



# LA SOMBRA DEL RETRASO INCIDENCIA CRECIENTE DEL CÁNCER TESTICULAR

## *The shadow of delay Growing incidence of testicular cancer*

Marlyn Sharloth Meza Francisco<sup>1\*</sup>, Grecia Paola Rey Briceño<sup>\*</sup>,  
Geraldin Mendoza<sup>\*</sup>, José Rojas<sup>\*</sup>

Recibido: 12/05/26 Aprobado: 09/06/26

### RESUMEN

#### Palabras clave:

Tumor testicular,  
seminoma, no  
seminoma,  
autoexamen  
testicular,  
criptorquidia,  
jornada  
concientización

Estudio realizado en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño de Caracas Venezuela (Ene. 2024-May. 2025) analizó 30 pacientes con diagnóstico de tumor testicular primario, revelando una alta incidencia en el centro. Un hallazgo distintivo fue la edad media de 55 años, con un 43% de pacientes mayores, lo cual difiere de la epidemiología global y sugiere una particularidad de esta cohorte. Se reafirma la criptorquidia como factor de riesgo clave: el 20% de los pacientes la reportaron, y el 100% de ellos desarrolló seminoma clásico, el tipo histológico predominante. A pesar de un diagnóstico clínico eficaz, se observó un retraso significativo en la búsqueda de atención médica por parte de los pacientes (5 meses para casos localizados, hasta 2 años para avanzados). Esta tardanza en la consulta contribuyó a una mortalidad del 20%, una cifra alta atribuida a estadios avanzados y la falta de seguimiento oncológico por factores socioeconómicos. Crear campañas de concientización y conocimiento de la patología es clave crucial para buen pronóstico.

### ABSTRACT

#### Keywords:

Testicular tumor,  
seminoma,  
non-seminoma,  
testicular self-  
examination,  
cryptorchidism,  
awareness  
campaign

A study conducted at the Dr. Miguel Pérez Carreño Hospital in Caracas, Venezuela (January 2024–May 2025) analyzed 30 patients diagnosed with primary testicular tumors, revealing a high incidence at the center. A distinctive finding was the mean age of 55 years, with 43% of patients being older, which differs from the global epidemiology and suggests a particularity of this cohort. Cryptorchidism is reaffirmed as a key risk factor: 20% of patients reported it, and 100% of them developed classic seminoma, the predominant histological type. Despite effective clinical diagnosis, a significant delay in seeking medical care was observed (5 months for localized cases, up to 2 years for advanced cases). This delay in consultation contributed to a 20% mortality rate, a high figure attributed to advanced stages and the lack of oncological follow-up due to socioeconomic factors. Creating awareness campaigns and knowledge of the pathology is crucial for a good prognosis.

\*Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas- Venezuela,  
Correo-e: [marlynSharlothm@gmail.com](mailto:marlynSharlothm@gmail.com)

ORCID:<sup>1</sup> [0009-0003-3803-4302](https://orcid.org/0009-0003-3803-4302)

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de testículo, aunque representa apenas el 1% de las neoplasias en varones y el 5% de todos los tumores urológicos, cobra una importancia capital debido a su marcada predilección por la población joven. Es la neoplasia sólida más frecuente en hombres entre los 15 y 35 años de edad, siendo la edad promedio al momento del diagnóstico de aproximadamente 33 años. Si bien afecta principalmente a esta franja demográfica, es crucial reconocer que alrededor del 6% de los casos se presentan en niños y adolescentes, y cerca del 8% en hombres mayores de 55 años.<sup>1,9,6</sup>

Este escenario epidemiológico se ve complejizado por una tendencia global al alza en su tasa de incidencia, observada en numerosos países durante varias décadas, con un incremento predominantemente de los seminomas, y cuyas razones exactas aún no han sido plenamente identificadas por los expertos.<sup>4,6</sup>

Desde una perspectiva patológica, los tumores de células germinales constituyen la inmensa mayoría de estos cánceres, comprendiendo la neoplasia *in situ*, el seminoma y el no seminoma. Este último, de comportamiento más agresivo, agrupa entidades como el teratoma, el carcinoma embrionario, el coriocarcinoma y los tumores del saco vitelino.<sup>7,10,12</sup>

