

## LINFOMA TESTICULAR PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

J.D. PIEDRA LARA, C. CAPITÁN MANJÓN, G. CRUCEYRA BETRIU,  
A. TEJIDO SÁNCHEZ, J.P. GARCÍA DE LA TORRE\*, O. LEIVA GALVIS

*Servicio de Urología. \*Servicio de Anatomía Patológica del Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**PALABRAS CLAVE:**

Linfoma. Testicular. No Hodgkin.

**KEY WORDS:**

Lymphoma. Testicular. Non-Hodgkin.

Actas Urol Esp. 26 (2): 129-132, 2002

### **RESUMEN**

Presentamos un caso de linfoma testicular primario en un paciente de 62 años que debutó como masa testicular indolora. Se realizó orquiectomía izquierda, diagnosticándose de linfoma B no Hodgkin linfocítico difuso. Recibió tratamiento con quimioterapia tipo CHOP, presentando mala evolución, con metástasis cerebrales, falleciendo 25 meses después del diagnóstico.

### **ABSTRACT**

Case report of a primary testicular lymphoma in a sixty two years old man, presenting initially as an enlargement of the testicle as the only symptom. Orchiectomy of left testicle was performed, with the diagnosis of Non-Hodgkin B lymphocytic lymphoma. The treatment applied was CHOP, presenting poor evolution with cerebral metastasis. He dead twenty-five mounths later diagnosis.

El linfoma testicular es una entidad poco frecuente, representando entre el 5%-8%<sup>1-11</sup> de las neoplasias de esta glándula. Afecta fundamentalmente a varones mayores de 60 años donde constituye el tumor más frecuente en este grupo de edad<sup>1,5,7</sup>, siendo la neoplasia testicular secundaria más común en todas las edades<sup>2,6</sup>. El 20% son bilaterales<sup>6-9,11</sup>, pudiendo presentarse de manera sincrónica o asincrónica (esta última más frecuente), considerándose dato de mal pronóstico<sup>6</sup>. La mayoría son de alto grado de malignidad y mala evolución<sup>1,3,8</sup>.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 62 años con antecedentes de hipercolesterolemia, fumador de 20 cigarrillos/día e

intervenido hace 20 años por perforación de úlcera duodenal en el que se realizó vagotomía troncular más piloroplastia. Presenta molestias hipogástricas de dos meses de evolución con aumento indoloro del tamaño testicular izquierdo, sin fiebre ni clínica miccional acompañante.

La exploración física mostraba buen estado general, con buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Pene y teste derecho normales. Teste izquierdo con aumento difuso de tamaño, de consistencia incrementada, no doloroso. Tacto rectal con próstata de volumen II/IV, adenomatosa. No se palpaban adenopatías inguinales izquierdas, apreciándose una de 0,5 cm en ingle derecha.

El análisis básico de sangre revelaba, como única alteración, elevación de la fosfatasa alcalina (164 U/L), colesterol 232 mg/dl y hemoglobina de 11,8 g/dl. El estudio de coagulación y el análisis de orina no mostraban alteraciones. Cultivo de orina estéril. Rx tórax datos sugerentes de tuberculosis antigua. ECG normal. AFP de 2,41 UI/ml y BHCG de 131 mUI/ml. Ecografía escrotal: Teste derecho sin alteraciones. Teste izquierdo aumentado de tamaño (7x2x4,2 cm) sin que se identifique parénquima sano, sustituido por disminución global de la ecogenicidad con múltiples focos hiperecogénicos.

Con el diagnóstico de tumor testicular se realizó orquiectomía inguinal izquierda. El estudio anatomopatológico mostraba una pieza de 164 g con parénquima, sustituido por una masa de consistencia firme amarillenta. El estudio histopatológico revelaba parénquima testicular, sustituido casi en su totalidad por proliferación difusa de linfocitos de mediano tamaño con frecuentes mitosis. Los linfocitos fueron positivos para marcadores B (CD-19 y CD20), con alto índice proliferativo y negativos para marcadores T (CD-3 y CD43). El diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma B no Hodgkin difuso linfocítico de alto grado que infiltraba partes blandas del cordón y márgenes quirúrgicos. El estudio de extensión realizado mostraba TAC abdomino-pélvico sin adenopatías ni presencia de metástasis en órganos intra-abdominales. La biopsia de médula ósea no evidenciaba infiltración linfomatosas. LCR normal.

Fue clasificado como estadio IA, y se indicó tratamiento con quimioterapia CHOP (ciclofosfámid, adriamicina, vincristina y prednisona) 6 ciclos. En el estudio posterior al primer ciclo de quimioterapia se realizó nueva TAC donde se descubren adenopatías inter-aorto-cavas, para-aórticas izquierdas y engrosamiento del cordón espermático con aumento de ambas suprarrenales. Ante estos hallazgos se reclasificó como linfoma no Hodgkin de alto grado estadio IV A, manteniendo la pauta de quimioterapia previa en 6 ciclos, realizando profilaxis intratecal con AraC. El paciente presentó remisión completa tras el 6º ciclo de QT. Un año después el paciente se encontraba asintomático y con exploración física normal.

