



## CASO CLÍNICO

# Hematoma retroperitoneal como presentación de cáncer testicular



Juan L. Morales<sup>a,b</sup>, Romina Olmos-de-Aguilera<sup>b,\*</sup>, Cristóbal Sánchez<sup>b</sup> y Diego Sáez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Hermina Martín, Chillán, Chile

<sup>b</sup> Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

Recibido el 15 de julio de 2016; aceptado el 9 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 14 de diciembre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Hematoma;  
Espacio retroperitoneal;  
Neoplasias testiculares

### KEYWORDS

Hematoma;  
Retroperitoneal space;  
Testicular neoplasms

### Resumen

**Introducción:** El hematoma retroperitoneal (HR) es una enfermedad infrecuente con una elevada morbimortalidad, siendo complicado cuando se presenta con dolor y shock hipovolémico. **Presentación del caso:** Paciente del sexo masculino, de 20 años de edad, sin antecedentes morbidos. Ingresa en Urgencias por dolor abdominal en el flanco izquierdo, irradiado a dorso y testículo ipsilateral, de 6 h de evolución, de inicio súbito e intensidad severa; el paciente está pálido, hemodinámicamente estable, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita pielo-TC por sospecha de litiasis ureteral, que muestra un extenso HR, probable aneurisma aórtico roto. Una angio-TC informa HR adyacente y anterior a psoasiliaco izquierdo, de 20 × 11 × 8,5 cm, volumen 972 cc, adenopatías retroperitoneales paraaórticas bilaterales sangrantes y múltiples nódulos pulmonares bilaterales indicativos de diseminación secundaria. Se constata testículo derecho duro, de tamaño normal, eco testicular con masa sólida quística, que indica de lesión orgánica. **Discusión:** Trauma y enfermedad tumoral son las principales causas de HR. El cáncer testicular suele presentarse en pacientes jóvenes, requiriendo una pronta derivación y estudio debido a su rápida progresión. En nuestro caso, el HR fue un hallazgo imagenológico, destacando que el sangrado de un conglomerado de adenopatías es anecdótico.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Retroperitoneal hematoma debut as testicular cancer

#### Abstract

**Introduction:** Retroperitoneal hematoma (RH) is a rare disease with high morbidity, being complicated when presented with pain and hypovolemic shock.

**Case report:** Male, 20 years old, no morbid history. Arrive to Emergency Service for abdominal pain in the left flank radiating to the back and ipsilateral testis, 6 h of evolution, sudden onset,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [raolmosdeaguilera@medicina.ucsc.cl](mailto:raolmosdeaguilera@medicina.ucsc.cl) (R. Olmos-de-Aguilera).

high intensity; patient pale, hemodynamically stable without signs of peritoneal irritation. Pielo-TC is requested on suspicion of ureteral stones showing extensive RH, likely ruptured aortic aneurysm. CT angiography reports RH and adjacent preceding left iliopsoas,  $20 \times 11 \times 8.5$  cm, volume 972 cc, retroperitoneal bleeding bilateral para-aortic lymphadenopathy and multiple bilateral pulmonary nodules suggestive of secondary spread. Hard right testicle with normal size, testicular ultrasound pointing solid cystic mass, suggestive of organic lesion.

*Discussion:* Trauma and tumor pathology are the main causes of RH. Testicular cancer usually occurs in young patients, requiring early referral and study because of its rapid progression. In our case, the HR was an imaging finding, highlighting that the bleeding of a cluster of lymph nodes is anecdotal.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El hematoma retroperitoneal (HR) corresponde a una colección hemática situada en cualquiera de los compartimientos retroperitoneales. Es una enfermedad infrecuente, de predominio entre la quinta y la séptima década de la vida, en pacientes de sexo masculino, y tiene una elevada morbimortalidad. Las principales etiologías son: espontáneo debido a terapia anticoagulante, traumático por daño a estructuras retroperitoneales (páncreas, riñón, aorta abdominal) y afección tumoral, siendo la más frecuente el adenocarcinoma renal<sup>1,2</sup>.

Para el diagnóstico es necesario hacer una exhaustiva historia clínica y examen físico, en relación con estudio de imágenes. El cuadro clínico clásico se caracteriza por dolor abdominal irradiado a zona lumbar, muslos o caderas, asociado a masa palpable abdominal, hipotensión y anemia. Se considera complicado cuando se presenta con dolor intenso y shock hipovolémico<sup>3</sup>.