El diagnóstico de esta patología es eminentemente clínico y se inicia con una exhaustiva exploración física que incluye la palpación de ambos testículos, revelando con frecuencia una masa testicular indolora y de consistencia dura. Para complementar este proceso, se recurre a estudios como la ecografía escrotal, que posee una sensibilidad cercana al 100% reportando una masa

heterogénea, hiperecólica, bordes mal definidos con o sin calcificaciones, con captación doppler color a nivel intratesticular, y la determinación de marcadores tumorales séricos como la alfafetoproteína (AFP), la deshidrogenasa láctica (LDH) y la gonadotropina coriónica humana (B-HCG). Si bien la elevación de estos marcadores puede confirmar la malignidad en hasta el 90% de los casos y son vitales para el seguimiento y pronóstico, su negatividad no descarta la presencia de un tumor, obligando a una exploración intraoperatoria del testículo.<sup>3,5</sup>

Además, la estadificación del cáncer se realiza mediante tomografías de tórax y abdomen. A pesar de la accesibilidad de estas herramientas, el diagnóstico puede verse significativamente retrasado debido a la renuencia o el desconocimiento del paciente a buscar atención médica oportuna, exacerbado por la naturaleza generalmente asintomática de la presentación inicial de la enfermedad. De hecho, estudios como los realizados en Estados Unidos han revelado que la autoexploración testicular, una medida clave para la detección precoz, se realiza con menos frecuencia de lo deseable debido a la falta de conciencia sobre su importancia.<sup>9,11,2</sup>

Entre los factores de riesgo identificados se encuentran el síndrome de disgenesia gonadal, la criptorquidia (con un riesgo elevado de 3,7 a 7,5 veces). El manejo ideal de la criptorquidia es la orquidopexia (descenso quirúrgico del testículo al escroto) realizada en la infancia temprana, idealmente entre los 6 y 12 meses de edad, y antes de los 18 meses, cuando la orquidopexia se realiza de forma tardía, en la adolescencia o después, el efecto protector sobre el riesgo de cáncer testicular es limitado o nulo. Es decir, aunque el testículo se coloque en una posición más fisiológica, el daño celular que predispone al cáncer ya podría haberse producido debido a

la exposición prolongada a una temperatura inadecuada., las hipospadias, alteraciones del desarrollo sexual, antecedentes familiares de cáncer testicular (aumentando el riesgo de 3,1 a 6,3 veces en familiares de primer grado), cáncer previo en el testículo contralateral, y factores como el bajo peso al nacer, la exposición in utero a dietilestilbestrol (DES), mayor altura en la adultez, infertilidad y exposición a pesticidas.<sup>13,1,4</sup>

A pesar de estos factores y el incremento en la incidencia, el cáncer de testículo se considera un paradigma de tumor curable en oncología, con tasas de supervivencia a cinco años que alcanzan el 95% para todos los estadios combinados, 99% para enfermedad localizada y 96% para enfermedad regional, y más del 80% incluso en casos metastásicos. El cáncer testicular es notablemente tratable, con un riesgo de mortalidad muy bajo, aproximadamente 1 en 5,000.<sup>6,2</sup>

El manejo oportuno, que generalmente consiste en la orquiectomía radical y, según el estadio, quimioterapia adyuvante o disección de ganglios linfáticos retroperitoneales, logra una tasa de curación superior al 70%. El tratamiento temprano no solo incrementa drásticamente las posibilidades de supervivencia, sino que también disminuye la necesidad de terapias más agresivas. Sin embargo, no se puede subestimar el papel fundamental del contexto social del paciente, ya que factores como el estatus social, cultural y económico, la distancia a los centros hospitalarios y el nivel educativo pueden influir decisivamente en la prontitud del diagnóstico y, por ende, en el pronóstico final de la enfermedad, determinando si esta se detecta en un estadio localizado o avanzado.<sup>8,12</sup>

La presente investigación tiene como objetivo profundizar en estos aspectos, proporcionando una visión integral del

cáncer de testículo desde su epidemiología hasta las estrategias de manejo, resaltando la relevancia de la educación y el acceso equitativo a la salud.

