

Evaluación de los tumores testiculares en varones de edad militar

MR. Diz Rodríguez¹, M. Vírveda Chamorro¹, MM. Martínez Benito², P. Quijano Barroso²,
D. Saenz de Benito³, C. Alpuente Roman², JA. Cabrera Cabrera⁴, P. Paños Lozano³

Med Mil (Esp) 2005; 61 (3): 263-265

RESUMEN

Objetivos: Estudiar las características de los pacientes con neoplasia testicular pertenecientes al contingente de reemplazo del Servicio Militar Obligatorio, comparándolas con los pacientes no pertenecientes a ese grupo. **Material y métodos:** Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo de los pacientes intervenidos en el Servicio de Urología del Hospital Central de la Defensa entre los años 1979 y 2004. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: menores de 21 años intervenidos hasta el año 1999 y resto de pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de la chi-cuadrado. **Resultados:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes respecto a los síntomas iniciales de presentación de la neoplasia, el tiempo de demora hasta la cirugía y el estadio tumoral. Si se observaron diferencias significativas en relación al tipo histológico de neoplasia testicular. En los pacientes pertenecientes al contingente de reemplazo fueron más frecuentes las neoplasias germinales no seminomatosas. **Conclusiones:** La única diferencia significativa de los pacientes de reemplazo con neoplasia testicular respecto a otro tipo de pacientes fue el tipo de neoplasia testicular. Esta diferencia guarda relación con la menor edad de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Neoplasia testicular.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias testiculares afectan principalmente, aunque no en exclusiva, a los adultos jóvenes¹. Hasta la desaparición del Servicio Militar Obligatorio en 1999, todos los varones en edad militar en España dependían de la Sanidad Militar para su asistencia. Este colectivo estaba formado en su mayor parte por varones de menos de 21 años de edad. Grupo de edad en el que la incidencia de neoplasia testicular es una de las más altas.

El Hospital Central de la Defensa de Madrid, es el hospital de referencia de la Sanidad Militar, por lo que ha recibido durante el periodo de Servicio Militar Obligatorio a una proporción importante de la población juvenil española. Desde la extinción del Servicio Militar Obligatorio, la Sanidad Militar siguió ejerciendo su función asistencial sobre parte del colectivo formado por los militares profesionales, y sus familiares directos.

El objetivo de nuestro trabajo es estudiar las características de los pacientes en edad militar, formado por una población menor de 21 años asistida hasta el año 1999, tratados por padecer neoplasia testicular en el Hospital Central de la Defensa con el resto de la población tratada por este mismo tipo de tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes intervenidos de orquiectomía por neoplasia testicular entre los años 1979 y 2004. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: pacientes de menos de 21 años atendidos hasta el año 1999 (inclusive) (contingente de reemplazo), y el resto de pacientes. El primer grupo estaba compuesto por 32 pacientes de edad media 19,4 años (desviación típica 0,7 años). El segundo grupo estaba formado por 64 pacientes (todos ellos mayores de 21 años), de edad media 33,4 años (desviación típica 15,0 años).

Los datos recogidos en el estudio fueron: el síntoma inicial, el tiempo transcurrido desde la aparición del primer síntoma hasta la intervención, el tipo histológico de tumor y su estadio clínico en el momento del diagnóstico. El tipo de tumor se determinó el tipo según la clasificación de Mostofi^{2,3}. Para el diagnóstico de extensión se realizó una radiografía simple de torax, y un TAC torácico y abdominal. El estadio tumoral se determinó de acuerdo con la clasificación del Royal Madsen Hospital⁴.

Los datos de los pacientes fueron almacenados en una base de datos ACCESS y posteriormente importados al programa informático SPSS (versión 10), para su procesamiento estadístico. En el análisis estadístico se utilizó el test de la chi-cuadrado de Pearson para comparar dos variables cualitativas, y el test de comparación de medias de la t de Student en el caso de dos variables cuantitativas.

RESULTADOS

El síntoma inicial de la tumoración se muestra en la tabla 1. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. El tiempo transcurrido desde la aparición del primer síntoma hasta la orquiectomía tampoco fue significativamente diferente en ambos

¹ Cte. Médico.

