

● REPORTE DE CASO

Varón joven con disnea y hemoptisis

Male youth with dysnea and hemoptysis

Autores: Amanda Sierra Saldívar¹, Shirley Vallejos Galeano²

Artículo recibido: 4 noviembre 2015

Artículo aceptado: 11 febrero 2016

Resumen

La hemoptisis puede ser la primera manifestación de un gran número de enfermedades, cuyo diagnóstico y tratamiento pueden ser muy diversos. En la práctica clínica es muy importante identificar su causa, localizar su origen, estimar su gravedad e instaurar lo más precoz el tratamiento específico. Reportamos un caso de hemoptisis y disnea, acompañado de síndrome constitucional de un mes de evolución, en paciente varón de 20 años, con una masa de 2 cm en testículo derecho, infiltrado nodular difuso en ambos pulmones y nódulos hepáticos. Espujo sanguinolento negativo para BAAR. Presentó desenlace fatal.

Palabras claves: tumor testicular, hemoptisis, disnea

Abstract

Hemoptysis may be the first manifestation of a large number of diseases with very diverse diagnosis and treatment. In the clinical practice, it is very important to identify the cause, locate its origin, estimate the seriousness and install the specific treatment as early as possible. We report here a case of hemoptysis and dyspnea, accompanied by a constitutional syndrome of a 1-month evolution in a 20-year-old male patient with a 2-cm mass in his right testicle, diffuse nodular infiltrate in both lungs and hepatic nodules. Bloody sputum was negative for AARB. It has a fatal outcome.

Keywords: testicular tumor, hemoptysis, dyspnea

Introducción

El cáncer testicular es la neoplasia sólida más común que afecta a los hombres entre los 15 y 35 años. Esta enfermedad afecta principalmente a los hombres jóvenes y de mediana edad, aunque alrededor de 7% de los casos ocurre en niños y adolescentes y 7% ocurre en hombres mayores de 55 años¹. Debido a que usualmente el cáncer testicular se puede tratar con éxito, el riesgo de que un hombre muera a causa de

¹Especialista en Medicina Interna. Departamento de Medicina Interna. Hospital Nacional (Itauguá, Paraguay)

²Residente de Medicina Interna. Universidad Nacional de Itapúa (Encarnación, Paraguay)

Autor correspondiente:

Dra. Shirley Vallejos Galeano

Teléfono: +595.981782272

Dirección: Itauguá, Paraguay

Correo electrónico: janine.vallejos@gmail.com

este cáncer es muy bajo: alrededor de 1 en 5.000. El cáncer testicular se ha convertido en uno de los más curables entre las neoplasias sólidas debido a los avances terapéuticos notables a finales de 1970². Los tumores de células germinales representan el 95% de los casos³. Suelen presentarse como un nódulo o hinchazón indolora de un testículo. Aproximadamente 30 a 40% de los pacientes se quejan de un dolor sordo o sensación de pesadez en el abdomen inferior, zona perianal o el escroto, mientras que el dolor agudo es el síntoma de presentación en el 10% de los casos. Otras manifestaciones del cáncer testicular son atribuibles a la enfermedad metastásica en aproximadamente 10% de los pacientes⁴. Los síntomas varían de acuerdo con el sitio de la metástasis:

1. Tumoración en el cuello, por metástasis en los ganglios linfáticos supraclaviculares
2. Tos, disnea o hemoptisis por metástasis pulmonar
3. Anorexia, náuseas, vómitos o hemorragia gastrointestinal, por metástasis retroduodenal
4. Dolor lumbar, por enfermedad retroperitoneal voluminosa que involucra los músculos o las raíces nerviosas.
5. Dolor de huesos, por metástasis ósea
6. Síntomas del sistema nervioso central o periférico, por metástasis cerebral o de la médula espinal
7. Edema de miembros inferiores unilateral o bilateral, por obstrucción venosa o trombosis de vena cava o ilíacas.

La ginecomastia, que ocurre en alrededor de 5% de los hombres con tumores testiculares de células germinales, es una manifestación endocrina sistémica, puede o no estar asociada con concentraciones elevadas en suero de β HCG⁵.

El examen testicular debe comenzar con la palpación bimanual del contenido escrotal, empezando por el testículo contralateral normal. Esto permite al examinador apreciar el tamaño relativo, el contorno y la consistencia de los testículos normales. El testículo se debe palpar cuidadosamente entre el pulgar y los primeros dos dedos de la mano.

La gónada normal es homogénea en la consistencia, se puede mover libremente y es separable del epidídimo. Un hidrocele puede estar presente y puede hacer que la evaluación de un tumor testicular sea más difícil. En tales casos, la ecografía del escroto es una técnica rápida y fiable para excluir hidrocele o epididimitis, se indica en cualquier hombre con sospecha de un tumor testicular.

El examen físico debe incluir la palpación del abdomen para la evidencia de la enfermedad ganglionar o afectación visceral. La evaluación de rutina de los ganglios linfáticos supraclaviculares puede revelar adenopatía en hombres con enfermedad avanzada. El examen del tórax puede revelar ginecomastia o levantar sospechas de la participación torácica.

