

Consenso Urológico Nacional sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Testículo



**Federación Argentina de Urología
Sociedad Argentina de Urología**



La Sociedad Argentina de Urología y la Federación Argentina de Urología, entidades científicas representativas de todos los urólogos del país, han concretado la elaboración de un Documento denominado Consenso Urológico Nacional sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Testículo, que tiene por objetivo unificar los criterios con que los especialistas abordarán a partir del presente esta afección.

Este documento ha sido oficializado durante el “Simposio Internacional de Avances en Urología 2004”, realizado en mayo de 2004 en Buenos Aires.

Está previsto que ambas entidades realicen en forma periódica una revisión de lo acordado a fin de incorporar los permanentes avances que se producen en ese campo específico de la Medicina.

Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los urólogos del país.

Mayo de 2004

01
CANCER DE TESTICULO
DIAGNOSTICO

[1] Ante la SOSPECHA SEMIOLOGICA o

[2] la SOSPECHA ECOGRAFICA de un TUMOR de TESTICULO,

[3] se realiza extracción de sangre para el estudio de MARCADORES y

[4] SIN ESPERAR EL RESULTADO,

[5] se efectúa EXPLORACION QUIRURGICA POR VIA INGUNAL y CLAMPEO DEL CORDON.

(Contraindicada la vía escrotal y la punción biopsia).

[7] OPCIONALMENTE se puede hacer una BIOPSIA POR CONGELACION.

[6] Confirmado el TUMOR,

[8] se completa la LIGADURA ALTA DEL CORDON a nivel del anillo inguinal profundo y

[9] se efectúa la ORQUIDO-FUNICULECTOMIA.

[10] El resultado definitivo de la ANATOMIA PATOLOGICA informará si se trata de:

[11] un TUMOR SEMINOMATOSO,

[12] un TUMOR NO SEMINOMATOSO o

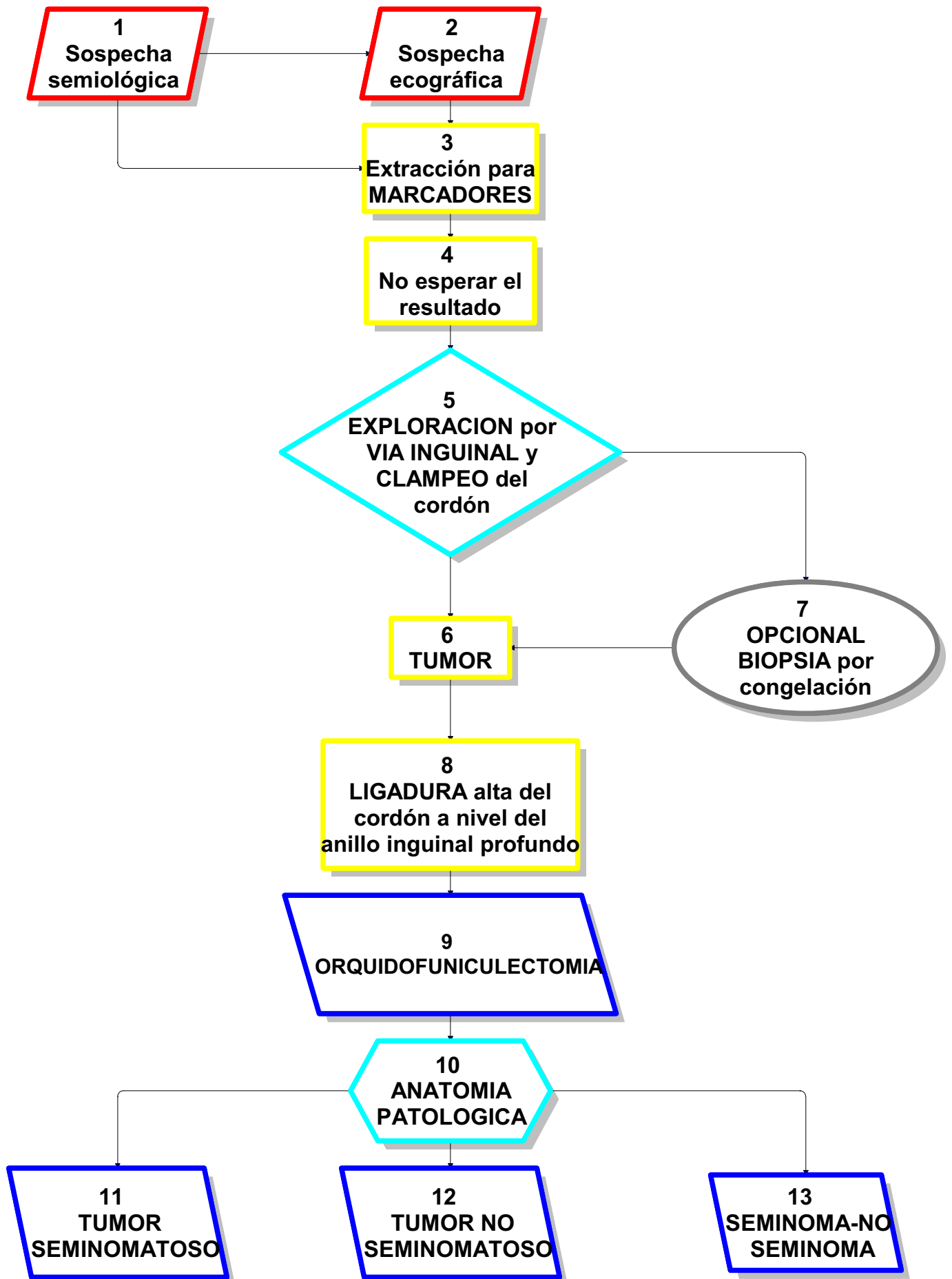
[13] un SEMINOMA-NO SEMINOMA.

