

Lipoma mixoide del cordón espermático. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía

Luciano Delgado Plasencia^a, Pedro-Ramón Gutiérrez Hernández^b, Julián Fernández Ramos^c,
Alejandro Hernández Morales^a, Rafael Méndez Medina^d y Pedro Rodríguez Hernández^b

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

^bServicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

^cServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

^dServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

RESUMEN

El lipoma representa la neoplasia benigna más frecuente de los tejidos paratesticulares y cordón espermático. Dentro de este tipo de tumor, la variante mixoide es poco frecuente, aunque su comportamiento es similar al resto de los subtipos de este tumor.

Su forma de presentación habitual es como una masa escrotal o paraescrotal, variable de tamaño, no dolorosa hallada de modo incidental. En estudios por ultrasonografía suele presentar un aspecto hiperecogénico homogéneo. El tratamiento óptimo de dicho tumor es su exéresis quirúrgica.

Se presenta el caso de un varón de 67 años de edad que acudió por masa paratesticular derecha indolora. En el estudio preoperatorio ultrasonográfico se observó un tumor sólido. Se realizó su exéresis quirúrgica. El estudio anatomopatológico mostró un lipoma con cambios mixoides.

Es importante conocer esta patología y realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre lesiones inflamatorias y tumorales, para poder adoptar el correcto abordaje quirúrgico.

Palabras clave: Cordón espermático. Lipoma. Tumor mixoide.

ABSTRACT

Myxoid lipoma of the spermatic cord. Apropos of a case and literature review

Lipoma tumors are the most frequent benign neoplasm in paratesticular and spermatic cord location. But the type myxoid is less frequent, however with similar pattern in relation to the rest of lipoma subtypes.

It commonly appears like scrotal or para-scrotal nodule, different sides, no painful and accidental finding. It shows hyperechoic and homogeneous in ultra-sonography study. The optimal treatment is surgical exeresis.

We present a male of 67 years old with painless solid lesion in right paratesticular location. In preoperative US was described as a solid tumor. It was remove by surgical approach. Pathologic study showed an lipoma with myxoid changes tumor. It is important to know about this illness in order to make a differential diagnosis from other inflammatory and tumor processes, for adopting a right surgical approach.

Key words: Spermatic cord. Lipoma. Myxoid tumors.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas son las neoplasias extratesticulares más frecuentes, y a menudo se originan en el cordón espermático^{1,2}. Normalmente su hallazgo es incidental, y suele asociarse con la presencia de una hernia ingui-

nal. Su peso puede oscilar desde pocos gramos hasta algo más de 3 kg³, y no hay predilección de edad para su aparición.

Sin embargo, en algunos casos, estas proliferaciones lipomatosas no se asocian a saco herniario, por lo que son los únicos hallazgos en la exploración quirúrgica, y pueden ser la causa de dolor inguinal crónico⁴. Su tratamiento es la resección, tras la disección y separación cuidadosa de las estructuras del cordón, con el objeto de no comprometer la irrigación testicular ni causar sección-obstrucción del deferente, que tendría como consecuencia una azoospermia excretora unilateral.

Correspondencia: Dr. L. Delgado Plasencia.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital Universitario de Canarias.
Ofra, s/n. La Cuesta. 38320 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: luciano_delgado1@yahoo.es

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 67 años de edad, con antecedentes médicos de hipertensión arterial e hipercolesterolemia y antecedentes quirúrgicos de herniorrafia umbilical. Acude por tumoración intraescrotal derecha indolora.

Analítica: hematocrito 46,5%; hemoglobina 15,9 g/dl; leucocitos 4.500 (neutrófilos 47,4%); velocidad de sedimentación globular 17 mm/h; TP 100%; BUN 19; Cr 0,8 mg/dl; glucosa 102 mg/dl; colesterol total 225 mg/dl; triglicéridos 180 mg/dl; marcadores testiculares: AFP 2 ng/ml (0,1-15) y beta HCG 0,2 mUI/ml (< 5).

