

METÁSTASIS TESTICULAR DE UN ADENOCARCINOMA DE COLON

REPORTE DE UN CASO

FRANCISCO J AFONSO-AFONSO, ANDRÉS RODRÍGUEZ ALONSO, CRISTINA DURANA TONDER

COMPLEJO HOSPITALARIO ARQUITECTO MARCIDE FERROL LA CORUÑA, ESPAÑA

RESUMEN

Reportamos el caso de un paciente con metástasis hepáticas, secundarias a adenocarcinoma de colon, quien presentaba una masa paratesticular dolorosa, cuya aparición coincidió con una progresión de la neoplasia de base. La resección quirúrgica de la masa identificó células neoplásicas provenientes del adenocarcinoma de colon.

PALABRAS CLAVE: Metástasis, testicular, tumor, paratesticular, cáncer, colon.

SUMMARY

We report the case of a patient with hepatic metastases secondary to colon adenocarcinoma. Who presented a par testicular and pain mass, which apparitions coincide with a progression of his basic neoplastic. The surgical resection of the mass identifies neoplásica cells with colon adenocarcinoma origin.

KEYWORDS: Metastases, testicular, tumor, par testicular, cancer, colon.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis por cáncer de colon, son frecuentes en ganglios linfáticos regionales, hígado, pulmones, huesos y cerebro ⁽¹⁾, pero excepcionalmente ocurre en estructuras intra-escrotales ⁽²⁾. En la mayoría de los casos, estas últimas son hallazgos incidentales durante la autopsia. Reportamos el caso de un hombre de 71 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma de colon y metástasis hepáticas quien presentó progresión neoplásica después de una primera línea de quimioterapia paliativa. Esa progresión coincidió con la aparición de una masa paratesticular dolorosa que, después de su estudio, permitió concluir se trataba de una metástasis del tumor primario colónico ya conocido.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 71 años de edad acudió al servicio de urgencias del hospital, por presentar dolor en la fosa ilíaca izquierda, de una semana de evolución, con estreñimiento y pérdida de aproximadamente 5 kg. En los dos meses previos. Dos días, antes, había sido evaluado por su urólogo, debido a clínica que fue interpretada

Recibido: 20/01/2010 Revisado: 08/02/2010

Aceptado para publicación: 10/03/2010

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Afonso A.
Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide, C/ San
Pedro de Leixa, SN, Ferrol, La Coruña, 15540. Ferrol,
La Coruña, España. Tel:0034981334034.

Email:francisco.javier.afonso.afonso@sergas.es

como secundaria a una orquiepididimitis, sin resolución a pesar del uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) y antibióticoterapia empírica. Se realizó una ecografía abdominal que identificó imágenes hepáticas compatibles con enfermedad metastásica. Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis informa de la existencia de probable neoplasia de colon sigmoides que condiciona un proceso oclusivo intestinal, con metástasis hepáticas. Colonoscopia: masa estenótica, a 30 cm del margen anal, friable, no franqueable con endoscopio, se tomó biopsia en ese procedimiento y la anatomía patológica informó de la existencia de un adenocarcinoma. Se realizó resección anterior de sigma con metastasectomía de una de las lesiones hepáticas. El informe patológico, de la muestra quirúrgica, fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con infiltración focal del tejido adiposo pericólico, presencia de células neoplásicas en dos de trece ganglios linfáticos analizados, así como en el segmento de tejido hepático resecado. Los marcadores tumorales posteriores a cirugía eran: CEA 416 ng/mL, CA 19-9: 467 U/mL. Se planificó quimioterapia paliativa, con el esquema FOLFIRI (irinotecan, 5 Fluouracilo, leucovorina) y después de doce aplicaciones de ese tratamiento existían criterios radiológicos de respuesta mayor y normalización de los marcadores tumorales. Inició un programa de seguimiento por consultas externas y tres meses después comenzó a referir dolor en región inguinoescrotal derecha. En ese momento, la exploración física identificó incremento de volumen en el hemiescrotal derecho, con una masa de consistencia dura, de aproximadamente 2 cm. en el testículo ipsilateral. Por ultrasonido se pudo apreciar la existencia de una masa iso-ecoica de 14 mm en el testículo derecho. Se realizó resección quirúrgica de esa lesión y macroscópicamente impresionaba como una masa paratesticular cuyo análisis microscópico reportó la existencia de tejido fibro-adiposo infiltrado por adenocarcinoma compatible con origen en colon (Figura 1). La

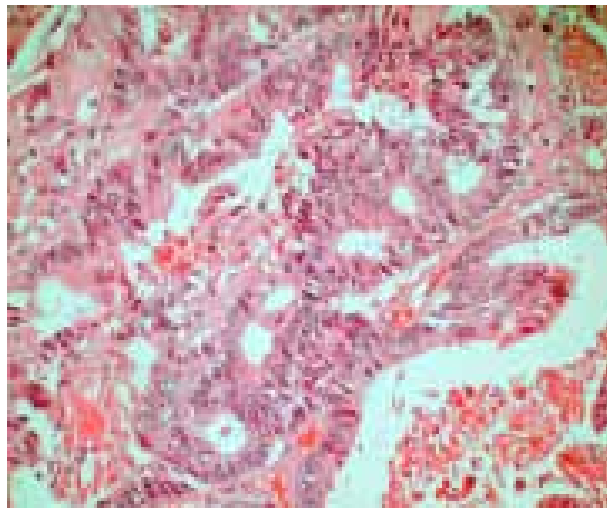


Figura 1. Histología mostrando adenocarcinoma infiltrante (hematoxilina y eosina 40x).

