

Tumor carcinoide primario de testículo

Plata Mauricio, Ossa Jaime
Fundación Santafe. Bogotá, Colombia

Hombre de 31 años con aumento del contenido escrotal indoloro del lado izquierdo, el cual aparece 3 semanas antes, sin historia de trauma ni antecedentes venéreos.

Al examen se encuentra masa ovoide de aproximadamente 25 cc indurada móvil lisa, no dolorosa a la palpación. La ecografía doppler muestra una masa sólida hipoeoica de aspecto neoplásico, altamente vascularizada, que reemplaza el testículo izquierdo en sus 2/3 inferiores. Marcadores tumorales como gonadotropina corionica humana (HCG) cuantitativa, Alfa Feto proteína (AFP) y deshidrogenasa Láctica (LDH) negativas. Rx Torax normal. Clínicamente el paciente no presentaba signos o síntomas sugestivos de síndrome carcinoide. Tomografía de abdomen normal. El paciente es llevado a cirugía practicándose orquiectomía radical izquierda.

Macroscópicamente se evidencia una masa sólida, amarilla, con áreas de necrosis

(Figura 1), la cual en el estudio microscópico tiene patrón insular con presencia de nidos y acinos con células de núcleos redondeados cromatina granular en «sal y pimienta» y un citoplasma eosinofílico, separadas por estroma fibroso. Los estudios de inmunohistoquímica mostraron positividad para cromogranina (Figura 2).



Figura 1. Apariencia macroscópica del tumor carcinoide

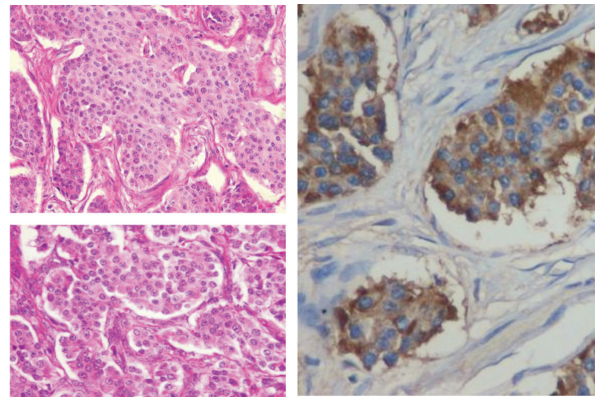


Figura 2. Carcinoide testicular. Patrón insular. Tinción de Hematoxilina Eosina (A), células cromogranin positivas (B). Magnificación de medio poder

Enviado para publicación: Noviembre de 2007
Aceptado para publicación: Noviembre de 2007

La evolución postoperatoria es satisfactoria. La medición de orina de 24 horas para ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA) es de 5.5 mg en 24 horas (normal de 2-10 mg/24 h) una gamagrafía con octreótide descarta compromiso abdominal. El seguimiento con 5HIAA, Tomografía abdominal y octreoscan a 6 meses 12, 24 y 36 meses son negativos.

Consideramos que se trata de un tumor carcinoide primario de testículo por no encontrar en los estudios de extensión tumoral evidencia de compromiso extratesticular, lo cual el seguimiento a 36 meses lo confirma.

Discusión

Los tumores carcinoides testiculares son poco frecuentes. Se calcula que corresponden a menos del 1% de todas las neoplasias testiculares. De estos, la enfermedad puede ser de tres tipos: primaria, asociada a teratoma o metastásica, siendo esta última forma la de peor pronóstico. De todas, la más común es la primaria. Una revisión para el año de 1978 en la que se encontraron 23 carcinoides reportados, 17 eran primarios testiculares y 3 se asociaron a teratoma.¹

La incidencia de la patología testicular está estimada en 15 por millón en la población norteamericana, siendo más frecuente en la 5 década de la vida. Ecográficamente el tumor puede ser una zona iso o hipoecoica dentro del parénquima testicular frecuentemente asociada a calcificaciones, hallazgos comunes en cualquier tumor a este nivel.

