

LINFANGIOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO

F. VÁZQUEZ RUEDA, M^aV. MOÑIZ MORA, J. SALAS MOLINA*,
F.J. PIZARRO DE CELIS, J.M. OCAÑA LOSA.

*Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

PALABRAS CLAVE:

Linfangioma. Cordón espermático.

KEY WORDS:

Lymphangioma. Spermatic cord.

Actas Urol Esp. 24 (3): 260-261, 2000

RESUMEN

Se describe un nuevo caso de linfangioma de cordón espermático en un niño de 2 años de edad, catalogado inicialmente como quiste de cordón, siendo un hallazgo intraoperatorio. El tratamiento consistió en la exéresis del tumor, y el diagnóstico fue histológico. Evolución postoperatoria favorable.

Debe practicarse transiluminación, sistemáticamente, ante toda masa inguino-escrotal, aunque presente características típicas de hidrocele, así como conviene descartar la extensión y profundidad del linfangioma de cordón espermático, para evitar recurrencias postoperatorias.

ABSTRACT

We report a new case of spermatic cord lymphangioma in a infant 2 years old. The initial diagnosis was funicular hydrocele. The treatment was the local excision of tumor and the diagnostic was histological. Postoperative course was excellent.

Must be explored the transillumination of the mass which would have led us to think other the diagnosis different from that of the cord hydrocele before the operation since it would have given negative. During the operation, must be assured that the cystic anomaly is limited to spermatic cord, to evite recurrences in the postoperative course.

Los linfangiomas son tumores benignos derivados del sistema linfático que aparecen generalmente en la infancia, siendo las localizaciones más frecuentes el cuello (75%) y la axila (20%). El 5% restante se encuentran en mediastino, mesenterio, retroperitoneo, vísceras y hueso¹. A nivel del aparato génito-urinario, son poco frecuentes y aunque, se han descrito linfangiomas en riñón, escroto, testículo y epidídimo, sin embargo es excepcional la localización en el cordón espermático, como lo demuestra el escaso número de observaciones descritas en la literatura¹⁻⁹.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 años de edad que acude a consulta porque los padres le han notado desde hace 9 meses, una tumoración inguinal derecha con características clínicas típicas de quiste de cordón

espermático. A la exploración, se palpa una masa indolora y redondeada, de unos 2 cm de diámetro, de consistencia duro-elástica y muy móvil, que parece relacionada con el cordón espermático. Se explora la transiluminación de la tumoración que es positiva. Ambos testículos, epidídimos y escroto de características normales.

Con el diagnóstico preoperatorio de quiste de cordón o hidrocele funicular, se interviene bajo anestesia general, practicando incisión transversa sobre región inguinal derecha, hallando una formación quística limitada al cordón espermático, fácilmente separable de los vasos y del conducto deferente, que se extirpa en su totalidad. Conducto peritoneo-vaginal no permeable. No afectación escrotal ni testicular. Macroscópicamente la pieza resecada se trata de una tumoración de 2 x 2 cm, de superficie lisa y contenido líquido amarillento

a tensión, que al corte, deja apreciar una superficie interna lisa y una pared milimétrica. El examen microscópico muestra una formación quística unilocular y colapsada, revestida por células endoteliales aplanadas benignas y pared de tejido conectivo fibroso, con escasas células inflamatorias linfo-plasmocitarias perivasculares y ectasia capilar (Fig. 1). El diagnóstico histológico es de linfangioma quístico de cordón espermático.

La evolución del paciente es favorable, sin complicaciones ni recurrencias pasados dos años tras la exéresis del tumor.

DISCUSIÓN

Los tumores del cordón espermático, tanto benignos como malignos, son lesiones muy raras que pueden presentarse a cualquier edad, como una masa indolora paratesticular, ocasionalmente acompañada de hidrocele, por lo que su diagnóstico suele pasar desapercibido, siendo la mayoría de las veces un hallazgo intraoperatorio²⁻⁴.

