

Tumor adenomatoide dependiente de la porción inferior del epidídimo

Antonio Jiménez Pacheco^a, Miguel Ángel Arrabal Polo^b, Víctor Manuel López León^b, Mercedes Nogueras Ocaña^b, Miguel Arrabal Martín^b y Armando Zuluaga Gómez^b

^aServicio de Urología. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril. Granada. España.

^bServicio de Urología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

RESUMEN

El tumor adenomatoide es el tumor paratesticular más frecuente. Es un tumor benigno, que en la mujer se localiza fundamentalmente en el útero y trompas de Falopio, mientras que en el varón su localización más frecuente es el epidídimo, aunque estas lesiones también pueden afectar a la albugínea, cordón espermático y, excepcionalmente, al parénquima testicular, donde sólo hay publicados 5 casos, conductos eyaculadores, próstata, etc. Sus manifestaciones clínicas y datos radiológicos son, en muchas ocasiones, difíciles de diferenciar de lesiones sólidas, malignas, intraparenquimatosas, lo que conlleva a realizar orquiectomías innecesarias. Presentamos un nuevo caso de tumor adenomatoide dependiente de la porción inferior del epidídimo.

Palabras clave: Tumor adenomatoide. Diagnóstico. Ultrasonidos.

ABSTRACT

Adenomatoid tumour dependent on the lower portion of epididymis

The adenomatoid tumour is the most frequent paratesticular tumour. It is a benign tumour, which in women is mainly found in the uterus and the fallopian tubes, while in men it is most frequently found in the epididymis. These lesions may also affect the testicular albuginea, the spermatic cord and, in exceptional cases, the testicular parenchyma, of which there are only 5 published cases, the ejaculatory ducts, prostate, etc. The clinical signs and imaging studies are, on many occasions, difficult to differentiate from a malignant intratesticular solid tumour, which can result in unnecessary orchidectomies. We present a new case of adenomatoid tumour dependent on the bottom portion of epididymis.

Key words: Adenomatoid tumour. Diagnosis. Ultrasound.

Correspondencia: Dr. A. Jiménez Pacheco.
Servicio de Urología. Hospital Comarcal Santa Ana.
Avda. Enrique Martín Cuevas, s/n. 18600 Motril. Granada. España.
Correo electrónico: anjipa29@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores adenomatoideos son los más comunes del tejido paratesticular, representan aproximadamente el 32%. En el varón, la mayoría se localiza en el epidídimo, pero estas lesiones también pueden afectar a la albugínea, cordón espermático y, excepcionalmente, al parénquima testicular, conductos eyaculadores, próstata y glándulas suprarrenales. En la mujer, afectan fundamentalmente a las trompas de Falopio y al útero¹.

Se presentan entre la tercera y quinta décadas de la vida. Las etnias más predispuestas son los caucásicos, seguidos por la raza negra (14%) y oriental (0,5%)².

Suelen ser unilaterales, con una frecuencia similar en ambos testículos, aunque parece haber un predominio en el lado derecho, como también se ha observado en los tumores de células germinales y quistes epidermoides.

Se presenta un nuevo caso de tumor adenomatoide dependiente de la porción inferior del epidídimo.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 37 años, sin antecedentes urológicos de interés, refiere desde hace 4 meses una tumoreación dura y moderadamente dolorosa en la parte inferior de hemiescroto izquierdo. En la exploración se palpa una masa en la región paratesticular inferior izquierda, de 3 cm de diámetro, ligeramente doloroso y de consistencia firme.

La alfa-feto-proteína y beta-HCG eran normales.

En la ecografía testicular se observan algunas calcificaciones groseras en ambos parénquimas testiculares y una masa intraescrotal extratesticular situada en el polo inferior, de $30 \times 35 \times 25$ mm, de márgenes bien definidos, ecogenicidad heterogénea con áreas isoecógenas e hipoecógenas y calcificaciones milimétricas en su seno (fig. 1).

