

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico oportuno del
CÁNCER DE TESTÍCULO
en el primer y segundo
niveles de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-004-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE 10: C62 Tumor maligno del testículo

GPC

Diagnóstico oportuno del cáncer de testículo en el primer y segundo niveles de atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El **cáncer de testículo** (CIE-10: **C62 Tumor maligno del testículo**) es un tumor germinal gonadal o extragonadal que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios y casi siempre unilateral.

FACTORES DE RIESGO

Los factores epidemiológicos de riesgo para desarrollar cáncer de testículo son: Historia de criptorquidia, historia familiar de tumores testiculares en parientes de primer grado (padre, hermano), antecedente de tumor en el testículo contralateral, infertilidad y Síndrome de Klinefelter.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se debe recomendar la autoexploración testicular en hombres de 15 a 40 años de edad, dado que en cierto número de pacientes con cáncer testicular la sospecha clínica se origina posterior a ello.

AUTOEXPLORACIÓN O EXPLORACIÓN DEL ÁREA ESCROTAL

1° PASO

El sujeto podrá autoexplorarse después de una ducha de agua caliente, ya que es cuando el escroto se encuentra más relajado.

Se levantará el pene con la mano izquierda y con los dedos índice, medio y pulgar de la mano derecha, se realizarán ligeras presiones sobre el testículo izquierdo.

Se deberá conocer la forma regular de los testículos para poder comparar irregularidades e inconsistencias de los bordes.

2° PASO

Tras localizar el testículo, se proseguirá con el examen del epidídimo que normalmente tiene bordes irregulares y se asemeja a un cordón. El epidídimo se encuentra por encima y por detrás del testículo y es seguido por el conducto deferente que es un conducto regular.

3° PASO

Realizar los dos pasos anteriores con el testículo derecho.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

La sospecha ocurre en el primer nivel de atención, a partir de que el médico realiza la historia clínica y la exploración física.

Todos los pacientes con sospecha de cáncer testicular (masa escrotal) deberán ser derivados a la brevedad al especialista de segundo o tercer nivel.

SIGNOS DE ALARMA

- Cambio de tamaño o de consistencia en un testículo.
- Bulto o nódulo en un testículo.
- Dolor, sensación de presión o de pesadez testicular.
- Cualquier signo anormal.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO EN EL SEGUNDO O TERCER NIVELES DE ATENCIÓN

- Biometría Hemática
- Perfil bioquímico completo
- Marcadores tumorales : Alfa-fetoproteínas (AFP) y beta-gonadotropina coriónica humana (B-GCH)
- Radiografía de tórax (en caso de ser anormal se debe realizar TAC de tórax)
- Ultrasonido de testículo
- TAC de abdomen y pelvis u otra localización (en caso de sospecha de metástasis o tumor extragonadal)
- Orquiectomía radical y etapificación histológica

ETAPIFICACIÓN DEL CÁNCER DE TESTÍCULO

- TAC abdomen
- TAC tórax
- TAC pelvis
- Deshidrogenasa láctica

TRATAMIENTO

- **TUMOR NO SEMINOMATOSO**
 - ETADIO I: Observación y Seguimiento
 - ETADIO II-III - RIESGO BAJO: Quimioterapia y Evaluación
 - ETADIO II-III - RIESGO INTERMEDIO: Quimioterapia y Evaluación
 - ETADIO II-III - RIESGO ALTO: Quimioterapia y Evaluación
- **TUMOR SEMINOMATOSO**
 - ETADIO I-11A: Radioterapia y Evaluación
 - ETADIO IIB: Radioterapia y Evaluación o Quimioterapia y Evaluación
 - ETADIO IIC-III Quimioterapia y Evaluación

ACCIONES EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Pacientes con resultados de sospecha no confirmada: Se realizará contrarreferencia a primer nivel.

Pacientes con resultados de sospecha positiva para enfermedad: Se les realizará orquiectomía radical vía inguinal o resección quirúrgica de actividad extragonadal.