² Médico civil.

³ Col. Médico.

⁴ Teol. Médico.

Servicio de Urología Hospital Central de la Defensa.

Dirección para correspondencia: Manuel Ramón Diz Rodríguez, C/ Donoso Cortés 47 1.º D. 28015-Madrid. e-mail: ramondiz@wanadoo.es

Recibido: 27 de enero de 2005.

Aceptado: 29 de mayo de 2005.

Tabla 1. Comparación del síntoma inicial de presentación de la neoplasia testicular en ambos grupos

Síntoma inicial (%)*	Contingente de reemplazo	Resto de la población	Significación
Tumoración escrotal	92%	73%	0,168‡
Dolor escrotal	17%	29%	0,372‡
Síntomas generales†	8%	7%	0,857‡

* Las categorías no son excluyentes. † Malestar general o dolor lumbar. ‡ No significativo.

Tabla 2. Comparación entre los tipos histológicos de neoplasia testicular de ambos grupos

	Tumores germinales puros		Tumores germinales mixtos		Tumores no germinales
	Seminomas		Sin seminoma	Con seminoma	
	No seminomas	Seminomas	Sin seminoma	Con seminoma	
Contingente de reemplazo	6%	56%	25%	6%	6%
Resto de la población	39%	22%	16%	16%	8%

Diferencias significativas ($p=0,001$).

grupos: $236,1 \pm 602,1$ días (media \pm desviación típica) para el grupo de reemplazo frente a $274 \pm 590,7$ días (media \pm desviación típica) para el resto, ($p=0,857$).

El tipo histológico de tumor se muestra en la tabla 2. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos: el grupo de reemplazo presentó una mayor frecuencia de neoplasias germinales no seminomatosas (puras y mixtas), que el resto de la población. El estadio tumoral se muestra en la tabla 3. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

La aparición de una tumoración escrotal fue el síntoma inicial más frecuente del tumor testicular en ambos grupos de pacientes. El 92% de los varones procedentes del contingente de reemplazo consultaron por la presencia de una tumoración testicular, frente a un 73% de los pacientes del otro grupo. Aunque el porcentaje de tumoración como síntoma inicial fue más alto en el primer grupo esta diferencia no alcanzó significación estadística. La aparición de una tumoración testicular también fue el síntoma más frecuente en otras series españolas⁵.

La detección precoz de este tumor guarda una relación directa con el pronóstico⁶. Por eso, es importante enseñar a los varones a autoexplorarse y acudir a los servicios sanitarios al detectar alguna anomalía en sus testículos⁷. La demora desde la aparición del primer síntoma hasta el tratamiento fue similar en ambas poblaciones:

Tabla 3. Comparación entre los estadios clínicos en el momento del diagnóstico de ambos grupos

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Contingente de reemplazo	53%	41%	-	6%
Resto de la población	60%	26%	12%	2%

Diferencias no significativas ($p=0,315$).

236 días para los pacientes de reemplazo y 274 días para el resto de pacientes. En otras series el tiempo medio transcurrido hasta el diagnóstico se estima en 98 días al que hay que sumar 37 días hasta la orquiectomía⁸. La demora en nuestra serie puede parecer excesiva, sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata de una distribución muy asimétrica ya que la mediana de ambas poblaciones (tiempo de demora del 50% de la población), se sitúa en 57 días para los pacientes que no son de reemplazo y en sólo 30 días para los pacientes de reemplazo.

El tipo histológico de tumor fue la única diferencia significativa entre ambos grupos de pacientes. Esta diferencia se explica por la distinta distribución de edades entre ambos grupos. Así Post et al⁹, en una revisión de tumores testiculares encuentran que en varones menores de 30 años son más frecuentes los tumores no seminomatosos, entre los 30 y 65 años los seminomas, y a partir de los 65 años los linfomas (que serían los tumores no germinales más frecuentes). En España, Armora et al¹⁰ indican que la edad media de los pacientes con seminoma fue de 34 años, frente a los 26 años de los pacientes con tumores germinales no seminomatosos. Respecto a los tumores no germinales, en nuestra serie se incluyen tres tipos histológicos diferentes: los sarcomas, que serían más frecuentes en población joven¹¹ (en nuestra serie los dos casos fueron menores de 18 años), los tumores de Leydig que correspondería a una edad mayor¹² (en nuestra serie sus edades estuvieron comprendidas entre los 21 y los 25 años), y por último los linfomas que serían típicos de edades avanzadas^{3,13} (en nuestra serie ambos fueron ocurrieron en personas mayores de 70 años).