La exploración ecográfica inguinoescrotal revela la presencia de una masa sólida, ecogénica, adyacente al cordón espermático derecho en margen superior izquierdo, avascular para el modo Doppler color y Doppler de energía, con unas dimensiones máximas de 50,2 × 27,4 mm (fig. 1).

Con el diagnóstico de tumoración paratesticular derecha, se indica resección-biopsia. Intraoperatoriamente se evidenció una lesión nodular, de aproximadamente 5 cm, con una consistencia moderadamente blanda,

de aspecto fibroadiposo, bien delimitada y dependiente del cordón espermático derecho. Dado el aspecto claramente benigno se decidió disección, exéresis y biopsia.

El estudio microscópico reveló un nódulo de tejido adiposo de 5,5 × 4,5 cm, unilocular o común, circunscrito por una cápsula conectiva, con frecuentes áreas intermedias mixoides donde se distinguió escasos elementos inflamatorios, macrófagos o células de núcleos más cromáticos y vasos congestivos. El diagnóstico histopatológico fue de lipoma con cambios mixoides (fig. 2).

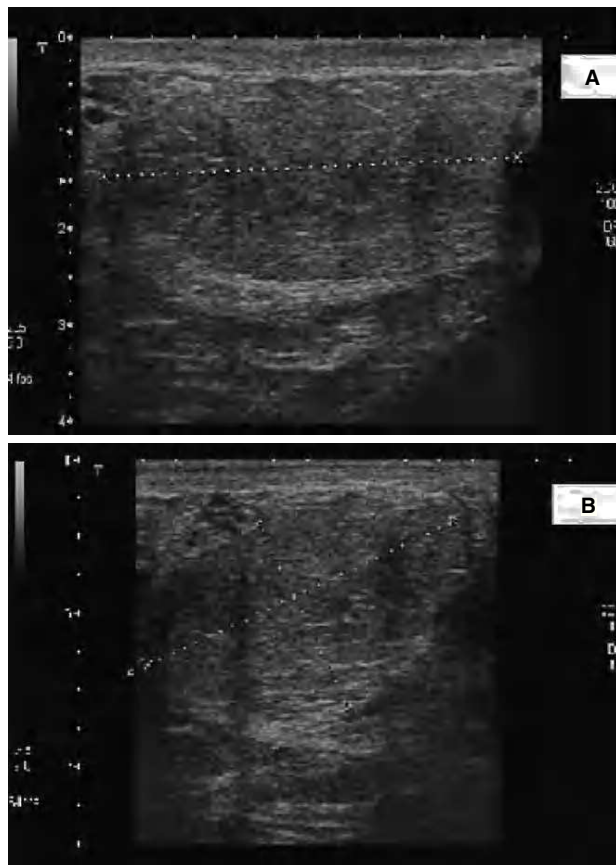


Figura 1. Exploración ecográfica inguinoescrotal. A) Presencia de masa sólida, ecogénica, adyacente al cordón espermático derecho en margen superior izquierdo. B) Dimensiones máximas de 50,2 × 27,4 mm.

