

Linfoma no *Hodgkin*. Presentación de una tumoración testicular

Non-*Hodgkin* lymphoma. Presentation of a testicular tumor

Lic. Rafael Orlando Castillo González^{1*}

MSc. Izaida Lis Montero López²

Dra. Nayela Martín Barceló²

Dr. Arnaldo Sánchez Rodríguez³

MSc. Berlis Gómez Leyva²

¹Centro de Salud Lizarzaburu. Distrito Chambo Riobamba Salud. Chimborazo, Ecuador.

²Facultad de Salud Pública. Carrera de Medicina. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH). Ecuador.

³Policlínico Universitario 4 de Abril. Guantánamo, Cuba

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: rcastillo20665@gmail.com

RESUMEN

Se presenta un paciente de sexo masculino de 64 años, residente en la parroquia *Lizarzaburu*, Cantón *Riobamba*, provincia de *Chimborazo*, Ecuador, estudiado en el año 2014, con el objetivo de mostrar las particularidades del linfoma no *Hodgkin*, de localización testicular; detectado clínicamente como un aumento de volumen difuso e imagenológicamente como tumoración testicular, confirmado histopatológicamente. En esta localización, su forma de presentación puede asociarse a dificultades en su diagnóstico, incluso durante la interpretación de las láminas histológicas, como se evidencia en esta publicación. Por su poca frecuencia de presentación y como causa de este el linfoma no Hodgkin en particular, existe una escasa documentación bibliográfica sobre este tema. Se recogieron los datos de la historia clínica individual, familiar y hospitalaria, así como los resultados de exámenes realizados.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, seminoma, orquiectomía, cáncer testicular.

ABSTRACT

We present a 64 year-old male patient, from *Lizarzaburu* parish, *Cantón Riobamba*, *Chimborazo* province, Ecuador. He was studied in 2014, for showing peculiarities of non-*Hodgkin's* lymphoma of testicular location; clinically detected as diffuse and imaging volume increase, as a histopathologically confirmed testicular tumor. As evidence in this publication, tumor appearance in this location can be associated with difficulties in its diagnosis, even during the interpretation of the histological slides. Due to the low testicular cancer frequency of appearance, and specially this kind of non-*Hodgkin's* lymphoma, literature on this subject is scarce. Individual data, family and hospital clinical history were collected as well as tests results.

Keywords: non-*Hodgkin's* lymphoma, seminoma, orchiectomy, testicular cancer.

Recibido: 14/05/2018.

Aprobado: 01/10/2018.

Introducción

El cáncer de testículo es poco frecuente, pues representa aproximadamente el 1% de todos los cánceres en el hombre. Es más común entre los 20 y 40 años de edad, período en que el 95% de los tumores de testículos son malignos, y la mayoría proviene de las células germinativas.⁽¹⁾ Los tumores no germinativos se originan de las células de *Leydig* o *Sertoli*. El resto solo se observan de manera ocasional como: linfomas y sarcomas.

Los seminomas representan el 50% de los tumores de testículo y son más frecuentes en la cuarta década de vida.⁽¹⁻³⁾ Se derivan de las células madre germinales y son tumores blandos, carnosos o encefaloides y lobulados.

Los tumores testiculares se caracterizan por la ausencia de síntomas precoces; por lo que toda tumoración indolora en el testículo debe ser considerada como tumor, mientras no se demuestre lo contrario. El síntoma más frecuente es el agrandamiento del testículo. Los ultrasonidos de testículo precisan la naturaleza quística, sólida o mixta del tumor y evidencian las metástasis. La presencia de calcificaciones del testículo siempre crea sospechas sobre un tumor.⁽¹⁾

El tratamiento de los tumores del testículo es quirúrgico. Consiste en la orquiectomía radical (ligadura alta de los elementos del cordón espermático). El resultado del estudio histopatológico del tumor decide el tratamiento coadyuvante.⁽²⁾

La aparición de una tumoración testicular en un varón mayor o igual a 60 años debe considerarse linfoma. La ecografía testicular se indica siempre que se sospeche de una neoplasia maligna de testículo.⁽⁴⁻⁵⁾ Los linfomas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas, caracterizadas por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del sistema reticuloendotelial, que afecta sobre todo a las células de la serie linfocítica e histiocitos.⁽⁴⁻⁸⁾

