

## Masa testicular en varón joven

Verónica Sánchez Campos<sup>1</sup>, Raquel Cillero Pérez<sup>2</sup>, Alicia Barreiro Cambeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elviña-Mesoiro (A Coruña)

<sup>2</sup>Médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Elviña-Mesoiro (A Coruña)

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 132-132

### CASO CLÍNICO

Acude a nuestra consulta un varón de 22 años refiriendo que desde hace unos 30 días nota un bulto en el testículo derecho. No refiere aumento del volumen escrotal, dolor testicular, clínica miccional ni fiebre aunque sí sensación leve de opresión en región suprapúbica.

En la exploración física encontramos el teste derecho indurado con una masa pétreo, fija e indolora en el polo inferior. En el resto de la exploración realizada no evidenciamos alteraciones significativas.

Ante la sospecha clínica realizamos ecografía testicular obteniendo las siguientes imágenes (Fig. 1 y 2).

**PALABRAS CLAVE:** Testicular Neoplasms, Diagnosis, Ultrasonography.



FIGURA 1

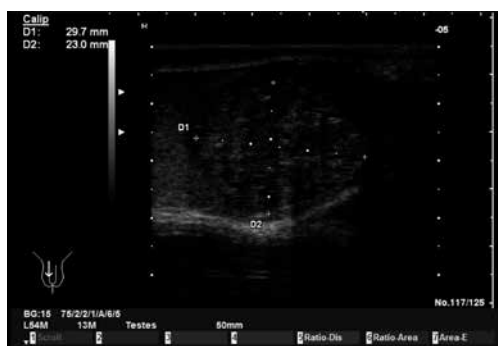


FIGURA 2

### PREGUNTAS

¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DEL PACIENTE LE PARECERÍA DE MAYOR INTERÉS?

1. Criptorquidia
2. Traumatismo escrotal en la adolescencia
3. Orquitis vírica por parotiditis
4. Práctica de motociclismo

¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES NO LE PARECE IMPRESCINDIBLE ANTE UNA PRIMERA EXPLORACIÓN?

1. Exploración bimanual del contenido escrotal
2. Exploración abdominal
3. Tacto rectal
4. Exploración torácica

¿CUÁL LE PARECE A PRIORI EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE EN ESTE PACIENTE?

1. Hidrocele
2. Orquiepididimitis
3. Tumor testicular
4. Torsión testicular

PARA CONFIRMAR LA HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA, ¿CUÁL LE PARECE LA OPCIÓN MÁS RÁPIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

1. TC abdomino-pélvica
2. Ecografía testicular
3. Resonancia magnética abdomino-pélvica
4. Biopsia mediante PAAF

### Correspondencia

Verónica Sánchez Campos  
Centro de Salud Elviña - Mesoiro  
Calle Alexander Von Humboldt, s/n, 15008 A Coruña  
Veronica.Sanchez.Campos@sergas.es

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO MASA TESTICULAR EN VARÓN JOVEN

### DIAGNÓSTICO

Nos encontramos ante un paciente con un tumor testicular.

Se han descrito varios factores asociados con un aumento del riesgo de desarrollar este tipo de tumores, como son la criptorquidia, antecedente personal previo o en familiares de primer grado de tumor testicular y alteraciones cromosómicas como el Síndrome de Klinefelter (47 XXY).

Otros factores como un traumatismo previo, orquitis vírica secundaria a parotiditis, el uso de ropa interior térmica que eleva la temperatura escrotal, diversos deportes como montar a caballo o motociclismo, no parecen estar relacionados con el desarrollo de estos tumores.

La exploración física de los testículos consiste en la exploración bimanual del contenido escrotal, comenzando con el testículo normal contralateral para determinar su tamaño, contorno y consistencia y compararlos con el teste sospechoso. El testículo se debe palpar con cuidado entre el dedo pulgar y los dos siguientes dedos de la mano. Generalmente cualquier área dura o fija dentro de la sustancia de la túnica albugínea debe considerarse sospechosa. También debe descartarse la posible afectación del cordón espermático o de la piel de la zona.