## DESARROLLO

Estudio descriptivo, observacional, cualitativo en el cual se ha llevado a cabo el seguimiento de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de tumor testicular primario en el Hospital Dr. Miguel Perez Carreño, Caracas- Venezuela, tratados en el periodo enero 2024 a mayo 2025. En este estudio, se excluyeron pacientes con tumores secundarios y menores de 15 años.

Se estudiaron 30 pacientes; en los cuales se recogieron datos epidemiológicos (edad, momento del diagnóstico), forma de presentación clínica (motivo de consulta, síntomas asociados), metodología diagnóstica (clínica, pruebas de imagen, marcadores tumorales), resultado del reporte anatomopatológico y tratamiento recibido.

Los pacientes estudiados contaban con edades comprendidas entre los 15 y 80 años (media 55), 9 pacientes (30%) menores de 35 años, 8 pacientes (27%) de 25-55 años, 13 mayores de 55 años (43%), la presencia de tumor testicular izquierdo se observó en 18 casos (60%) y 12 casos en el testículo derecho (40%).

En cuanto a comorbilidades y antecedentes; 6 pacientes (20%) refieren criptorquidia tratada quirúrgicamente en la adolescencia con orquidopexia. Diabetes mellitus 4 pacientes (13%). Hipertensión arterial 5 pacientes (16%) Resto sin antecedentes de importancia (16 pacientes 53%).

Por otra parte el diagnóstico se basó en la exploración física en la cual el total de la muestra contaba con características

clínicas de tumor testicular (masa palpable indurada, generalmente indolora, aumento o no de volumen testicular, y se asoció reporte ecográfico en el cual describía patología tumoral en los 30 pacientes (100%).

En lo referido al tratamiento médico quirúrgico. Se realizó orquiectomía inguinal radical con ligadura alta de cordón espermático a nivel anillo inguinal profundo en todos los pacientes en una media de 2-4 días de ser diagnosticados en nuestro centro, posteriormente son enviados a oncología médica para control y manejo multidisciplinario de patología.

En el 50% (15 pacientes) de los casos se encontraron tumores de células germinales; tipo seminomas clásico. Tumores no seminomatosos en 6 pacientes (20%) caracterizado por 4 Coriocarcinomas y 2 tumores saco vitelino, en 9 pacientes restantes (30%) el estirpe histológico arrojado es tumor mixto de células germinales.

Se reafirma la asociación entre pacientes con criptorquidia y estirpe histológico, lo cual arroja que el 100% de la muestra de pacientes con criptorquidia, es decir los 6 pacientes mencionados, se encontraron tumores de células germinales tipo seminoma clásico. En cuanto a los pacientes mayores de 55 años (13 pacientes, 43% del total de la muestra) los cuales en su naturaleza acarrea una rareza por ser los tumores testiculares más frecuentemente en adolescente y adulto joven se asocian a un estirpe histológico variado (6 pacientes presentaron tumores mixto de células germinales), 1 paciente con tumor de saco vitelino, y el resto 6 pacientes con seminoma clásico.

Se realizó tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis para estadificar la enfermedad en su mayoría realizada

posterior a la intervención quirúrgica, cabe destacar que desde la llegada del paciente a la institución y diagnóstico de patología clínico-ecográfico y toma de muestra de marcadores tumorales, el periodo es de 1 a 4 días para realización de orquiectomía radical. Se observó que 8 pacientes (26%) se encontraban con patología estadio III ya que tuvieron metástasis pulmonares y plastron retroperitoneal; 3 pacientes con tumores testiculares mixtos y 5 pacientes con tumor testicular no seminomatoso. El resto de los pacientes contaban con un estadio I en 73% (22 de los casos).

En el (73%) de los pacientes a los cuales se les diagnostica patologías localizadas, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la atención médica, es de 5 meses como media, no acuden antes por desconocimiento de la patología. Entre los síntomas reportados se encuentran: bulto indoloro en el testículo, aumento de volumen testicular, sensación de peso en los testículos, molestia en testículo afectado.

El tiempo en acudir a centro de salud, en el resto de los pacientes diagnosticados con estadio avanzado de la enfermedad (8 pacientes- 26%), oscila en 2 años, acudiendo por clínicas asociadas, como dolor abdominal con masa palpable, clínica respiratoria, debilidad generalizada, pérdida de peso y aumento volumen a nivel escrotal.