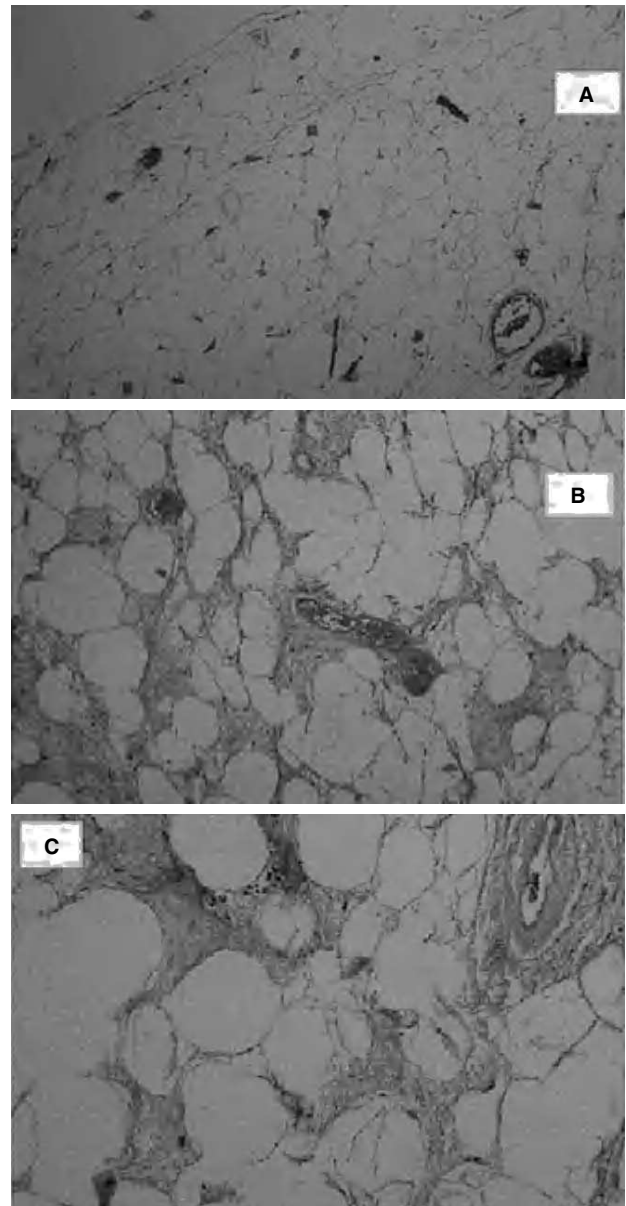


Figura 2. A) Tejido adiposo unilocular o común, maduro, con límites definidos y estructuras vasculares intermedias. B y C son frecuentes en porciones centrales, las áreas intermedias fibrosas laxas, mixoides, con componente vascular, fibroblástico y linfoide.

DISCUSIÓN

Los lipomas del cordón y tejidos paratesticulares están bien documentados, y los intratesticulares son menos frecuentes^{5,6}. Normalmente su presentación suele ser un hallazgo incidental al realizar una reparación herniaria⁴.

El término lipoma es un nombre mal utilizado, debido a que en muchos casos se trata de una protrusión de la grasa retroperitoneal más que de una neoplasia benigna, como el término lipoma implica. Tobin et al⁷ en 1946 describieron el tejido conectivo entre el peritoneo y la pared abdominal como el formado por 3 capas. Sugirieron que la capa intermedia, continuación del tejido que rodea a los riñones, uréteres y estructuras del cordón espermático, era el origen de los lipomas del cordón⁴. Por otro lado, Fawcett y Rooney⁸ definieron al lipoma verdadero como el tumor de componente adiposo, que no tenía conexión con la grasa retroperitoneal y estaba confinado al canal inguinal. Sin embargo, Nyhus et al⁹ describieron los lipomas del cordón como la grasa preperitoneal que se proyectaba a través del anillo inguinal interno, normalmente lateral al cordón. Esta definición, aunque es difícil de constatar, representaría una relación causa-efecto entre lipoma y hernia inguinal, y es que la grasa retroperitoneal se insinuaría a través del anillo interno y lo dilataría, predisponiendo a la formación de hernia indirecta⁴. En nuestro caso, estas teorías pudieran conectar el antecedente de herniorrafia umbilical con el lipoma mixoide de cordón espermático.

Clínicamente, un lipoma del cordón o del ligamento redondo es, en ocasiones, motivo de dolor crónico inguinal y simula una verdadera hernia en un paciente sin hallazgos físicos evidentes, por lo que representa una verdadera patología de la ingle. El número de mujeres con un dolor inguinal secundario a lipoma es desproporcionadamente alto. Esto se puede deber normalmente al pequeño tamaño del anillo interno en las mujeres⁴.

