

# **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.**

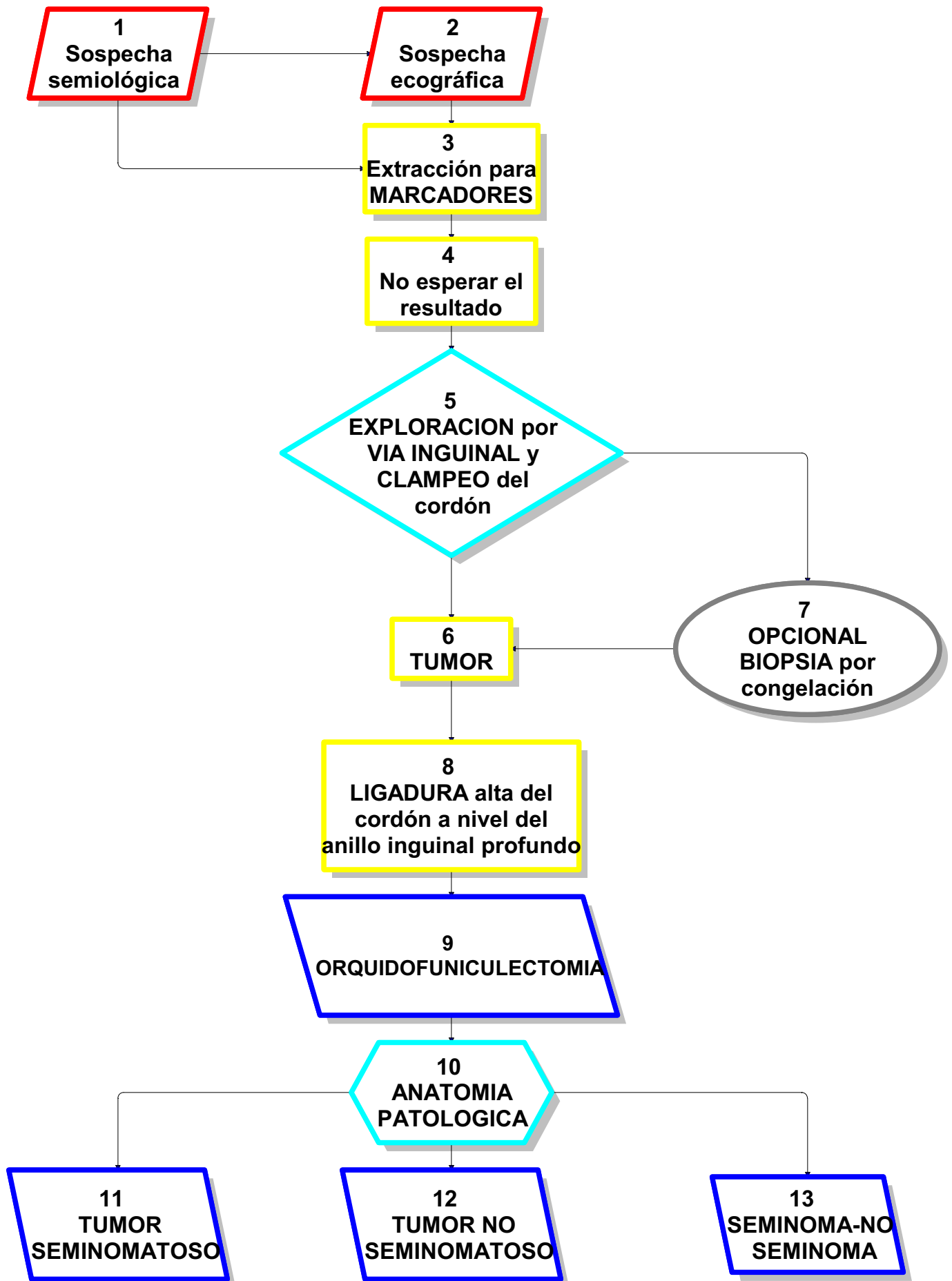
En forma común a todos los algoritmos, se utiliza un código de colores.