Una de las formas de presentación más raras del HR es a consecuencia de metástasis ganglionares retroperitoneales sangrantes, con tumor primario testicular, lo cual ocurre en este caso. El cáncer testicular representa entre el 1-1,5% de las neoplasias masculinas y afecta generalmente a la población entre los 30 y los 40 años. Aparece como una masa unilateral indolora en el escroto, aunque el 20% de los pacientes refieren como síntoma inicial el dolor testicular<sup>4-6</sup>.

Se presenta el caso de un paciente con HR como presentación de un cáncer testicular para análisis de presentación clínica, importancia de estudio imagenológico y manejo multidisciplinario.

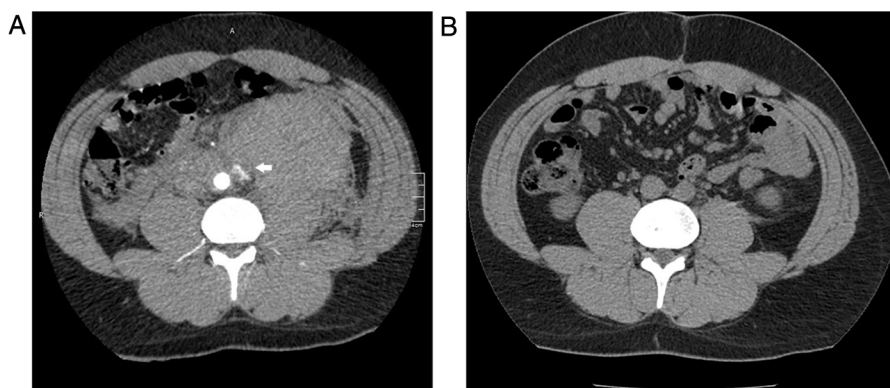
## Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 20 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Ingresa en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal en el flanco izquierdo, irradiado a dorso y testículo ipsilateral, de 6 h de evolución, de inicio súbito y alta intensidad. Signos vitales: frecuencia cardíaca 87 lpm, presión arterial 105/62 mmHg,

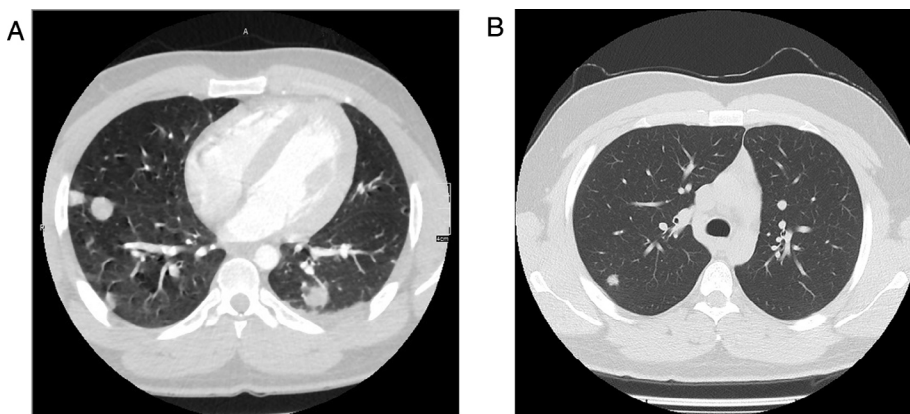
frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura axilar  $36,8^{\circ}\text{C}$  y saturación oxígeno 98% (con oxígeno ambiental). Al examen, el paciente se encuentra pálido, sudoroso, hemodinámicamente estable y sin signos de irritación peritoneal. En exámenes de laboratorio de ingreso se pesquiza anemia leve; el resto de los parámetros hematológicos, inflamatorios, la función renal, la coagulación y la hoja hepática se encuentran en rango normal. Se indica manejo activo del dolor con analgesia intravenosa y se solicita pielo-TC por sospecha de litiasis ureteral, donde destaca un extenso HR, de  $19 \times 11 \times 9$  cm, por delante del músculo psoas, con vena cava colapsada, indicativa de aneurisma aórtico roto.