En forma común a todos los algoritmos, se utiliza un código de colores.

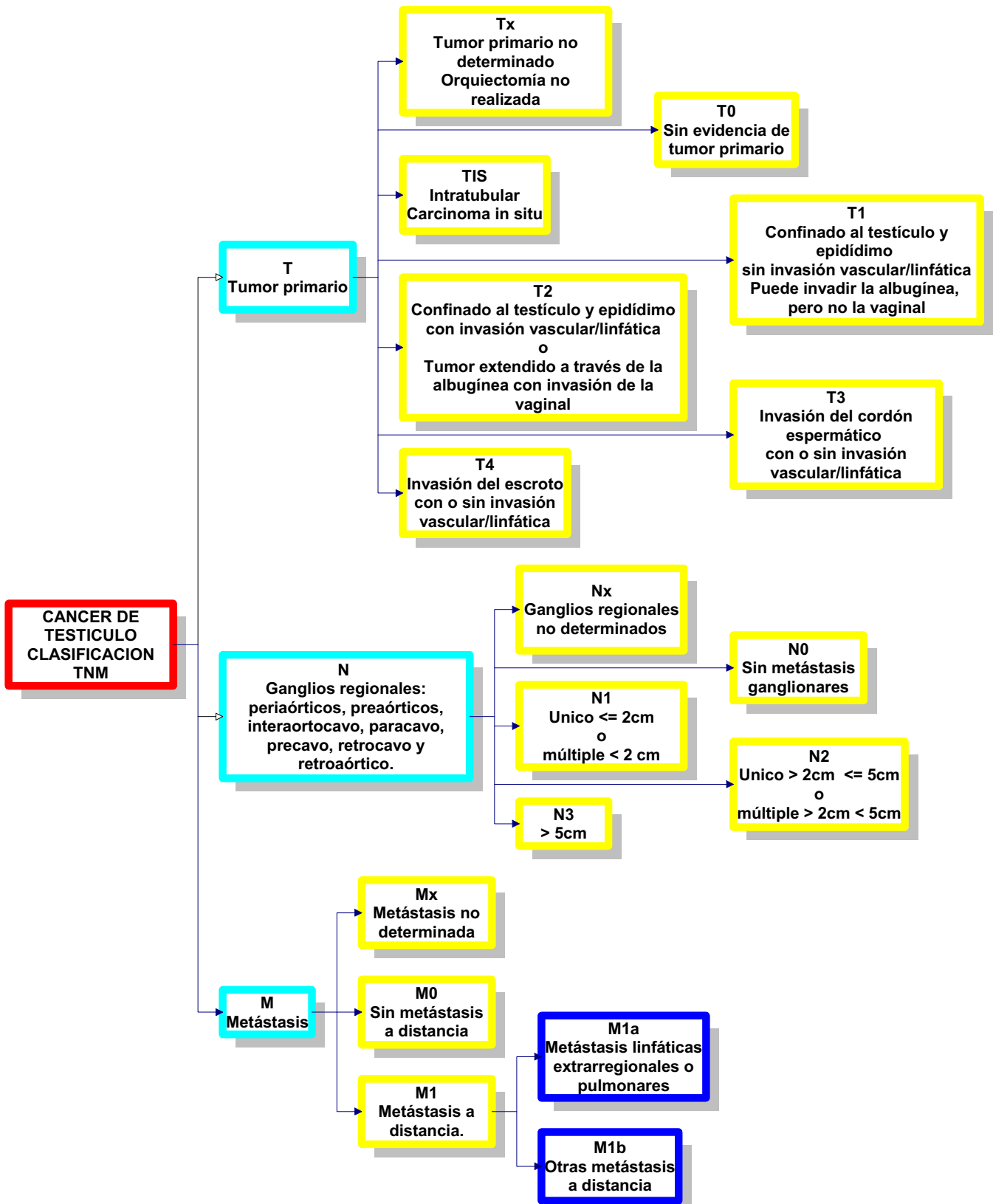
Se ingresa por el color rojo, la descripción lineal está en amarillo, las alternativas en celeste, la terminación de cada proceso en azul y si hay opciones, estas están en gris.