La mortalidad total de la muestra consta de un 20% de los casos, lo que se traduce en 6 pacientes. El estirpe histológico asociado a estos pacientes es: 3 casos tumores no seminomatosos (2 tumores saco vitelino, 1 coriocarcinoma), 2 tumores mixtos de células germinales, mayores de 55 años de edad (carcinoma embrionario, tumor seno endodérmico, seminoma, teratoma inmaduro) y 1 seminoma puro, estos pacientes con un

seguimiento de 6 meses post-operatorio, relacionados con patología avanzada de la enfermedad. Además, familiares refieren no acudir a control con oncología médica, relacionado con el tipo de cobertura de salud y el nivel socioeconómico del paciente.

## CONCLUSIONES

Este estudio descriptivo de 30 pacientes con diagnóstico de tumor testicular primario, atendidos en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño de Caracas-Venezuela, en el período comprendido entre enero de 2024 y mayo de 2025, ofrece una valiosa perspectiva sobre el perfil epidemiológico, clínico e histopatológico de esta patología. Los resultados obtenidos son, en gran medida, consistentes con la literatura global, pero también presentan particularidades notables.

La alta tasa observada de incidencia, de esta patología en el centro de estudio durante el período analizado es un punto relevante que merece atención. La presencia de 30 casos en un único centro en un periodo tan corto sugiere que el cáncer testicular es una patología con una carga significativa en esta institución, lo cual puede reflejar la casuística de referencia o una verdadera alta incidencia en la región; sin embargo, la ACS (2024) refiere en general que el cáncer testicular sólo supone el 1% del total de los tumores diagnosticados en varones, aunque los datos estudiados sugieren que actualmente se está registrando un incremento en su incidencia.

La distribución por edad observada en el estudio (media de 55 años, con un 43% de pacientes mayores de 55 años) es un hallazgo distintivo. Los tumores testiculares de células germinales (TCG) son típicamente más frecuentes en hombres jóvenes, con un pico

de incidencia entre los 15 y los 35 años.<sup>6,12</sup> La alta proporción de pacientes mayores de 55 años en la muestra resalta una particularidad en la cohorte estudiada. Es importante destacar que, en este grupo de pacientes, el estirpe histológico fue variado: 6 pacientes presentaron tumores mixtos de células germinales, 1 paciente tuvo un tumor de saco vitelino, y los 6 restantes fueron seminomas clásicos. Esta diversidad histológica en la población de mayor edad merece un análisis más profundo en futuras investigaciones.<sup>7,10</sup>

La predominancia del lado izquierdo (60%) es una observación frecuente en otros estudios epidemiológicos de tumores testiculares, aunque sin una causa clara establecida. La criptorquidia como factor de riesgo se reafirma contundentemente en el estudio, con el 20% de los pacientes refiriendo este antecedente. Más impactante aún es el hallazgo de que el 100% de los pacientes con criptorquidia en la muestra presentaron tumores de células germinales tipo seminoma clásico.<sup>13,1</sup> Esto refuerza la fuerte asociación entre criptorquidia y tumores testiculares, especialmente seminomas, un hecho bien documentado en la literatura global que atribuye este riesgo a la disgenesia testicular y la exposición a temperaturas elevadas además Rodríguez (2023) refiere que el 90% de los tumores malignos del testículo se generan a partir de células germinales, éstas células germinales en condiciones normales son aquellas en las cuales las hormonas masculinas madurarán para dar lugar a los espermatozoides a partir de la adolescencia.<sup>2,12</sup>

La presentación clínica y el diagnóstico por exploración física y ecografía en el 100% de los casos reflejan un manejo diagnóstico estándar y efectivo.<sup>3,5</sup> Sin embargo, el retraso en la búsqueda de atención médica es un hallazgo crítico. Un tiempo medio de 5

meses para tumores localizados y hasta 2 años para estadios avanzados (26% de la muestra en estadio III) es preocupante.<sup>9</sup> La literatura destaca que la mayoría de los pacientes con tumores de células germinales se presentan con enfermedad localizada y un buen pronóstico cuando el diagnóstico es temprano.<sup>12</sup> El estudio, por otro lado, muestra una proporción considerable de casos avanzados (26% con metástasis pulmonares y retroperitoneales), una cifra que, aunque no inaudita, es superior a lo que se ve en poblaciones con mayor acceso y conciencia de salud, donde la mayoría se diagnostica en estadio I.<sup>8</sup> La falta de conocimiento de la patología y la clínica inespecífica (dolor abdominal, clínica respiratoria) en estadios avanzados son razones comunes para el retraso en la consulta y el diagnóstico.