ALGORITMO: DIAGNÓSTICO OPORTUNO DEL CÁNCER DE TESTÍCULO

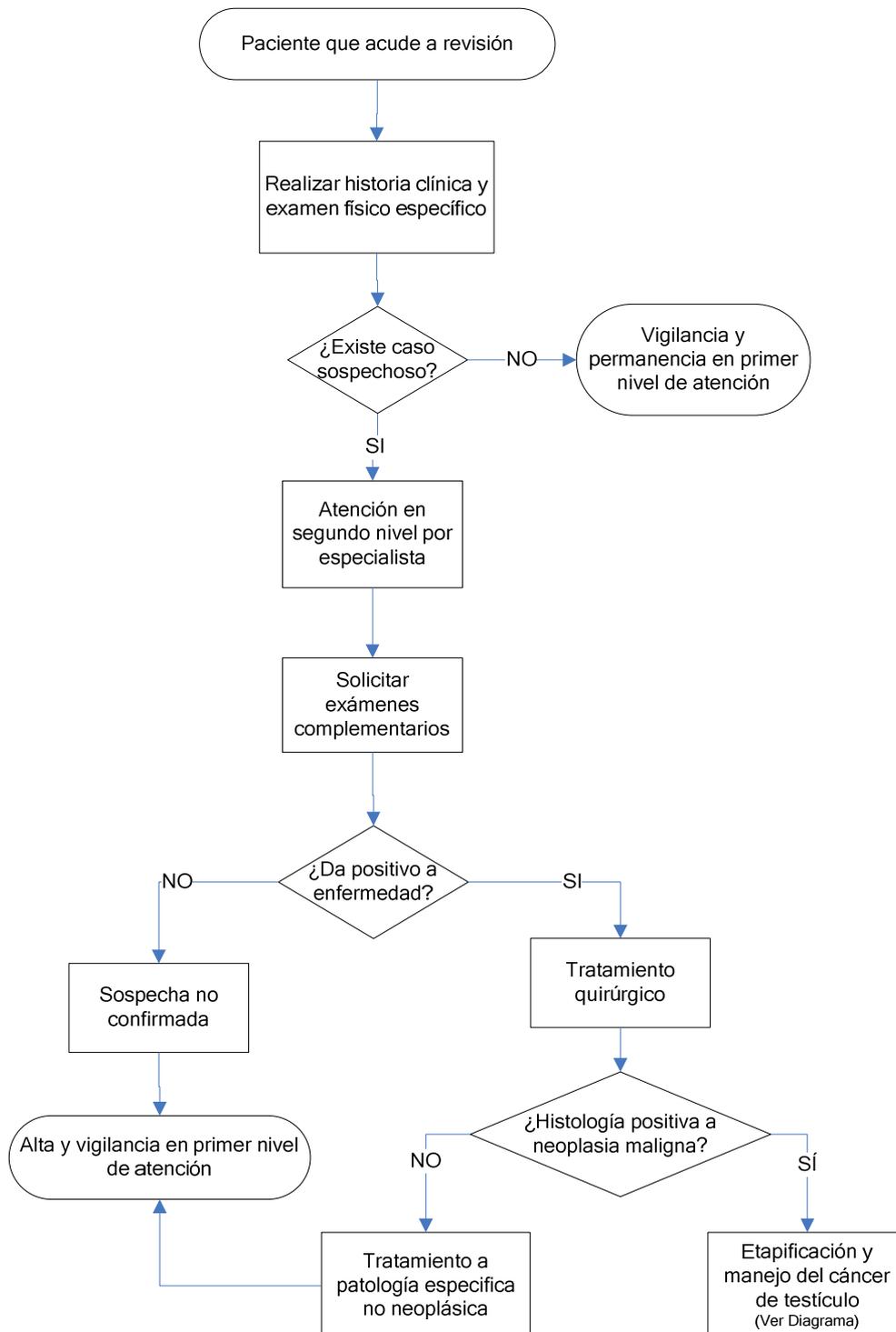
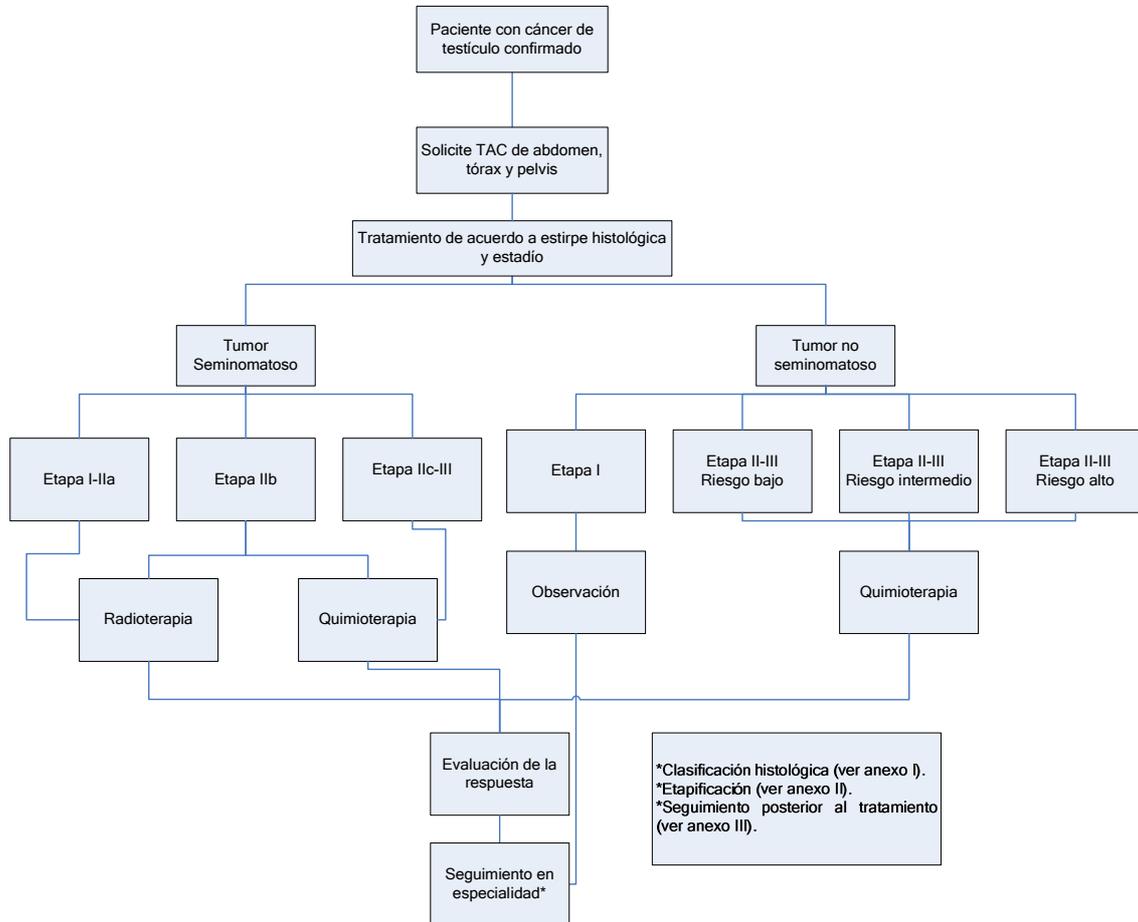


