



P-768 - LIPOSARCOMA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN HALLAZGO INTRAOPERATORIO EN LA CIRUGÍA DE UNA APARENTE RECIDIVA HERNIARIA INGUINOESCROTAL

Perfecto Valero, Arkaitz; Serrano Hermosilla, Clara; Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Larrea Oleaga, Jasone; Alonso Carnicero, Patricia; Tellaeche de la Iglesia, Miriam; Aranda Escaño, Elena; Colina Alonso, Alberto

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Resumen

Objetivos: Una masa inguinoescrotal puede plantear dudas en el diagnóstico diferencial entre procesos herniarios y tumores paratesticulares. La mayoría de estos tumores son benignos, normalmente lipomas. De las estirpes malignas destacan por frecuencia los liposarcomas, con capacidad de invasión local, y por agresividad los rhabdomiosarcomas, con tendencia además a producir metástasis. La incidencia de estas neoplasias es baja. No obstante, presentan riesgo de ser infradiagnosticadas e infratratadas ya que pueden simular procesos benignos como los lipomas del CE, lo que en muchos casos implica el abandono inadvertido de remanentes tumorales residuales o la realización de resecciones no suficientes desde el punto de vista oncológico. Este caso pretende advertir de la posibilidad de malignidad que en ocasiones puede subyacer a una cirugía común como lo es la hernioplastia. Se expone un caso de liposarcoma del cordón espermático (CE) como hallazgo incidental intraoperatorio durante la cirugía de una aparente recidiva herniaria inguinoescrotal.

Caso clínico: Hombre, 76 años. Intervenido 6 meses antes por hernia inguinoescrotal izquierda, realizándose hernioplastia tipo Lichtenstein. Transcurridos 3 meses desde la intervención presentó masa inguinoescrotal izquierda de crecimiento rápido, clínicamente compatible con recidiva herniaria. Se practicó ecografía informada como "hernia inguinoescrotal izquierda de naturaleza grasa sin apreciarse contenido intestinal". Se realizó una segunda intervención con abordaje vía anterior, sin apreciarse recidiva. La disección hacia la región escrotal mostró una tumoración grasa heterogénea de aproximadamente $15 \times 10 \times 5$ cm dependiente del CE. La infiltración del tumor sobre los elementos del CE y la tendencia al sangrado obligaron a extirpación del mismo con orquiecomía de necesidad. Se remitieron a estudio dos adenopatías sospechosas de malignidad. El informe patológico fue de liposarcoma bien diferenciado en el tumor y en una de las adenopatías (fig.). Teste y segundo ganglio sin evidencia de infiltración neoplásica. Actualmente pendiente de completar el estudio de extensión. En caso de no existir afectación a distancia la actitud que se valorará será radioterapia adyuvante sobre el lecho.



Discusión: El tumor maligno que más frecuentemente se observa en la región inguinal es el liposarcoma, con tendencia a la invasión local de estructuras como los elementos del CE. Sólo en un 5% de los casos produce adenopatías metastásicas, como el caso que nos ocupa. Ante la sospecha de malignidad se debe practicar resección amplia con márgenes de seguridad de 1-2 cm (por fuera de la pseudocápsula), siendo obligado el estudio anatomopatológico del especímen. Si el resultado histológico posterior es de malignidad o si existen datos de sospecha durante el acto quirúrgico inicial se debe valorar completar la cirugía con orquiektomía radical vía inguinal, ligando el CE en su porción más craneal y asegurando una resección completa y con márgenes (R0) del canal inguinal. La presencia de adenopatías metastásicas determina un estadio IV, con alto riesgo de recurrencia local y supervivencias bajas, estando por ello indicado la realización de linfadenectomía y/o radioterapia adyuvante. La linfadenectomía locorregional y del retroperitoneo presenta altas tasas de morbilidad, por lo que sólo está recomendada ante la presencia preoperatoria o el hallazgo intraoperatorio de adenopatías metastásicas técnicamente factibles.