Debe realizarse una exploración abdominal para descartar la posible afectación ganglionar o visceral, así como una exploración torácica para descartar, por ejemplo, ginecomastia. Entre los diagnósticos diferenciales del tumor testicular estarían el hidrocele (aumento uniforme del hemiescrotal afecto, molestias leves a la palpación, transluminación positiva), la orquiepididimitis (dolor de comienzo paulatino, con testículo y/o epidídimo aumentados de tamaño y muy dolorosos a la palpación, frecuente fiebre) y la torsión testicular (dolor en testículo intenso y de aparición brusca, testículo muy doloroso a la palpación encontrándose ascendido y horizontalizado).

En este caso estamos ante un varón joven, con una masa indolora en teste y sin otra clínica relevante, por lo que a priori lo más razonable parece pensar que estaríamos ante un tumor testicular.

Para confirmar el diagnóstico de un tumor testicular es fundamental realizar una ecografía testicular y determinar marcadores tumorales (alfafetoproteína y beta-HCG).

En el caso que planteamos el paciente fue derivado a las Consultas de Alta Resolución de Urología, confirmándose el diagnóstico y siendo sometido a orquiectomía radical 10 días después. En la actualidad,

tras 5 meses, continua a seguimiento por Urología sin presentar por el momento ninguna otra incidencia.

### EXPLICACIÓN FINAL

El cáncer testicular representa aproximadamente el 1% de todos los tumores del organismo, pero es el tumor maligno más frecuente en varones de 15 a 35 años.

La presentación más frecuente es como una masa testicular indolora. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes presenta dolor testicular difuso y/o aumento de la consistencia del testículo, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial con una epididimitis u orquitis. Aproximadamente un 30-40% de los pacientes refiere dolor sordo o sensación de peso en la parte inferior del abdomen, zona perianal o en el escroto. Es menos frecuente un dolor testicular agudo (10%) por infarto o hemorragia intratumoral. Un 20% de los pacientes con tumores testiculares tiene un hidrocele asociado. Un 10% de los pacientes presenta síntomas relacionados con la diseminación linfática o hematogena los cuales varían según la localización de la metástasis. La ginecomastia aparece en un 5% de los casos y suele ser bilateral. Los pacientes con producción muy marcada de HCG pueden desarrollar otras complicaciones endocrinas, como hipertiroidismo. Los tumores extragonadales suelen presentar síntomas relacionados con la compresión o invasión de estructuras adyacentes.

El diagnóstico de un tumor testicular es sencillo. Toda masa escrotal dura e indolora tiene que orientarse como tumoral mientras no se demuestre lo contrario. Tras la exploración física (ver en apartado anterior), la ecografía testicular y la determinación sérica de marcadores (beta-HCG y alfafetoproteína) suelen ser suficientes para confirmar la presencia de un tumor testicular en un 90% de los casos. Mediante la ecografía se pueden distinguir lesiones testiculares intrínsecas o extrínsecas, y puede detectar tumores intratesticulares menores de 1-2 mm. Los tumores testiculares se suelen presentar como una o varias masas hipoecoicas, especialmente en el caso del seminoma, o hipoecoicas o alteraciones difusas con microcalcificaciones. La presencia de marcadores elevados asegura que la masa es maligna, pero si son negativos no descarta malignidad obligando a una exploración intraoperatoria del testículo.

El tratamiento del tumor testicular es la orquiectomía radical vía inguinal asociando otros tratamientos adyuvantes en función del estudio de extensión.

Las tasas de curación son generalmente excelentes (tasas de supervivencia a los 5 años del 95%), pero como el cáncer de testículo afecta

principalmente a hombres en su tercera o cuarta década de vida, los efectos del tratamiento sobre todo en la fertilidad pueden requerir de ayuda psicológica.

