

# SEMINOMA ESPERMATOCITICO.

## Presentación de un caso.

*Espinoza, Arturo \**, *Hernández, Patricio \*\**,  
*Ganga, Marcos\*\**, *Garrido, Adolfo\*\**.

\* Médico Anatómo-Patólogo.

\*\* Internos de Medicina

Las neoplasias testiculares afectan preferentemente a adultos jóvenes entre 15 y 45 años con una media de 31 años, aunque también se observan casos en las últimas décadas de la vida (7). En los países desarrollados la incidencia anual es de 2 a 9/100.000 hombres. Corresponden al 1-2% de todas las neoplasias malignas del hombre (9). Hay una gran variedad de situaciones que aumentan el riesgo de desarrollo de estos tumores:

1. Criptorquídea
2. Neoplasia testicular previa
3. Historia familiar de neoplasia testicular
4. Algunos síndromes intersexuales
5. Infertilidad oligospermica (5, 6).

La gran mayoría de las neoplasias testiculares primarias son de origen germinal (90-95%). La clasificación de la OMS las divide en seminoma y no seminoma. El grupo seminoma, que corresponde al 30-50% de todos los tumores testiculares, está dividido en el tipo clásico que representa al 93-96%, y el tipo espermatocítico que comprende al 4-7% de todos los seminomas (7).

El seminoma espermatocítico es una neoplasia que para algunos debe ser separada del grupo seminoma, ya que tiene una apariencia macroscópica, histológica y comportamiento clínico muy diferente (8).

Esta neoplasia fué descrita por Masson en 1946, considerándola una variante del seminoma clásico. Corresponde al 1-3% de todos los tumores testiculares, por lo tanto es 20 a 40 veces menos común que el seminoma clásico (9).

Los pacientes son de mayor edad con un promedio entre 50 y 60 años y muy raramente bajo los 30 años. Se manifiesta como una masa indolora a veces de años de duración. El compromiso bilateral ocurre en el 9% de los casos. Nunca se encuentra en localización extra testicular. No se asocia a criptorquídea. Macroscópicamente tiene un aspecto lobular o multinodular, grisáceo y consistencia blanda gelatinosa (7). Tiene una celularidad pleomórfica, con células grandes a veces gigantes, sin los septos conjuntivo-linfocitarios típicos del seminoma clásico. No se asocia a carcinoma in situ (neoplasia intratubular germinal). El criterio más seguro para la diferenciación de su contraparte clásica, es la negatividad a la tinción inmunohistoquímica con fosfatasa alcalina placentaria (3). Usualmente también son negativos para citoqueratina, vimentina, antígeno carcinoembrionario (CEA) y antígeno leucocitario común (2) (3).

La citometría de flujo ha revelado frecuentemente índices diploides de DNA a diferencia del seminoma clásico que es frecuentemente aneuploide (1) (10)(5). Aunque casos de aneuploidía en seminoma espermatocítico **al igual que el nuestro**, también han sido publicados.

Creemos sin embargo, que basta un buen análisis macro histológico para hacer el diagnóstico de esta neoplasia, cuyo comportamiento biológico es totalmente diferente a los otros tipos de cánceres testiculares (1-10).

### CASO CLINICO

Paciente de 31 años que consulta por aumento de volumen testicular derecho, nodular e indoloro, en Febrero de 1995.

Dentro del estudio destaca:

- Exámenes preoperatorios, incluyendo radiografía

de tórax, normales.

- Ecografía testicular que señala "Proceso expansivo sólido, en polo inferior de 2,1 cm. de diámetro con características de neoplasia".
- Tomografía axial computada abdomino pelviana normal.
- Gonadotrofina Coriónica humana de 1,1 mUI/ml.
- Alfa feto proteína de 10,8 ng/ml.
- Antígeno prostático específico de 1,5 ng/ml.

Se realiza orquiectomía derecha el 28/7/95.

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria revela: «Gónada masculina de 84 gr. de 5x3,5x3,5 cm. , con cordón de 1,5x3 cm. El parénquima testicular es pardusco, esponjoso, con lesión nodular en el polo inferior pardo-blanquecina bien delimitada de 1,8x1,5 cm. de consistencia elástica, brillante a la superficie de corte, sin zonas de necrosis ni de hemorragia. El examen histológico demuestra proliferación de células de núcleos hipercromáticos con actividad mitótica acentuada en parte atípica, de aspecto polimorfo, que no compromete epidídimo, albugínea, ni cordón espermático» (Fig. 1 y 2).

La Citometría de Flujo demuestra una fase elevada de 45,8 % y una aneuploidía con índice DNA de 2,16.

El estudio inmunohistoquímico demostró negatividad para Queratina, Vimentina, CEA y Fosfatasa Alcalina Placentaria.