Entre los factores de riesgo destacan la criptorquidia, antecedentes familiares (padre y hermano) de cáncer de testículo, edad entre 20 y 35 años, infección por VIH, cáncer en el otro testículo y la raza blanca.

En todo hombre con una masa sólida, firme dentro del testículo, debe considerarse este diagnóstico hasta demostrar lo contrario. Las masas escrotales indoloras son a veces ignoradas, mientras que los cánceres testiculares con dolor escrotal se tratan a menudo como epididimitis.

La evaluación diagnóstica de los hombres con sospecha cáncer testicular incluye ultrasonido escrotal seguido por pruebas radiográficas, la medición de marcadores tumorales séricos, orquiectomía inguinal radical y, en algunos casos, la disección de ganglios linfáticos retroperitoneales. Los resultados se utilizan para determinar el tipo histológico y el grado de la enfermedad y para guiar la terapia. La biopsia testicular no se realiza como parte de la evaluación debido a la preocupación de que pueda dar lugar a la siembra tumoral

en el saco escrotal o diseminación metastásica del tumor en los ganglios inguinales. Además, dado que la gran mayoría de estos pacientes son hombres jóvenes, se debe considerar los problemas de fertilidad y la criopreservación de espermatozoides durante la evaluación diagnóstica inicial.

La ecografía escrotal puede distinguir las lesiones testiculares intrínsecas de las extrínsecas con un alto grado de precisión y pueden detectar lesiones intratesticulares tan pequeños como de 1 a 2 mm de diámetro. El uso generalizado de la ecografía escrotal en la evaluación de la infertilidad masculina en ocasiones conduce al diagnóstico de una masa incidental, no palpable a nivel testicular⁶.

La tomografía computarizada de abdomen y pelvis y una radiografía de tórax se realizan por lo general, si la radiografía de tórax es anormal se sospecha fuertemente enfermedad metastásica que implica el tórax⁶.

La imagen de resonancia magnética (IRM) del abdomen y de la pelvis o del escroto normalmente añade poco a la información obtenida por tomografía computarizada y ultrasonido. IRM cerebral se realiza si se sospecha de metástasis cerebrales. La gammagrafía ósea rara vez está indicada⁷.

La tomografía por emisión de positrones (PET) es de utilidad limitada en la estadificación inicial de los pacientes con tumores de células germinales testiculares, debido a la frecuente aparición de resultados falsos negativos.

Tres marcadores tumorales séricos han establecido papeles en el cáncer testicular: la AFP, la β HCG y la LDH. Los niveles séricos de AFP y/o β HCG son elevados en el 80 a 85% de los hombres con tumor de células no germinales, incluso cuando no son metastásicos. En contraste, la β HCG es elevada en menos de 20% de seminomas testiculares y la AFP no es elevada en seminomas puros⁸.

En cuanto al tratamiento, la orquiectomía inguinal radical se debe realizar para permitir la evaluación histológica del tumor primario y proporcionar control local del tumor. Ni el ultrasonido escrotal ni los marcadores tumorales séricos son suficientemente precisos para reemplazar la orquiectomía inguinal radical⁹.

La linfadenectomía retroperitoneal es el único método fiable para identificar las micrometástasis ganglionares dada la alta tasa de falsos negativos con tomografía computarizada. También es el estándar de oro para la prestación de estadificación patológica exacta del retroperitoneo. Tanto el número y tamaño de los ganglios linfáticos retroperitoneales involucrados tienen importancia pronóstica. En comparación, la quimioterapia primaria es el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad de alto volumen en estadio II o III de la enfermedad⁹.

Reporte de Caso

Paciente de sexo masculino de 21 años, comerciante, con historia de dificultad respiratoria de 1 mes de evolución, progresiva, que no mejora con el reposo, acompañado de expectoración sanguinolenta en varias oportunidades en el día, astenia, anorexia y pérdida de peso de 10 Kg en este lapso. Niega fiebre con sudoración nocturna. No cuenta con antecedentes patológicos, quirúrgicos ni viciosos previos. Antecedentes familiares: conviven con la abuela diabética en tratamiento antibacilar por tuberculosis genitourinaria. Signos vitales: presión arterial 110/70 mm Hg, frecuencia respiratoria 20/min, pulso 95/min. Afebril. Peso 60 kg. Estatura: 1,65 m.

Al examen físico: aparato respiratorio con murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, con sibilancias difusas y crepitantes aislados en campo medio y bases. Aparato cardiovascular: pulsos todos presentes. Área central: taquicárdico, ritmo regular, no soplos. Abdomen: plano, simétrico, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, hepatomegalia dolorosa. Aparato

genitourinario: puño percusión negativa bilateral. Órganos genitales externos sin particularidades. Semiología neurológica normal.

