



CANCER DE TESTICULO

I- INTRODUCCION

El hombre blanco americano tiene una probabilidad del 0.2% de desarrollar un cáncer de testículo en el curso de su vida. Es mucho mayor la probabilidad de desarrollar un cáncer de próstata ya que ésta es del 3.8%.

El Cáncer de testículo alcanza al 1.1% de todos los cánceres que afectan al hombre en Estados Unidos: 6.900 casos esperados de cánceres de testículo en 619.700 casos de cánceres esperados en el hombre para el 2000. Pese a su relativa rareza es el cáncer más frecuente en el hombre joven de 20 a 34 años, el segundo en frecuencia entre los 35 y 39 años y tercero entre 15 y 19 años. En el Uruguay en el 2000 fallecieron 12 personas por cáncer de testículo.

Mientras que las tasas de incidencia de esta localización tumoral han ido en aumento a través de los años, las tasas de mortalidad han decrecido en virtud de la eficacia de los tratamientos en base a cirugía y quimioterapia. Esta mejora en el pronóstico se observa para los Seminomas pero también para los No Seminomas, no siendo raro encontrar curaciones a cinco años en procesos que se diagnosticaron en etapas de diseminación.

Además de la distinción histológica entre Seminomas y No Seminomas la clasificación de la OMS distingue los tumores de un solo tipo histológico de los tumores de más de un tipo histológico. Entre los primeros se distinguen: 1 – Los Seminomas, 2- los Carcinomas Embrionarios, 3 – los Teratocarcinomas, 4 – los Coriocarcinomas y 5 – los Tumores del Saco Vitelino.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTE

- 1- **Testículo no Descendido** – Es el mayor factor de riesgo. El 3% de los varones nacidos a término tienen un descenso testicular incompleto al nacimiento, mientras que los varones nacidos prematuros pueden alcanzar al 30 % de descenso testicular incompleto al nacimiento.

El criptorquidismo o incompleto descenso testicular implica un riesgo 30 veces mayor para desarrollar un cáncer testicular que el riesgo que tienen los varones con testículos normalmente descendidos.

B- OTROS

- 2- **Factores Familiares o Hereditarios** - Se han descrito cánceres de testículo en varones gemelos, en dos hermanos no gemelos y en el padre y algunos de sus hijos. Estos hechos hablan de la existencia de un factor hereditario actuante que todavía no ha podido ser individualizado.
- 3- **Orquitis Viroscas** – Es la principal causa de atrofia testicular en el adulto. En las epidemias de paperas es frecuente la orquitis, pudiendo ocurrir en el 15 a 25% de los afectados, con mayor riesgo de atrofia cuando ocurre después de la pubertad. Esta situación se ha asociado a la aparición posterior de un tumor testicular, pero aun no se ha podido precisar la magnitud de esta asociación.

- 3- **Traumatismos** – En la historia de muchos pacientes con tumores de testículos se han podido encontrar traumatismos locales previos, que pudieron llevar a la atrofia del órgano, pero la relación de causa a efecto entre traumatismo y cáncer testicular no ha podido ser probada.
- 4- **Situación Socio Económica** – Las tasas de incidencia de este cáncer en las clases sociales altas son 2.5 veces mayores que las tasas de las clases sociales bajas.
- 5- **Raza** – Las tasas de incidencia son mayores entre los blancos que entre negros. En Estados Unidos las tasas de incidencia son 4 o 5 veces más elevadas en los blancos que entre los negros, mientras que las tasas de los hispanos y los asiáticos son intermedias.
- 6- **Lateralidad** – En una serie danesa de 1646 casos se encontró un predominio por el lado derecho. La relación derecho/izquierdo fue de 1.26.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

La exploración del contenido escrotal para detectar tumefacciones aparece como procedimiento de detección precoz.

Si es posible la palpación del testículo no descendido, la indicación se hace más relevante.

Para el seguimiento de los tumores de células germinales se utilizan como marcadores tumorales la alfafetoproteína y la gonodotrofina coriónica humana.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E..- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.