genito Urinario**

A la inspección: Aumento de volumen del testículo derecho, aproximadamente de 11cm de largo por 6cm. de ancho, de consistencia firme, duro, de superficie irregular, nodular, con dolor a la palpación, no se palpa el conducto deferente cuyos cortes anatómo-patológicos se aprecian en las (Figuras 4 y 5). El testículo izquierdo es blando, de bordes limitados.



**Figura 4.**

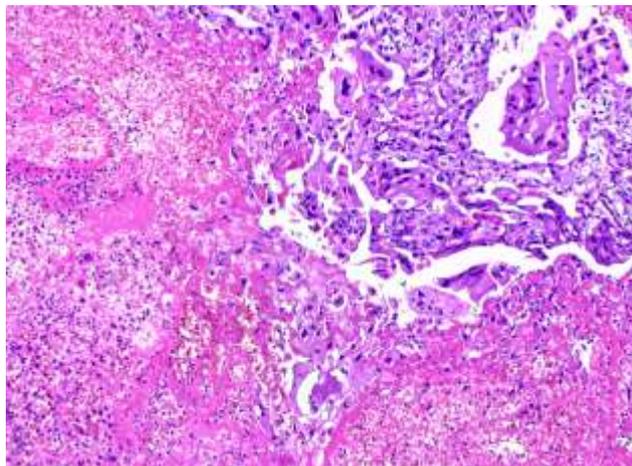


Figura 5.

### Discusión

Se presenta el caso de un paciente con un coriocarcinoma testicular unilateral de estirpe histología pura<sup>(4)</sup> de acuerdo a

la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(5)</sup>, que suelen tener una mayor sobrevivencia que los tumores mixtos<sup>(6)</sup>, con una metástasis a boca en la región de la mejilla izquierda, de 37 años, una edad en la que estos tumores son más frecuentes; sin embargo, se pueden también presentar a edades mayores<sup>(7)</sup>. Generalmente comprometen a un testículo, en forma excepcional se ha descrito tumores bilaterales<sup>(8)</sup>. Los tumores germinales corresponden a dos grupos separados los seminomas y los no seminomas cada uno con una incidencia del 50% cada uno. Los que no corresponden a los seminomas tienen diferentes tipos histológicos (carcinoma de células embrionarias, tumor del seno endodérmico, coriocarcinoma, teratoma)<sup>(9)</sup> requieren cirugía y quimioterapia<sup>(10)</sup>. Estos tumores malignos suelen comprometer el estado general de los pacientes, por lo que son de mal pronóstico<sup>(11-14)</sup>. El tratamiento es quirúrgico mediante la extirpación del testículo comprometido y de ser posible de las metástasis<sup>(15)</sup>; se ha descrito una buena respuesta a la quimioterapia<sup>(16,17)</sup>. Alguno de estos tratamientos ocasiona secuelas<sup>(18)</sup>. En la literatura se señala la posibilidad que exista una relación entre el índice de masa corporal de la madre con el desarrollo del tumor testicular del hijo<sup>(19)</sup>, así como la distancia que pueda existir entre el ano y el escroto<sup>(20)</sup>. Estos tumores son altamente metastásicos a diferentes segmentos corporales<sup>(21,22)</sup>.