Los números entre paréntesis son referencias a los cuadros de los diagramas de flujo.

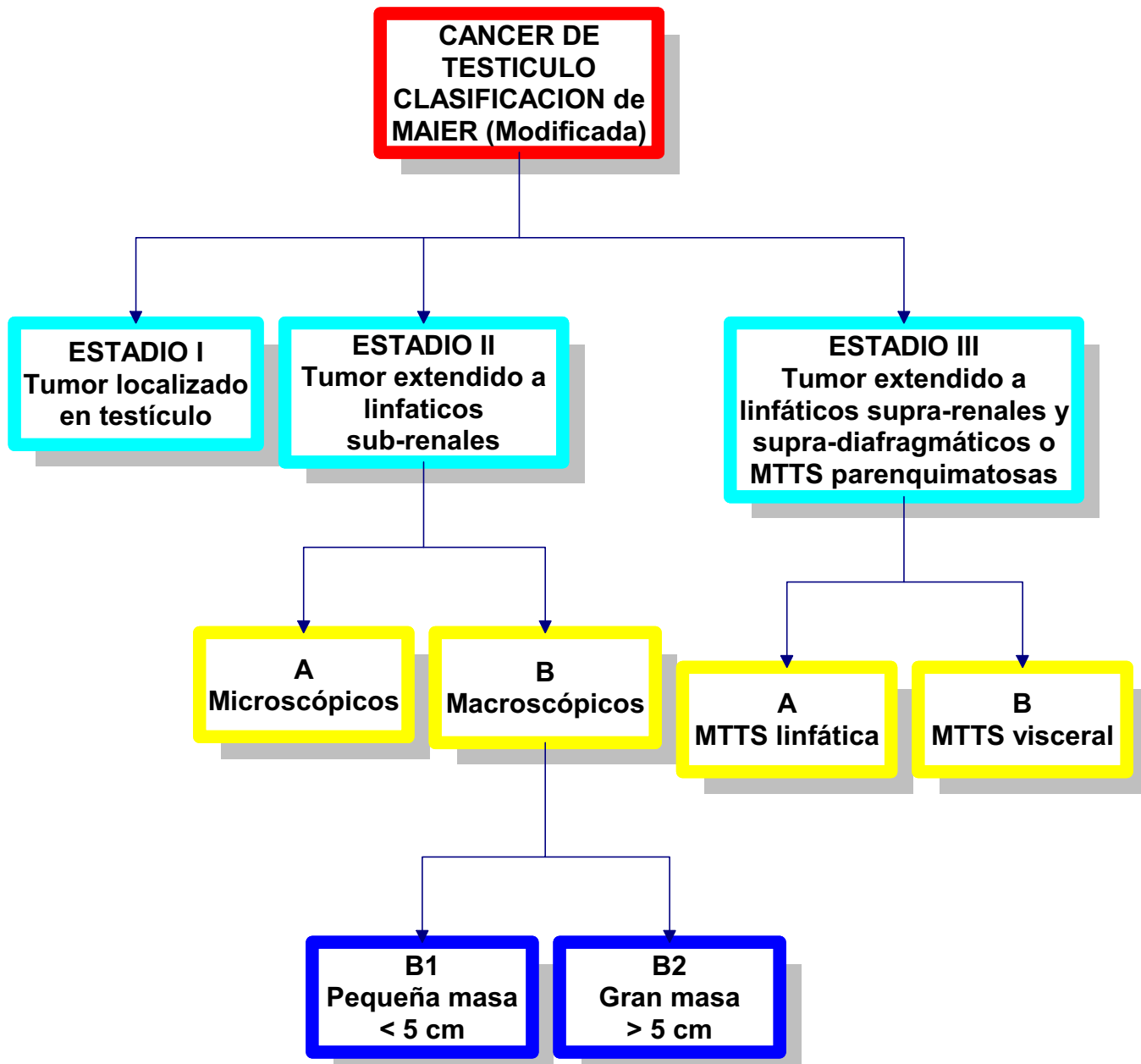
01
CANCER DE TESTICULO
DIAGNOSTICO



02
CANCER DE TESTICULO
CLASIFICACION TNM 1997
 Fifth Edition of the AJCC Cancer Staging Manager



03
CANCER DE TESTICULO
CLASIFICACION EN ESTADIOS DE MAIER (Modificada)



CANCER DE TESTICULO TUMOR SEMINOMATOSO

[1] Establecido el T, se realiza la ESTADIFICACION:

- CLÍNICA,
- Mediante la determinación de MARCADORES biológicos,
- Tomografía Axial Computada (TAC) de tórax y abdomen y/o resonancia magnética nuclear (RMN).

Realizada la estadificación, la actitud a tomar depende del DIAGNOSTICO por IMAGENES de ENFERMEDAD GANGLIONAR RETROPERITONEAL O PARENQUIMATOSA:

[2] SIN IMAGENES retroperitoneales o parenquimatosas visibles, tanto

[3] ESTADIO 1, enfermedad limitada al testículo, como

[6] ESTADIO 2a, micrometástasis, se consideran

[4] ESTADIO CLINICO 1 y

[7] se realiza RADIOTERAPIA externa 3.000 cGy infradiafragmática o

[5] alternativamente, el paciente puede ser colocado en un PROTOCOLO OPCIONAL de VIGILANCIA, siempre que tenga posibilidades de seguimiento estricto.

[8] CON IMAGENES retroperitoneales o parenquimatosas visibles,

[9] En el ESTADIO 2b1, metástasis infrahiliar a pequeña masa < de 5 cm,

[7] también se realiza RADIOTERAPIA,

[10] con el agregado de un BUS (refuerzo, sobre-radiación) de 600 cGy.

[11] Tanto en el ESTADIO 2b2, metástasis infrahiliar a gran masa > de 5 cm,

[12] como en el ESTADIO 3, enfermedad ganglionar suprahiliar o parenquimatosas,

[13] se realiza QUIMIOTERAPIA.

[14] Evaluada la RESPUESTA al tratamiento, puede haber,

[15] RESPUESTA COMPLETA o

[17] MASAS RESIDUALES < de 3 cm y

[16] el paciente pasa a CONTROL.

[18] MASAS RESIDUALES > de 3 cm y < de 5 cm y

[19] se establece un período de OBSERVACION de 3 meses.

[20] Si permanecen SIN CAMBIOS o hay una REDUCCION de las masas,

[16] el paciente pasa a CONTROL.

