

Lactante de 9 meses con aumento unilateral del tamaño testicular

D. Vizmanos Lamotte, S. Gallego Melcón, L. Gros Subías,
C. Sábado Álvarez y J. Sánchez de Toledo Codina

Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Servicio de Oncología
y Hematología Pediátricas. Barcelona. España.

CASO CLÍNICO

Varón de 9 meses sin antecedentes de interés presenta desde hace unos días aumento de tamaño del testículo izquierdo.

A la exploración destaca una asimetría del tamaño testicular, con un testículo izquierdo de mayor tamaño, coloración azulada y de consistencia irregular y blanda (fig. 1).



Figura 1. Masa intratesticular izquierda, azulada, de consistencia blanda y en saco de gusanos.

Presenta un abdomen globuloso en el que se palpa en el hemiabdomen izquierdo, una gran masa, de consistencia lisa y elástica, que sobrepasa la línea media, con contacto lumbar. El resto de la exploración física es normal. Destaca una lactato deshidrogenasa (LDH) de 1.179 U/l. El estudio de catecolaminas en orina es negativo. Se realiza una ecografía abdominal que muestra una tumoración sólida, vascularizada, de 11,2 × 9,7 × 8,6 cm que nace del riñón izquierdo, al que abre y se visualiza únicamente una lengüeta de riñón sano. El riñón derecho es normal. La tomografía computarizada (TC) confirma los hallazgos ecográficos (fig. 2). La radiografía de tórax es normal.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 2. TC abdominal. R: lengüeta renal; T: tumor.

Correspondencia: Dra. D. Vizmanos Lamotte.
Oncología Pediátrica. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron.
P^o Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: dvizmi@mixmail.com

Recibido en junio de 2005.
Aceptado para su publicación en junio de 2005.

VARICOCELE SECUNDARIO A TUMOR DE WILMS

Un varicocele es una colección de varicosidades venosas en el interior del escroto. Se forma cuando existe estasis venosa o flujo retrógrado en la vena espermática, lo que provoca la dilatación del plexo pampiniforme.

El 95% de los varicoceles son izquierdos. La obstrucción del flujo se debe a una ausencia o incompetencia valvular de la vena espermática, a variantes anatómicas que dificulten el flujo venoso o a obstrucción del drenaje

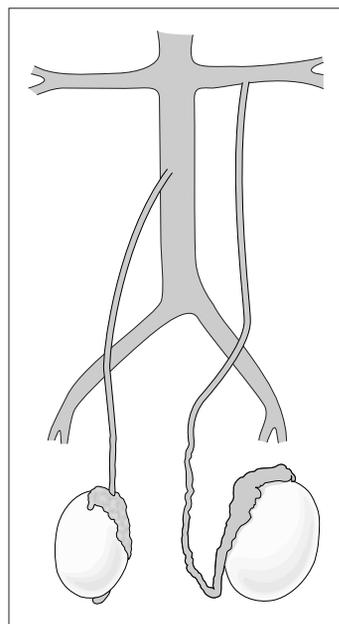


Figura 3. Drenaje venoso testicular.

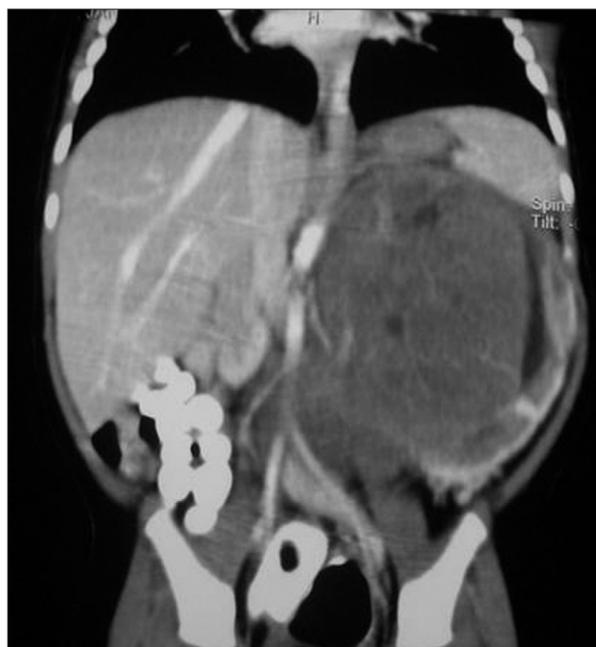


Figura 4. TC abdominal: masa intrarrenal que sobrepasa la línea media, comprimiendo la vena espermática izquierda.

del plexo pampiniforme por trombosis o compresión extrínseca¹.

Los varicoceles son más frecuentes en el lado izquierdo por motivos anatómicos. La vena espermática izquierda discurre entre la aorta y la arteria mesentérica superior (produciéndose una compresión parcial) y desemboca en la vena renal izquierda formando un ángulo de 90°. Por el contrario, la vena espermática derecha desemboca directamente en la vena cava inferior (fig. 3), lo que crea menos turbulencias y mejor flujo².

La mayoría de varicoceles suelen aparecer en la adolescencia, durante la que se describe una incidencia del 5%³. En los casos de varicocele en menores de 10 años, o de varicocele derecho a cualquier edad, se tendrá que descartar, mediante ecografía, la presencia de compresión venosa por una masa abdominal como el tumor de Wilms (fig. 4).

El nefroblastoma o tumor de Wilms es una neoplasia infantil que se presenta con una incidencia anual de 7,6 casos por millón de niños menores de 15 años. La forma de presentación más frecuente es el hallazgo casual de una masa abdominal asintomática, aunque puede presentarse también como dolor abdominal, hematuria macroscópica, fiebre, varicocele (sólo tres casos descritos en la literatura médica)⁴ o asociado a los síndromes de WAGR, Beckwith-Wiedemann o Denys-Drash. La edad al diagnóstico (media de 44,2 meses), su aspecto radiológico característico⁵, y la ausencia de marcadores específicos de neuroblastoma, permiten iniciar un tratamiento quimioterápico (que suele basarse en la administración de vincristina y actinomicina) en ausencia de biopsia. Tras 4 semanas de tratamiento se realiza la nefrectomía. Sólo entonces, y en función del estudio histológico y del desarrollo de la intervención quirúrgica se podrá estadiar el tumor, y así programar el tratamiento postoperatorio correspondiente⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navoy JF, Royal SA, Vaid YN, Mroczek-Musulman EC. Wilms's tumor: Unusual presentations. *Pediatr Radiol.* 1995;25 Suppl 1: S76-S86.
2. Pillai SB, Besner GE. Pediatric testicular problems. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45:813-30.
3. Elder JS. Part 23: Urologic disorders in infants and children. En: Berman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson textbook of pediatrics.* 26th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 1563.
4. Monroe K, Navoy J, Odrezin GT, Nichols MH, Polhill R. Varicocele as a presenting feature of Wilms' tumor. *Pediatr Emerg Care.* 1995;11:300-1.
5. Lowe LH, Isuani BH, Heller RM, Stein SM, Johnson JE, Navarro OM, et al. Pediatric renal masses: Wilms tumor and beyond. *Radiographics.* 2000;20:1585-603.
6. Grundy PE, Green DM, Coppes MJ, Breslow NE, Ritchey ML, Perlman EJ, et al. Renal Tumors. En: Pizzo PA, Poplack DG, editors. *Pediatric Oncology.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 865-94.