El estadio tumoral fue semejante en ambos grupos. Aunque se observó un mayor porcentaje de estadios iniciales en el grupo de pacientes que no eran de reemplazo (60%), frente a un 50% de los pacientes de reemplazo. Estas diferencias, que no fueron estadísticamente significativas, podrían guardar relación con la mayor agresividad biológica de los tumores germinales no seminomatosos (más frecuentes en el grupo de reemplazo), frente a los seminomas (más frecuente en el grupo que no era de reemplazo)^{5,10,14}.

En conclusión, podemos señalar que la única diferencia estadísticamente significativa en el grupo de pacientes en edad militar respecto al resto de la población atendida en nuestro centro fue la diferente distribución del tipo histológico de neoplasia testicular debido a su menor edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Richie JP. Neoplasm of the testis. In: Campbell's Urology 7th ed. Walsh PC et al, (eds); p. 2411-2452, Wb Saunder Co: Philadelphia, 1997.
- Mostofi FK, Sobin LH. International histological classification of tumor of the teste. WHO: Geneve, 1977.
- Mostofi FK, Sesterhenn IA. Histological typing of the testis tumors. WHO International Histological Classification Tumors 2nd Edition. Springer-Verlag: Berlin, 1998.
- Peckham MJ, McElwain TJ, Barret A. Combined management of malignant teratoma of the testis. Lancet 1979; 2: 267.
- Germa JR, García Del Muro X, Maroto P, Lianes P, Arranz JA, Guma J, Aparicio J, Sastre J, Alba E, Terrasa J, Saenz A, Fernandez A; Grupo Germinal. Patrones clínicos y resultados terapéuticos obtenidos en cánceres testiculares germinales en España basados en una serie consecutiva de 1250 pacientes.: Med Clin (Barc). 2001; 116(13): 481-6.
- Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. Br J Gen Pract. 2004; 54(498): 25-32.

Evaluación de los tumores testiculares en varones de edad militar

- Brenner JS, Hergenroeder AC, Kozinetz CA, Kelder SH. Teaching testicular self-examination: education and practices in pediatric residents. *Pediatrics*. 2003; 111(3): e239-44.
- Hernes EH, Harstad K, Fossa. Changing incidence and delay of testicular cancer in southern Norway (1981-1992). *Eur Urol*. 1996; 30: 349.
- Post PN, Casparie MK, Ten Kate FJ, Oosterhuis JW. The epidemiology of tumors of the testes in the Netherlands: accurate rendering by the Registry of Histopathology and Cytopathology (PALGA) *Ned Tijdschr Geneesk*. 2004; 148: 1150.
- Armora Mani J, Riera Canals L, Franco Miranda E, y cols. Tumores germinales de testículo. Aportación de nuestra casuística y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 1990; 14(5): 319-24.
- Erbay ME, Tarhan F, Barisik NO, Kuyumcuoglu U. A case of testicular rhabdomyosarcoma. *Int Urol Nephrol*. 2004; 36(1): 73-5.
- Cruceyra Betriu G, Tejido Sanchez A, Duarte Ojeda JM, Garcia De La Torre JP, De La Morena Gallego JM, Martinez Silva V, Leiva Galvis O. Tumor de Leydig: presentación de 8 casos y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 2002; 26(1): 36-40.
- Soto Delgado M, Varo C, Juárez A, Bachiller J, Beltrán V, González D, Sánchez bernal C. Consideraciones sobre tumores de testículo: nuestra experiencia. *Arch Esp Urol* 1999; 52(2): 123-132.
- Hernes EH, Harstad K, Fossa. Changing incidence and delay of testicular cancer in southern Norway (1981-1992). *Eur Urol*. 1996; 30(3): 349-57.