[21] Si experimentan CRECIMIENTO,

[22] se indica RADIOTERAPIA (si no realizó radioterapia previa) o

[28] igual que en el caso de MASAS RESIDUALES > 5 cm,

[23] se efectúa RESCATE. El resultado de la ANATOMIA PATOLOGICA puede ser:

[24] FIBROSIS O NECROSIS y

[16] el paciente pasa a CONTROL.

[25] Persistencia de TUMOR:

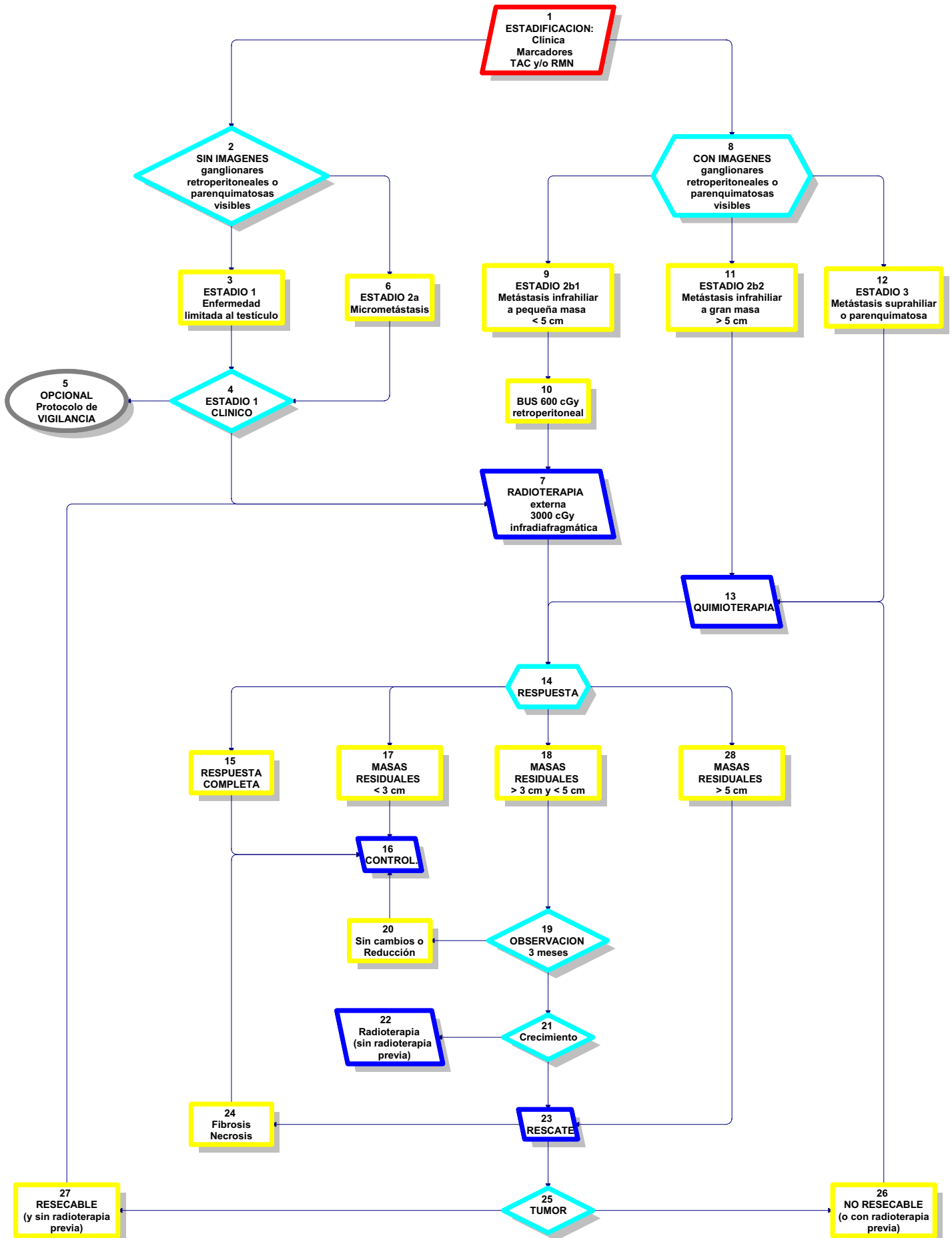
[26] Si El SEMINOMA fuera NO RESECABLE o si ya hubiera realizado RADIOTERAPIA previa,

[13] se indica QUIMIOTERAPIA.

