

# Tumor adenomatoide testicular: a propósito de un caso

Manuel Soto Delgado<sup>a</sup>, Gema Pedrero Márquez<sup>b</sup> y Miguel Efrén Jiménez Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

<sup>b</sup>Unidad de Enfermería. Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

## RESUMEN

Los tumores adenomatoides son los tumores sólidos paratesticulares más frecuentes. Son lesiones benignas, raras y la mayoría surge del epidídimo, aunque se han descrito en otras localizaciones. La importancia clínica de estos tumores radica en la dificultad de distinguirlos preoperatoriamente de los tumores malignos de testículo.

Presentamos un caso de tumor adenomatoide localizado en túnica albugínea en un varón de 36 años de edad.

**Palabras clave:** Tumor adenomatoide. Testículo. Tumor.

## ABSTRACT

### **Adenomatoid tumor of the testes: a case report**

Adenomatoid tumors are the most common solid neoplasms of the paratesticular tissue. They are rare and most benign lesions arise from the epididymis, but have been described in other locations. The clinical significance of these tumors lies in the difficulty of distinguishing preoperatively of malignant tumors of the testis. We present a case of a localized tumor adenomatoid albugínea tunic in a male aged 36.

**Key words:** Adenomatoid tumor. Testes. Neoplasms.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores adenomatoides son los tumores paratesticulares más frecuentes. Son lesiones benignas, raras y la mayoría surge del epidídimo<sup>1</sup>. Sin embargo, se han publicado algunos casos de cordón espermático, próstata, conductos eyaculadores y túnica albugínea, como el caso que presentamos. La importancia clínica de estos tumores radica en la dificultad de distinguirlos preoperatoriamente de los tumores malignos de testículo<sup>2</sup>. Por lo tanto, en ausencia de indicadores clínicos que nos orienten hacia una tumoración benigna, muchos pacientes con tumores adenomatoides son sometidos a orquitectomía radical innecesaria.

La ecografía es de ayuda para la caracterización escrotal de masas y resulta de valiosa ayuda para el diagnóstico de este tipo de tumor benigno mostrando su localización extratesticular<sup>3</sup>. A pesar de ello, el caso que se presenta en este caso clínico viene a demostrar la dificultad que hay para diferenciar entre masas intratesticulares y paratesticulares y entre benignas y malignas.

## CASO CLÍNICO

Varón de 36 años de edad, con antecedentes de hepatitis C que acude a consultas externas de urología remitido por su médico de atención primaria tras notarse una tumoración en teste derecho no dolorosa de 1 mes de evolución.

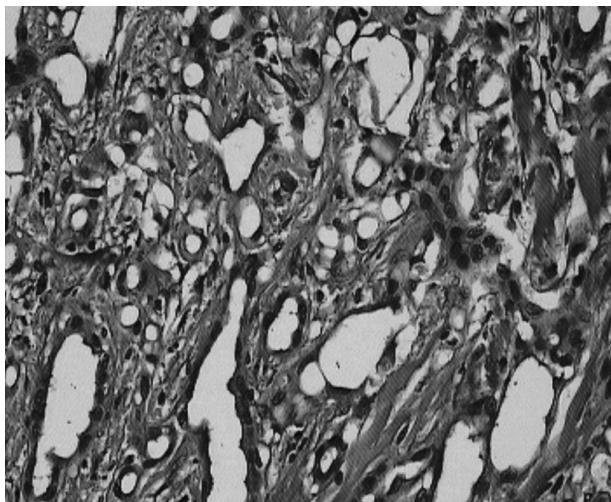
A la exploración física se palpaba una tumoración adyacente a polo inferior de testículo derecho de pequeño tamaño.

Se practicó ecografía escrotal que mostró en cabeza de epidídimo izquierdo imagen bilobulada anecogénica de aproximadamente 7 mm, compatible con la presencia de quiste simple. En polo inferior del testículo derecho se observaba lesión de aproximadamente 2 cm, hiperecogénica, que ejercía impronta sobre el testículo y parecía localizarse por fuera de él, presentando vascularización en el estudio Doppler color, sin poder determinar su naturaleza.

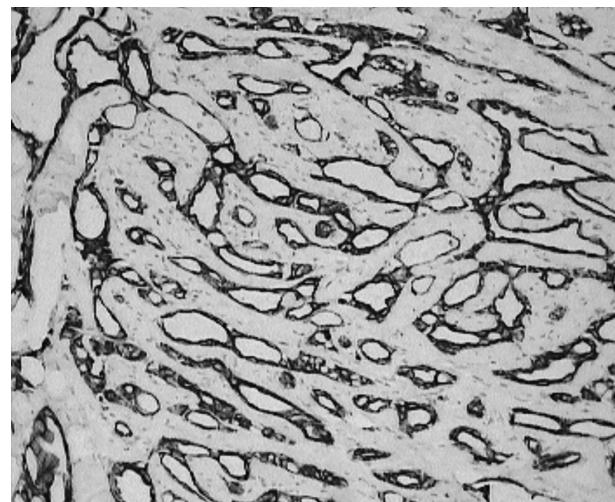
Los marcadores tumorales ( $\alpha$ -fetoproteína y  $\beta$ -HCG) fueron negativos.