Ante toda patología inguino-escrotal frecuente y de fácil diagnóstico clínico como el hidrocele, debe explorarse de forma sistemática su transiluminación, para descartar otros tipos de tumoraciones no transiluminables. No obstante, en nuestro caso, la transiluminación fue positiva, por lo que el diagnóstico de sospecha preoperatorio fue compatible con hidrocele funicular. Siempre que la historia clínica o la exploración física presente alguna duda, o cuando la evolución no sea la adecuada, debe practicarse un estudio ecográfico^{3,4,7-9}.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial en un niño que presente una masa inguino-escrotal no

testicular, en primer lugar con la hernia inguinal, hidrocele y tumores del cordón espermático tanto benignos como malignos. Entre los tumores benignos (70% del total), los más frecuentes son los lipomas, quistes dermoides y epidermoides, heterotopias adrenocorticales, hemangiomas y tumores adenomatoideos. Los malignos (30%) son generalmente rhabdomyosarcomas, aunque de forma excepcional se han descrito mesoteliomas, liposarcomas e histiocitomas fibrosos malignos^{1-5,8,9}.

El diagnóstico definitivo de linfangioma debe ser histológico, estando descrito tres tipos histológicos: linfangioma capilar o simple, linfangioma cavernoso y linfangioma quístico o higromatoso, si bien, generalmente las tres variedades pueden coexistir en una misma lesión¹⁻⁴.

El tratamiento del linfangioma de cordón espermático es quirúrgico, consistiendo en la exéresis completa del tumor, para evitar recurrencias que suelen ser debidas a resecciones quirúrgicas parciales⁶⁻⁹. Así mismo, debe descartarse cualquier comunicación o extensión en profundidad o en contigüidad del linfangioma a los órganos adyacentes, para evitar recidivas.

REFERENCIAS

1. SINGH S, BABOO ML, PATHAK IC: Cystic lymphangioma in children: report of 32 cases including lesions at rate sites. *Surgery* 1971; **69**: 947-951.
2. NISTAL M, INIGUEZ L, PANIAGUA R: Histological classification of spermatic cord cysts in relation to their histogenesis. *Eur Urol* 1987; **13**: 327-330.
3. LIOE TF, BIGGART JD: Tumours of the spermatic cord and paratesticular tissue. A clinicopathological study. *Br J Urol* 1993; **71**: 600-606.
4. HURWITZ RS, SHAPIRO E, HULBERT WC, DIAMOND DA, CASALE DJ, RINK RC: Scrotal cystic lymphangioma: tre misdiagnosed scrotal mass. *J Urol* 1997; **158**: 1.182-1.185.
5. EL-BADAWI AA, AL-GHORAB MM: Tumours of the spermatic cord: a review of the literature and a report of a case of lymphangioma. *J Urol* 1965; **94**: 445-450.
6. CHAUVIN HF, FARNARIER G, JOUVE D, AIME Y: Lymphangiome kystique du cordon. *J Urol Nephrol* 1962; **68**: 928.
7. HUANG PF, FARNUM JB: Lymphangioma of spermatic cord. *J Tenn Med Assoc* 1987; **80**: 270-272.
8. JUNG JL, ABOUELFADDEL Z, STRAUB P: Cystic lymphangioma of the spermatic cord. Report of a new case. *Prog Urol* 1996; **6**: 948-949.
9. ARDA S et al: Lymphangioma of the spermatic cord and tunica vaginalis in children. *Eur Urol* 1992; **2**: 253-255.

Dr. F. Vázquez Rueda
C/ Nicolás Albornoz, 7 - 1º dcha
14940 Cabra (Córdoba)

(Trabajo recibido el 29 Noviembre de 1999)

FIGURA 1. Pared quística constituida por tejido fibroso tapizado por células endoteliales aplanadas (H&Ex38).