En el estudio se observa que en la totalidad de la muestra (30 pacientes/ 100%) refieren alguna anormalidad testicular, los cuales por desconocimiento no acuden a facultativos en una media de 6 meses a 2 años, lo que trae como consecuencia, el avance de la enfermedad. Ramos *et al.* en su reporte de casos refiere crear sistemas de información educativa para enfatizar a la población masculina en la realización del autoexamen testicular, y ante la presencia de alguna masa sospechosa acudir al urólogo.<sup>1</sup>

La AUA<sup>2</sup> refiere que un autoexamen testicular es una manera fácil de identificar tumores testiculares u otros problemas, y puede salvarle la vida a los pacientes. Todos los hombres y los adolescentes deben aprender a hacerse un autoexamen testicular. El mejor momento para examinar los testículos es justo después de un baño o una ducha tibia, cuando la piel del escroto está relajada.

En cuanto a la histopatología general de la muestra, la predominancia de seminoma clásico (50%) es coherente con la epidemiología global, donde los seminomas representan aproximadamente el 50-55% de los tumores testiculares.<sup>10-12</sup> La presencia de tumores no seminomatosos (20% coriocarcinomas y tumores del saco vitelino) y tumores mixtos (30%) también se alinea con los patrones histopatológicos conocidos.<sup>7,12</sup> La asociación específica de seminomas en pacientes criptorquídicos es un hallazgo robusto en esta investigación.

Finalmente, la mortalidad del 20% en esta cohorte es un resultado alarmante y significativamente más alto que las tasas de mortalidad reportadas en países desarrollados, donde el cáncer testicular tiene una de las tasas de curación más altas entre los cánceres sólidos, superando el 90-95% en general y un 80% incluso en enfermedad metastásica. Para el año 2025 la ACS reporta una incidencia aumentada de diagnóstico de cáncer testicular en las últimas décadas; sin embargo, el riesgo a morir a causa de este es muy bajo debido al éxito de tratamiento a tiempo. Refiere que el seminoma puede crecer lentamente y responder muy bien a la radiación y la quimioterapia. El no seminoma puede crecer más rápidamente y puede tener una respuesta menor a esos tratamientos.

La asociación de esta mortalidad con estadios avanzados (estadio III) y la falta de seguimiento oncológico por factores socioeconómicos y de cobertura de salud son puntos críticos,<sup>8</sup> la relación establecida a comparación de otros trabajos es el estadio avanzado de la enfermedad concordando con lo reportado por Torres *et al.*<sup>8</sup> en el que reporta en su trabajo que la no aparición del paciente a consulta y no seguimiento de su

patología ocasiona un importante avance locorregional con metástasis a distancia, condicionando un escenario de no cura con requerimiento de cuidados paliativos altos, ulceración/abscedación de masa, sepsis de tejidos blandos, embolias y mal pronóstico a corto y mediano plazo que conlleva a la muerte.<sup>7</sup>