Ante estos hallazgos se realizó incisión inguinal derecha, objetivándose una tumoración intratesticular por lo que en el mismo acto quirúrgico se decidió orquitectomía radical mas colocación de prótesis.

Correspondencia: Dr. M. Soto Delgado.  
Condesa de Morales, 2, 6.<sup>o</sup> E. 11100 San Fernando. Cádiz. España.  
Correo electrónico: manuelsotocorreo@yahoo.es



**Figura 1.** Proliferación de túbulos que muestran un revestimiento cúbico o aplanado de aspecto endotelial simulando luces vasculares y rodeadas por una estroma fibromuscular.

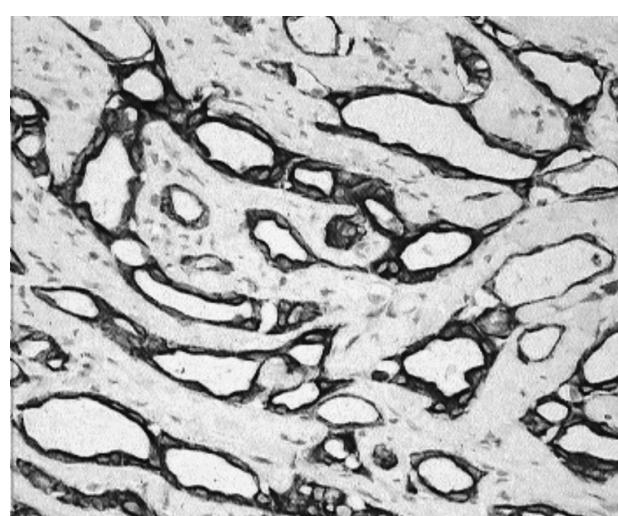


**Figura 2.** Pan-citoqueratina (AE1-AE3) 20× que marca revestimiento de túbulos e hileras celulares.

El estudio anatomopatológico reveló una tumoração en polo inferior testicular localizada en túnica albugínea de 1,5 cm de diámetro y bien delimitada del parénquima testicular adyacente. Histológicamente, se componía de una proliferación de estructuras tubulares (fig. 1) con luces de tamaño variable y revestidas por un epitelio cúbico que progresivamente se aplana, simulando estructuras vasculares. Dicho epitelio marcó intensa positividad citoplásica con pan-citoqueratina (AE1/AE3) (figs. 2 y 3) y negatividad con CD34 y FVIII, lo que descartó un origen vascular y confirmó el origen mesotelial y la impresión diagnóstica de tumor adenomatoide testicular. Se acompañaba de una estroma densa fibromuscular positiva con CD34 y no mostraba atipia celular ni signos histológicos de malignidad.

## DISCUSIÓN

Los tumores adenomatoideos son los tumores paratesticulares más comunes y suponen el 30% de todas las masas paratesticulares. La mayoría de ellos surgen en el epidídimo<sup>4</sup>. Sin embargo, se han publicado algunos casos de cordón espermático, próstata, conductos eyaculadores y túnica albugínea en el varón y útero y trompas de Falopio en la mujer<sup>5</sup>. Afecta a pacientes de entre 18 y 79 años, es raro en niños y la mayor parte de los afectados se encuentra en la cuarta década. Suele ser unilateral y solitario. Su diámetro no excede los 5 cm. Macroscópicamente, puede presentarse como un nódulo bien delimitado o como una placa de bordes mal definidos. Estos tumores son proliferaciones



**Figura 3.** Pan-citoqueratina (AE1-AE3) 40×, tinción citoplásica intensa del epitelio que reviste túbulos que descarta origen vascular y es diagnóstica de tumor adenomatoide.

benignas de origen mesotelial. El rasgo microscópico más llamativo es la presencia de túbulos redondeados, ovales o en forma de hendidura, cordones o grupos de células, así como células sueltas, que a menudo contienen grandes vacuolas intracitoplasmáticas. Dichas estructuras y células asientan sobre una estroma fibrosa a veces hialinizada, que puede contener músculo liso y algún foco de inflamación crónica. El margen del tumor puede hallarse bien delimitado del testículo adyacente o ser irregular, lo cual no modifica su comportamiento benigno.

Desde el punto de vista inmunohistoquímico se caracteriza por expresar citoqueratina AE1/AE3 y EMA, y no expresa marcadores epiteliales ni factores VIII y CD34. Su origen mesotelial se confirma con la tinción calretinina. La calretinina es un proteína fija-dora del calcio perteneciente a la familia S100 que se localiza tanto en el citoplasma como en el núcleo celular. Tiene una alta sensibilidad para identificar mesoteliomas y células mesoteliales, y su expresión en tumores malignos es muy rara<sup>6</sup>.

