

# Mano a mano con el cáncer de testículo

De paciente a referente, la historia de Lucas

Dra. Liliana Pérez - Uróloga

Creo que la palabra más significativa que me enseñó la carrera de medicina fue resiliencia, y por ello decidí recorrer éste artículo de la mano de Lucas, quien nos va a contar desde su experiencia como afrontó el tumor de testículo y hoy se ha vuelto referente humano de otros jóvenes que transitan por la misma situación.

**¿Contame Lucas ¿cuántos años tenés y a qué te dedicas?**  
*“Tengo 22 años, estuve estudiando profesorado pero actualmente me encuentro trabajando”*

El **cáncer de testículo es un tumor poco frecuente**, de hecho se registraron un promedio de 136 casos durante un período de 4 años en el Uruguay (2014 al 2018), aunque presenta una tendencia al alza a nivel mundial.

Es el **principal tumor que afecta a hombres jóvenes entre los 20 y 35 años**, y es el **tumor sólido mas curable** con una sobrevida estimada del 95% a los 5 años.

Dado el rango etario de su presentación, suele tener repercusión en el ambiente familiar, académico, social y laboral.

**¿Tenés algún antecedente en tu familia, padre o hermanos con tumor de testículo?** *“De cáncer de testículo no, una abuela paterna con cáncer de cuello de útero”*

Puede tener un componente genético, solamente entre 1- 3% de los pacientes refieren tener un familiar de primer grado, padre o hermanos con tumor de testículo. La literatura menciona que el riesgo es 10 veces mayor de tener un tumor de testículo cuando existe un antecedente familiar.

**¿En tu infancia tuviste alguna cirugía en el testículo por ejemplo que estuviera fuera de lugar, o que te subiera y bajara de la bolsa escrotal?**  
*“Entre los 4 y los 6 años, tenía una bolita de grasa en la pelvis que me la controlaba, pero desapareció, y sin relación con los testículos”*

La criptorquidia: es aquel testículo que se encuentra fuera de su localización normal en la bolsa escrotal. Aumenta en 25 veces el riesgo de presentar un tumor de testículo, y esto está en relación directa al tiempo que transcurre fuera de la bolsa y su localización, es decir, cuando más lejos de la bolsa (localización adentro del abdomen) y el retraso luego del año de vida, en realizar la cirugía que reposiciona el testículo en la bolsa, mayor es el riesgo.

El **principal factor de riesgo para el desarrollo del tumor de testículo, es haber tenido un tumor de testículo del otro lado**. Tienen más de 1000 veces riesgo que la población en general. La aparición en simultáneo es muy rara, pero resulta de capital importancia saber que puede aparecer en el testículo que queda, hasta 20 años después.

**¿Tomás alguna medicación, consumís algún tóxico como alcohol, cigarrillo, marihuana?** *“No recibo ninguna medicación crónica, soy fumador social y marihuana ocasional”*

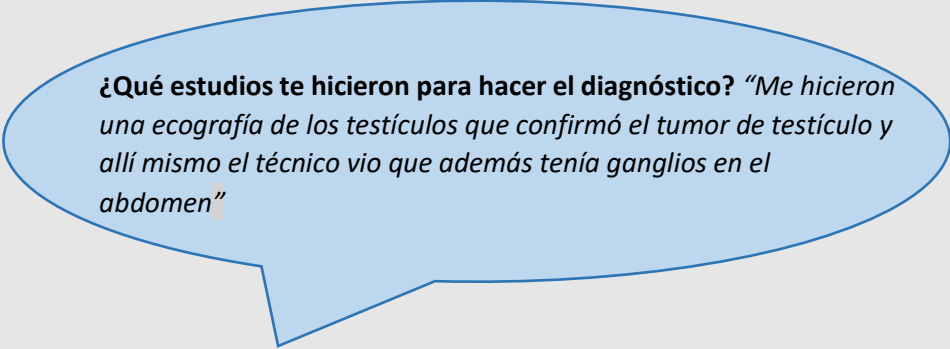
No existe evidencia que relacione su aparición con alguna medicación, y aunque la literatura es controversial, el consumo de marihuana podría duplicar el riesgo de presentarlo.