DIAGRAMA DE FLUJOS: ETAPIFICACIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE TESTÍCULO



Anexo I CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

1. Tumores de células germinales

- Neoplasia intratubular de células germinales
- Seminoma
- Seminoma espermatocítico
- Carcinoma embrionario
- Tumor del saco de Yolk
- Coriocarcinoma
- Teratoma (maduro, inmaduro, con componente maligno)
- Tumor con más de un tipo histológico (especificando % del componentes)

2. Tumores del cordón sexual / estroma gonadal

- De células de Leydig
- Maligno de células de Leydig
- De células de Sertoli
- Variante rica en lípidos
- Esclerosante
- Células grandes calcificado
- Maligno de células de Sertoli
- De células de la granulosa
- Tipo del adulto
- Tipo juvenil
- Tecoma /fibroma
- Otros tumores del cordón sexual / estroma gonadal
- Incompletamente diferenciados
- Mixtos
- Tumores conteniendo células germinales y cordón sexual / estroma gonadal (gonadoblastoma)

3. Tumores misceláneos inespecíficos estromales

- Del epitelio ovario
- De los conductos colectores y rete testis
- Tumores de estroma inespecífico

Anexo II ETAPIFICACIÓN

TUMOR NO SEMINOMATOSO:

- **ESTADIO I:** Tumor limitado al testículo, epidídimo o cordón espermático.
- **ESTADIO II:** Enfermedad limitada a ganglios linfáticos retroperitoneales.
 - **IIA:** Ganglios retroperitoneales con menores de 2 cm en su diámetro máximo.
 - **IIB:** Ganglios retroperitoneales entre 2 y 5 cm de diámetro.
 - **IIC:** Ganglios retroperitoneales mayores de 5 cm de diámetro.
- **ESTADIO III:** Metástasis a ganglios linfáticos supradiaphragmáticos o sitios viscerales.
 - **IIIA:** Metástasis a distancia, pulmonares o ganglios no regionales.
 - **IIIB:** Elevación de DHL de 1.5 a 10 veces más de lo normal, HGC entre 5,000 y 50,000 U/ml, AFP entre 1,000 y 10,000 ng/ml.
 - **IIIC:** Elevación de DHL 10 veces más de lo normal, HGC mayor de 50,000 U/ml, AFP mayor de 10,000 ng/ml.

TUMOR SEMINOMATOSO:

La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC) subdividieron:

- **ESTADIO I:** Con/sin invasión o vascular con/sin elevación persistente de AFP o b-HCG. Sin evidencia clínica o radiología de enfermedad metastásica.
- **ESTADIO II:** Con/sin marcadores elevados (pacientes con enfermedad retroperitoneal).
- **ESTADIO III:** Con enfermedad a distancia.
 - **IIIA:** Metástasis a distancia pulmonares o ganglios no regionales.
 - **IIIB:** Elevación de DHL de 1.5 a 10 veces más de lo normal, en presencia de ganglios positivos.
 - **IIIC:** Elevación de DHL 10 veces más de lo normal o metástasis visceral no pulmonar.

Anexo III SEGUIMIENTO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

PRIMER AÑO

Control cada tres meses con:

- Anamnesis, examen físico.
- Exámenes: Marcadores tumorales, Radiografía de Tórax.
- Exámenes: TAC (abdomen/pélvico), si está clínicamente indicado.
- Ultrasonido anual contralateral, si está clínicamente indicado.
- Mantener la permeabilidad del catéter para quimioterapia en los pacientes que lo requieren.

SEGUNDO AÑO

- Control cada tres meses con los exámenes antes señalados.
- Ultrasonido anual testicular contralateral, si está clínicamente indicado.
- Mantener la permeabilidad del catéter para quimioterapia en los pacientes que lo requieren.

TERCER AL QUINTO AÑO

- Control cada seis meses, con los exámenes antes señalados.
- Ultrasonido anual testicular contralateral si clínicamente indicado.
- Mantener la permeabilidad del catéter en los pacientes que lo requieren.

QUINTO AÑO EN ADELANTE

- Control anual con los exámenes antes señalados.

IMPORTANTE: En caso de elevación de marcadores tumorales, es necesario re-etapificación completa antes de administrar quimioterapia de rescate.

CRITERIOS DE EGRESO

- Fallecimiento.
- Término del seguimiento por 10 años.
- Paciente con enfermedad refractaria al tratamiento.
- Rechazo de tratamiento por el paciente, por su familia y en situación de interdicción.
- Inasistencia.