Se ingresa por el color rojo, la descripción lineal está en amarillo, las alternativas en

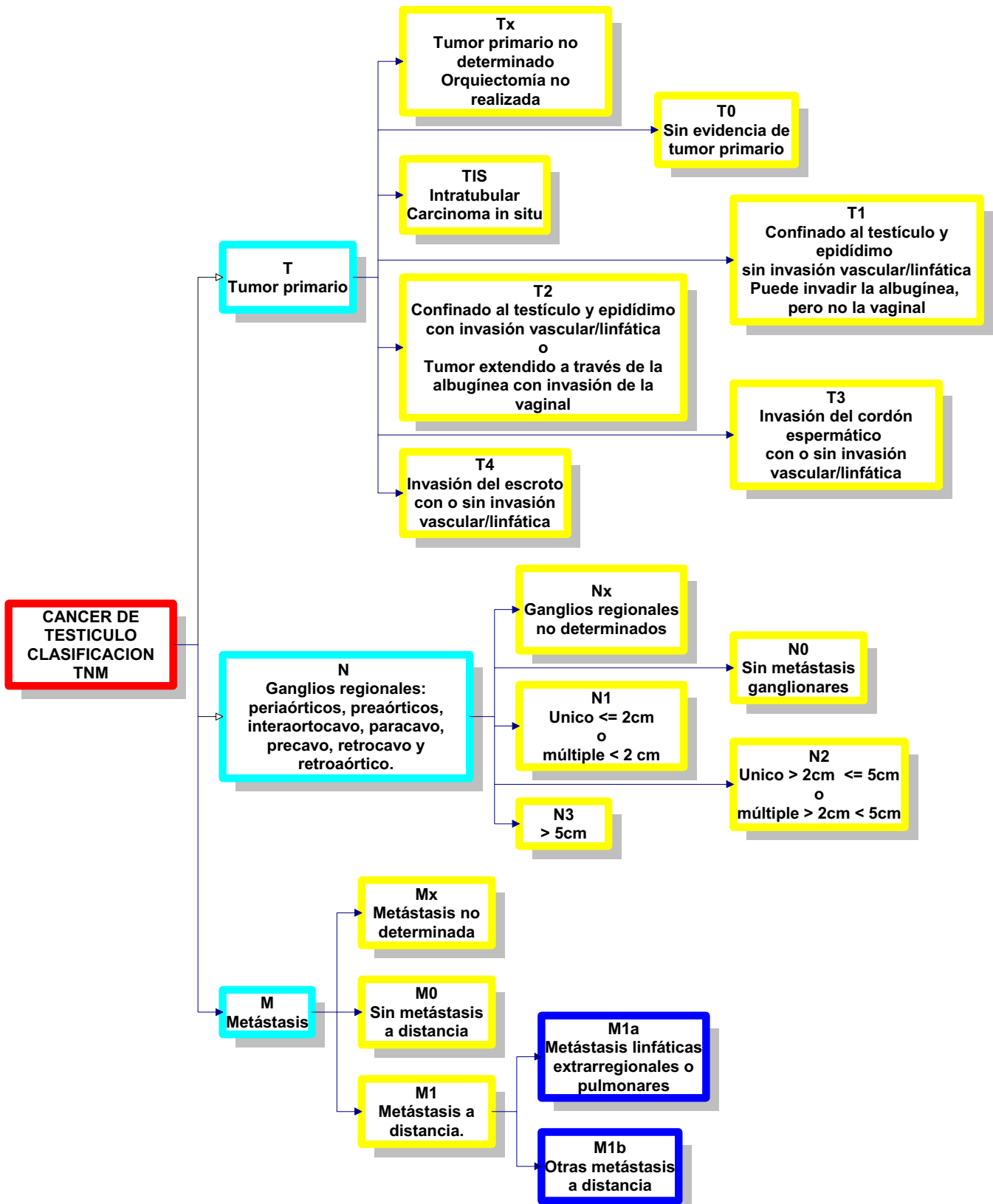
celeste, la terminación de cada proceso en azul y si hay opciones, estas están en gris.