Los linfomas se dividen en dos grandes grupos: enfermedad de *Hodgkin* y linfomas no *Hodgkin*. En la enfermedad de *Hodgkin* el proceso se inicia en el 90% de los casos, en los ganglios linfáticos y en el 10% fuera de ellos, a diferencia de los no *Hodgkin*, en los cuales el 75% tiene un origen ganglionar y el 25% extraganglionar. Cuando el tejido extraganglionar está involucrado, el cuadro clínico dependerá de la víscera afectada. Los linfomas no *Hodgkin* son: un grupo heterogéneo de síndromes linfoproliferativos tumorales cuyo denominador común es la expansión monoclonal de linfocitos malignos B o T. El 85% de los linfomas no *Hodgkin* se originan de linfocitos B. En la actualidad se señala un aumento en su incidencia, con una afectación mayor en el sexo femenino. El diagnóstico es siempre histopatológico y requiere de una biopsia, preferiblemente de ganglio.^(4,6)

En los inicios del siglo XX, los linfomas no *hodgkinianos* se separaron de la enfermedad de *Hodgkin*, sobre la base del descubrimiento de las células de *Sternberg-Reed*. La clasificación histológica de los linfomas no *hodgkinianos* ha sido uno de los aspectos más controvertidos en la oncología.³ Por lo general, el linfoma de localización testicular aparece en pacientes mayores de 60 años, usualmente bilaterales y muchas veces diseminado en el momento del diagnóstico.

Presentación de Caso

Paciente masculino, raza mestiza, de 64 años, comenzó con aumento de volumen difuso de testículo izquierdo, con cambio de coloración, acompañado de dolor que se exacerbaba al realizar esfuerzos físicos, coito y a la palpación. No aliviaba con analgésicos habituales. Fue atendido en el Centro de Salud *Lizarzaburu*, del distrito *Chambo Riobamba* Salud, *Chimborazo*, Ecuador.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial, estadio 1 y grupo B; para lo cual lleva tratamiento regular con captopril y metildopa, 1 tableta cada 8 horas.

Examen físico

Aumento de volumen difuso de testículo izquierdo, con cambio de coloración, acompañado de dolor que se exacerbaba al realizar esfuerzos físicos, coito y a la palpación. No se aliviaba con analgésicos habituales. En sus inicios, se interpretó como una orquiepididimitis.

Exámenes complementarios

Ecografía testicular: Informa tumoración hipocogénica de 8 cm en testículo izquierdo (fig. 1).



Fig. 1 Imagen de testículo derecho, donde se observa imagen hipocogénica ovalada y textura heterogénea que no abarca toda la glándula

Se realiza orquiectomía radical de testículo izquierdo en enero de 2014.

Biopsia: interpretación de las láminas histológicas como un seminoma espermiático que infiltraba parénquima testicular y epidídimo, sin necrosis, sin hemorragia; se clasifica T2N0M0 etapa Ib. La clasificación por etapas TNM se utiliza clínicamente, para indicar la extensión del cáncer antes de empezar el tratamiento específico. Se le indicó un chequeo de extensión para definir conducta terapéutica (quimioterapia+radioterapia). La remisión de las láminas de anatomía patológica al Hospital de Solca revocó el diagnóstico anterior por el de Linfoma no *Hodgkin* I E, con el cambio terapéutico a quimioterapia únicamente CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona), 6 ciclos. La evolución fue satisfactoria, sin manifestaciones clínicas o por complementarios de extensión o metástasis.

1. Complementarios preoperatorios: Hb 150 g/L, Hto 0,46L/L, eritrosedimentación 20 mm/h, leucograma $8,9 \times 10^9/L$, diferencial polimorfonucleares 0,59; linfocitos 0,34. Ácido úrico 289 $\mu\text{mol/L}$, urea 6,5 mmol/L, creatinina 73 $\mu\text{mol/L}$, glicemia 5,3 mmol/L, conteo de plaquetas $125 \times 10^9/L$, coagulograma mínimo normal, VIH negativo, serología no reactiva para sífilis, electrocardiograma normal, radiografía de tórax normal.

2. Complementarios noviembre de 2014:

Ecografía abdominal: hígado se observa imagen quística de pequeño tamaño, con fino tabique en su interior, vesícula de paredes normales, no se aprecian imágenes de litiasis en su interior, ambos riñones de tamaño y posición normales, con buena relación seno -parénquima no ectasias, no litiasis, bazo de tamaño normal con una textura homogénea. Vejiga vacía. Dilatación de 32 mm de la aorta abdominal cerca de la bifurcación.

Ecografía testicular: testículo izquierdo ausente, testículo derecho: tamaño normal, bordes regulares, textura heterogénea, líquido peritesticular, no imagen hipocogénica.

Hb 133g/L Hto 0,40L/L, leucocitos totales $8,3 \times 10^9/L$, eritrosedimentación 21 mm/h, conteo de plaquetas $125 \times 10^9/L$.