A pesar de ser una neoplasia testicular rara, el curso de estos tumores puede ser indolente o agresivo lo cual implica que conocer sus características patológicas sea pieza fundamental para poder predecir esta tendencia². Reyes y cols describen una serie de 10 casos no publicados de carcinoide testicular los cuales fueron clasificados en grados según su histología. El único paciente con carcinoide de grado intermedio, murió al año de seguimiento.³

El origen del carcinoide tiene dos posibles causas que son: el desarrollo de células totipotenciales de Kulchitsky o argentafin en pa-

rénquima testicular generando carcinoide puro, este grupo celular migraría desde las criptas de Lieberkuhn intestinales, tracto respiratorio o vesícula biliar. La otra teoría, es el desarrollo del carcinoide en conjunto con teratoma testicular, ya que en algunos casos se ha demostrado la siembra retroperitoneal del teratoma junto con células argentafin.⁴

La presentación de la enfermedad está dada usualmente por un aumento del volumen testicular en presencia o no de dolor, poco frecuente resulta la asociación con el síndrome carcinoide que por el contrario, es común en mujeres con afección ovárica.

El estudio de los pacientes incluye examen físico, ecografía de contenido escrotal, determinación de alfa-fetoproteína y B-HCG las cuales rutinariamente deben ser negativas en ausencia de teratoma, practicar igualmente Rx tórax y TAC abdominal para descartar enfermedad metastásica. La medición sérica de niveles de serotonina o los productos de degradación como el ácido 5 hidroxindolacético en orina, han sido utilizados previos al tratamiento quirúrgico y posterior a este, con el fin de hacer un seguimiento al paciente y rastrear las recaídas.

Microscópicamente la lesión es una masa sólida, amarilla, la cual puede contener áreas fibrosas, con calcificaciones y algunas necrosis, el compromiso de la albugínea es infrecuente en masas pequeñas, pero podría ensombrecer el pronóstico en tumores grandes que la comprometan, por su probabilidad de metástasis. El estudio microscópico de la lesión islas de células carcinoideas de apariencia neuro endocrina con núcleos rodeados por ribosomas y mitocondrias irregulares, los acinos se encuentran separados por tejido fibrótico. Los estudios de inmunohistoquímica confirman el diagnóstico al evidenciar una importante acumulación de serotonina.⁵

En cuanto al tratamiento, se considera que la orquiectomía radical o inguinal es no solo diagnóstica en la gran mayoría de casos si no a su vez terapéutica con informes de seguimiento hasta de 25 años sin evidencia de reci-

diva 4, los pacientes en los cuales el carcinoide este sumado a teratoma el seguimiento y el tratamiento debe seguirse como habitualmente se hace en esta patología, ya que su evolución seguramente será la misma. En aquellos pacientes en los cuales la enfermedad recae por metástasis, su manejo es complejo con alto riesgo de muerte por compromiso multiorgánico.

En este paciente el seguimiento con ácido 5 hidroxindol acético en orina, gamagrafía con octreotide y Tomografía abdominal no han demostrado otro sitio primario diferente de testículo ni recurrencia en otros órganos, sin embargo requiere un seguimiento estricto.

Referencias

1. Talerman A, Gratama S, Miranda S, Okagaki T. Primary carcinoid tumor of the testis: case report, ultrastructure and review of the literature. *Cancer*. 1978 Dec; 42(6): 2696-706. Review.
2. Kaufman JJ, Waisman J. Primary carcinoid tumor of testis with metastasis. *Urology*. 1985 May; 25(5): 534-6. *BJU Int*. 1999 Jan;83(1):153-4.
3. Reyes A, Moran CA, Suster S, Michal M, Dominguez H. Neuroendocrine carcinomas (carcinoid tumor) of the testis. A clinicopathologic and immunohistochemical study of ten cases. *Am J Clin Pathol*. 2003 Aug; 120(2): 182-7.
4. Glazier DB, Murphy DP, Barnard N, Cummings KB, Weiss Primary carcinoid tumour of the testis.
5. Zavala-Pompa A, Ro JY, el-Naggar A, Ordonez NG, Amin MB, Pierce PD, Ayala AG. Primary carcinoid tumor of testis. Immunohistochemical, ultrastructural, and DNA flow cytometric study of three cases with a review of the literature. *Cancer*. 1993 Sep 1;72(5):1726-32