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

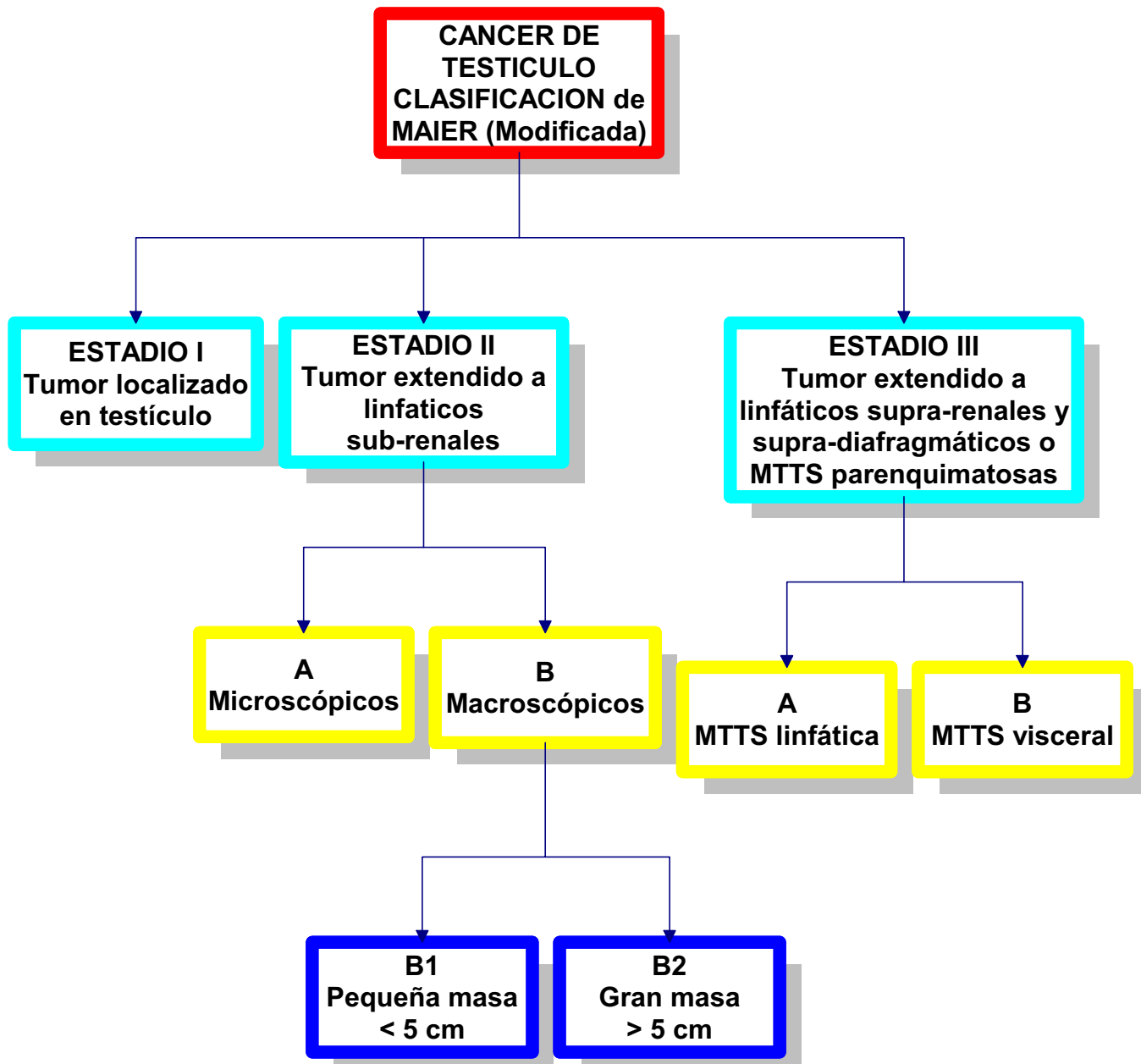
01  
CANCER DE TESTICULO  
DIAGNOSTICO



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:

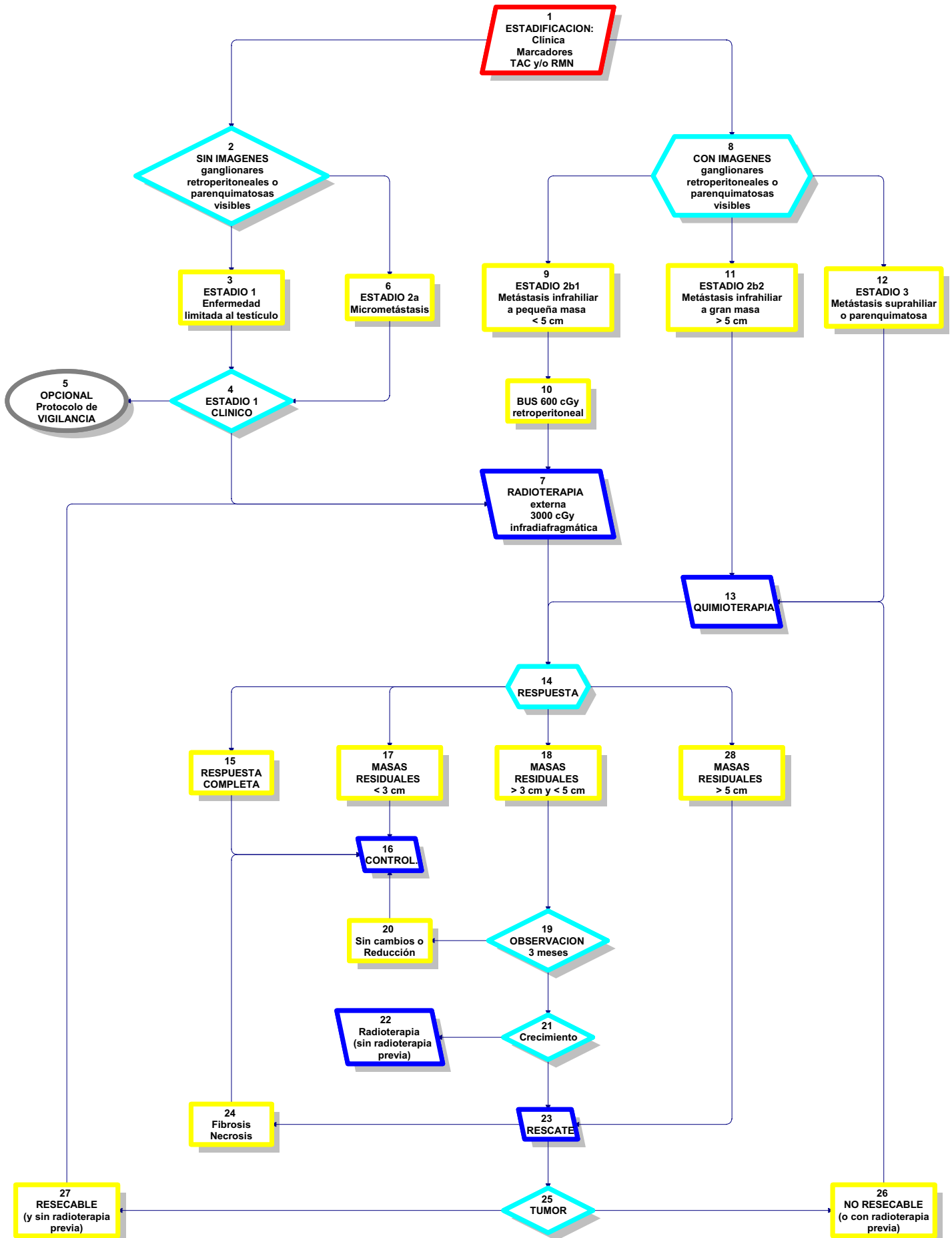
[26] Si El SEMINOMA fuera NO RESECABLE o si ya hubiera realizado RADIOTERAPIA previa,