Dicha lesión pudiera corresponder a un seudotumor fibroso, tumor adenomatoide paratesticular. Ante la duda diagnóstica, se realiza una resonancia magnética en la que se observa una lesión nodular de $40 \times 30 \times 28$ mm, que en la secuencia T2 aparece bien delimitada por seudocápsula de aspecto fibroso y muestra señal hiperintensa y heterogénea con porción central muy hipointensa, que parece mostrar una calcificación en su interior. Tras la administración de contraste, se aprecia un realce bastante intenso y heterogéneo de la lesión, sobre todo de la cápsula periférica y de la porción central de aspecto fibroso, salvo la pequeña imagen de posible calcificación que muestra

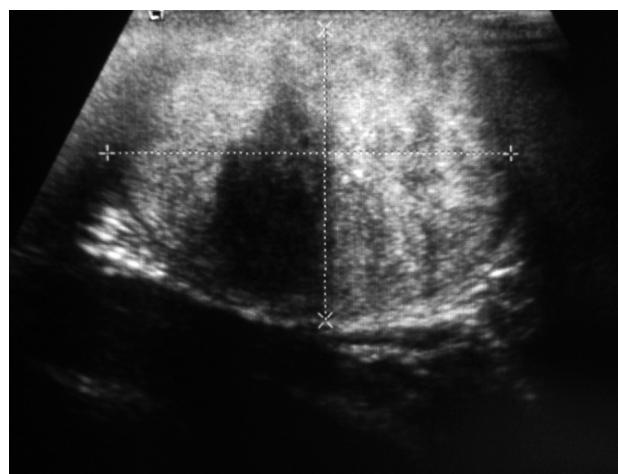


Figura 1. Lesión heterogénea con áreas isoecógenas e hipoecógenas y calcificaciones milimétricas en su interior de $30 \times 35 \times 25$ mm.

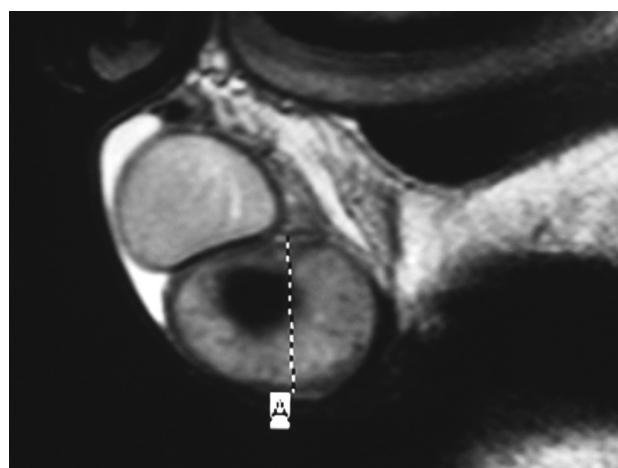


Figura 2. Lesión nodular de aspecto sólido y heterogéneo $40 \times 30 \times 28$ mm que muestra señal hiperintensa y heterogénea en T2 con porción central muy hipointensa.

un diámetro de 6 mm. La porción periférica del tumor muestra un realce heterogéneo con alguna zona de hipointensidad de señal que sugiere componente quística. No hay signos de infiltración del testículo izquierdo, el cual mantiene morfología y señal normales (fig. 2).

Basándonos en los hallazgos clínicos, analíticos, ecográficos y de resonancia magnética, se estableció una presunción diagnóstica de masa benigna y se realizó tumorectomía izquierda vía inguinal (fig. 3). La conducta terapéutica seguida se debatirá en el apartado discusión.

El estudio histopatológico reveló (poner breve detalle que se puede sacar del informe AP del paciente). El diagnóstico histopatológico fue tumor adenoma-

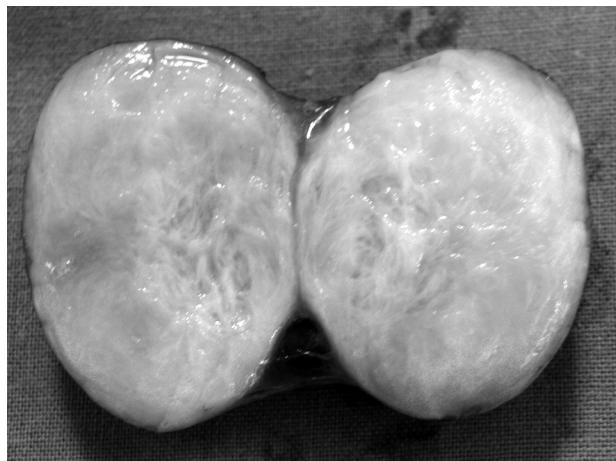


Figura 3. Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica donde se observa el color blanquecino rosáceo y la superficie lisa característica del tumor adenomatoide.