**¿Qué te motivó a consultar?** *“Sentí un tirón en el testículo, suave y que cedió solo y a raíz de eso noté que tenía un testículo más grande que el otro. Lo charlé con un amigo, me dijo que era normal tener un testículo más grande que el otro. Pero la diferencia empezó a aumentar, así que busqué en internet y la palabra que se repetía era cáncer, así que decidí consultar al médico”*

La clásica presentación del tumor de testículo es una tumoración, dura, de crecimiento lento, progresivo e indoloro en el escroto. Rara vez, puede aparecer solapado con elementos de infección, dolor a nivel de testículo, hinchado, con mucha sensibilidad a la palpación, rojo y caliente. El antecedente de un traumatismo o golpe en el testículo no tiene relación con la aparición del tumor, pero puede poner en evidencia al tumor preexistente, durante el autoexamen.

La internet, como toda herramienta, hay que saber usarla y dirigirse a páginas de referencia donde la mayoría los va a acercar al personal de salud. Aun así, la misma puede alejarnos, sembrar miedos que retrasen la consulta, tales como la infertilidad, el miedo a la muerte, la pérdida de la masculinidad, junto a tratamientos inverosímiles.

En síntesis, nos vuelve vulnerables a la enfermedad.



**¿Qué estudios te hicieron para hacer el diagnóstico?** *“Me hicieron una ecografía de los testículos que confirmó el tumor de testículo y allí mismo el técnico vio que además tenía ganglios en el abdomen”*

La **ecografía es un estudio no invasivo, y uno de los principales complementos del diagnóstico clínico**. Ésta puede ver la lesión que la describen habitualmente como heterogénea, hipoecoica y con vascularización con el doppler color, todas características sugestivas de malignidad. Además, evalúa la indemnidad del testículo contralateral.

La resonancia de bolsas escrotales, tiene una excelente sensibilidad y especificidad (100 y 85% respectivamente) pero es considerada imagenología de segunda línea, y solo está indicada cuando existen imágenes no concluyentes por ecografía.

Los estudios en sangre, incluyen rutinas, estado de la coagulación de la sangre en vistas a una cirugía de resección del tumor primario en el testículo y los marcadores tumorales.

Los marcadores tumorales: **alfa-fetoproteína, beta HCG y LDH son piedra angular en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento** de éstos tumores. Nos permiten sospechar, a priori, el tipo de histología que vamos a confirmar con la anatomía patológica (análisis del testículo operado). Los tumores de testículo se definen a grandes rasgos en **dos grandes grupos: los llamados Tumor Seminomatoso (TS) y No Seminomatoso (TNS)**.

Sin entrar en detalles de una clasificación muy engorrosa que excede los objetivos de ésta exposición, los tumores no seminomatosos se presentan al

diagnóstico con marcadores tumorales altos (90% de los casos van a tener alguno de los 3 marcadores elevados).

Aun así los tumores seminomatosos puros, también pueden tener elevada la beta HCG hasta en un 30% de los casos.

Ambos tipos histológicos pueden elevar la LDH, que es la menos específica, porque está vinculada al volumen o cantidad de tumor en el cuerpo.

Existen en estudio otros marcadores tumorales llamados MicroARN, pero aun sin aplicabilidad clínica.

**¿Te plantearon la cirugía?** *“Si, me plantearon enseguida la cirugía del testículo. Ya había pasado por el quirófano en otras oportunidades y no me aterrorizó. Solo quería sacármelo”*

Existen pocos tumores en los que **no se precisa de una biopsia previa** para hacer diagnóstico y planteamos una cirugía de entrada, el tumor de testículo es uno de ellos. La historia clínica que relata el paciente, el examen físico, la ecografía y marcadores tumorales son suficientes para plantear la orquiectomía.

**La orquiectomía, consiste en la resección quirúrgica del testículo de forma completa mediante una incisión a nivel inguinal.** Nos permite hacer un diagnóstico definitivo histológico, el grado de compromiso del testículo y estructuras vecinas como epidídimo (estructura tubular atrás del testículo, donde maduran los espermatozoides), invasión de vasos linfáticos, arterias y venas propias del testículo. La infiltración del tumor hacia estas estructuras nos traduce un estadio más avanzado, y es imposible predecirlo sin un análisis exhaustivo de la pieza completa. **Puede ser en algunos casos el primer y único tratamiento.**