Ante los casos donde se realiza intervención quirúrgica por dolor inguinal y se observa un lipoma del cordón, con o sin hernia asociada, éste se debe extirpar. Sin embargo, no implica que los lipomas asintomáticos o los que se hallan incidentalmente por ultrasonografía, se deban resear⁴.

El uso cotidiano de la ecografía en la patología inguinoescrotal ha hecho que la tasa de incidencia de dicho tumor haya aumentado. En las imágenes observadas por ecografía (US), los lipomas tienen un aspecto hiperecogénico homogéneo, sin embargo esta imagen no es patognomónica de esta patología^{10,11}. Este aspecto dependerá de las cantidades variables de fibrosis, componente mixoide o tejido vascular que se-

gún el grado de complejidad estructural incrementaría la ecogenicidad de dicha lesión¹². No obstante, otras patologías, como hernias, sarcomas y otras masas benignas, también pueden ser ecogénicas. Por otro lado, la ecogenicidad de los lipomas es bastante variable y pueden incluso parecer uniformemente hipoeicos.

Teniendo en cuenta ese amplio espectro de imágenes sonográficas, el diagnóstico de certeza de un lipoma no se puede hacer con US, y muchos pacientes precisarían cirugía para llegar a una conclusión más fiable, y es que aunque permite diferenciar lesiones intra y extratesticulares, normalmente no permite diferenciar entre procesos benignos o malignos paratesticulares.

Otras pruebas de imágenes, como la resonancia magnética (RM) podrían dar un diagnóstico más certero. Los lipomas presentan una alta señal de intensidad en imágenes de RM, similar a la de la grasa subcutánea, tanto en imágenes T1 como en T2, aunque la secuencia de supresión grasa se debe realizar para confirmar el diagnóstico, puesto que las lesiones hemorrágicas también pueden presentar la misma señal de intensidad¹³. También las imágenes de la tomografía computarizada (TC) pueden ser útiles debido a que el tumor presenta una baja atenuación en TC.

Característicamente, los lipomas suelen estar bien delimitados y separados de las estructuras adyacentes debido a la presencia de una fina cápsula. La superficie de corte es naranja-amarillenta, con una textura grasosa uniforme y una forma lobular irregular. Microscópicamente, los lipomas difieren poco de la grasa adyacente al componerse de células grasas maduras. Estas células varían ligeramente en tamaño y forma, y son algo más grandes que las células grasas adyacentes. Normalmente, los lipomas se encuentran mezclados con otros elementos mesenquimatosos. El más común de estos elementos es el tejido conectivo fibroso, frecuentemente hialinizado.

El mixolipoma, como es el caso descrito en este artículo, es un tumor bien delimitado, finamente encapsulado, compuesto de adipocitos maduros y característicamente con abundante estroma mixoide y focos de células fusiformes. Los vasos son pequeños y de pared fina. El término mixoma se usó por primera vez por Virchow¹⁴ para designar tumores que reflejaban la estructura del cordón umbilical, sin presentar ningún otro tipo de diferenciación. Stout y Lattes^{15,16} consideraron al mixolipoma como un liposarcoma bien diferenciado. Sin embargo, hoy está fuera de toda duda que el tumor es benigno¹⁷. Aunque la transformación a liposarcoma sería posible, se piensa que es improbable, y los síntomas son los que van a

determinar el eventual tratamiento quirúrgico^{4,18}. Por otro lado, recientemente se ha observado una angiomatosis de los tejidos blandos con abundante tejido adiposo mixoide con fina vascularización que simula un liposarcoma mixoide¹⁹. Su significado clínico es inconsecuente, tal es así que estos tumores son, en muchas ocasiones, resecados rutinariamente del cordón espermático durante la exploración quirúrgica del saco herniario⁴.

