

SITUACIONES CLÍNICAS

Insuficiencia respiratoria global como primera manifestación de una neoplasia testicular. A propósito de un caso

A. Martínez Sabater*, J. Torres Tortajada y M. Solera

Unidad Cuidados Intensivos, Hospital Francesc de Borja, Gandia, Valencia, España

Recibido el 21 de marzo de 2010; aceptado el 23 de julio de 2010

Disponible en Internet el 3 de noviembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Neoplasia testicular;
Cuidados intensivos;
Insuficiencia
respiratoria global

KEYWORDS

Testicular neoplasms;
Intensive care;
Global respiratory
failure

Resumen

Los tumores testiculares son las neoplasias más frecuentes en el grupo de edad entre 15 y 35 años, teniendo una alta tasa de curación, no obstante, siguen apareciendo debuts tardíos con manifestaciones metastásicas atípicas que pueden provocar un diagnóstico inicial erróneo.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 26 años con neoplasia testicular cuya primera sintomatología fue un cuadro de dificultad respiratoria, sensación distérmica y nerviosismo, cuyo estado de salud empeoró progresivamente siendo necesario su ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Global respiratory failure as the presentation form of testicular neoplasia. A case report

Abstract

Testicular tumors are the most common malignancies in the 15–35 years age group. They have a high recovery rate but late onsets may appear with atypical metastatic signs, which may lead to an erroneous initial diagnosis. We report a clinical case of a 26 years old patient with testicular neoplasm whose first symptoms were the presence of respiratory distress, feeling feverish and nervousness. His health condition progressively worsened and required admission to the intensive care unit.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Los tumores testiculares representan aproximadamente el 1% de las neoplasias masculinas, siendo más frecuente entre los 15 y los 35 años¹. En el estudio de Lopez-Abente et al² estimaban una incidencia bruta anual de 820 casos de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antmarsab@hotmail.com
(A. Martínez Sabater).

neoplasia testicular con una tasa ajustada a la población europea de 3,85. Otros estudios revisados como el de Cáceres et al³ establecen una incidencia poco frecuente (1–2 casos por 100.000 habitantes).

La base de datos Globocan 2002⁴ indica en España en el años 2005 la aparición de 418 casos nuevos de cáncer testicular que representan el 0,43% de los tumores masculinos, con una mortalidad total de 37 casos (0,06% de las muertes). Esta tendencia, tal como aparece en el estudio de Llanes et al⁵ en España se está produciendo un aumento de la incidencia del cáncer testicular, al igual que en otros países, pasando de una incidencia de 0,84/100.000 en 1991 a 1,91/100.000 en 2005. Pese a encontrarnos con un tipo de patología con un alto grado de curación en las fases tempranas, sigue siendo frecuente encontrar casos en la bibliografía en los que el diagnóstico es tardío y la consulta es realizada por la presencia de sintomatología metastásica. Así, tras realizar una revisión bibliográfica hemos encontrado diferentes estudios en los que el diagnóstico se produce tras la aparición como primera sintomatología de hemorragia digestiva, hemoperitoneo, etc.^{6–10} que pueden requerir el ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI). En ocasiones la sintomatología inicial puede ser insidiosa e inespecífica y, como en el caso que aquí se presenta, ser confundida con un cuadro de neumonía¹¹.

Caso clínico

Paciente de 26 años sin antecedentes médicos de interés. Refería contacto con aves (colombicultor). Acudió al servicio de atención continuada por tos seca no productiva, sensación de disnea progresiva hasta hacerse de reposo. No fiebre termometrada. No asociaba mialgias ni artralgias. Se constató saturación de 68% siendo remitido a urgencias hospitalarias presentando a su ingreso disnea en reposo, taquipnea moderada-grave con uso de musculatura accesoria. Saturación arterial de oxígeno del 79% a pesar de oxigenoterapia al 50% (gasometría arterial: pH 7,506, pCO₂ 27 mmHg y PO₂ 45 mmHg). En la radiografía (Rx) de tórax inicial se objetivó un patrón alveolo-intersticial bilateral con presencia de nódulo en lóbulo medio de pulmón derecho (fig. 1). Destacaba en la analítica la presencia de leucocitosis con desviación izquierda, PCR elevada, anemia microcítica e hipocrómica y alteraciones en el patrón de hemostasia (I. Quick del 45%). Durante su

estancia en urgencias se realizó batería de cultivos, iniciándose tratamiento antibiótico empírico dada la sospecha clínica de neumonía atípica (antígeno de legionella y neumococo en orina negativos). Por los datos de gravedad y ausencia de mejoría clínica, se decidió su ingreso en UCI con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria a probable neumonía atípica, iniciándose ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con discreta mejoría inicial. A las pocas horas de su estancia e UCI, debido a dificultades para diuresis se decidió colocar sonda uretral. En ese momento se detectó que el testículo izquierdo tenía un gran tamaño, de consistencia sólida y dura al tacto. Tras anamnesis, el paciente reconocía la aparición de tumoración en un espacio de tiempo aproximado de cuatro semanas. Se descartó inicialmente hidrocele tras ecografía testicular a pie de cama (tabla 1), por lo que ante la sospecha de tumor testicular se solicitaron marcadores tumorales específicos (Beta HCG: 89282.0 mUI/ml, alfa feto-proteína:

Tabla 1 Diagnóstico diferencial y clasificación de los tumores testiculares

Diagnóstico diferencial tumor testicular

Masas escrotales
Epididimitis
Orquiepididimitis
Hidrocele
Quiste epidídimo o espermatocelo
Hernias
Goma sífilítica

Clasificación de los tumores testiculares y frecuencia de presentación

1. Tumores de células germinales (96%)
 - I. Seminoma (35–50%)
 - II. Carcinoma embrionario (25%)
 - III. Teratoma (5%)
 - IV. Coriocarcinoma
2. Tumores del estroma gonadal (2%)
3. Metástasis

Fte: Velasco PA Tumores testiculares. En: Martínez C. Manual de Urología esencial. Universidad Católica de Chile. [consultado 30/5/2010]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualurologia/TumoresTesticulares.html>.

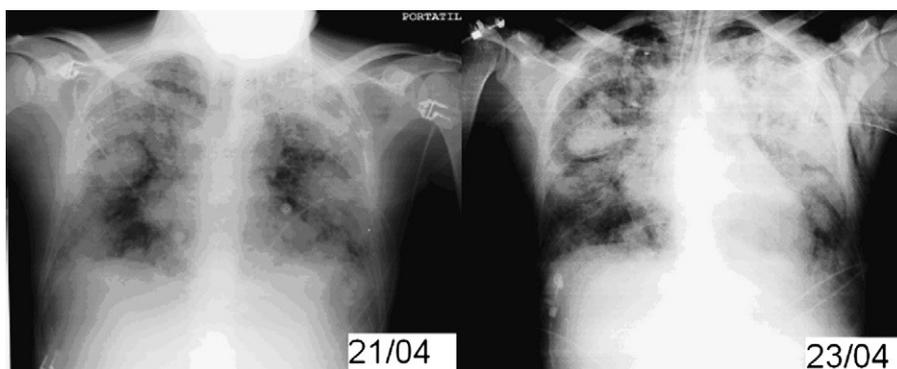


Figura 1 Radiografía de tórax en la que se observa patrón intersticial alveolar y nódulos alveolares.

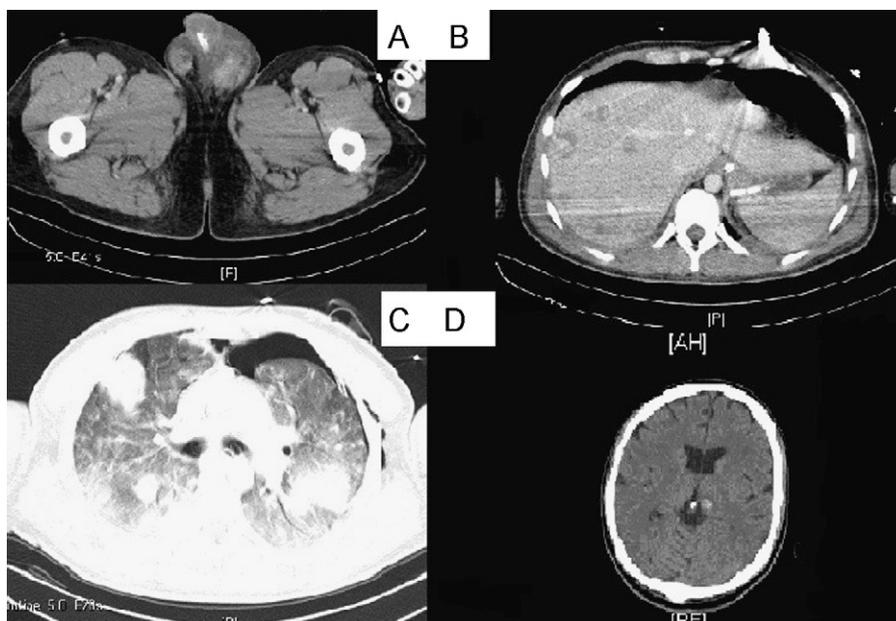


Figura 2 Imágenes TAC. A) Corte pélvico apreciándose masa escrotal. B) Corte abdominal con metástasis hepáticas. C) Corte torácico apreciándose metástasis pulmonares. D) Corte cerebral apreciándose metástasis cerebrales.