[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:

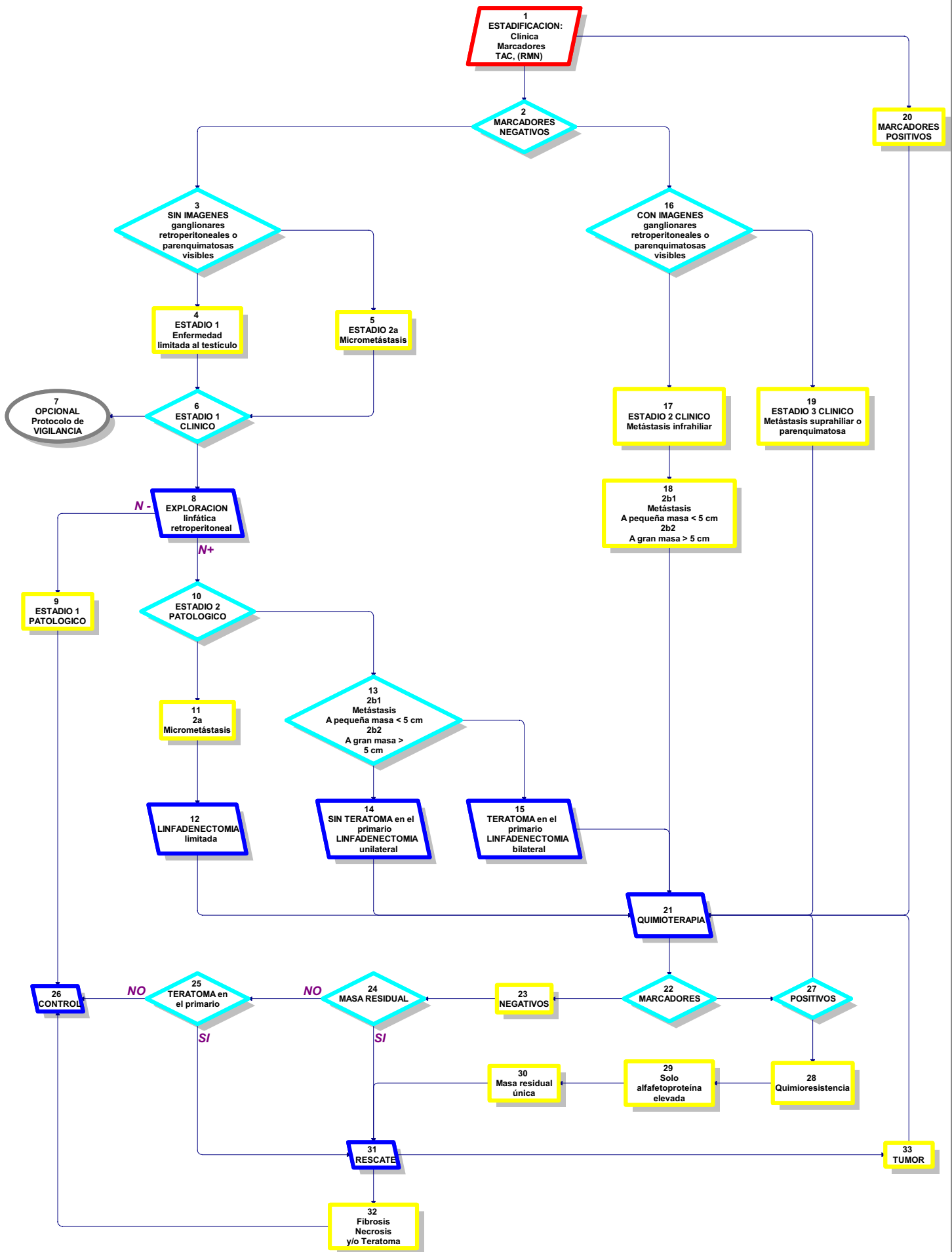
[32] FIBROSIS, NECROSIS y/o TERATOMA y

[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

**SAU**

Federación Argentina de Urología  
Sociedad Argentina de Urología