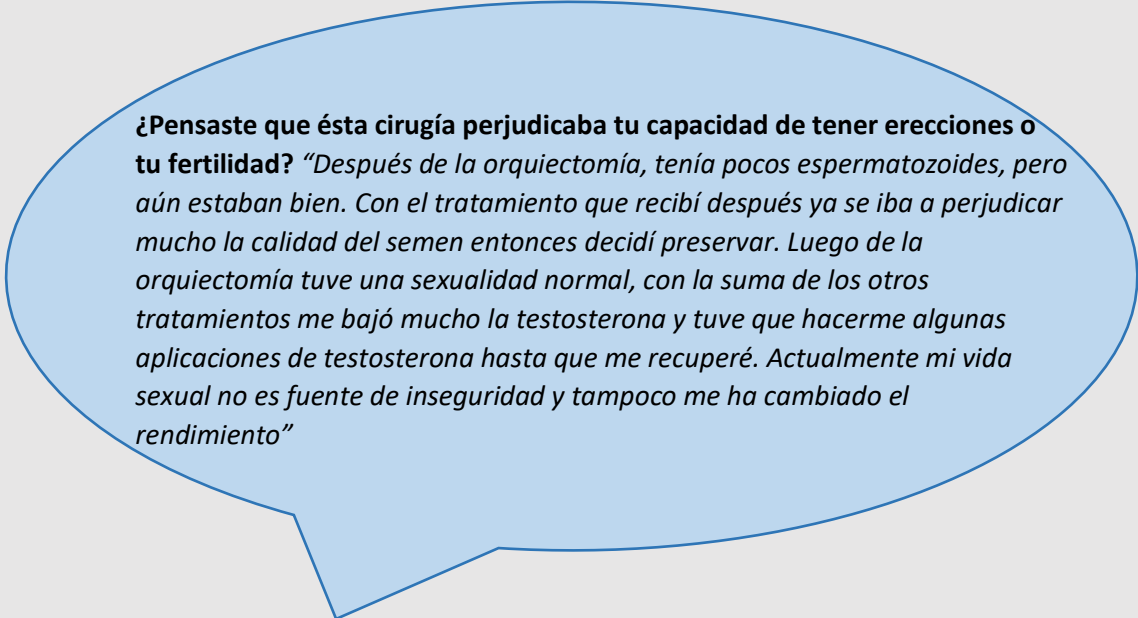
Se trata de una cirugía de poca duración 20-30 minutos aproximadamente. Y corta estancia hospitalaria- 24 hs postoperatorio.

**¿Cómo tomaste la idea de quedar sin un testículo? ¿Te preocupaba la estética de quedar con una bolsa escrotal vacía?** *“Realmente eso estaba en un quinto plano en mi cabeza. Me plantearon la prótesis y no lo considere prioridad, hoy por hoy es algo que ni se nota y tampoco afecta mi estética personal ni repercute en mi intimidad”*

Para aquellos, en quienes la estética resulta indispensable, pueda afectar el autoestima al ser un recuerdo permanente de un suceso estresante, suele considerarse la colocación de una prótesis testicular. Puede hacerse en el mismo acto de la cirugía o en diferido. Existe un subsidio por parte del BPS así como un listado de organizaciones autorizadas. **El implante de la prótesis no debe retrasar la cirugía** de resección del tumor de testículo.

Por otro lado hablemos de lo siguiente: **expectativa versus realidad**. Las prótesis testiculares son estructuras ovoideas, livianas y de consistencia firme que simulan el testículo perdido y son fijadas dentro del escroto. Vienen en diferentes tamaños y pueden seleccionarse fácilmente llevando la ecografía donde figura el volumen testicular estimado, del testículo sano.

Sin embargo, poco se habla del discomfort que puede generar éste cuerpo extraño. Algunos pacientes relatan que la consistencia de la prótesis parece “más dura” una vez emplazada en el escroto. Las molestias suelen asociarse con algunas posiciones: al sentarse con piernas cruzadas, hacer ejercicio o mantener relaciones sexuales.



**¿Pensaste que ésta cirugía perjudicaba tu capacidad de tener erecciones o tu fertilidad?** *“Después de la orquiectomía, tenía pocos espermatozoides, pero aún estaban bien. Con el tratamiento que recibí después ya se iba a perjudicar mucho la calidad del semen entonces decidí preservar. Luego de la orquiectomía tuve una sexualidad normal, con la suma de los otros tratamientos me bajó mucho la testosterona y tuve que hacerme algunas aplicaciones de testosterona hasta que me recuperé. Actualmente mi vida sexual no es fuente de inseguridad y tampoco me ha cambiado el rendimiento”*