inmunohistoquímica fue positiva para CEA, EGFR 3+, k-ras: nativo. Un nuevo TAC puso en evidencia progresión radiológica de las lesiones hepáticas conocidas. Marcadores tumorales para ese momento: CEA 96 ng/mL, CA 19-9 66 U/mL. Se programó una nueva línea terapéutica, en esa ocasión con CPT-11 (irinotecan) y cetuximab, con normalización de marcadores tumorales y respuesta radiológica parcial después de ocho aplicaciones de ese esquema terapéutico.

DISCUSIÓN

Los carcinomas metastásicos a testículo son poco frecuentes, siendo identificados, en la mayoría de los casos como un hallazgo incidental durante la autopsia ⁽³⁾. Algunas series han estudiado el origen tumoral de esas metástasis, encontrando que el tumor primario no hematológico más frecuente en dar este tipo de metástasis era: próstata (34,6 %), pulmón (17,3 %), melanoma (8,2 %), riñón (9 %) y aparato digestivo (8 %) ⁽⁴⁾. Entre estos últimos

de vías digestivas, los de colon son los más frecuentes (28,9 %), seguidos por los de estómago (26,3 %), páncreas (15,8 %), intestino delgado (13,2 %) y recto (7,9 %) ⁽⁵⁾.

La edad media de presentación, en los casos reportados, es a los 59 años, en comparación con los 31 años para los tumores primarios de testículo ⁽⁶⁾.

Las rutas de metastización incluyen embolización, siembra venosa y/o linfática retrógrada y diseminación a través de los deferentes al epidídimo ⁽⁴⁾.

Generalmente, las metástasis al testículo y al epidídimo, ocurren en el contexto de enfermedad diseminada a otros órganos, con una supervivencia promedio, desde el momento del diagnóstico de la metástasis, de sólo 9,1 meses. Estas lesiones pueden ser parte de la clínica con la que debuta la neoplasia o representar un signo de progresión de la misma ^(7,8).

En el caso que presentamos, el diagnóstico de adenocarcinoma de colon fue precedido por un cuadro clínico de dolor e incremento de volumen del hemiescrotó izquierdo, interpretándose inicialmente como secundario a una orquiepididimitis aguda, la cual tuvo una mala respuesta terapéutica y reapareció coincidiendo con la progresión de la neoplasia conocida y con hallazgos radiológicos compatibles con una neoplasia testicular en un hombre de 71 años. Las metástasis al testículo o epidídimo, de un primario colorrectal, son infrecuentes (quince casos identificados) ⁽⁶⁾ pero deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial, en un paciente conocido con adenocarcinoma de colon/recto que presente una masa testicular a una edad superior a la esperada para un tumor primario de testículo o con una evolución atípica para una orquiepididimitis aguda.

REFERENCIAS

1. Kuba H, Sato N, Uchiyama A, Nakafusa Y, Miao R, Yoshida K, I et al. Mediastinal lymph node metastasis of colon cancer: Report of a case. *Surg Today*. 1999;29:375-377.
2. Kanno K, Ohwada S, Nakamura S, Ohya T, Iino Y, Morishita I, et al. Epididymis metastasis from colon carcinoma: A case report and a review of the Japanese literature. *Jpn J Clin Oncol*. 1994;24:340-344.
3. Tiltman AJ. Metastatic tumors in the testis. *Histopathology*. 1979;3:31-37.
4. Dutt N, Bates AW, Baitun SI. Secondary neoplasms of the male genital tract with different patterns of involvement in adults and children. *Histopathology*. 2000;37:323-331.
5. Meachan RB, Mata JA, Espada R, Wheeler TM, Schum CW, Scardino PT, et al. Testicular metastasis as the first manifestation of colon carcinoma *J Urol*. 1988;140:621-622.
6. Tiong HY, Kew CY, Tan KB, Salto-Tellez M, Leong AF. Metastatic testicular carcinoma from the colon with clinical, immunophenotypical, and molecular characterization: Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2005;48;3:582-585.
7. Parra RO, Boullier J, Mehan DJ. Malignant tumor of the colon metastatic to the epididym as a first sign of recurrence of colon cancer. *Mo Med*. 1992;89(5):298-300.
8. Moreno Anton F, Sastre Valera J, Loboff de Leon B, López-Tarruella S, Ortega Medina L, Díaz -Rubio E. Epididymal metastases as the first sign of a colon cancer recurrence. *Clin Transl Oncol*. 2005;7(7): 321-323.