

## LEYDIGIOMA DE TESTICULO. DOS CASOS

Dr. Pasik, L.; Dr. Casabé, A.; Dr. Bellora, O.; Dr. Arturi, J.; Dr. Kes, S.; Dr. Scorticati, C.

### Resumen

*Se presentan dos casos de Tumores de Células de Leydig en adultos jóvenes. Se comentan las características sobresalientes de dichos tumores, planteando los diagnósticos diferenciales y las pautas terapéuticas.*

Los tumores testiculares pueden clasificarse en dos grandes grupos, de acuerdo al tipo celular. Ellos son:

- 1) Tumores Germinales
- 2) Tumores del estroma gonádico

Dentro de este segundo grupo se encuentran aquellos indiferenciados, llamados androblastomas, y las formas maduras que dan origen a los Tumores de Células de Sertoli, o de Leydig, de acuerdo a su tipo celular.

Estos tumores representan aproximadamente el 1 % de todos los procesos neoplásicos testiculares.

El Tumor de Células de Leydig ha recibido varias denominaciones: Ginandroblastoma, Intersticioma y Adenoma Leydigiano, entre otras. El término Leydigioma fue utilizado por J. Lange en 1967, y es el que más claramente lo especifica.

La primera observación de dicha patología fue hecha por Sacchi en 1895. En la actualidad han sido presentados 108 casos.

#### Caso Nº 1: F.F., H/C 16.246 (Instituto Roffo)

Paciente de 34 años de edad, casado, 2 hijos, que presentaba desde hacía mucho tiempo induración en testículo izquierdo. Entre sus antecedentes lo único rescatable era que había sufrido en tres oportunidades traumatismos en dicho testículo. No existían signos feminizantes y su vida sexual era normal. Fue intervenido en Concordia, Entre Ríos, en noviembre de 1974, por vía escrotal, realizándose la orquiectomía. La Anatomía Patológica informó: Tumoración testicular de estirpe estromal con zonas pseudotúbulos imputables a células de Leydig. Diagnóstico: Tumor maligno de estroma gonadal, probablemente a células de Leydig. En febrero de 1975, el paciente sufre una crisis epiléptica focal sensitiva. En ese momento es derivado a nuestro Servicio, donde se le efectúan estudios rutinarios, Orthotest y 17 cetosteroides, que fueron normales.

Estudiado neurológicamente mediante EEG y Centellograma, no es posible llegar al diagnóstico de metástasis cerebral. Se decide realizar un Vaciamiento Lumboaróico, cuya Anatomía Patológica informa: No se observan metástasis ganglionares.

El 7 de marzo de 1981 concurre por última vez a la consulta, encontrándose asintomático y potencialmente curado.

#### Caso Nº 2: A.R., H/C 25.835 (Instituto Roffo)

Paciente de 25 años de edad, soltero, que en mayo de 1976 nota ginecomastia progresiva bilateral. Al examen se encuentra un nódulo en testículo derecho, doloroso al tacto. Se realizan los estudios básicos y hormonales, encontrándose valores normales de 17 corticoesteroides y 17 hi-

droxicorticoesteroides, disminución de la testosterona plasmática y aumento del estradiol. Las  $\alpha$  fetoproteínas y las gonadotrofinas coriónicas fueron negativas. Se realizó una orquiectomía derecha por vía inguinal. La Anatomía Patológica informó: Tumor de células de Leydig que no traspasa las tunicas testiculares. Este estudio fue ratificado por una consulta de preparado hecha por el Dr. Mostofi, de California. Se le realizó una linfografía que fue informada como normal. Luego de la intervención, los dosajes hormonales fueron normales hasta la fecha, en que se encuentra asintomático.

### Comentarios

Las características relevantes del Tumor de Células de Leydig son: 1) Su condición de ser hormonosecretante. 2) La característica de que en un 90 % son benignos.

Pueden presentarse a cualquier edad, dando distinta sintomatología en el niño y en el adulto.