[27] Si el SEMINOMA fuera RESECABLE y no hubiera realizado radioterapia previa,

[7] se indica RADIOTERAPIA.

04
CANCER DE TESTICULO
TUMOR SEMINOMATOSO



05
**CANCER DE TESTICULO
TUMOR NO SEMINOMATOSO**

[1] ESTABLECIDO EL T, SE REALIZA LA ESTADIFICACION:

- CLÍNICA,
- Mediante la determinación de MARCADORES biológicos,
- Tomografía axial computada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis y/o resonancia magnética nuclear (RMN).

[2] Con MARCADORES NEGATIVOS, la actitud depende del DIAGNOSTICO por IMAGENES de ENFERMEDAD GANGLIONAR o PARENQUIMATOSA:

[3] SIN IMAGENES RETROPERITONEALES O PARENQUIMATOSAS VISIBLES tanto

[4] ESTADIO 1, enfermedad limitada al testículo, como

[5] ESTADIO 2a, micrometástasis, se consideran

[6] ESTADIO 1 CLINICO, pudiendo optarse por:

[7] un PROTOCOLO OPCIONAL DE VIGILANCIA estricto en casos selectos, con posibilidades de seguimiento asiduo y medios suficientes u

[8] la EXPLORACION LINFATICA RETROPERITONEAL:

De ser el N negativo,

[9] se confirma el ESTADIO 1 PATOLOGICO y el paciente pasa a [26] CONTROL.

De ser el N positivo,

[10] el paciente se clasifica como ESTADIO 2 PATOLOGICO, subclasificado en:

[11] ESTADIO 2a (micrometástasis),

[12] en el cual la LINFADENECTOMIA será limitada,

[21] realizando luego QUIMIOTERAPIA,

[13] ESTADIO 2b1 (metástasis a pequeña masa, < de 5 cm) o ESTADIO 2b2 (metástasis a gran masa, > de 5 cm) no diagnosticados por imágenes, en los cuales

[14] si NO hubo TERATOMA en el primario, la LINFADENECTOMIA será UNILATERAL o

[15] si hubo TERATOMA en el primario, la LINFADENECTOMIA será bilateral.

[21] realizando luego QUIMIOTERAPIA.

[16] CON IMAGENES RETROPERITONEALES O PARENQUIMATOSAS VISIBLES,

[17] ESTADIO 2 CLINICO, (Enfermedad ganglionar retroperitoneal infrahiliar), subclasificado:

[18] ESTADIO 2b1 CLINICO (metástasis a pequeña masa, < 5 cm) y ESTADIO 2b2 CLINICO (metástasis a gran masa, > 5 cm) o

[19] ESTADIO 3 CLINICO (Enfermedad ganglionar suprahiliar o parenquimatosa),

[21] se indica siempre QUIMIOTERAPIA.

[20] Con MARCADORES POSITIVOS,

[21] se indica siempre QUIMIOTERAPIA.

[22] Luego de la misma, se determinarán los MARCADORES:

[27] Con MARCADORES POSITIVOS,

[21] se recicla en QUIMIOTERAPIA.

[28] Si existiera QUIMIORESISTENCIA y

[29] siempre que SOLO estuviera ELEVADA LA ALFAFETOPROTEINA y

[30] siempre que la MASA RESIDUAL fuera UNICA,

[31] podrá realizarse RESCATE.

[23] Con MARCADORES NEGATIVOS:

[24] Si NO hubiera MASA RESIDUAL y

[25] si NO hubo TERATOMA EN EL PRIMARIO,

[26] el paciente pasa a CONTROL.