(Respuesta correcta a pregunta 1: opción a)

(Respuesta correcta a pregunta 2: opción c)

(Respuesta correcta a pregunta 3: opción c)

(Respuesta correcta a pregunta 4: opción b)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albers P, Albrescht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K et al. Guía clínica sobre el cáncer de testículo de la EAU: actualización de 2011. *Actas Urol Esp.* 2012; 36(3): 127-145.
2. Navarro Expósito F, Carballido Rodríguez JA, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de testículo. *Medicine.* 2009; 10(27):1807-16.
3. Sola Galarza I, Martínez Ballesteros C, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de las masas testiculares. *Medicine.* 2007; 9(83):5376-5378.
4. Jalón Monzón A, García Rodríguez J, Rodríguez Faba JM, Fernández Gómez JM, Alonso Viña LM. *Jano.* 2004; 66:174-177.
5. Valero Rosique M. Masas escrotales. *Jano.* 2003; 65: 788-790.

## RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO VARÓN CON TUMEFACCIÓN EN 2º DEDO Y FEBRÍCULA

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Teniendo en cuenta la pequeña herida punzante como una posible puerta de entrada de gérmenes, y el aspecto de la piel, podríamos pensar en una celulitis o erisipela, pero hay dos hechos que no encajan con una infección limitada a la piel. El primero es que, a la palpación, el dolor es igual de intenso más allá del área eritematosa, siguiendo centrípetamente el eje del dedo en dirección proximal y, el segundo, que la extensión pasiva del dedo causa un intenso dolor al paciente.

Por otra parte, las heridas punzantes pueden penetrar en las articulaciones interfalángicas causando artritis, sean reactivas por cuerpo extraño o de origen infeccioso. La inflamación articular causa hinchazón en forma de huso pero no tumefacción uniforme de todo el dedo. Por otra parte, el dolor, se desencadena por la palpación de esa articulación y la movilización pasiva y activa.

En relación a su exposición laboral, podríamos barajar la posibilidad de una Esporotricosis. La causan heridas punzantes con astillas ó espinas contaminadas por el hongo *Sporothrix Schenckii*. Los trabajadores del campo son los más expuestos. Hay dos formas de presentación: como placa en el lugar de la inoculación que puede evolucionar a nódulo que se ulcera, ó linfagítica en la que aparecen nódulos y placas eritematosas siguiendo el trayecto del vaso linfático que drena. No se corresponde con nuestro caso.

### DIAGNÓSTICO: TENOSINOVITIS BACTERIANA DE LOS FLEXORES DE LA MANO

Se trata de un diagnóstico clínico, basándose en los cuatro signos cardinales descritos por Kanavel:

1. Hinchazón uniforme del dedo afecto.
2. En reposo, postura de flexión antiálgica.
3. Dolor a la presión sobre el trayecto de la vaina tendinosa.
4. Intenso dolor a la extensión pasiva.

También puede haber fiebre y adenopatías axilares.

Los tendones flexores de la mano están distribuidos en diferentes vainas sinoviales. Las vainas del 2º, 3º y 4º dedo se extienden desde la falange distal hasta el pliegue palmar distal sobre la cabeza de los metacarpianos y, generalmente, no se comunican entre sí. La vaina sinovial engloba un espacio cerrado, está pobremente vascularizada y es rica en sinovia. Su interior es un espacio ideal para la proliferación bacteriana si se introduce un inóculo. El aumento mantenido de la presión en el interior de la vaina conducirá a la necrosis del tendón y a una cicatriz retráctil del dedo que lo convierte en un estorbo para la función de la mano.

Los gérmenes más frecuentemente implicados son *S. aureus*, *Streptococo* y anaerobios. Debemos sospechar *N. gonorrhoeae* o *C. albicans* en pacientes con conductas sexuales de riesgo o inmunodeprimidos.

Si actuamos precozmente, el cuadro se puede resolver con antibioterapia intravenosa (Cefalosporinas de 1ª generación, Penicilina G; Ceftriaxona ó Quinolonas en caso de sospechar *N. gonorrhoeae*). Si la evolución en 12-24 horas no es favorable, será subsidiario de