El paciente acudió a urgencias 14 meses después de la cirugía por presentar parálisis facial,

leve disartria y vértigo. La resonancia magnética realizada mostraba metástasis cerebelosa y signos de meningitis carcinomatosa. Se instauró tratamiento con quimioterapia de segunda línea con DHAP (AraC, cisplatino y prednisona) y metotrexate intratecal en 5 ciclos. Presentó respuesta completa, recibiendo radioterapia holocraneal e inició tratamiento con Vp16 de mantenimiento. Ocho meses después presentó nueva carcinomatosis meníngea administrándosele metotrexate intratecal por reservorio omaya, persistiendo positivo el LCR. El paciente presentó deterioro neurológico falleciendo 25 meses después del diagnóstico.

## DISCUSIÓN

El linfoma testicular es la neoplasia de esta localización más frecuente (25%-50%) en individuos mayores de 60 años<sup>1,5,7</sup>, siendo su presentación en niños expresión de una leucemia diseminada<sup>12</sup>. Aunque sólo constituye el 5% de los tumores de testículo, la neoplasia secundaria más común de afectación gonadal, estando aumentada su incidencia en los pacientes infectados por VIH, en quienes constituye el 25% de los tumores testiculares, especialmente en pacientes jóvenes con una histología agresiva y de mal pronóstico<sup>1</sup>. No parece existir relación con otras patologías testiculares como la criptorquidia, traumatismos, orquitis crónica o filariasis<sup>1,3,4</sup>. El 20% son bilaterales<sup>1</sup>, siendo éste un signo de mala evolución.

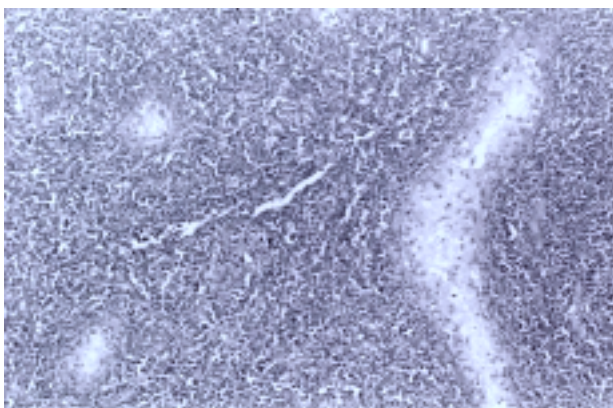
La calificación de tumor primario es discutida debido a la ausencia de tejido linfoide en el testículo y a que la mayoría de los pacientes presentan diseminación sistémica poco tiempo después del diagnóstico, siendo tres sus formas de presentación<sup>3,13,14</sup>.

- Manifestación inicial de un linfoma oculto.
- Afectación testicular de un linfoma ya conocido.
- Linfoma testicular primario, sin afectación de otros órganos.

La forma típica de presentación clínica es la de aumento indoloro del testículo, apareciendo en una cuarta parte de los pacientes anemia, anorexia y pérdida de peso<sup>1,2,11</sup>. La exploración física muestra aumento del tamaño del hemiescrotos afecto, no doloroso a la palpación, con transluminación negativa, aunque hasta en un 43% puede haber hidrocele acompañante<sup>1</sup>. Las áreas

típicas de afectación extraganglionar son el anillo de Waldeyer, médula ósea, pulmón, sistema nervioso central y piel<sup>3,8,9</sup>. Suele afectar a cordón espermático y epidídimo<sup>8</sup>.

En la ecografía, primera prueba de imagen para valorar masas testiculares, aparecen imágenes hipoecoicas más o menos definidas junto con áreas de ecogenicidad normal. Los marcadores tumorales AFP y BHCG se encuentran dentro de los límites normales<sup>1,2</sup> puesto que no se trata de un tumor germinal. Macroscópicamente<sup>14</sup> aparecen como una tumoración sólida y firme, de color que varía desde gris blanquecino al rosa pálido, de superficie granular con áreas de necrosis y hemorragia que sustituye total o parcialmente al parénquima normal, y que habitualmente respeta la vaginal<sup>1,13</sup>. La imagen microscópica demuestra una población de células linfoides grandes, hendidas y no hendidas, de núcleos hipercromáticos y varios nucleolos, con elevado número de mitosis. La mayoría son de estirpe linfóide tipo B, siendo los T excepcionales<sup>2,7,11</sup> (Fig. 1).



**FIGURA 1.** Infiltración difusa del parénquima testicular por linfoma.

El diagnóstico diferencial se plantea con el seminoma y la orquitis granulomatosa<sup>1,6,12,14</sup>. El seminoma presenta células grandes con citoplasma claro, de núcleo grande y 1-2 nucleolos. En la orquitis granulomatosa el infiltrado es pleomorfo con histiocitos, macrófagos, células plasmáticas y linfocitos.

El estudio de extensión se realiza con TAC abdomino-pélvico, biopsia de médula ósea y Rx de tórax<sup>2,3</sup>.

El tratamiento más apropiado para esta enfermedad es la orquiectomía unilateral más quimioterapia tipo CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona)<sup>2,3</sup>, no estando la orquiectomía bilateral indicada en los tumores unilaterales de manera profiláctica<sup>7,8</sup>. En los estadios avanzados puede ser necesaria la profilaxis de afectación del SNC con quimioterapia intratecal<sup>4,7</sup>. El uso de la radioterapia local es controvertido<sup>2,8,9</sup>, existiendo autores que le conceden escasa utilidad y otros que la consideran indicada en estadios locales (I y II).

Es un tumor de mal pronóstico debido a que la mayoría son linfomas no Hodgkin de grado intermedio o alto de malignidad y a su elevada capacidad de diseminación. Su supervivencia es del 20% a los 2 años y del 12% a los 5 años, según las series<sup>3,6,7</sup>. Como factores de mal pronóstico se consideran, fundamentalmente, el estadio clínico, la edad, la afectación bilateral y la presencia de síndrome constitucional, no teniendo la variante histopatológica una importancia determinante puesto que la mayoría son de alto grado de malignidad<sup>2,8</sup>.

El caso presentado coincide con la literatura en su forma de presentación como masa testicular indolora, sistemática diagnóstica y estirpe celular tipo B. El tratamiento con orquiectomía unilateral y aplicación posterior de quimioterapia sistémica tipo CHOP sigue las directrices marcadas por la experiencia en estos casos. Tuvo mala evolución con diseminación sistémica y fallecimiento a los dos años del diagnóstico, poniendo de manifiesto el pobre pronóstico de estos tumores.

## REFERENCIAS

1. SHAHAB N, DOLL DC: Testicular lymphoma. *Seminars in Oncology* 1999; **26**: 259-269.
2. VARO SOLÍS C, BACHILLER BURGOS J, SOTO DELGADO M et al.: Linfoma primario de testículo. *Actas Urol Esp* 1997; **21** (8): 781-784.
3. DE AZEVEDO LEMOS RA, CERQUEIRA ALVES MA: Linfoma no-Hodgkiniano primario de testículo. *Actas Urol Esp* 1997; **21** (8): 777-780.
4. CRELLIN AM, VAUGHAN HUDSON B, BENNETT MH, HARLAND S, VAUGHAN HUDSON G: Non-Hodgkin's lymphoma of the testis. *Radiotherapy and Oncology* 1993; **27**: 99-106.
5. KIRSH GM, FLEISCHMANN JD, TOOR AH: Synchronous, primary bilateral lymphoma of the testis. *Urology* 1990; **36** (2): 186-189.

6. ISORNA S, FRESNO M, ESCAF S, COMA A, IGLESIAS E: Linfoma no hodgkiniano con manifestación primaria testicular. Presentación de 3 casos. *Med Clin (Barc)* 1985; **85**: 237-241.
7. RODRÍGUEZ JN, MORENO MV, MARTINO ML, FERNÁNDEZ JURADO A, UCEDA ME, PRADOS D: Linfoma testicular primario. Presentación de dos casos. *Rev Clin Esp* 1995; **195**: 769-772.
8. ASENSIO AN, BESES C, PALACÍN A, SANS-SABRA-FEN J: Linfoma testicular primario. Presentación de 3 casos. *Med Clin (Barc)* 1994; **103**: 339-341.
9. MOLLER MB, D'AMORE F, CHRISTENSEN BE: Testicular lymphoma: a population-based study of incidence, clinicopathological correlations and prognosis. *European Journal of Cancer* 1994; **30** (12): 1.760-1.764.
10. PILA PÉREZ R, OCHOA URDANGARAÍN O, LEÓN JF, HERMIDA PÉREZ J: Linfoma de testículo. Presentación de un caso. *Arch Esp de Urol* 1996; **49** (6): 629-630.
11. PARLORIO DE ANDRÉS E, SÁNCHEZ DEL PERAL G, POLO M, BUSTOS GARCÍA DE CASTRO A: Linfoma del sistema genitourinario. *Sangre Barc* 1998; **46** (6): 499-505.
12. AMAT CECILIA M, ROMERO PÉREZ P, SEVILLA CHICA FI: Linformas del tracto urinario. Revisión de conjunto y aportación de dos casos de localización testicular. *Arch Esp de Urol* 1994; **47** (10): 992-997.
13. COSTA B, LLORENTE A, GARCÍA V, ALONSO C, RICHART C: Linfoma linfocítico pobremente diferenciado con manifestación primaria testicular. *Medicina Clínica* 1986; **85** (5): 218.
14. CORREAS GÓMEZ MA, ARROSAGARAY ETCHEPARE P, MORALES CALDERÓN M, BARROS RODRÍGUEZ JM, GARCÍA MONTESINOS M, VIERNA J: Linfoma maligno primario de testículo. *Actas Urol Esp* 1987; **11** (3): 303-306.

---

Dr. J.D. Piedra Lara  
Paseo de la Delicias, 25 – 3ºB  
28045 Madrid

(Trabajo recibido el 7 de mayo de 2001)