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica y la posibilidad de poder llevar a cabo el tratamiento quirúrgico de la hernia por dicha vía, los lipomas del cordón son más propensos a ser dejados en la región inguinal⁴. Una consecuencia de ello sería la necesidad de controlar su evolución, según sintomatología y datos con la US. No hay que olvidar que, aunque hay una clara diferencia entre procesos benignos y malignos lipomatosos, un lipoma grande es difícil de diferenciar de un liposarcoma, y es precisa su escisión para un correcto diagnóstico¹⁸.

CONCLUSIONES

No debemos olvidar su posible, aunque muy poco frecuente, cambio de lipoma a liposarcoma, sobre todo con el advenimiento de la cirugía laparoscópica como técnica de herniorrafia inguinal, en la cual el lipoma preherniario no se reseca y queda in situ. Por esta razón, y por la eventual algia inguinoescrotal, el lipoma de cordón espermático, sea típico o mixoide, se debe evaluar y seguir correctamente, según sintomatología y exploración clínica, marcadores tumorales testiculares y ecografía. Su tratamiento definitivo es mediante exéresis, y el diagnóstico por biopsia y estudio anatomopatológico.

Bibliografía

1. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZ, Hasteh F, Neill JS. Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics*. 2003;23:1461-76.
2. Beccia DJ, Krane RJ, Olsson CA. Clinical management of non-testicular intrascrotal tumors. *J Urol*. 1976;116:476-9.
3. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. From the archives of the AFIP: extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2003;23:215-40.
4. Lilly MC, Arregui ME. Lipomas of the cord and round ligament. *Ann Surg*. 2002;235:586-90.
5. Hertzberg BS, Mahony BS, Bowie JD, Anderson EE. Sonography of an intratesticular lipoma. *J Ultrasound Med*. 1985;4:619-21.
6. Harper M, Arya M, Peters JL, Buckingham S, Freeman A, O'Donoghue EP. Intratesticular lipoma. *Scand J Urol Nephrol*. 2002;36:223-4.
7. Tobin CE, Benjamín JA, Wells JC. Continuity of the fasciae lining the abdomen, pelvis and spermatic cord. *Surg Gynecol Obst*. 1946;83:575-95.
8. Fawcett AN, Rooney PS. Inguinal cord lipoma. *Br J Surg*. 1997;84:1169.
9. Nyhus LM, Bombeck CT, Klein MS. Hernias. En: Sabiston DC, editor. *Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 14th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 1134-48.
10. Black JA, Patel A. Sonography of the abnormal extratesticular space. *AJR Am J Roentgenol*. 1996;167:507-11.
11. Benson CB, Doubilet PM, Richie JP. Sonography of the male genital tract. *AJR Am J Roentgenol*. 1989;153:705-13.
12. Gooding GA. Sonography of the spermatic cord. *AJR Am J Roentgenol*. 1988;151:721-4.
13. Cramer BM, Schlegel EA, Thueroff JW. MR imaging in the differential diagnosis of scrotal and testicular disease. *Radiographics*. 1991;11:9-21.
14. Virchow R. *Cellular pathology as based upon physiological and pathological histology*. New York: Dover Publications Inc.; 1971. p. 525-6.
15. Stout AP, Lattes R. Tumors of the soft tissues. *Atlas of Tumor Pathology*, second series, fascicle 1. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology. 1967;56:116.
16. Stout AP. Myxoma, the tumor of primitive mesenchyme. *Ann Surg*. 1948;127:706-19.
17. Graadt JF, van Roggen PCW, Hogendoorn PC, Fletcher CDM. Myxoid tumors of soft tissue. *Histopathology*. 1999;35:291-312.
18. Lioe TF, Biggart JD. Tumours of the spermatic cord and paratesticular tissue. A clinicopathological study. *Br J Urol*. 1993;71:600-6.
19. Val-Bernal JF, Martino M, Garcés CM, Garijo MF. Soft-tissue angiomatosis in adulthood: a case in the forearm showing a prominent myxoid adipose tissue component mimicking liposarcoma. *Pathol Int*. 2005;5:155-9.