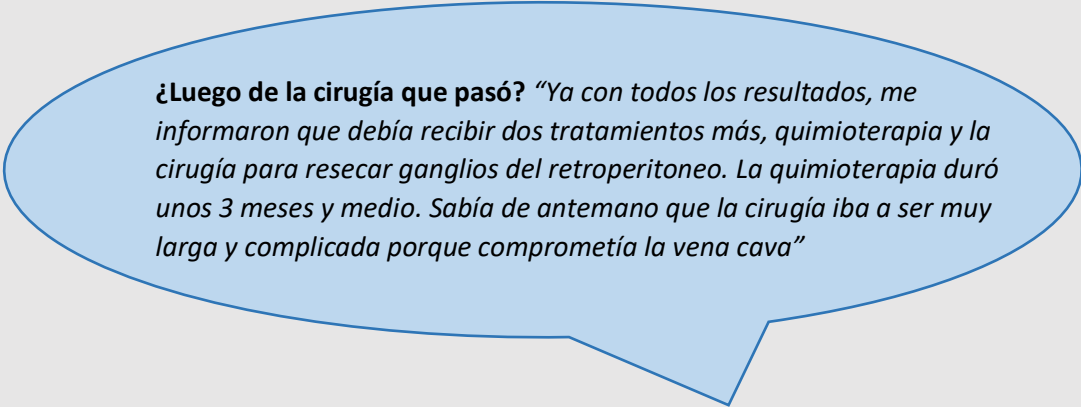
Frente a un diagnóstico de cáncer, la supervivencia al mismo pasa a ser la protagonista, pero no deben relegarse temas importantes a tratar como ser la fertilidad y la potencia sexual.

La infertilidad es la incapacidad de producir espermatozoides sanos o eyacular esperma. Cabe destacar que **el testículo sano es capaz de producir espermatozoides y mantener las hormonas masculinas circulantes en valores normales.**

En cuanto a la fertilidad: la producción de esperma puede alterarse de forma transitoria y recuperarse posteriormente luego de dos años, especialmente en aquellos hombres que deberán recibir tratamiento complementario como quimioterapia, radioterapia o una nueva cirugía dirigida a reseca ganglios

donde pudo haber llegado a diseminarse el cáncer. Existe una opción para garantizar la preservación de espermatozoides viables, post orquiectomía y es la preservación de esperma. El proceso es muy sencillo, mediante una muestra del eyaculado se evalúa su calidad y se congelan para su posterior uso con una inseminación artificial. Tiene costo la toma de muestra y el mantenimiento de la misma por año transcurrido.

En canto a la sexualidad: perder un testículo no tiene ningún efecto en la capacidad de lograr una erección y tener relaciones sexuales así como tampoco tiene repercusión sobre la libido, desde un punto de vista orgánico, estrictamente hablando. Sin embargo, cuando se necesitan tratamientos complementarios como quimioterapia o radioterapia, pueden bajar temporalmente los niveles de testosterona y con ello la calidad de las erecciones. Pueden aplicarse inyecciones de testosterona, la dosis e intervalo queda supeditado a la recuperación paulatina.



**¿Luego de la cirugía que pasó?** *“Ya con todos los resultados, me informaron que debía recibir dos tratamientos más, quimioterapia y la cirugía para reseca ganglios del retroperitoneo. La quimioterapia duró unos 3 meses y medio. Sabía de antemano que la cirugía iba a ser muy larga y complicada porque comprometía la vena cava”*

La **anatomía patológica** definitiva como ya mencionamos nos va a confirmar el diagnóstico del tumor maligno de testículo.

La **tomografía de tórax abdomen y pelvis**, es un estudio imagenológico que se solicita luego de tener la confirmación histológica del tumor para evaluar si éste se encuentra solamente en el testículo o se ha diseminado a otras partes del cuerpo, por ejemplo, ganglios, pulmón, etc.

Y una vez más se repite el estudio de los **marcadores tumorales** luego de los 10 días: alfa-fetoproteína, BetaHCG y LDH que nos van a guiar en la necesidad de un tratamiento complementario y la respuesta.

Con todo esto, se logra estadificar al paciente en un grupo de riesgo y establecer la necesidad de otro tratamiento, que puede ir desde la vigilancia, quimioterapia, radioterapia y/o una nueva cirugía para reseca ganglios.