La mayoría de estos tumores son asintomáticos y se presentan como pequeñas masas sólidas<sup>7</sup>. La histogénesis ha sido fuente de controversia. La gran parte de los autores sugieren un origen mesotelial. Stephenson et al aportan 12 casos de tumores adenomatoideos paratesticulares que proporcionan evidencia inmunohistoquímica del origen mesotelial de éstos<sup>8</sup>.

Hay la necesidad de un correcto diagnóstico diferencial con el resto de masas malignas intratesticulares. Debemos considerar diversas posibilidades en función de su morfología y localización: tumores de los cordones sexuales, tumor del seno endodérmico, mesotelioma maligno, adenocarcinoma metastásico (particularmente de células en anillo de sello) y tumores vasculares (hemangioma epitelioide). En la bibliografía se encuentran varios estudios de tumores adenomatoideos intratesticulares y extratesticulares que hacen hincapié en este tema, considerando que una correcta exploración física, un examen de marcadores tumorales séricos preoperatorio junto con la ayuda que nos prestan las pruebas de imagen podrían evitar cirugías innecesarias, manteniéndose de esta forma la producción endógena de testosterona y la fertilidad<sup>9,10</sup>.

Hay varias series publicadas sobre los hallazgos ecográficos encontrados en estos tumores<sup>11</sup>. Normalmente, son de un tamaño que oscila entre 0,5 y 1,5 cm, bien circunscritos, homogéneos y se suelen localizar en epidídimos o túnica albugínea pudiendo mostrar aumento, disminución o flujo normal en el estudio Doppler. En el año 1996, Feuer et al<sup>12</sup> publicaron una serie de 3 tumores intratesticulares adenomatoideos en los que el tumor adenomatoide es isoecoico o no visible durante el estudio ecográfico. Hasta la fecha no

hay características ecográficas que distingan de forma inequívoca entre tumor adenomatoide y tumor sólido.

## CONCLUSIONES

En nuestro caso, se pone de manifiesto la dificultad diagnóstica preoperatoria de este tipo de masas, y no se pueden establecer su origen y localización antes de la cirugía. Por lo tanto, consideramos de suma importancia una correcta exploración física, una medición preoperatoria de marcadores séricos tumorales junto con un estudio ecográfico, para llegar a un diagnóstico lo más certero posible y decantarnos entonces por una actitud conservadora o radical.

## Bibliografía

1. Ambrose S Jr. Adenomatoid tumor of the tunica vaginalis. *J Urol.* 1953;70:110.
2. Manson AL. Adenomatoid tumor of the testicular tunica albuginea mimicking testicular carcinoma. *J Urol.* 1988;139:819-20.
3. Carmignani L, Gadda F, Gazzano G. High incidence of benign testicular neoplasms diagnosed by ultrasound. *J Urol.* 2003;170:1783-6.
4. Delgado Plasencia L, Gutiérrez Hernández PR, Fernández Ramos J, Hernández Morales A, Méndez Medina R, Rodríguez Hernández P. Tumor adenomatoide de epidídimos. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Int Androl.* 2007;5:316-9.
5. Mostofi FK, Price EB. Tumors of the male genital system. En: Firminger HI, editor. *Atlas of Tumor Pathology*. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1973. p. 144-51.
6. Doglioni C, Der Tos AP, Laurino L, Iuzzolino P, Chiarelli C, Celio MR, et al. Calretinin a novel immunohistochemical marker for mesothelioma. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:1037-96.
7. Delahunt B, King JN, Bethwaite PB, Nacey JN, Thornton A. Immunohistochemical evidence for mesothelial origin of para-testicular adenomatoid tumour. *Histopathology.* 2000;36:109-15.
8. Stephenson TJ, Mills PM. Adenomatoid tumors: an immunohistochemical and ultrastructural appraisal of their histogenesis. *J Pathol.* 1986;148:327-35.
9. Heidenreich A, Moul JW, Srivastava S, Engelmann UH. Synchronous bilateral testicular tumours and contralateral benign tumors. *Scand J Urol Nephrol.* 1997;31:389-92.
10. Richie JP, Steele GS. Tumors of testicular adnexa. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein A, editors. *Campbell's Urology*. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002. p. 2911-2.
11. Kim TJ, Kim SH, Sim JS, Seong CK, Lee DK. Ultrasound findings of an intratesticular adenomatoid tumor. *J Ultrasound Med.* 2000;19:227-9.
12. Feuer A, Dewire DM, Foley WD. Ultrasound characteristics of testicular adenomatoid tumors. *J Urol.* 1996;155:174-5.