



Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



CASO CLÍNICO

Neoplasia intratubular testicular e infertilidad: azoospermia asociada a neoplasia intratubular testicular bilateral

Carmen Gomis^{a,b}, Joaquim Sarquella^b, Yolanda Arce^c y José Ignacio Vinay^{b,*}

^a Departamento de Urología, Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^b Departamento de Andrología, Fundación Puigvert, Barcelona, España

^c Departamento de Anatomía Patológica, Fundación Puigvert, Barcelona, España

Recibido el 13 de abril de 2016; aceptado el 24 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Infertilidad;
Neoplasia
intratubular
testicular;
Síndrome de
disgenesia testicular

KEYWORDS

Infertility;
Testicular
intraepithelial
neoplasm;
Testicular dysgenesis
syndrome

Resumen La neoplasia testicular intratubular es una lesión premaligna testicular asociada a tumores germinales primarios gonadales y extragonadales. La prevalencia de neoplasia testicular intratubular en pacientes infértiles llega al 2% en diferentes estudios. Presentamos el caso de un paciente azoospermico con diagnóstico incidental de neoplasia testicular intratubular bilateral en la biopsia testicular realizada durante la recuperación quirúrgica de espermatozoides. En pacientes infértiles, las técnicas de recuperación espermática deben incluir el estudio anatomopatológico de parénquima testicular para descartar enfermedad maligna asociada. Los pacientes con alteración de la espermatogénesis tienen mayor riesgo de presentar otras alteraciones del desarrollo gonadal (neoplasias, hipogonadismo, entre otros) en el contexto de un síndrome de disgenesia testicular.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Testicular intraepithelial neoplasia and infertility: Azoospermia associated with bilateral testicular intraepithelial neoplasia

Abstract Testicular intraepithelial neoplasia is a premalignant lesion associated to gonadal and extragonadal germ cell tumors. Testicular intraepithelial neoplasia prevalence in infertile men has reached 2% in some studies. This report presents the case of an azoospermic man with an incidental diagnosis of bilateral testicular intraepithelial neoplasia after testicular sperm extraction. In infertile men, sperm retrieving techniques have to include histological analysis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Jose.vinay@gmail.com (J.I. Vinay).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.002>

1698-031X/© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

of testicular tissue, to discard any chance of malignant component. Patients with spermatogenesis alterations have an increased risk to present other disruptions in gonadal development (neoplasms, hypogonadism, among others) in the context of testicular dysgenesis syndrome.
© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La neoplasia intratubular testicular (TIN, por sus siglas en inglés) es una atipia celular intratubular que no sobrepasa la membrana basal del túbulo seminífero. Se considera una lesión premaligna precursora de tumores de células germinales, con algunas excepciones como el seminoma espermatocítico (típico de ancianos) y tumores germinales infantiles. El 50% de las TIN progresan a tumores invasivos a los 5 años y casi el 100% en un periodo de seguimiento más largo^{1,2}.

Entre el 5 y el 6% de los pacientes con tumor testicular tendrá TIN en el testículo contralateral^{1,2}. Existen diferencias importantes entre los protocolos terapéuticos con relación a esta evidencia. Las guías de la Asociación Europea de Urología recomiendan realizar biopsia del testículo contralateral al tumor en el momento de la orquiectomía solo en pacientes de alto riesgo: volumen testicular < 12 mL, antecedentes de criptorquidia y defectos en la espermatogénesis (Johnsen Score 1-3)^{3,4}. En países con elevada prevalencia de cáncer de testículo, como Alemania o Dinamarca, se realiza biopsia contralateral de forma estandarizada².

Skakkebaek describe por primera vez en 1972 la presencia de TIN en biopsias testiculares de 2 pacientes infértiles, que en el futuro desarrollaron tumores germinales⁵; posteriormente otros numerosos estudios han asociado la presencia de TIN a infertilidad. En pacientes infértiles, se ha descrito una prevalencia de TIN del 0-2%⁶. Pareciera que la astenozoospermia y teratozoospermia aumentan en 20 veces el riesgo de tumor testicular⁷.

Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 39 años con una pareja de 33 años que consultan por esterilidad primaria de un año de evolución. El estudio del factor femenino para infertilidad no demuestra ningún hallazgo patológico.

Como antecedentes personales se destaca la existencia de criptorquidia bilateral resuelta quirúrgicamente en la infancia. En la exploración física se observan caracteres sexuales secundarios normales. Pene elongable, sin fibrosis. Meato ortotópico. Solo destacan testículos con volumen de 8 mL bilateral de consistencia algo disminuida. Se palpan ambos conductos deferentes y epidídimos. No se evidencia varicocele de forma bilateral.

Se solicita un seminograma, donde se observa volumen seminal de 4 mL, un pH de 7,7 y ausencia de espermatozoides. Posteriormente, se solicita un segundo seminograma

que corrobora la azoospermia tras centrifugación a 1.000 g durante 5 min. Se sigue el protocolo de estudio de azoospermia. La determinación de FSH es de 29 UI/L (14-18,1 UI/L) y la testosterona total es de 4,6 ng/mL (2,41-8,27 ng/mL). En el estudio genético destaca un cariotipo 46XY y ausencia de microdeleciones del cromosoma Y.

Se decide realizar una recuperación espermática quirúrgica (TESE) asociada a estudio histológico. La recuperación quirúrgica bajo visión microscópica (microTESE) pareciera tener mayores probabilidades de encontrar gametos viables en pacientes azoospermicos⁸. Existe controversia en la importancia de los predictores de éxito de recuperación espermática. Una revisión reciente del tema le resta valor pronóstico a variables clínicas como nivel de FSH y volumen testicular⁸. Deruyver et al. concluyen que la superioridad de la microTESE se observa principalmente en pacientes con síndrome de solo células de Sertoli (y espermatogénesis parchada) independiente de los parámetros clínicos del paciente⁸. Nuestro protocolo institucional es comenzar con TESE tradicional, y si fracasa, ofrecer microTESE en segunda instancia.

Bajo anestesia local, se toman 2 muestras de parénquima de cada testículo, una de ellas para búsqueda de espermatozoides y otra para estudio anatomopatológico. No se observan espermatozoides en las muestras extraídas. En el estudio anatomopatológico se observan túbulos seminíferos con un 60% de hialinosis y ausencia de células germinales. Los túbulos no hialinizados están tapizados por células con marcada atipia, con inmunohistoquímica positiva para OCT 3/4 y cKit. El diagnóstico histológico definitivo es de TIN bilateral (fig. 1).

Discusión

El 82,5-95% de las piezas quirúrgicas de orquiectomías por tumor testicular presentan TIN asociada, tanto adyacente al tumor como de forma difusa en el resto de la pieza⁹. El 5% de los pacientes con tumor testicular presentan TIN contralateral y hasta un 42% de los tumores germinales primarios extragonadales tienen TIN asociada². La coexistencia de azoospermia y TIN bilateral, como en el caso presentado, es un fenómeno poco frecuente, casi no descrito en la literatura.

Diferentes autores sugieren que al diagnosticar incidentalmente una TIN se debe descartar un tumor germinal primario testicular o retroperitoneal. Se deben solicitar pruebas de imagen (ecografía testicular y TAC abdominopélvica) y marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, lactato

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7271386>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7271386>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)