Laboratorio: hemograma: leucocitos $1.500 \times 10^9/L$, neutrófilos 79%, linfocitos: 18%, eosinófilos: 3%. Hemoglobina: 7 g/dl, hematocrito: 21%, anemia normocítica normocrómica. Plaquetas: $245.000 \times 10^9/L$ VSG: 60 mm 1ª hora. PCR: 12 mg/dL

Gasometría arterial: pH 7,46; PO_2 : 79,9; PCO_2 : 26,3; HCO_3 : 18,3; SO_2 : 96,3

Perfil renal y electrolitos: normales. Hepatograma: bilirrubina total: 1,44 mg/dL, AST: 83 IU/L, ALT: 81 IU/L, fosfatasa alcalina: 85U/L, LDH: 1.555 U/L. Tiempo de protrombina: 59%, TTPA: 30 segundos, fibrinógeno: 571 mg/dL.

Orina simple: proteínas (+), hematíes 25-50/campo, leucocitos 3-5/campo, hematíes dismórficos 50%.

Se le realiza una radiografía de tórax en 2 incidencias donde se constata infiltrado nodular difuso bilateral de vértice a bases (fig.1).

Figura 1
Radiografía de tórax con infiltrado modular difuso bilateral



Secreción traqueal sanguinolenta coloración de Ziehl Nielsen: 3 muestras negativas.

Se piensa en un síndrome renopulmonar y se inicia bolos de metilprednisolona 1g por 3 días, con mejoría clínica de la disnea. Se agregan luego los siguientes estudios:

Ecografía abdominal: hepatomegalia con múltiples imágenes nodulares ecogénicas, en los segmentos II-III-VI-VII-VIII.

Se recibe también serología para hepatitis B, C, VIH, VDRL: todos negativos. ANA y Anti ADN negativas. C3 y C4 dentro de rango. ANCA-C y ANCA-P negativos. Anticuerpos anti-MBG (-). β_2 microglobulina: 2520 ng/mL.

Se busca una neoplasia de base en un paciente joven con metástasis hepatopulmonares.

Se realiza una ecografía testicular, donde se observa masa de 2 cm de diámetro en testículo derecho. Marcadores tumorales: AFP 93,5 ng/mL (0- 5,5) β HCG: 1.609 UI/L (inferior a 5)

A 5 días de su ingreso presenta nuevamente disnea y repercusión cardiovascular por lo que es admitido en el Servicio de terapia intensiva de adultos para sostén hemodinámico y ventilatorio. Posteriormente, a las 24 hs de su ingreso, presenta choque hipovolémico y fallece. Se observa abdomen distendido, tenso, no depresible. Se realiza paracentesis diagnóstica postmortem en donde se extrae líquido hemático, lo que hace suponer hemoperitoneo por rotura de metástasis hepáticas.

Discusión

El cáncer de testículo representa el 1 % de las neoplasias en el varón. El principal órgano asiento de las metástasis es el pulmón, en menor frecuencia el hígado, el cerebro y la piel. La diseminación hemática se asocia a los tipos histológicos más agresivos como el coriocarcinoma.

Es muy importante indagar antecedentes de anomalías testiculares, malformaciones urológicas, herniorrafias. Entre los síntomas, la aparición de masa testicular suele ser característica o el dolor a nivel escrotal o en hipogastrio y, en la enfermedad avanzada, la tos, disnea, hemoptisis o afectación neurológica. En nuestro caso el paciente no tenía ningún antecedente familiar, tampoco refería molestias a nivel escrotal o hipogastrio, ni la masa fue palpable al realizar el examen testicular, sólo presentaba signos y síntomas de la forma avanzada de la enfermedad por lo que la evolución concluyó en forma fatal.

Referencias bibliográficas

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016 Jan;66(1):7-30.
2. Hanna NH, Einhorn LH. Testicular cáncer: discoveries and updates. *N Engl J Med.* 2014 Nov 20;371(21):2005-16.
3. Bosl GJ, Motzer RJ. Testicular germ-cell cancer. *N Engl J Med.* 1997 Jul 24;337(4):242-53.
4. Ayati M, Ariaifar A, Jamshidian H, Soleimani A, Ghasemi F, Nowroozi MR. Management of nonpalpable incidental testicular masses: experience with 10 cases. *Urol J.* 2014 Nov 1;11(5):1892-5.
5. Hassan HC, Cullen IM, Casey RG, Rogers E. Gynaecomastia: an endocrine manifestation of testicular cancer. *Andrologia.* 2008 Jun;40(3):152-7
6. Coursey Moreno C, Small WC, Camacho JC, Master V, Kokabi N, Lewis M, Hartman M, Mittal PK. Testicular tumors: what radiologists need to know--differential diagnosis, staging, and management. *Radiographics.* 2015 Mar-Apr;35(2):400-15.
7. Woldrich JM, Im RD, Hughes-Cassidy FM, Aganovic L, Sakamoto K. Magnetic resonance imaging for intratesticular and extratesticular scrotal lesions. *Can J Urol.* 2013 Aug;20(4):6855-9.
8. Masterson TA, Rice KR, Beck SD. Current and future biologic markers for disease progression and relapse in testicular germ cell tumors: a review. *Urol Oncol.* 2014 Apr;32(3):261-71.
9. Wittekind C. TNM classification of testicular tumors. Definitions and prerequisites for correct application. *Pathologe.* 2014 May;35(3):252-5