Bouin y Ancel, en 1901, describieron la acción virilizante de las células de Leydig. Esta acción es la que produce en el niño un cuadro de Pseudopubertad Precoz, asociada a la tumoración testicular. Aparece una macrogenitosomía, junto con un aumento desproporcionado de la musculatura, hipertriosis y voz grave. Las erecciones se hacen frecuentes y se observa cierta conducta agresiva. El contenido eyaculatorio carece de espermatozoides. Tadiográficamente se puede observar un aumento de actividad en los núcleos de osificación, lo cual explica la hiperactividad androgénica. Los 17 cetosteroides urinarios se encuentran elevados, y el estradiol se halla normal. No se encuentran gonadotrofinas elevadas, por ello este es un cuadro de pseudopubertad precoz.

En el adulto, por el contrario, los signos que pueden acompañar a esta patología son feminizantes. La hipersecreción androgénica estimulada por las células de Leydig sufre una alteración en el metabolismo de degradación que la transforma en estrógenos mediante un proceso de aromatización.

El signo más característico es la ginecomastia, que se acompaña a veces con cierta obesidad ginoide, disminución de la libido y alteraciones en la distribución pilosa. Los 17 cetosteroides no se modifican pero el dosaje de estradiol urinario aumenta sensiblemente. En el espermograma se descubre una oligo o azoospermia.

Es importante tener en cuenta los diagnósticos diferenciales. Los tumores de células de Sertoli también pueden dar signos de feminización. En estos casos, la Anatomía Patológica de la pieza nos hará el diagnóstico diferencial.

En el niño nos encontramos ante una situación más complicada, por el cuadro de pseudopubertad precoz. Muchas

veces la tumoración testicular es la que lleva el diagnóstico.

En la pubertad precoz verdadera existe maduración gonadal, y los valores hormonales son semejantes al adulto. La pubertad precoz puede ser constitucional o deberse a tumores pineales o enfermedades hipotalámicas.

En cambio, los cuadros de pseudopubertad precoz están dados por tumores o enfermedades de la Suprarrenal, Ovario o Testículo. En nuestro caso, descartada la patología ovárica, debemos realizar el diagnóstico diferencial con los

tumores de Suprarrenal. El dosaje de Estrógenos urinarios, cuando está elevado, aclara el diagnóstico, ya que únicamente se da esta posibilidad cuando existe una tumoración testicular secretante.

El tratamiento básicamente es la orquiectomía por vía inguinal. Hecho el diagnóstico histopatológico, si es benigno la conducta es expectante, con controles periódicos.

En caso de existir signos de malignidad histológica, existen tendencias a realizar tratamiento radiante o vaciamiento lumboaórtico.

## Bibliografía

Amador y Roce: Tumor bilateral de células intersticiales de testículo. *El Médico Argentina*, noviembre, 1971.

Hedinger: Patología de los tumores testiculares y paratesticulares. *Dtsch. Med. Wschr.* 102, 13, 489, 1977.

Gabrilove, J., Nicolis, G., Mitty, H. y Solwal, A.: Feminizing interstitial cell tumor of the testis. *Cancer* 35: 1184, 1975.

Hunt, V. y Budd, J.: Gynecomastia associated with interstitial cell tumor of the testicle. *J. Urol.* 42: 1242, 1939.

Lewis, L.: Feminizing testis tumors. *J. Urol.* 64: 518, 1950.

Hertz, R., Cohen, M., Lewis, L., Firminger, H.: Sexual precocity in a five years old boy with interstitial cell tumor of the testis. *J. Clin. Endocrinol.* 13: 1248, 1953.

Ward, F., Krantz, F., Mendeloff, J., Haltinwanger, E.: Interstitial cell tumor of the testis: report of two cases.

Fligiel, Z., Kaneko, M., Lelter, E.: Bilateral Sertoli cell tumor of testis with feminizing and masculinizing activity occurring in a child. *Cancer* 38: 1853, 1976.

Lemaire, G., Patoir, G., Letendart, J.: Le Leydigisme du testicule. *J. Durologie et de Néphrologie.* 1975; 81, número 6-31.