Posteriormente, el paciente evoluciona con taquicardia asociada a pulsos distales débiles y taquipnea, requiriendo manejo de urgencia, correspondiente a shock hipovolémico. Se trasladó a la sala de reanimación, se instalaron 2 vías venosas periféricas (14G) y se administró solución fisiológica 1.500 ml en bolo, oxígeno por naricera al 100% y monitorización continua de signos vitales y trazado electrocardiográfico. Los exámenes de laboratorio de control destacan anemia severa (hematocrito 19%; hemoglobina 6,6 g/dL), decidiendo realizar transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos. Tras lograr estabilidad hemodinámica, se solicita angio-TC de tórax, abdomen y pelvis, que informa un extenso HR adyacente y anterior a psoasiliaco izquierdo, de  $20 \times 11 \times 8,5$  cm, volumen de 972 cc, asas intestinales desplazadas y adenopatías retroperitoneales paraaórticas bilaterales activamente sangrantes (fig. 1A), con múltiples nódulos pulmonares bilaterales indicativos de diseminación secundaria (fig. 2A). Se presenta a cirujano vascular, quien descarta manejo quirúrgico del HR.

En la reevaluación el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, consciente, eupneico; sin embargo, se constata testículo derecho duro, de tamaño normal, por lo que se solicita ecografía testicular que señala masa sólida quística en el testículo derecho, de  $23 \times 17 \times 19$  mm, con microcalcificaciones e hipervascularización indicativa de lesión orgánica y quiste epididimario en el testículo izquierdo. En el interrogatorio dirigido, el paciente refiere presentar testículo derecho indurado desde hace aproximadamente 2 años, sin consultar al médico especialista.



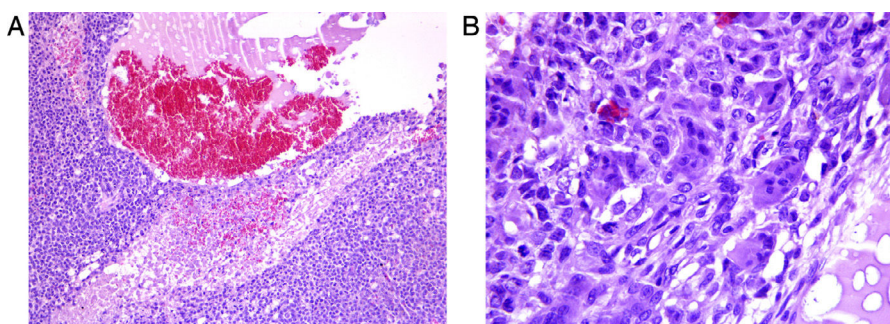
**Figura 1** (A) Angio-TC de abdomen que muestra adenopatías paraaórticas con sangrado activo (flecha blanca) y asas intestinales desplazadas. (B) TC de abdomen de control (un año después).



**Figura 2** (A) Angio-TC de tórax que muestra nódulos metastásicos pulmonares bilaterales. (B) TC de tórax de control (un año después). Nódulo pulmonar en segmento apicoposterior, lóbulo superior derecho.

Es evaluado por el equipo de Urología, que diagnostica cáncer testicular TxN2M1 y solicita marcadores tumorales, destacando subunidad beta de gonadotropina coriónica humana de 33.275 mUI/ml, en rango diagnóstico para coriocarcinoma. Se realiza orquiectomía derecha, sin vaciamiento ganglionar, sin complicaciones. La biopsia testicular describe carcinoma embrionario con focos de teratoma y presencia de focos de coriocarcinoma, necrosis y hemorragia intratumoral multifocal, con compromiso tumoral de la rete testis (fig. 3).

El paciente es derivado al Hospital Regional Base para quimioterapia, completando 4 ciclos con bleomicina (30 U, días 2-9-16), etopósido (200 mg, días 1 a 5) y cisplatino (40 mg, días 1 a 5), asociados a alopurinol (100 mg/12 h) y filgrastim (300 µg por 5 días luego de cada ciclo de quimioterapia). Al reevaluar al paciente con nueva TC, persisten nódulos pulmonares y adenopatías retroperitoneales, HR organizado de menor tamaño que la imagen inicial; en marcadores tumorales solo destaca una leve elevación de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana



**Figura 3** (A) Biopsia testicular, con tinción de hematoxilina-eosina, que muestra necrosis hemorrágica tumoral extensa. (B) Biopsia testicular, con tinción de hematoxilina-eosina, que muestra células gigantes multinucleadas características de coriocarcinoma.