Los controles de marcadores tumorales como alfa feto proteína y gonadotropina coriónica post operatorios fueron negativos.

El paciente evolucionó bien y se encuentra en buenas condiciones hasta la fecha.

## COMENTARIO

Se trata del primer caso de seminoma espermatocítico publicado en nuestro país. En la literatura latinoamericana sólo encontramos casos aislados y hasta 1994 habían sido reportados no más de 200 casos en la literatura mundial (4).

Es una entidad rara que debe ser diferenciada del seminoma clásico por su buen pronóstico. Es sensible a la radioterapia, pero con la orquiectomía basta como tratamiento, ya que sólo se conoce de 1 caso con metástasis (4).



Figura 1

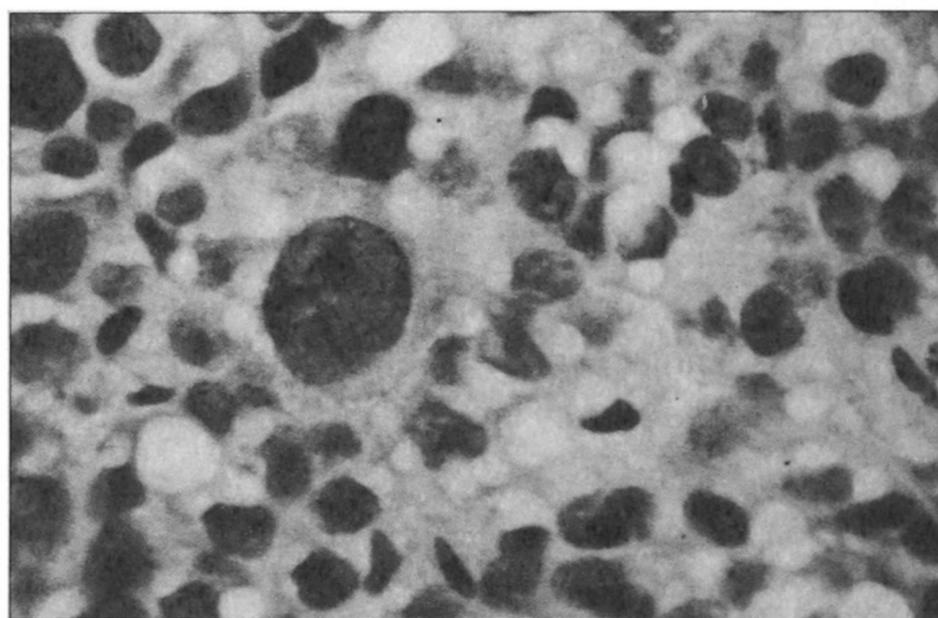


Figura 2

## REFERENCIAS

1. Codesal J; Paniagua R; Regadera I; Fachal C; Nital M. Significance of DNA quantification in testicular germ cell tumors. *Andrología*, 1991 Sep-Oct; 23(5); 381-5.
2. Cummings OW; Ulbright TM; Eble JN; Roth LM. Spermatocytic seminoma: an immunohistochemical study. *Hum Pathol*. 1994 Jan; 25(1): 54-9.
3. Dekker I; Rozeboom T; Delamarre J; Dam A; Oosterhuis JW. Placental-like alkaline

- 
- phosphatase and DNA flow cytometry in spermatocytic seminoma». *Cancer*. 1992; 69(4): 993-6.
4. Eble JN. Spermatocytic seminoma. *Hum Pathol*. 1994; 25(10): 1035-42.
  5. Pugh, RCB. Seminoma. *Pathology of the Testis*. 1976; Cap. 5; 164- 98; Blackwell.
  6. Mostofi F.K; Price E; Germ Cell Tumor showing one histologic pattern. *Tumors of the male Genital System*. 1973; 21-39; AFIP.
  7. Murphy W. Tumors of the Testis and Epididymis. *Urological Pathology*. 1989; 6; 314-79; Saunders.
  8. Rosai J. Testis. *Ackerman's Surgical Pathology*. 1996; Vol. 2: 18; 1257-97; Mosby.
  9. Sternberg S; Antonioli D; Cartet D; Mills S; Oberman H. Testicular and Paratesticular Neoplasms. *Diagnostic Surgical Pathology*. 1994; Vol. 2; 46; 1885-1947; Raven Press.
  10. Takahashi-H; Aizawa-S; Konishi-E; Furusato-M; Kato-H; Ashihara-T. Cytofluorometric analysis of spermatocytic seminoma. *Cancer*. 1993; 72(2): 549-52.
  11. Zenico T; Zoli M; Fiori M; Fabbri F; Tamburini C; Maltoni G. Beta-human chorionic gonadotropin and alpha-fetoprotein in central and peripheral venous blood of patients with testicular tumors». *Eur-Urol*. 1992; 21 Suppl 1:37-8.