



Cirugía citorreductiva de metástasis retroperitoneal residual gigante postquimioterapia secundaria a tumor testicular

Rosas-Nava JE,¹ Manzanilla-García HA,² Pérez-Ávila RJ,¹ Almanza-González MS,³ Virgen-Gutiérrez JF.³



■ RESUMEN

El manejo de las masas residuales postquimioterapia es quirúrgico, sin embargo por las complicaciones que se pueden presentar, se ha vuelto controversial. La quimioterapia es el tratamiento inicial para pacientes con estadios II y III de seminoma. Se presenta el caso de un paciente con masa retroperitoneal residual gigante postquimioterapia, la cual se manejó quirúrgicamente sin presentar complicaciones y con adecuada evolución.

Palabras clave: cirugía citorreductiva, metástasis retroperitoneales, metástasis residual gigante, tumor testicular, México.

■ ABSTRACT

Management of post-chemotherapy residual mass is surgical. However, due to complications that may present, it has become controversial. Chemotherapy is the initial treatment for stage II and stage III seminoma. The case of a patient with giant post-chemotherapy residual retroperitoneal mass that was managed surgically with no complications and adequate postoperative progress is presented.

Key words: cytoreductive surgery, retroperitoneal metastases, giant residual metastasis, testicular tumor, Mexico.



■ INTRODUCCIÓN

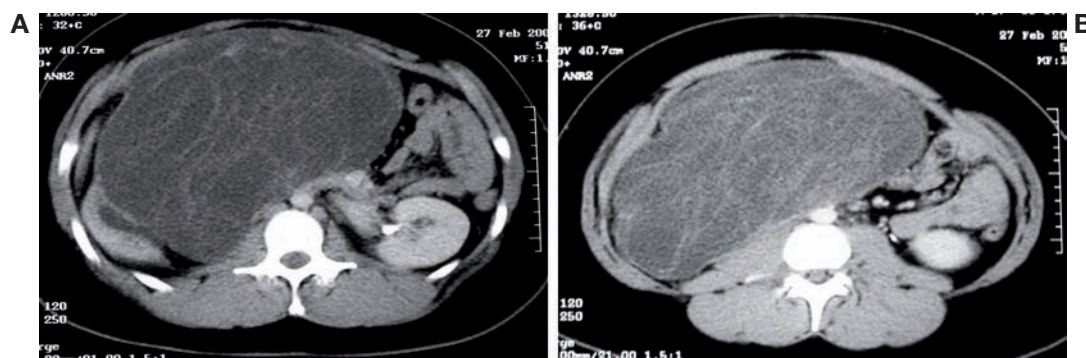
El manejo quirúrgico de pacientes con seminoma testicular y masas residuales postquimioterapia es controversial.^{1,2} Cada año 8000 pacientes presentan cáncer

testicular, y hasta 90% cura con quimioterapia a base de cisplatino, disección retroperitoneal, una combinación de ambas o en una proporción menor observación.¹⁻³ La quimioterapia es el tratamiento inicial para pacientes

1 Médicos Residentes 2 Jefe del Servicio 3 Médicos de Base
Servicio de Urología, Hospital General de México. México, D. F.

Correspondencia: Dr. Jesús Emmanuel Rosas Nava. Residente de tercer año de Urología. Hospital General de México, O. D. Dr. Balmis

148, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc. México D. F. Teléfono: 2789-2000, extensión 1030. Teléfono celular: (044) 552755-3957. Correo electrónico: rosas_nava_jes@hotmail.com



Imágenes 1a y 1b. Masa residual retroperitoneal gigante posquimioterapia.

con estadio II y III de seminoma. Una limitante de la ex-cisión quirúrgica de las masas residuales es la dificultad técnica debido a la reacción desmoplásica, por lo que sólo deben realizarla cirujanos expertos en centros de derivación.⁴⁻⁷ El tratamiento es fundamental ya que 40% a 50% tienen teratoma y 10% a 20% cáncer viable. Con estas intervenciones se consigue una sobrevida de 90%. Cuando se efectúa una resección incompleta, el riesgo se incrementa y su supervivencia es de 21%.^{1,2} Los pacientes con masas mayores de 3 cm, tienen una incidencia del 30% de histología positiva en comparación con 0% en masas menores de 3 cm; los remanentes se pueden detectar con tomografía computarizada.^{2,5} La media de edad es de 31 años (17 a 71), tamaño de 8 cm (2 a 20), y la localización más frecuente es la para-aórtica.¹⁻² Los estadios clínicos (EC) fueron los siguientes: IIA: 8.6%, IIB: 24.75%, IIIC: 41.9% y III: 24.75%.³

■ OBJETIVO

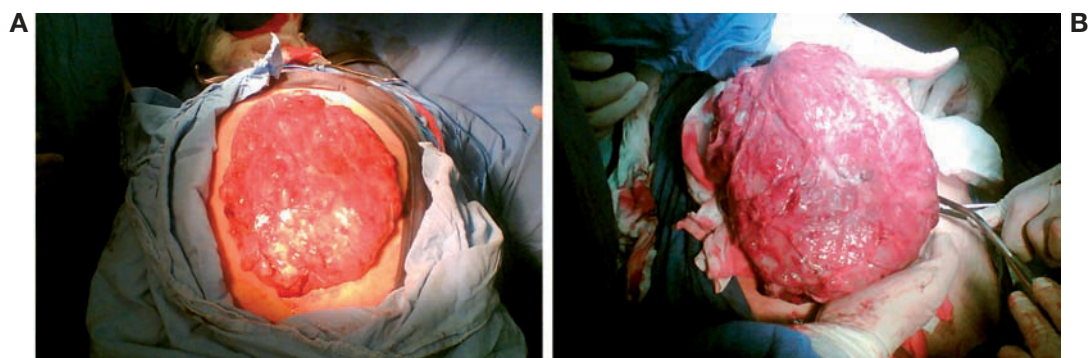
Informar un caso de masa retroperitoneal metastásica secundaria a tumor testicular, junto con su metodología de estudio, diagnóstico y tipo de tratamiento efectuado, además de realizar una revisión de la bibliografía sobre el tema.

■ CASO CLÍNICO

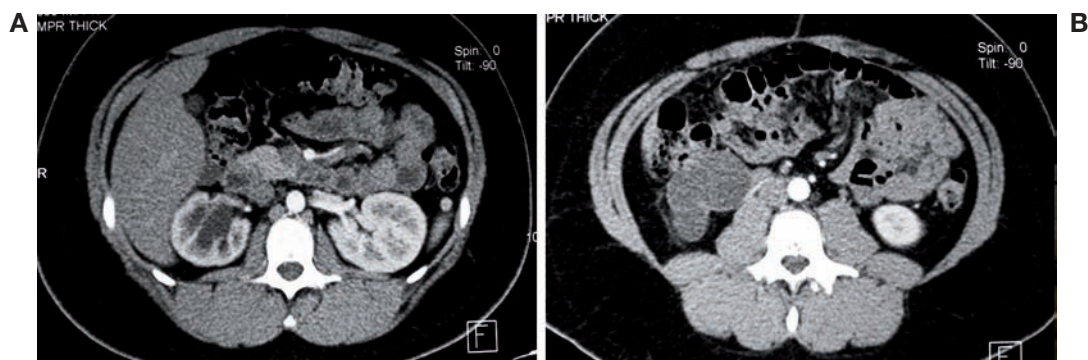
Paciente masculino de 18 años con antecedentes de parotiditis a los ocho años, sin complicaciones; se sometió a orquiectomía radical derecha en mayo de 2006 por tumor testicular con hallazgo de testículo derecho con hidrocele, hematocele de aproximadamente 200 mL, con adelgazamiento de la piel del escroto, zonas de necrosis en el tumor y cordón espermático ligeramente engrosado. Con posterioridad, se atendió en oncología, donde se aplicó quimioterapia. El paciente se encontraba asintomático, pero la tomografía computarizada toraco-abdominal de control, mostró una tumoración retroperitoneal,

por lo que se programó para manejo quirúrgico. Luego del procedimiento quirúrgico, evolucionó asintomático. A la exploración se observó abdomen globoso y blando, a expensas de pániculo adiposo, signos de Giordano y ureteral bilateral negativos, también se palpaba una masa hacia la derecha de la línea media, aumentada de consistencia, no móvil, no dolorosa; peristalsis de adecuada intensidad y frecuencia. En la región inguinal derecha se identificó una cicatriz quirúrgica antigua. En el área genital, con ausencia del testículo derecho; el resto de la exploración normal. Los marcadores, previos a la orquiectomía fueron: alfafetoproteína (AFP): 39 720 ng/mL; hormona gonadotropina coriónica humana (GCH): 16,000 mUI/mL y tras esta intervención, mostró: AFP de 6.5 ng/mL, GCH negativa y deshidrogenasa láctica (DHL): 394 UI/mL. El reporte de patología refirió testículo ovoide, café grisáceo y de consistencia media; peso de 1440 g y dimensiones de 19 x 15 x 9 cm, con superficie anfractuosa y opaca. Al corte, se observó de color gris amarillento, con 95% del tejido de características necro-hemorrágicas y áreas focales gris blanquecinas, blandas. El epidídimo estaba comprimido, era irregular, café grisáceo y de consistencia blanda; medida 1.5 x 0.9 x 0.6 cm. El reporte microscópico fue: tumor germinal mixto con componentes tumorales del saco vitelino (senos endodérmicos) en 95% y coriocarcinoma 5%, con extensión al epidídimo y cápsula interna de la capa albugínea. No se identificó tumor en el borde quirúrgico ni el resto del cordón espermático.

La TC de tórax no delineó alteraciones, pero la TC de abdomen mostró masa residual retroperitoneal gigante posquimioterapia que desplazaba y comprimía el riñón derecho y las asas intestinales, con ocupación de casi la totalidad del abdomen. (Imágenes 1a y 1b). Se realizó un procedimiento de cirugía citorreductiva la masa, sin lesión a órganos contiguos, y se extrajo una masa retroperitoneal con múltiples quistes y zonas de necrosis de aproximadamente 15 mL y un peso de 3500 g (Imágenes



Figuras 2a y 2b. Cirugía citorreductiva de masa residual postquimioterapia.



Figuras 3a y 3b. Masa residual en retroperitoneo, posterior a cirugía citorreductiva.

2a y 2b); el informe de patología reconoció un teratoma inmaduro metastásico en retroperitoneo. Se solicitó una tomografía de control que encontró escaso tejido residual en retroperitoneo. (**Imágenes 3a y 3b**).

■ DISCUSIÓN

Se indicó la disección linfática retroperitoneal en los pacientes que tenían incremento persistente sérico de los marcadores tumorales o que habían sufrido una recaída.¹ En estos casos, debe practicarse disección linfática retroperitoneal bilateral estándar, ya que un gran número de pacientes presenta teratoma residual o cáncer viable fuera de los límites de la técnica modificada.⁷ La resección de órganos adyacentes, como riñón, intestino y grandes vasos, tiene la finalidad de dejar al paciente libre de enfermedad y se efectuó en 25% de los casos, la operación más frecuente fue la nefrectomía, que se practicó en 19% de los casos, casi siempre en el lado izquierdo en el 84% de los casos, debido a las masas para-aórticas adyacentes al hilio renal y el compromiso de los vasos renales, riñón o ureteros.^{1,7} De 97 pacientes con elementos seminomatosos, en 25 se realizaron

nefrectomías, nueve resecciones de vena cava inferior, cinco injertos arteriales, cinco resecciones intestinales y tres biopsias o resecciones hepáticas.^{2,7}

Las complicaciones posoperatorias, se presentaron en 24.7% de los casos; las más comunes fueron problemas pulmonares en ocho casos, ascitis quillosa en cuatro, infección de herida en cuatro, y el deceso de un caso por peritonitis secundaria a isquemia de colon.^{2,4}

La recurrencia se presentó en 22.7% luego de practicar una disección linfática retroperitoneal posquimioterapia, con la siguiente distribución: pacientes con EC III, 46.7%; sujetos con EC II, 40%; e individuos con EC IIB, 11.8%. El sitio más frecuente de recurrencia fue el tórax en 32.49% de los casos, seguido del abdomen, en 14.22%, ganglio supraclavicular con 8.13%, cerebro con 5.8% y otros sitios en 5.8%. Las recurrencias se presentaron durante los primeros dos años.³

Para el seguimiento ulterior, se indicó examen físico completo en cada visita, con búsqueda de ganglios supraclaviculares y marcadores tumorales:

- Estadio IIA: radiografías de tórax y TC de abdomen anuales por tres años.

- Estadio IIB y IIC: radiografías de tórax y TC de abdomen cada seis meses por tres años, cuando se identificaron manifestaciones neurológicas u óseas, se realizaron los exámenes correspondientes.³

La cirugía laparoscópica tiene como ventajas una menor estancia hospitalaria, un menor uso de tratamiento intravenoso y un menor periodo de convalecencia. La laparoscopia se emplea para la disección linfática retroperitoneal en sujetos en estadio clínico I de cáncer testicular no seminomatoso. La tasa de complicaciones es de 4.4%. Los costos de la intervención abierta son un poco menores respecto de la cirugía laparoscópica.⁶

■ CONCLUSIÓN

El uso de la quimioterapia con cisplatino y resección posquimioterapia tiene una tasa de curación de 90% para pacientes con metástasis retroperitoneal por tumor testicular. La disección retroperitoneal para masas residuales con objeto de disminuir el tamaño, es un componente fundamental en estos pacientes, ya que 40% a 50% tienen teratoma, como el caso informado en esta revisión. Es frecuente que se presenten complicaciones y

lesión de órganos adyacentes, aunque en nuestro caso, a pesar del gran volumen que presentaba esta masa residual retroperitoneal, no se observaron complicaciones. En la actualidad se encuentra asintomático, en control y vigilancia, con AFP en 1.6 ng/mL y negativa la fracción beta de GCH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stephenson AJ, Tal R, Sheinfeld J. Adjunctive nephrectomy at post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection for nonseminomatous germ cell testicular cancer. *J Urol* 2006;176(5):1996-9.
2. Mosharafa AA, Foster RS, Leibovich BC, Bihle R, Johnson C. Is post-chemotherapy resection of seminomatous elements associated with higher acute morbidity? *J Urol* 2003;169(6):2126-8.
3. Spiess PE, Brown GA, Liu P, Tu SM, Tannir NM. Recurrence pattern and proposed surveillance protocol following post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection. *J Urol* 2007;177(1):131-8.
4. Evans JG, Spiess PE, Kamat AM, Wood CG, Hernandez M. Chylous ascites after post-chemotherapy retroperitoneal lymph node dissection: review of the M. D. Anderson experience. *J Urol* 2006;176(4 Pt 1):1463-7.
5. Vergouwe Y, Steyerberg EW, Foster RS, Habbema JD, Donohue JP. Validation of a prediction model and its predictors for the histology of residual masses in nonseminomatous testicular cancer. *Urol* 2001;165(1):84-8.
6. Ogan K, Lotan Y, Koeneman K, Pearle MS, Cadeddu JA. Laparoscopic versus open retroperitoneal lymph node dissection: a cost analysis. *J Urol* 2002;168(5):1945-9.
7. Walsh P, et al. Campbell: Urología. 8a ed. Tomo 4. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004; 3216.