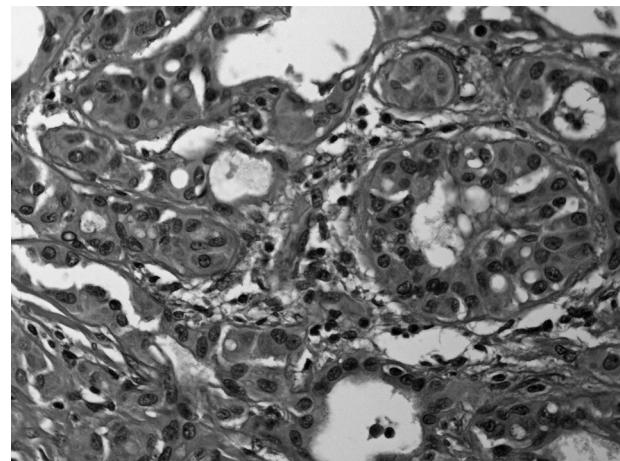


Figura 4. Para el texto se puede repetir el informe AP resumido. Es conveniente poner la tinción (pe H-E) y el aumento (pe x40 o x 100).

toide gigante dependiente de la porción inferior del epidídimo izquierdo (fig. 4).

DISCUSIÓN

El término de tumor adenomatoide fue introducido por Golden y Ash en 1945 para describir un grupo de tumores benignos de patrón glandular, con oscura histogénesis, localizados en el tracto urogenital. Anteriormente, habían recibido múltiples nombres, como adenofibroma, adenofibromioma, adenomioma, linfangioma, tumor angiomatoide, mesotelioma, etc².

Los tumores adenomatoideos constituyen aproximadamente el 6,9% de los tumores testiculares y el 30% de todos los tumores paratesticulares, localizándose con mayor frecuencia en el epidídimo, especialmente en el polo inferior de éste³. Se han descrito también en la albugínea testicular, cordón espermático y, excepcionalmente, en el parénquima testicular, conductos eyaculadores, próstata y glándulas suprarrenales¹. Los tumores originados en la cabeza del epidídimo pueden mostrar extensión hacia el parénquima testicular en más del 50% de los casos, aunque no es una verdadera invasión y, por tanto, no tiene significado pronóstico. Aunque son considerados por la mayoría de los autores un tumor benigno, sin documentarse bien casos de metástasis o recurrencia después de la escisión, se han descrito formas malignas de tumor adenomatoide¹.

Su origen es controvertido. La presencia de gránulos citoplasmáticos positivos al ácido paraaminosalicílico, microvellosidades, vacuolas intracelulares y puentes intercelulares similares a las células mesoteliales, sugieren un origen mesotelial⁴. Otros sugieren que se originan a

partir de las células endoteliales. Sin embargo, la presencia de la queratina citoplasmática, las concentraciones elevadas de ácido hialurónico y la ausencia del antígeno carcinoembrionario y el relacionado con el factor VIII, así como la presencia del antígeno mesotelial mediante la técnica de inmunoperoxidasa indirecta, hacen que la teoría del origen mesotelial sea la más aceptada en la actualidad⁵.

Macroscópicamente, presentan un color blanquecino rosáceo, de superficie lisa y muy bien circunscritos. Generalmente son pequeños, sin experimentar cambios notables en el tamaño durante años, con ausencia de células mitóticas. Su diámetro oscila entre 1 y 2 cm, y el tamaño más grande publicado³ es de 12 cm.

Histológicamente, el tumor es sumamente característico, distinguiéndose 3 patrones básicos: túbulos, cordones y pequeños nidos revestidos de células cuboidales, con moderada eosinofilia y citoplasma vacuolado, siendo este último, en ocasiones, un dato importante para el diagnóstico. La estroma, variable en densidad, suele ser fibrosa y ocasionalmente hialinizada. En ocasiones, nos es de ayuda para el diagnóstico la presencia de agregados linfoides, particularmente en la periferia, los cuales es raro observarlos en otras lesiones⁶. Dadas estas características anatomo-patológicas, puede haber problemas de diagnóstico diferencial con el tumor Yolk sac, el mesotelioma maligno, el leiomioma, el tumor de células de Leyding y, en especial, con el de células de Sertoli, ya que los túbulos de estos tumores pueden ser muy similares y las vacuolas de los tumores adenomatoideos pueden ser simuladas por las células de Sertoli lipidizadas⁶.

Clínicamente, se presentan como masas pequeñas, asintomáticas, descubiertas incidentalmente, aunque

en ocasiones puede asociarse a hidrocele, periorquitis, etc.⁴. La alfa-feto-proteína y la beta-HCG son negativas en todos los casos.

La ecografía escrotal preoperatoria es el método de elección para el diagnóstico. Nos diferencia entre lesiones intra y extratesticulares, y permite el diagnóstico de certeza de formaciones quísticas y lesiones sólidas, pero no puede determinar la benignidad de las lesiones hipo e hiperecoicas, incluso cuando utilizamos el Doppler⁷.