(58 mUI/ml). Por respuesta parcial por imágenes y casi completa de marcadores, se presenta al Comité de Quimioterapia, decidiéndose agregar 2 nuevos ciclos con etopósido (250 mg, días 1 a 4) y cisplatino (200 mg, día 2). Se deriva al hospital de origen para la realización de una linfadenectomía lumboaórtica, control de imágenes y seguimiento del paciente por el equipo de Urología.

Cuatro meses después de completar el último ciclo de quimioterapia se realiza una linfadenectomía lumboaórtica, identificándose masas tumorales intercavaoárticas de 6 cm y en el retroperitoneo lateral izquierdo de 12 cm, con retracción del uréter y gran retracción inflamatoria sobre vasos ilíacos. Se disecciona la masa retroperitoneal, reseca el contenido compatible con hematoma antiguo. La biopsia de las muestras obtenidas describe ganglios paraaórticos sin evidencia de neoplasia y tumor de origen retroperitoneal constituido por tejido adiposo con extensa fibrosis colágena densa, focos de calcificación aislados y material hemorrágico antiguo, sin evidencia de neoplasia.

El seguimiento del paciente a un año del episodio inicial muestra buena evolución clínica y postoperatoria. En la TC de tórax, abdomen y pelvis impresiona nódulo pulmonar en segmento apicoposterior del lóbulo superior derecho, sin cambios respecto a imágenes previas (fig. 2B). No se identifican masas intraabdominales ni presencia de adenopatías sospechosas retroperitoneales (fig. 1B). Actualmente, el paciente continúa con control en Urología.

## Discusión

La enfermedad tumoral y el trauma son las principales causas de HR, destacando también la rotura de aneurisma de aorta abdominal<sup>1-3</sup>. Con menor frecuencia encontramos hemorragias espontáneas de tumores renales o suprarrenales, otros tumores sólidos retroperitoneales, terapia anticoagulante, discrasias sanguíneas y enfermedad litiasica de la vía urinaria, entre otros<sup>7,8</sup>. Al abordar este caso, la hipótesis diagnóstica inicial fue litiasis ureteral; sin embargo, al pesquisar el HR se sospechó un aneurisma de aorta abdominal roto debido a la edad del paciente y la falta de antecedente traumático, lo que hizo necesario complementar el estudio de imágenes con una angio-TC, hallando extravasación de medio de contraste en adenopatías paraaórticas. Existen reportes aislados de HR espontáneos o causados por metástasis que infiltran vasos lumbares u órganos vecinos<sup>9-11</sup>; sin embargo, en nuestro caso, el HR fue debido a adenopatías paraaórticas bilaterales sangrantes, siendo así un hecho anecdótico, similar solo a un caso encontrado en nuestra revisión bibliográfica<sup>12</sup>.

El cáncer testicular suele presentarse en pacientes jóvenes que se encuentran en el tercer o cuarto decenio de la vida. Esta entidad requiere una pronta derivación, además de un estudio imagenológico completo debido a su rápida progresión<sup>6</sup>. Dentro de los tipos histológicos de cáncer testicular, el coriocarcinoma suele presentarse de manera mixta junto con otros tipos de neoplasia germinal, caracterizándose por su alta agresividad y peor pronóstico, lo cual coincide con la biopsia de testículo del caso, que describe la presencia de coriocarcinoma y teratocarcinoma<sup>13,14</sup>. Entre las opciones disponibles para su estudio encontramos radiografía de tórax, TC abdominopélvica y torácica,

ecografía abdominal y retroperitoneal, resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones y la obtención de muestras seriadas de sangre para la determinación de marcadores tumorales<sup>6</sup>. En nuestro caso, el HR fue un hallazgo imagenológico incidental, en el contexto del resultado de una pielografía. La inestabilidad hemodinámica del paciente condicionó una conducta médica de urgencia, con un posterior estudio de imágenes y marcadores tumorales, destacando la gran elevación de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana.

