Masa testicular en el seno de una vasculitis

Testicular neoplasm within a vasculitis

Pérez González A, Montes Santiago J.

[1]*Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo*

Resumen

Las vasculitis son un conjunto de enfermedades caracterizadas por la infiltración de leucocitos en las paredes de los vasos sanguíneos, que causa una desestructuración de los mismos, con el consiguiente riesgo de ruptura, sangrado, oclusión o isquemia. En general, las vasculitis se distinguen en función del tamaño, localización o tipo de vasos que afectan1. Estas entidades pueden presentarse de forma aislada o asociadas a otras enfermedades. La infiltración en los diversos órganos genera anomalías en los mismos: hemorragias, isquemia o pseudomasas. Reportamos un caso de una vasculitis necrotizante que cursó con la aparición de una masa testicular concomitante.

Palabras clave: Vasculitis. Necrosis. Masa. Testículo

Abstract

Vasculitis refers to a group of diseases, which are defined by the presence of leukocytes in the walls of vessels that disrupt the architecture of the vessel. This increases the risk of breakage, bleeding, occlusion or ischemia. The types of vasculitis are generally distinguishable from one another by the size, location, and type of vessels involved. They can be either isolated or associated to certain diseases. Infiltrating the vessels may cause bleeding, ischemia or tumor-like formations. We report a necrotizing vasculitis associated with a testicular mass.

Keywords: Vasculitis. Necrosis. Mass. Testicle.

Introducción

las vasculitis necrotizantes sistémicas son un grupo de vasculitis con afectación generalizada, importante necrosis de vasos de tamaño mediano o pequeño, mayor morbimortalidad que otras formas de vasculitis[2] y habitualmente cursan con anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA)[3]. Existen diversas entidades clínicas (panarteritis nodosa, poliangeítis microscópica, granulomatosis de Wegener, púrpura de Shönlein-Henoch etc), distintas por su patrón histológico e inmunitario[4].

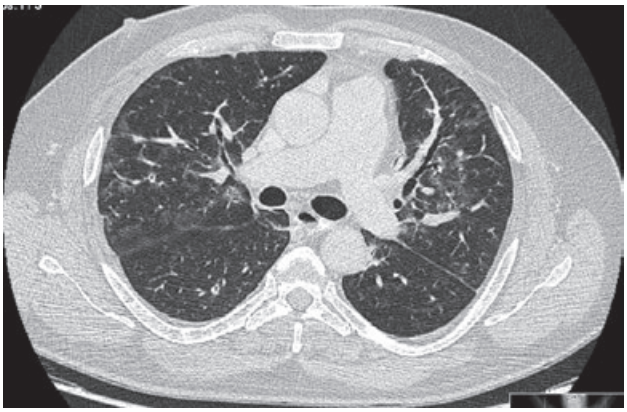
Caso clínico

Se trata de un varón de 45 años de edad, previamente sano, que es hospitalizado tras advertirse una serie de alteraciones radiológicas en una radiografía de tórax en el seno de una infección respiratoria. El paciente no padecía ninguna enfermedad previa (profesión, panadero), ni tomaba tratamiento alguno. Desde las últimas dos semanas, notaba dificultad respiratoria y molestias torácicas. Había advertido un aumento de tamaño del testículo izquierdo por el que no había consultado a su médico. Bajo la sospecha de infección respiratoria, se solicitó una radiografía de tórax que mostró numerosos infiltrados en ambos campos pulmonares.

Al ingreso se solicitó una tomografía computarizada (TC) torácica (figura 1) que desveló numerosas lesiones, consistentes en infiltrados parcheados de disposición peribronquial, sugestivos de una bronquiolitis obliterante. En el TC abdominal se apreciaron adenopatías inguinales pero no otras alteraciones.

En la analítica sanguínea se halló una discreta anemia (hemoglobina 12. 1g/dl), junto con la elevación de reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva). Los niveles séricos de hierro eran reducidos (11ug/dl), así como los niveles de transferrina (149mg/dl), e índice de saturación de hierro (5%). La ferritina era de 275mg/dl. Los niveles de folato y vitamina B12 eran normales. Asimismo se hallaron elevados niveles de β-2 microglobulina y haptoglobina. La función renal se

Figura 1



estimó en 31ml/min/1. 7m2. Se detectó una proteinuria de 2,76g en 24 horas, con los siguientes valores: creatinina en orina 47mg/dl, cociente proteina/creatinina 2392 mg/g, albuminuria 575 mg/l, cociente albúmina/creatinina 1218mg/g. En el estudio de inmunidad, los niveles de complemento eran normales. Los anticuerpos antinucleares (ANA) y antilipídicos (cardiolipina y β-2 glicoproteína) eran negativos. Se hallaron anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) positivos, de tipo antimieloperoxidasa. No se pudo cuantificar título.

Se procedió a practicar una biopsia transbronquial, en cuyas muestras se visualizó un patrón inflamatorio sugestivo de vasculitis de vaso intermedio. No se apreciaron granulomas ni franca necrosis fibrinoide, con abundantes depósitos de hemosiderina.

Se palpaba una lesión en el teste izquierdo por lo que se solicitó una ecografía testicular, en la que detectamos una masa en dicho teste, de consistencia sólida, de aproximadamente 1. 16 x 1. 25cm (Figura 2).