### Referencias bibliográficas

- Ilic D, Misso ML. Screening for testicular cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;16(2):CD007853. doi: 10.1002/14651858.CD007853.pub2. PMID: 21328302
- Lin K, Sharangpani R. Screening for testicular cancer: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2010;153(6):396-9. doi: 10.7326/0003-4819-153-6-201009210-00007. PMID: 20855803.
- Rove KO, Maroni PD, Cost CR, Fairclough DL, Giannarini G, Harris AK. Pathologic Risk Factors for Metastatic Disease in Postpubertal Patients With Clinical Stage I Testicular Stromal Tumors. *Urology* 2016.
- Alvarado-Cabrero I, Hernández-Toriz N, Paner GP. Clinicopathologic analysis of choriocarcinoma as a pure or predominant component of germ cell tumor of the testis. *Am J Surg Pathol.* 2014;38(1):111-118. doi: 10.1097/PAS.0b013e3182a2926e. PMID: 24145647.
- Venkata S, Katabathina, Vargas-Zapata D, Monge RA, Alia N, Dhakshina G, et al. Testicular Germ Cell Tumors: Classification, Pathologic Features, Imaging Findings, and Management. *Radio Graphics* 2021; 41(6):1698-1716.
- Cano C, Panunzio A, Tappero S, Piccinelli ML, Barletta F, Incesu RB, et al. Survival of testicular pure embryonal carcinoma vs. mixed germ cell tumor patients across all stages. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(3):451. doi: 10.3390/medicina59030451. PMID: 36984452; PMCID: PMC10056449.
- Almutairi F, Geisler D, Rammal R, Korentzelos D, Sheldon S, Dhir R. Malignant germ cell tumors in men aged 50 years and over are associated with adverse pathologic features and higher stage at presentation. *Annals Diagnostic Pathology,* 2023;62: 52070, ISSN 1092-9134, <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2022.152070>
- Soto M, Pedrero G, Ramírez F, Rodríguez-Rubio F, Sánchez C, y col. Neoplasia testicular bilateral sincrónica: Presentación de un nuevo caso. *Actas Urol Esp.* 2007;31(1):58-60. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062007000100012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000100012&lng=es).
- Charles C. Guo, Bogdan Czerniak. Reprint of: somatic-type malignancies in testicular germ cell tumors., *Human Pathology,* 2023;133:102-114, ISSN 0046-8177.
- Feldman DR, Bosl GJ, Sheinfeld J, Motzer RJ. Medical treatment of advanced testicular cancer. *JAMA.* 2008;299(6): 672-684. doi:10.1001/jama.299.6.672
- Dominguez M, Jahir R, Díaz E. Cáncer de células germinales de testículo no seminomatoso con recurrencia tardía: reporte de un caso. *Rev. Méd. Panamá.* 2023;43(1):29-33.
- Abouassaly R, Fossa SD, Giwercman A, Kollmannsberger C, Motzer RJ, Schmoll HJ, et al. Sequelae of treatment in long-term survivors of testis cancer. *European urology,* 2011.
- Shaw A, Morrell M, Weissferdt A, Hayes-Jordan A, Harrison D. Malignant Transformation of Testicular Teratoma to PNET, Adenocarcinoma, and Osteosarcoma with Complete Remission after Surgery and Combination Chemotherapy in a Young Adult Male. *Case Rep Oncol Med.* 2018;8460603. doi: 10.1155/2018/8460603. PMID: 30402315; PMCID: PMC6192168.
- Yun J, Lee SW, Lim SH, Kim SH, Kim CK, Park SK. Successful treatment of a high-risk nonseminomatous germ cell tumor using etoposide, methotrexate, actinomycin D, cyclophosphamide, and vincristine: A case report. *World J Clin Cases.* 2020;8(21):5334-5340. doi:10.12998/wjcc.v8.i21.5334. PMID: 33269267; PMCID: PMC767
- Reilly MJ, Pagliaro LC. Testicular choriocarcinoma: a rare variant that requires a unique treatment approach. *Curr Oncol Rep.* 2015;17(2):2. doi: 10.1007/s11912-014-0430-0. PMID: 25645112.
- Alam SS, Cantwell MM, Cardwell CR, Cook MB, Murray LJ. Maternal body mass index and risk of testicular cancer in male offspring: a systematic review and meta-analysis. *Cancer*

- epidemiology 2010.
17. **Mateo P.** Asociaciones entre la distancia anogenital, la razón digital 2D:4D y el cáncer de testículo. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia, España, 2021 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142007000300010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000300010&lng=es). Cumming A, Balanzario-Cuevas J, Vitar-Sandoval J, Monjaras-Guerra, Rodríguez-Robles J, Cortés-Tapia I. Coriocarcinoma testicular con metástasis a coroides. Revista Mexicana de Urología 2016;76(6);387-391.
18. **Medina A, Ramos M, Amenedo M, Lorena P.** Síndrome del coriocarcinoma. Arch. Esp. Urol. 2014 ;67(8):711-714.
19. **Takahashi R, Asanuma H, Mizuno R, Oya M.** Current clinical perspective of urological oncology in the adolescent and young adult generation. Int J Clin Oncol 2023; 28(1):28-40.
20. **Hwang MJ, Hamza A, Zhang M, Shi-Ming T, Pisters LL, Czerniak B, Guo ChC.** Somatic-type Malignancies in Testicular Germ Cell Tumors: A Clinicopathologic Study of 63 Cases. Am J Surg Pathol 2022;46(1):11-17.
21. **Marka AB S, Hoyt BS. MD, LeBlanc RE. MD.** Cutaneous Metastasis of Choriocarcinoma in 2 Male Patients: A Rare Presentation of an Aggressive Malignancy That Dermatopathologists Must Recognize. The American Journal of Dermatopathology 2019;41(1):50-54. DOI: 10.1097/DAD.0000000001209
22. **Müller C, Wolfgang T, Pföhler C, Graf N.** Cutaneous and systemic metastasis of a testicular coriocarcinoma. American Journal of Dermatopathology 2010;32(5):521-522. DOI: 10.1097/DAD.0b013e3181c0e127

**Contribución de autoría:** *Fausto Garmendia-Lorena* aportó la idea de investigación, recolección de información, análisis estadístico, revisión; diseño, bibliografía; información bibliográfica.

**Conflicto de interés:** El autor no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Garmendia-Lorena F. Un caso de carcinoma testicular. Diagnóstico (Lima). 2023;62(3):217-220.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v62i3.466>

**Correspondencia:** Dr. Fausto Garmendia Lorena.

**Correo electrónico:** [garmendiafausto@gmail.com](mailto:garmendiafausto@gmail.com)

**Teléfono:** + 51 981-903903



## FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

CORREO ELECTRÓNICO:

[fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe)

WEB:

[www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO