

PATOLOGIA TESTICULAR NO AGUDA: tumor i infertilitat

Dr. Jordi Puig Domingo
UDIAT – Parc Taulí

La patologia testicular que no es presenta de forma aguda es centra bàsicament en dues situacions clíniques: la presència de un tumor o l'estudi per infertilitat masculina.

La majoria del tumors testiculars es presenten clínicament com massa unilateral, però també es pot descobrir de forma incidental o durant l'estudi d'alteracions hormonals o d'infertilitat o criptorquídia.

La primera prova d'imatge que s'ha de fer per l'estudi de una tumoració escrotal és l'ecografia, que té una sensibilitat propera al 100% per la detecció de Tumors testiculars i del 98%-100% per diferenciar entre lesions intratesticulars de les extratesticulars. L'ecografia per tant serveix per confirmar la sospita clínica, localitzar la lesió dins o fora del teste, diferenciar entre lesions sòlides i quístiques, i saber si l'afectació és uni o bilateral.

Els tm testiculars són: 1) Poc freqüents (1% de les neoplàsies en homes. 2) Generalment de gent jove o adolescents, és el Tm més freqüent en el grup de 15 a 34a. 3) Tenen una distribució clarament racial, amb un predomini per raça blanca 6 vegades superior 4) Tenen molt bon pronòstic, amb una supervivència del 95% als 5a.

Histològicament, hi ha 3 grups de tumors: 1) Els derivats de les cèl·lules germinals, que representen el 95%. 2) Els Tm no germinals (Tm de cèl·lules de Leydig, de Sertoli o de cèls de la granulosa) són un 5% del total 3) El limfoma, leucèmia i metàstasi són el 5% restant.

Dels tumors germinals, un 50% són seminomes, un 40% són mixtes, y la resta són formes pures de teratoma, Tm de cèl·lules embrionàries, tumors del si endodèrmic i coriocarcinoma.

El seminoma és el Tm testicular més freqüent (50% dels casos). Es més freqüent a partir dels 30 anys d'edat. El 50% de les vegades són formes pures, però forma part en un 60 % de tumors mixtes. La majoria d'ells (75%) estan circumscrits al teste en el moment del diagnòstic, existint en un 20% d'ocasions adenopaties retroperitoneals en el moment del diagnòstic i metàstasi extranodals en un 5%. És multifocal o bilateral en un 2%.

Ecogràficament són lesions sòlides, hipoeoiques i homogènies, però quan les lesions són grans es converteixen en heterogènies. També són heterogènies quan formen part de tumors mixtes. És un tumor radio i quimosensible amb molt bon pronòstic, que empitjora si hi ha M1 en el moment del diagnòstic o forma part de tumors mixtes.

El carcinoma embrionari és el segon tumor testicular en freqüència i forma part en un 87% de formes mixtes. Es rar la seva presentació com forma "pura" (2-3%). Té un comportament més agressiu que el seminoma. Es presenta en homes joves (normalment per sota dels 30 a). Ecogràficament és un tumor gran, de vores mal definides i heterogeni per la presència de necrosi i/o hemorràgia.

El tumor del si endotèrmic (Yolk sac tumor) és un tumor pediàtric (80% dels tm testiculars a pediatria), sovint en nens de menys de 2 anys. Es present en el 44% dels tumors mixtes (adults). En el 90% dels casos s'eleva la alfa-fetoproteïna. Es un tumor ecogràficament heterogeni i mal definit, habitualment molt gran.

El teratoma és el segon tumor testicular en freqüència a pediatria, es presenta en nens de menys de 4 anys. Hi ha elements de teratoma en el 50% dels tumors germinals mixtes. El comportament és més benigne en nens que en adults. Ecogràficament son tumors complexes, molt heterogenis, sovint amb calcificacions i àrees quístiques i altres hiperecoiques.

El tumor menys freqüent dels Tm germinals és el coriocarcinoma (8% de formes mixtes, 1% formes pures), però també és el més agressiu. Sovint debuta amb metàstasi, característicament hemorràgiques. La supervivència als 5a es de un 48%.

En un 10% de casos es presenta amb ginecomàstia, per la secreció de β -HCG. També són tumors heterogenis ecogràficament, sobre tot per la hemorràgia intratumoral

Hi ha un fenomen no gaire ben explicat, anomenat Tm germinal "burned out" consistent en la aparició de tumor germinal extratesticular sense detectar tumor al teste. Pot ser perquè realment siguin primaris

extratesticulars o per la autoregressió del Tm al teste. Ecogràficament al testicle s'observa una petita cicatriu o una calcificació en un testicle que és normal.

El limfoma té forces diferències respecte als tumors fins ara explicats: es presenta en majors de 60a, és sovint bilateral (38%), i no té preferència racial. Només un 1% del limfomes testiculars tenen malaltia sistèmica. L'epidídim i el cordó també estan afectats amb freqüència.

La leucèmia, que rarament afecta els testes, ho fa preferiblement en nens, on és un lloc clàssic de recurrència. Són lesions uni o bilaterals, uni o multifocals, hiper o hipoecoiques.

En relació als Tm no germinals, són un 4-5% dels tumors testiculars, molt més freqüents en nens. Més del 90% són benignes. El més freqüent és el T. de cèl·lules de Leydig, que es pot presentar a qualsevol edat, i característicament s'associa a un síndrome endocrí: virilització si es secreta testosterona, ginecomàstia si es secreta estrògens, i pèrdua de la libido. Són tumors ecogràficament homogenis, petits, hipervasculars.

Per aquest tumors existeixen uns factors de risc: criptorquídia, atròfia testicular, microlitiasis testicular, intersexes, antecedents personals de Tm contralateral i antecedents familiars (de primer grau).

Hi ha tota una sèrie de lesions que simulen Tm testicular: Orquitis, isquèmia, infart, hemorràgia, quist epidermoide, hiperplàsia adrenal congènita, orquitis granulomatosa (Tbc, sífilis, fons, paràsits), sarcoidosi, ectàsia tubular del rete testis, quistes testiculars i varicocele intratesticular. La situació clínica ajuda a caracteritzar la lesió en molts d'aquest casos, però es detalla a continuació alguna d'elles.

El quist epidermoide o quist epidèrmic és un tumor benigne sense marcadors, consistent en lesions quístiques plenes de un material cremós que simulen lesions sòlides. Ecogràficament són lesions ben definides amb parets hiperecoiques i un aspecte clàssic en capes de ceba. Pot calcificar. És avascular. Es pot confondre amb un teratoma quístic.

La hiperplàsia adrenal congènita "ectòpica" consisteix en lesions testiculars bilaterals hipoecoiques en pacients amb hiperplàsia adrenal /Sde de Cushing. És secundari a que queden restes adrenals en el teste, normalment milimètrics, que per estímulo hormonal creixen.

La ectàsia tubular del rete testis és l'obstrucció dels túbuls seminífers, freqüentment associat a espermatocel i sovint és bilateral. És una lesió benigne que es pot confondre amb Tm. S'observa com una imatge complexa sòlido-quística amb línees hiperecoiques paral·leles. La mida de la lesió és variable i està localitzada en el mediastí del testicle. El seu aspecte és característic.

Els quistos intratesticulars són de dos tipus: de la albugínea i intratesticulars. Els primers apareixen en homes amb una edat mitja de 40a, són petits (2 a 5 mm), palpables per la seva posició perifèrica, normalment en cara anterosuperior o lateral del teste. Els quistos intratesticulars són d'homes >40a, més grans (2mm a 2 cm), sovint no palpables, localitzats aprop del mediastí i associats sovint a espermatocels.

Respecte a les masses extratesticulars cal remarcar que la gran majoria són benignes. Poden existir quistos epididimaris, hèrnies, epididimitis crònica, pseudotumors fibrosos, criptorquídia i tumors. Entre els tumors, més del 97% són benignes, el més freqüent el lipoma de cordó, en segon lloc el tumor adenomatoide (30%) i després el cistoadenoma (en relació a malaltia de von Hippel Lindau). Entre els malignes (3%), cal contemplar rhabdomyosarcoma, liposarcoma, leiomyosarcoma, mesotelioma, limfoma i metastasi.

El paper de la ecografia a l'estudi de la infertilitat masculina depèn dels resultats del seminograma. En cas de azoospermia/i baix volum seminal cal realitzar ecografia transrectal en búsqueda de agenèsia/quistos de vasos deferents o de vesícules seminals o lesions quístiques del conducte ejaculador, del utrícul prostàtic, o quistos del conducte de Muller. En cas de oligo, terato o astenospèrmia, cal realitzar ecografia testicular en búsqueda de varicocele.

El varicocele és present en el 15% de la població general i en el 40% dels subfèrtils. És molt més freqüent esquerra (10:1), en el 7% és bilateral. Pot provocar atròfia testicular. Ecogràficament s'observa com túbuls de >2-3 mm de diàmetre al voltant del testicle, en el plexe pampiniforme, que tenen un fluxe espontani amb el doppler o reverteix el fluxe amb les maniobres de Valsalva.