[24] Si hubiera MASA RESIDUAL o

[25] si hubo TERATOMA EN EL PRIMARIO,

[31] se realiza RESCATE, cuya Anatomía Patológica puede ser:

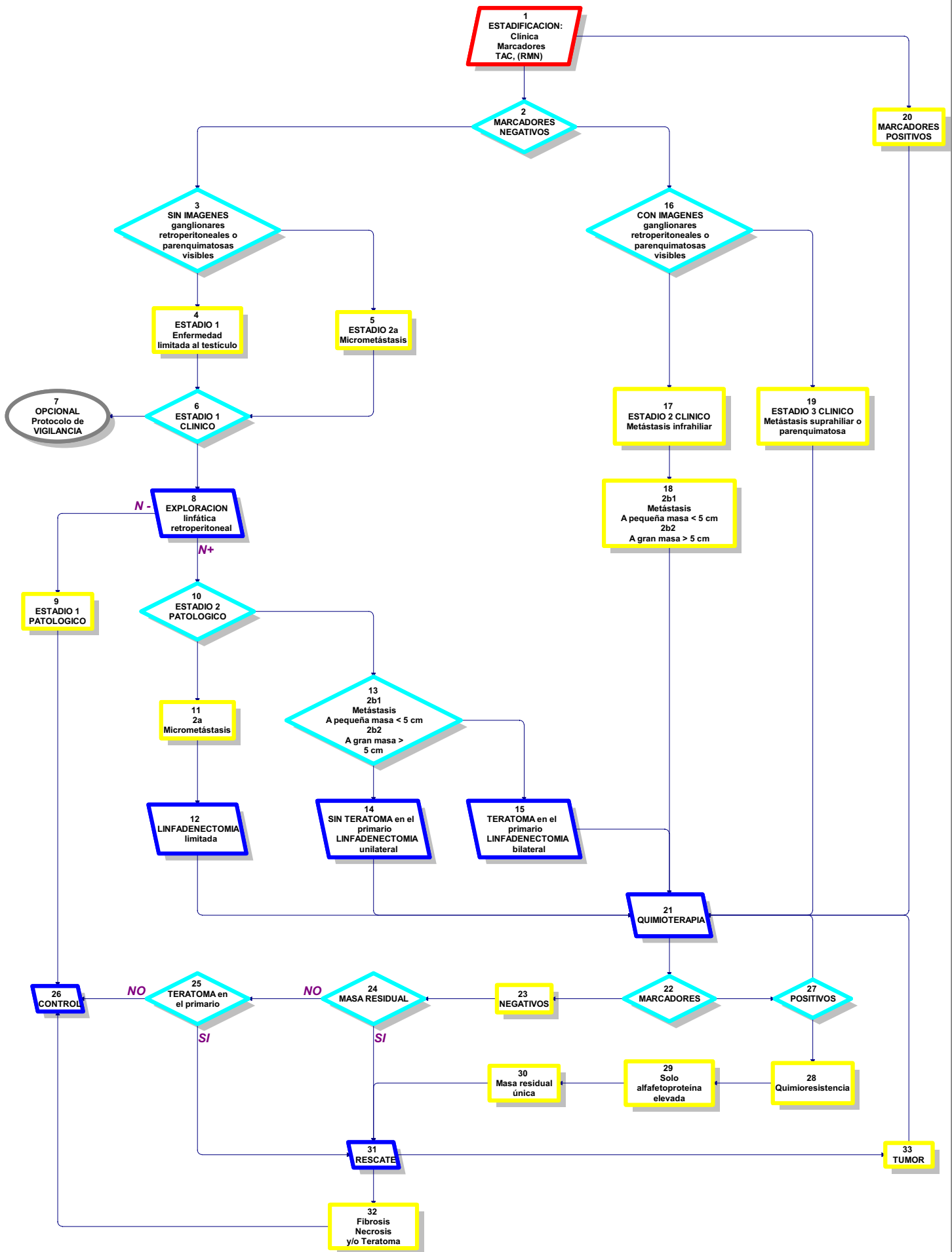
[32] FIBROSIS, NECROSIS y/o TERATOMA y

[26] el paciente pasa a CONTROL o

[33] TUMOR y

[21] el paciente recicla en QUIMIOTERAPIA.

05
**CANCER DE TESTICULO
 TUMOR NO SEMINOMATOSO**



SEGUIMIENTO DE LOS TUMORES DE TESTICULO

El seguimiento de los tumores de testículo está discutido en cuanto a su frecuencia.