Discusión

El linfoma testicular es una afección del aparato genitourinario masculino. Dada su escasa frecuencia, su detección inicial resulta difícil ante un paciente que presente un aumento de volumen testicular. La ecografía testicular está reconocida como un examen imagenológico, inocuo, barato y accesible; de un alto valor para identificar las características de los tumores testiculares.

El diagnóstico se corrobora por el estudio histopatológico y la infiltración linfocítica es común, al observar en el microscopio las muestras histológicas del seminoma y el linfoma testicular; lo que puede provocar el equívoco al examinar las láminas histológicas. Tomando en cuenta la historia clínica, en las manos expertas del patólogo deja poco margen a las dudas. El tratamiento consiste en: la orquiectomía radical más quimioterapia.

Todo paciente como el presentado en nuestro estudio, según las referencias consultadas como: su edad y la presencia de un tumor testicular, debe hacernos pensar como primer diagnóstico: el linfoma testicular; lo cual nos permitirá tomar una conducta acertada desde el inicio.

Las características del cuadro clínico estuvieron determinadas por el órgano afectado, con ausencia de toma ganglionar, fiebre prolongada, visceromegalias, sudoración nocturna y pérdida de peso. Con el tratamiento aplicado, la evolución del paciente fue satisfactoria.

Los exámenes complementarios de hemoquímica estuvieron entre los valores que se corresponden con las formas de presentación extraganglionar en estadios iniciales, sin modificaciones del hemograma (anemia) y la eritrosedimentación (acelerada), ambas frecuentes en el linfoma.

Luego de descartar las afecciones inflamatorias agudas como la orquiepididimitis, que no mejora con la antibioticoterapia ni con antiinflamatorios o son muy sugerentes de neoplasias, todo paciente con aumento de volumen testicular debe ser objeto de un estudio que descarte la posibilidad de una neoplasia; para lo cual el ultrasonido es un método imagenológico de amplio uso durante un manejo apropiado.

En diferentes países, se han publicado casos similares con manifestaciones clínicas diversas, aunque la incidencia de esta enfermedad resulta ser la misma.⁽⁵⁻⁹⁾

Referencias Bibliográficas

1. Eloy García C, Segura Sánchez J, Escudero Severin C, Borrero Martin JJ. Linfoma B difuso de células grandes primario testicular. Presentación de 3 casos y revisión de la literatura. Rev Española Patol. 2015[citado 25 may 2017]; 48 (2): 97-102. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699885514000968>
2. Trujillo Ortiz L, Camacho Castro A, Muñoz Ibarra EL, García Salcido F, Garza Sainz G, Osornio Sánchez V, *et al.* Tumor testicular bilateral, tipo linfoma no Hodgkin de células T/NK extranasal. Rev Mexicana Urol. 2014[citado 25 may 2017]; 74(4): 250-253. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007408515300513>

3. Quintero Ordoñez DI. Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B. Rev Med Costa Rica Cen. 2014[citado 25 may 2017]; 71 (610): 333-338. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142zf.pdf>
4. López A, González Llano Ó, Ramírez AC, Corolla M, Gómez Almaguer D, Alvarado Y. Linfoma no Hodgkin con presentación testicular. A propósito de un caso pediátrico. Rev Hematol Mex. 2013[citado 25 may 2017]; 14(3): 154-157. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46498>
5. García Peñalver C, Lecki A, Sevilla Cecilia C, Díaz Delgado M, Parra Escobar JL, Sánchez Blasco E. Linfoma testicular primario con afectación extranodal. Arch Españoles Urol. 2009[citado 25 may 2017];62(6):489-493. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013959009>
6. Messa Botero OA, Díaz Pérez JA. Linfoma de células T en el testículo. Presentación de 2 casos clínicos y revisión de la literatura. Arch Española Urol. 2010[citado 25 may 2017];63 (1):78-84. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n1/15.pdf>
7. Horne MJ, Adeniran AJ. Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Testis. Arch Pathol Lab Med. 2011[citado 25 may 2017]; 135(10): 1363-1367. Disponible en: <http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.5858/arpa.2010-0158-RS>
8. Vidyavathi K, Prabhakar K, Harendra KM. Primary testicular lymphoma with rupture: An unusual presentation. J Nat Sci Biol Med. 2013 [citado 25 may 2017];4(1):232-235. Disponible en: <http://doi.org/10.4103/0976-9668.107314>
9. Busto Martín L, Pombo Otero J, Busto Castañón L. Presentación testicular de un linfoma no Hodgkin tipo NK nasal. Rev Mexicana Urol. 2011[citado 25 may 2017]; 71(2):106-110. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29930>