1023.0) y TAC cerebral-torácico-abdominal y pélvico (fig. 2), con los siguientes resultados: TAC cerebral, pequeñas imágenes nodulares distribuidas por ambos hemisferios, hiperdensas compatibles con presencia de hemorragia, localizándose las más pequeñas en los lóbulos parietales, occipital, lóbulo izquierdo cerebeloso y las más significativas, localizadas en los núcleos de la base izquierdos, con discreto edema y compresión sobre el tercer ventrículo. TAC toracoabdominopélvico: «Campos pulmonares sembrados de nódulos compatibles con lesiones metastásicas que se acompañan de patrón alveolar en zonas posteriores de ambos campos pulmonares. En mediastino se aprecian adenopatías en espacio retrocavopretraqueal y en la ventana aortopulmonar. En abdomen, hepatomegalia con múltiples imágenes nodulares compatibles con metástasis que se localizan esencialmente en el lóbulo derecho hepático. Bazo de tamaño normal. Ambos riñones de tamaño normal apreciando pequeño quiste en riñón izquierdo. Suprarrenales de tamaño normal. Se identifica en el canal inguinal izquierdo una asimetría de tamaño sólido, no pudiendo realizarse la extensión al resto del escroto».

El paciente presentó un deterioro respiratorio progresivo por lo que a las 24h de su estancia se decidió proceder a intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Dada la extrema gravedad y la inestabilidad clínica del paciente, y ante la imposibilidad de orquiectomía quirúrgica, se decidió iniciar tratamiento quimioterápico empírico con cisplatino, bleomicina y etopósido. El paciente presentó evolución tórpida con inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico progresivo, falleciendo al cuarto día de su ingreso.

Discusión

El cáncer testicular es el cáncer maligno más común entre los 20 y los 35 años. Si el diagnóstico es temprano la tasa de

curación es cercana al 99%¹². En ocasiones, la consulta médica se produce por la sintomatología secundaria (dolor, disnea, etc.) y hay que insistir en la anamnesis para descubrir las alteraciones^{1,6,13}. En pacientes jóvenes con clínica de patología abdominal aguda no debe obviarse la exploración escrotal, teniendo en cuenta la posibilidad de sintomatología inicial con cuadros insidiosos (neumonía, hemorragia digestiva, etc.) que pueden suponer un diagnóstico inicial erróneo, siendo fundamental la anamnesis y la exploración física y la promoción de la autoexploración testicular en pacientes jóvenes.

Bibliografía

- Mantilla T, Alda de la Fuente V. Tumores testiculares en Atención Primaria. A propósito de dos casos. *Semergen* 1998;24(1):28-30, 8.
- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V, et al. Situación del cáncer en España: incidencia. *Anales Sis San Navarra*. 2004;27:165-73. [consultado 16/6/2009]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000300001&lng=es.
- Cáceres Saglio CA, Hortensia M, Bresanovich VA, Mandarino A. Tumor testicular: tumor de Yolk Sac. Presentación de un caso clínico. *Revista de posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. N.º 149 Septiembre 2005.
- GLOBOCAN 2002 database. [consultado 18/5/2009]. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr>.
- Llanes González L, Luján Galán M, Rodríguez García N, García Tello A, Berenguer Sánchez A. Tendencia en la incidencia del cáncer testicular de células germinales en un área sanitaria española de 300.000 habitantes (1991-2005). *Actas Urol Esp*. 2008;32:691-5. [consultado 16/6/2009]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000700004&lng=es.
- Pastor Navarro H, Donate Moreno MJ, Ruiz Mondéjar R, Pastor Guzmán JA, Salinas Sánchez AS, Virseda Rodríguez JA.

- Hemoperitoneo y muerte por rotura de metástasis hepatoesplénicas de tumor testicular. *Actas Urol Esp.* 2007;31:1175-8.
7. Avasthi R, Chaudhary SC, Mohanty D, Mishra K. Testicular mixed germcell tumor metastasizing to Heart. *J Assoc Physicians India.* 2008;56:812-5.
 8. Dchene D, Kabbani W, Mucher Z, Lotan Y. Gastrointestinal hemorrhage as first manifestation of metastatic testicular tumor. *Urology.* 2005;66:21-4.
 9. Chhieng DC, Jennings TA, Slominski A, Mihm Jr MC. 1 Choriocarcinoma presenting as a cutaneous metastasis *Journal of Cutaneous Pathology* Published Online: 27 Apr 2006.
 10. Molina Infante J, Beceiro Pedreño I, Ripoll Noiseux C, Marín Jiménez I, González Asanza C, Menchén Fernández-Pacheco P. Hemorragia digestiva secundaria a coriocarcinoma con metástasis gástricas y colónicas. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:77-80. [consultado 16/6/2009]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000100010&lng=es.
 11. Torres Gómez Francisco Javier, Torres Olivera Francisco Javier, Díaz Delgado Mario. Coriocarcinoma testicular con patrón histológico puro: Estudio necrópsico de un caso representativo. *Arch Esp Urol.* 2007;60:287-90. [consultado 16/6/2009]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000300010&lng=es.
 12. Shaw J. Diagnosis and treatment of testicular cancer. *Am Fam Physician.* 2008;77(4):469-74.
 13. A National Clinical Guideline. Management of Adult Testicular Germ Cell Tumours. [consultado 29/5/2009]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign28.pdf>.