Otro hecho de importancia fue la realización de un examen físico detallado en el momento de reevaluar al paciente, permitiendo hallar el testículo derecho indurado, que luego la ecografía testicular definió como masa sólida quística. Posteriormente, con la anamnesis dirigida, se constató que dicho aumento de volumen presentaba un periodo de evolución de 2 años, sin consulta médica por parte del paciente. Esto reafirma la importancia de una rigurosa anamnesis y examen físico dirigidos, además de la educación de la población masculina acerca del autoexamen para detectar la presencia de aumentos de volumen a nivel testicular que puedan originar la sospecha de cáncer testicular.

Finalmente, es necesario resaltar que el estudio y manejo de esta enfermedad debe ser multidisciplinario desde la sospecha clínica hasta la resolución final, debiendo existir una comunicación fluida entre el nivel primario de atención, encargado de la detección precoz de la dolencia, y el equipo de especialistas para realizar el manejo definitivo<sup>9,15</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Agradecimientos

A los Drs. Juan Téllez Miric y Ernesto González Schnake, médico radiólogo y anatomopatólogo, respectivamente, del Hospital Clínico Herminda Martín, de Chillán, por su excelente disposición y colaboración desde la especialidad para el abordaje y la presentación del caso clínico reportado.

## Bibliografía

1. Suárez G, Valera Z, Gómez MA, Docobo F, Álamo JM. Etiología y diagnóstico del hematoma retroperitoneal complicado, actitud e indicación quirúrgica. *Cir Esp.* 2005;78:328-30.
2. Sánchez-González A, Riancho-Zarrabeitia L, Salmón-González Z, Riancho JA, Valero C. Perfil clínico de los pacientes con

- hematomas retroperitoneales espontáneos. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:301–4.
3. Álvarez C, Cerda C, Jadue A, Rojas F, Abelleira M, Hermansen C, et al. Hematoma retroperitoneal espontáneo. Caso clínico. *Rev Med Chile*. 2007;135:1044–7.
  4. Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermarck G, Fizazi K, et al. Guía clínica sobre el cáncer de testículo. *Eur Urol*. 2005;48:885–94.
  5. Motzer RJ, Jonasch E, Agarwal N, Beard C, Bhayani S, Bolger GB, et al. Testicular cancer, version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;13:772–99.
  6. Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedemarmark G, Fizazi K, et al. [EAU guidelines on testicular cancer: 2011 update. European Association of Urology] Spanish. *Actas Urol Esp*. 2012;36:127–45.
  7. Schwaner J, Giacaman P, San Martín E, Sanhueza F, Fuentes C, Pugh A, et al. Cáncer testicular: estudio de extensión con TC de cuerpo entero. *Rev Chil Radiol*. 2005;11:193–200.
  8. Álvarez D, Schiappacasse G, Castro M, Slater J. Hematoma retroperitoneal de causa infrecuente: a propósito de un caso. *Rev Chil Radiol*. 2012;18:107–10.
  9. Vos CG, Hoksbergen WJ. Fatal retroperitoneal bleeding caused by metastasis of a sigmoid carcinoma. *Case Rep Med*. 2011;2011:1–5.
  10. Sierra-Díaz E, Belmonte-Hernández MV, Villanueva-Pérez MA, García-Gutiérrez M. Hemorragia retroperitoneal espontánea no traumática: efecto del diagnóstico preciso y oportuno. *Cir Cir*. 2015;83:206–10.
  11. Torres F, Torres F, Díaz M. Coriocarcinoma testicular con patrón histológico puro. Estudio necrópsico de un caso representativo. *Arch Esp Urol*. 2007;60:287–90.
  12. Chandrasekhar SK, Kathiresan N. Ruptured retroperitoneal node presenting as hemoperitoneum—An unusual presentation of testicular tumour. *Indian J Surg Oncol*. 2014;5:252–4.
  13. Sesterhenn IA, Davis C Jr. Pathology of germ cell tumors of the testis. *Cancer Control*. 2004;11:374–7.
  14. Pastor H, Donate MJ, Ruiz R, Pastor JM, Salinas AS, Virseda JA. Hemoperitoneo y muerte por rotura de metástasis hepatoesplénicas de tumor testicular. *Actas Urol Esp*. 2007;31:1175–8.
  15. Kreydin EV, Barrisford GW, Feldman AS, Preston MA. Testicular cancer: What the radiologist needs to know. *AJR Am J Roentgenol*. 2013;200:1215–25.