## RECOMENDACIONES

- Fortalecer la educación pública y la concientización sobre el cáncer testicular: Dada la media de 5 meses y hasta 2 años de retraso en la búsqueda de atención, es crucial implementar campañas de salud pública dirigidas a hombres jóvenes y adultos. Estas campañas deben enfatizar los síntomas clave (bulto indoloro, aumento de volumen, sensación de peso) y promover activamente el autoexamen testicular como herramienta de detección temprana. Se puede aprovechar el “Mes Azul” (Movember) en noviembre, enfocado en la salud masculina, para amplificar estos mensajes y la importancia del diagnóstico precoz con jornadas y moviento por parte de especialistas dada la importancia del urólogo en el diagnóstico y manejo del tumor testicular.
- Educación a médicos de atención primaria sobre la sospecha y referencia temprana de casos de tumor testicular y referencia oportuna al especialista.
- Simplificar los trámites y reducir los tiempos de espera para estudios de imagen (TC de tórax, abdomen y pelvis) y consultas oncológicas.
- Establecer programas de vigilancia para pacientes con criptorquidia: Dado que el 20% de los pacientes fueron diagnosticados con criptorquidia y tratados en la adolescencia, estos en su totalidad desarrollaron seminoma clásico, se recomienda la creación de un programa de seguimiento específico para pacientes con antecedente de criptorquidia (especialmente aquellos con orquidopexia tardía), que incluya exámenes físicos regulares y educación sobre el autoexamen testicular de por vida.
- Investigar los factores asociados a la aparición tardía de tumores testiculares y la diversidad histológica en este grupo: La alta proporción de pacientes mayores de 55 años y la variedad de estirpes histológicas en este grupo (tumores mixtos, saco vitelino, seminoma clásico) en este estudio sugiere la necesidad de investigar si existen factores genéticos, ambientales o de otro tipo.
- Profundizar en el análisis de la mortalidad: La alta tasa de mortalidad (20%) exige un análisis más detallado de las causas específicas. Se recomienda investigar las razones detrás de la falta de adherencia al seguimiento oncológico (además de los factores socioeconómicos), la disponibilidad de tratamientos de quimioterapia avanzados,

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos O. *et al.* Tumores testiculares y paratesticulares.: Epidemiología y manejo clínico-quirúrgico. VITAE [Internet]. 2019 Apr. 17;1(77). Available from: <https://sosvitae.ucv.ve/index.php/vitae/article/view/841>.

2. Urology Care Foundation. Cáncer testicular Lo que debe saber. American Urological Association. 2023. Disponible en: <https://www.urologyhealth.org/educational-resources/spanish-testicular-cancer-what-you-should-know-fact-sheet>
3. González I. *et al.* Cáncer de testículo: claves diagnósticas en atención primaria y revisión de guía clínica. Servicio de Urología, Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA). Med Gen Fam. 2023; 12(1): 26-30. disponible en: [www.mgyf.org](http://www.mgyf.org)
4. Ortega A. Cáncer testicular: incidencia, epidemiología y etiología. Cinco años de experiencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Vol. 78 Núm. 5 (2018): Septiembre Octubre. DOI: <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v78i5.135>
5. Valverde Gómez RM, Santoyo Martín N, Arenas García A, García Pinilla R, Delgado Casado JA. Diagnóstico de tumores testiculares en Atención Primaria [Diagnosis of testicular tumours in primary care]. Semergen. 2021 Sep;47(6):427-429. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2021.03.013. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34116960.
6. American Cancer Society. Estadísticas importantes sobre el cáncer de testículo. enero 12, 2023. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-testiculo/acerca/estadisticas-clave.html>
7. Torres A. *et al.* Progresión atípica Gigante de tumor testicular germinal mixto, el reporte de 2 casos. Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud. 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.30554/archmed.23.2.4940.2023>
8. Delgado C. Impacto de factores sociodemográficos en el estadio inicial de tumores malignos de testículo. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Secretaría de Salud de Nuevo León. 2023.
9. Gercek O. *et al.* The effect of diagnosis delay in testis cancer on tumor size, tumor stage and tumor markers. Actas Urológicas Españolas , Available online 18 November 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2023.09.004>
10. Ferreti L y Cross M. Seminoma testicular. Elsevier. Volume 54, Issue 2, May 2022, Pages 1-1. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1761-3310\(22\)46478-4](https://doi.org/10.1016/S1761-3310(22)46478-4). <https://www.em-consulte.com/es/article/1516840/seminoma-testicular>
11. Agenda País: “Unboxer de prevención”: Lanza ingeniosa campaña para fomentar el autoexamen testicular. Sección Salud. <https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/2024/04/27/unboxer-de-prevencion-lanzan-ingeniosa-campana-para-fomentar-el-autoexamen-testicular/>
12. Moreno JF. Cáncer de testículo. Sociedad Española Oncología Médica. 2023. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/testiculo>.
13. Leslie SW, Sajjad H, Villanueva CA. Criptorquidia. [Actualizado el 5 de mayo de 2024]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470270/>