La frecuencia varía según que el tumor sea seminomatoso o no seminomatoso, y debe ser mayor cuanto más alto es el estadio.

Cuando se utiliza un protocolo de observación, la frecuencia de los controles debe ser mayor que cuando se ha realizado el tratamiento pautado.

Son factores pronósticos negativos la existencia de elementos embrionarios, la invasión vascular o linfática, la invasión de la albugínea o del epidídimo y la ausencia de elementos del saco vitelino y en estos casos debe extremarse el seguimiento.

06 CANCER DE TESTICULO Seguimiento

FRECUENCIA CADA		SEMINOMA	NO SEMINOMA		
		TRATADO CON RADIOTERAPIA	ESTADIO 1 CLINICO	ESTADIO 1 PATOLOGICO	ESTADIOS ALTOS Remisión completa
AÑO 1	2 MESES		Clínica Marcadores TAC		
	3 MESES	Clínica Rx. Tórax		Clínica Marcadores Rx. Tórax	Clínica Marcadores TAC
	6 MESES	Marcadores TAC		TAC	
AÑO 2	3 MESES		Clínica Marcadores TAC		
	6 MESES	Clínica Rx. Tórax			Clínica Marcadores TAC
	ANUAL	Marcadores TAC		Clínica Marcadores TAC	
AÑO 3 A 5	6 MESES		Clínica Marcadores TAC		Clínica Marcadores Rx. Tórax
	ANUAL	Clínica Marcadores TAC		Clínica Marcadores TAC	TAC
AÑO 6 A 10	ANUAL	Clínica Marcadores TAC	Clínica Marcadores TAC	Clínica Marcadores TAC	Clínica Marcadores TAC

Mesa de Consenso Urológico Nacional sobre Pautas para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Testículo

DR. ALBERTO CASABÉ

Secretario Científico de la Sociedad
Argentina de Urología

DR. RAÚL COLLA

Secretario Científico de la Federación
Argentina de Urología

DR. MIGUEL COSTA

Coordinador del Subcomité de Oncología
de la Sociedad Argentina de Urología
Secretario General de la Confederación
Americana de Urología
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de
Urología

DR. OSVALDO MAZZA

Director del Comité de Especialidades de la
Sociedad Argentina de Urología
Profesor Titular de Urología de la
Universidad de Buenos Aires
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de
Urología

DR. SERGIO METREBIÁN

Presidente de la Federación Argentina de
Urología

DR. HUGO SIGNORI

Director del Capítulo de Uro-Oncología de
la Federación Argentina de Urología
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de
Urología

DR. ALEJANDRO SOSA

Secretario General de la Federación
Argentina de Urología

DR. ANTONIO VILLAMIL

Presidente de la Sociedad Argentina de
Urología

Comisión Redactora

Subcomité de Oncología de la SAU

Dr. Costa, Miguel
Coordinador
Dr. Ameri, Carlos
Dr. Casabé, Alberto
Dr. Coppola, Daniel
Dr. González Morales, Mariano
Dr. Koren, Claudio
Dr. Lavallén, Roberto
Dr. Malagrino, Héctor
Dr. Nardone, Ricardo
Dr. Rizzi, Alfredo
Dr. Rodríguez, Ernesto
Dr. Rodríguez, Roberto
Dr. Scorticatti, Carlos
Dr. Signori, Hugo
Dr. Villaronga, Alberto

Capítulo de Uro-Oncología de la FAU

Dr. Signori, Hugo
Director
Dr. Alonso, Juan Carlos
Dr. Canton, Fernando
Dr. Chuchuy, César
Dr. Colla, Raúl
Dr. Corica Luis
Dr. Dalul, Alberto
Dr. Lopez Laur J.D
Dr. Marchiotti Mariano
Dr. Metrebián, Sergio
Dr. Minuzzi, Gustavo
Dr. Penida, Alfredo
Dr. Riello, Hugo
Dr. Sokolovsky, Rodolfo
Dr. Viani, José



Federación Argentina de Urología
Sociedad Argentina de Urología