La **Vigilancia Activa** consiste en pautar controles estandarizados, con marcadores tumorales y tomografías seriadas para pesquisar la recidiva de la enfermedad. Se plantea habitualmente cuando la enfermedad está confinada al testículo, sin factores de riesgo en la pieza de anatomía patológica, marcadores

tumorales y tomografía negativa. Así mismo, los pacientes a quienes se les plantea, deben estar motivados y comprometidos con el seguimiento estrecho.

La **Quimioterapia**, es un tratamiento con drogas de uso intravenoso, con más de 30 años de experiencia, y si no han aparecido nuevas drogas en escena para éste tumor, es porque los resultados que se obtienen con los planes actuales son realmente óptimos y todavía son considerados como el modelo más representativo y exitoso de la oncología médica. La selección de la droga, así como el número de ciclos necesarios depende de la presencia de factores de riesgo en la anatomía patológica, el subtipo histológico (seminoma-no seminoma), el estadio de los marcadores tumorales y la presencia de diseminación de la enfermedad hacia otros órganos. Puede ir desde 1-2 ciclos de carboplatino, hasta 3-4 ciclos de PEB (bleomicina, etopósido, cisplatino). La selección, administración de las drogas, así como la paliación de efectos secundarios que puedan aparecer, quedan en manos del oncólogo clínico.

Los efectos secundarios frecuentes de la quimioterapia incluyen fatiga, náuseas y vómitos, entumecimiento y hormigueo en las manos y los pies, pérdida de la audición de sonidos agudos y zumbido en los oídos. También existe un riesgo de infecciones graves y toxicidad en los pulmones.

La mayoría de los efectos secundarios de la quimioterapia desaparecen después de finalizar el tratamiento, pero algunos pueden aparecer mucho más tarde.

La **Radioterapia**, cada vez se indica con menos frecuencia. Sus efectos adversos tales como: toxicidad del teste contralateral, cardiovascular y la inducción de segundos tumores la han relegado para aquellos pacientes que tengan contraindicaciones para recibir quimioterapia o no acepten la vigilancia activa. Cuando se realiza, habitualmente son irradiados los ganglios en la pelvis del mismo lado que el testículo resecado.

La **Linfadenectomía retroperitoneal**, comprende una nueva intervención quirúrgica donde se eliminan los ganglios afectados en la zona retroperitoneal. Tiene utilidad diagnóstica y de tratamiento curativo de la enfermedad en el teratoma o para complementar otros tratamientos como la quimioterapia, situación que agrega morbilidad a la cirugía. Puede realizarse mediante una generosa incisión abdominal, por vía laparoscópica o robótica. Es una cirugía de gran complejidad técnica y requiere sin dudas de un equipo entrenado. El postoperatorio suele ser prolongado y la presencia de aneyaculación o eyaculación retrógrada (falta de emisión de semen) puede prevalecer aun con un procedimiento cuidadoso.



**¿Cómo fue el postoperatorio de la segunda cirugía?** *“Fueron dos días bravos en CTI, con complicaciones del catéter peridural, la molestia de la sonda nasogástrica, difícil estar despierto durante ese tiempo, porque no creo que sea un lugar lindo para que los pacientes estén conscientes. Cuando pasé a sala, el manejo fue completamente distinto y ya puede, comer, levantarme con la faja. Era verano y a las pocas semanas me puede meter al agua, y más tarde al gimnasio”*



Gracias Lucas por la foto de tu tatuaje, y a los colegas referentes en su tratamiento, que hoy nos permite conocerlo.

**¿Qué destacas de ésta experiencia? ¿te animas a dejarle un mensaje a todos los hombres jóvenes?** *“La contención que tuve por parte de todo el equipo, fundamentalmente la relación con Raúl (mi urólogo) es un gol tenerlo. Una relación muy paternal, de calidad humana, me sentí acompañado y protegido durante cada uno de los tratamientos. Hoy hablo con algunos gurises que tienen lo mismo que yo y les permito que me vean sano. Les cuento los sacrificios que hay que hacer, pero valen la pena. Tener un cáncer a ésta edad es raro, pero el tumor de testículo es curable”*

Mucho se habla del autoexamen de mama, incluso las políticas sanitarias están dirigidas a la detección temprana de enfermedades oncológicas en la mujer por su frecuencia. Sin embargo, poco se habla del autoexamen de bolsas.

Está al alcance de tus manos.

Acostúmbrate a lo normal para poder detectar lo anormal.



Sacate las dudas con un profesional, porque

***“La emoción más antigua y fuerte de la humanidad es el miedo, y la más antigua y fuerte clase de miedo es el miedo a lo desconocido “***