El tumor adenomatoide no presenta unos patrones ecográficos característicos que nos permita distinguir entre un tumor adenomatoide intratesticular o un tumor sólido intratesticular maligno, ya que en la bibliografía revisada se pueden presentar como lesiones hipo, hiper e incluso isoecoicas con respecto al parénquima adyacente. Feuer et al⁸ proponen que en las lesiones isoecoicas identificadas preoperatoriamente, la exploración testicular con biopsia intraoperatoria representa una alternativa apropiada a la orquiectomía inmediata.

El valor de la biopsia intraoperatoria ha crecido en los últimos años, a raíz de publicaciones que informan de una prevalencia significativa de lesiones testiculares benignas (10-20% de las neoplasias testiculares)⁷. Una revisión sobre 354 tumores testiculares realizada por Carmignani et al⁷ mostró que la FSE (*fronze section examination*) puede discriminar lesiones benignas de malignas con un 100% de exactitud.

Por esta razón, ante la sospecha de un tumor adenomatoide, fundamentalmente testicular, es recomendable realizar una exploración vía inguinal, previo pinzamiento del cordón espermático con biopsia intraoperatoria. Si se confirma la naturaleza benigna de la lesión, es suficiente realizar una tumorectomía con márgenes amplios de resección, evitando de esta manera la orquiectomía.

Aunque en nuestro paciente, y basándonos en los hallazgos clínicos, analíticos, ecográficos y de resonancia magnética, se estableció una presunción diagnóstica de masa benigna y se realizó tumorectomía sin biopsia peroperatoria, entendemos y asumimos que la conducta terapéutica correcta es la establecida en esta discusión. Ésta ha sido una de las razones que nos han impulsado a comunicar este caso clínico, con un sentido de enseñanza tanto para nuestro grupo como

para el resto de urólogos que eventualmente se encuentre a una situación similar.

El seguimiento de estos pacientes con ecografía testicular es suficiente para evidenciar una posible recidiva, hasta la fecha no documentada.

CONCLUSIONES

El tumor adenomatoide es una lesión benigna con unas manifestaciones clínicas similares a las neoplasias testiculares malignas.

Los estudios de imagen por ecografía son inespecíficos, presentándose como nódulos iso, hipo o hiperecoicos, lo cual no nos permite, en la mayoría de los casos, diferenciar entre una lesión sólida intraparenquimatosa benigna o maligna. La resonancia magnética tampoco aporta datos concluyentes acerca del diagnóstico.

Hay autores que avalan la importancia de la exploración inguinal con toma de biopsia intraoperatoria ante la sospecha de benignidad de la lesión, lo cual evitaría un porcentaje importante de orquiectomías.

La evolución es favorable en todos los casos, no habiéndose publicado casos de recidiva, aún cuando los márgenes de resección no han sido amplios, por lo que el control ecográfico postoperatorio es suficiente en estos pacientes.

Bibliografía

1. Ronal A, Rubenstein RA, Dogra VS, Seftel AD, Resnick MI. Benign intrascrotal lesions. J Urol. 2004;171:1765-72.
2. Mayo E, Rayon JM, Terrádez JJ, Mayol MJ, García J. Tumor adenomatoide de túnica vaginal testicular: a propósito de un caso. Arch Esp Urol. 1980;33:375-82.
3. Tammela TL, Karttunen TJ, Mäkäräinen HP, Hellström PA, Mattila SI, Kontturi MJ. Intrascrotal adenomatoid tumors. J Urol. 1991;146:61-5.
4. Horstman WG, Sands JP, Hooper DG. Adenomatoid tumor of testicle. Urology. 1992;40:359-61.
5. Serrano Pascual A, Fernández González I, García Cuerpo E, González-Peramato Gutiérrez P, García González R, Lovaco Castellanos F. Tumor adenomatoide de la albúginea testicular: aportación de un nuevo caso. Consideraciones histogenéticas y terapéuticas. Arch Esp Urol. 1998;51:721-4.
6. Amin MB. Selected other problematic testicular and paratesticular lesions: rete testis neoplasms and pseudotumors, mesothelial lesions and secondary tumors. Mod Pathol. 2005;18:S131-45.
7. Carmignani L, Gadda F, Gazzano G, Nerva F, Mancini M, Ferruti M, et al. High incidence of benign testicular neoplasms diagnosed by ultrasound. J Urol. 2003;170:1783-6.
8. Feuer A, Dewire DM, Foley WD. Ultrasonographic characteristics of testicular adenomatoid tumors. J Urol. 1996;155: 174-5.