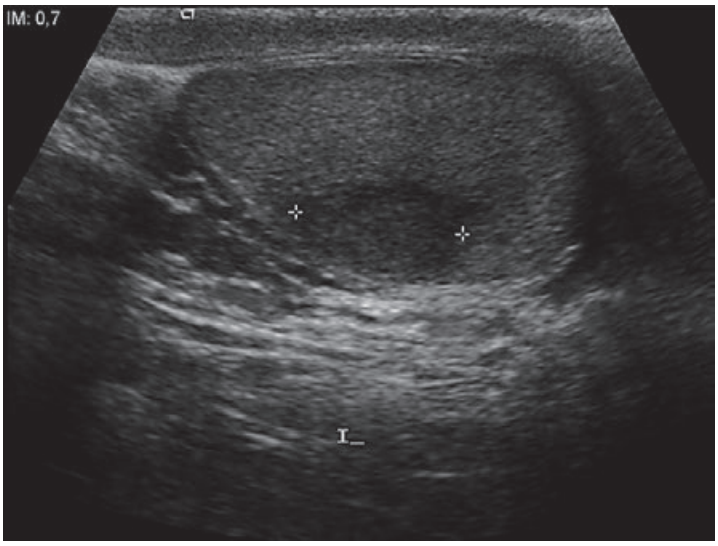
Se completó el estudio con un examen electrofisiológico, que reveló una polineuropatía motora y sensitiva predominantemente axo-

Correspondencia: alexandre.perez.gonzalez@sergas.es

Como citar este artículo: *Pérez González A, Montes Santiago J. Masa testicular en el seno de una vasculitis. Galicia Clin 2016; 77 (4): 180-181*

Recibido: 14/03/16; Aceptado: 31/05/16

Figura 2



nal y predominio distal. Las pruebas de función pulmonar arrojaron una disminución significativa de la capacidad de difusión [FVC 3,25l (72%), FEV1 2,70l (77%), FEV1/FVC 83%. DLCO SB 6,68 mmol/min/kPa (66%), DLCO/VA 1,57 mmol/min/kPa/l (76%)].

El paciente fue dado de alta hospitalaria con el diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA (VAA), tipo poliangeítis microscópica[5].

Tras iniciarse tratamiento con ciclofosfamida (bolus inicial de 750mg intravenosos y después 100mg diarios por vía oral) y metilprednisolona en bolus (1. 000mg diarios durante tres días y posteriormente 80mg diarios por vía oral), el paciente experimentó una clara mejoría sintomática. Los infiltrados se resolvieron gradualmente, la función renal fue restaurada y la masa testicular desapareció.

Discusión

Las vasculitis necrotizantes son un conjunto muy heterogéneo con grandes diferencias clínicas e histológicas entre sí. En nuestro caso, el paciente presentó daño sistémico con infiltrados pulmonares, descenso de función renal, afectación neuropática y un infiltrado sólido testicular. Estudios previos muestran que hasta un 86% de los pacientes con poliangeítis microscópica presentan algún grado de afectación testicular[6]. Si bien la aparición de masas a tal nivel no es frecuente, si se han descrito anteriormente[7].

El principal diagnóstico diferencial es el tumor primario de testículo, neoplasia sólida más común en varones de esta edad[8]. La ecografía testicular sigue siendo el método diagnóstico de elección[9]. En nuestro caso, no hubo elevación de marcadores tumorales típicos de tumor testicular, especialmente en formas metastásicas[10].

Conclusiones

En enfermedades de tipo vasculítico, las lesiones tienden a diseminarse a través de diversos aparatos y sistemas. Dadas alteraciones histológicas que suscitan, es posible la aparición de masas sólidas en diversos puntos, en nuestro caso, en el testículo izquierdo. Ante la aparición de una masa en el contexto de enfermedad sistémica, debemos valorar la posible relación entre las mismas.

Limitaciones

En lo respectivo a este apartado, debemos reseñar que no se realizó biopsia renal. Es evidente que se produjo afectación renal con la presencia de proteinuria, sedimento activo y deterioro de la función renal. Sin embargo, con los hallazgos clínicos, radiológicos y de la biopsia pulmonar, se decidió asumir el diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA tipo poliangeítis microscópica e iniciar tratamiento inmunosupresor inmediato. Con la mejoría posterior de la función renal bajo tratamiento esteroideo e inmunosupresor, se concibió que la evolución era la esperable para una VAA y durante el seguimiento se desestimó asimismo el estudio histológico renal.

Referencias

1. Watts RA, Scott DG. Recent developments in the classification and assessment of vasculitis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2009;23(3):429.
2. Phillip R, Luqmani R. Mortality in systemic vasculitis: a systematic review. Clin Exp Rheumatol. 2008;26(5 Suppl 51):S94.
3. Kallenberg CG, Brouwer E, Weening JJ, Tervaert JW. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies: current diagnostic and pathophysiological potential. Kidney Int. 1994;46(1):1.
4. Rao JK, Weinberger M, Oddone EZ, Allen NB, Landsman P, Feussner JR. The role of antineutrophil cytoplasmic antibody (c-ANCA) testing in the diagnosis of Wegener granulomatosis. A literature review and meta-analysis. Ann Intern Med. 1995;123(12):925.
5. Charles J. Overview of the 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Clin Exp Nephrol 2013; 17(5):603-606.
6. Shurbaji MS, Epstein JI. Testicular vasculitis: implications for systemic disease. Hum Pathol. 1988;19:186–189.
7. Kariv R, Sidi Y, Gur H. Systemic vasculitis presenting as a tumorlike lesion. Four case reports and an analysis of 79 reported cases. Medicine (Baltimore). 2000 Nov;79(6):349-59
8. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. CA Cancer J Clin. 2011;61(4):212.
9. Benson CB. The role of ultrasound in diagnosis and staging of testicular cancer. Semin Urol. 1988;6(3):189
10. Bower M, Rustin GJ. Serum tumor markers and their role in monitoring germ cell cancers of the testis. In: Textbook of Genitourinary Oncology, 2nd, Philadelphia 2000. p. 931.