

Dr Ali Peñaloza *

Dra Jenny-Ann Benotto **

Dr. Luis Enrique Cerquone**

Resumen

Los tumores del epidídimo son generalmente benignos y corresponden a quistes de epidídimo y espermatocelos, sin embargo pueden encontrarse tumores sólidos de muy mal pronóstico, que en su mayoría corresponden a sarcomas. Se presentan como una masa escrotal, que crece gradualmente, generalmente asintomáticos, pueden ser diagnosticados por ecosonografía, sin embargo el diagnóstico definitivo es el estudio patológico de la pieza operatoria. Presentamos el caso de un paciente de 17 años de edad que consulta por presentar masa escrotal izquierda levemente dolorosa de 1 mes de evolución, de aproximadamente 7 x 5 cms de diámetro, de consistencia dura, no móvil, dolorosa a la palpación con transiluminación negativa. El ecosonograma testicular reportó: Tumor sólido de epidídimo izquierdo. Se realizó orquidectomía radical, y el diagnóstico histopatológico fue: fibrohistiocitoma maligno de epidídimo. Estos tumores son extremadamente raros y de muy mal pronóstico.

Palabras Clave

Fibrohistiocitoma, epidídimo

Abstract

The tumors of the epididymis are generally benign and they correspond to epididymis cysts and espermatocelos, however they can be solid tumors of poor prognosis that correspond to sarcomas in their majority. They are presented like a scrotal mass that grows gradually, generally with no symptoms, they can be diagnosed by sonography, however the definitive diagnosis is the histological examination of the tumoral mass. We present the case of a 17 year-old patient that consults with pain, gradually enlarging mass in the left scrotum, of approximately 7 x 5 centimeters of diameter, physical examination revealed an elastic hard mass in the left scrotum. The scrotal sonography shows a solid tumor of the epididymis, and left radical orchiectomy was performed. The histologic diagnosis was malignant fibrous histiocytoma of epididymis. These tumors are extremely rare and the overall prognosis is poor.

Key Words

Fibrous histiocytoma, epididymis

* Cirujano General del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. MASVC.

** Residentes del post-grado de cirugía del Hospital Dr. Jesús Yerena

Introducción

Los tumores intraescrotales afectan, generalmente al testículo, siendo éstos en su mayoría de naturaleza maligna. Se comportan de una manera silenciosa y dan metástasis precozmente⁽¹⁾

Los tumores del epidídimo son más raros, pueden producirse a cualquier edad y son generalmente de origen mesodérmico, aunque en algunos casos pueden observarse quistes dermoide. Los tumores malignos del epidídimo son en su mayoría sarcomas y se observan en niños y adolescentes. Otros sarcomas como liposarcomas, condrosarcomas, leiomiosarcomas son observados más a menudo en pacientes ancianos^(1,2,3). Se han descrito metástasis en epidídimo por tumores en riñón, páncreas y vías biliares^(4,5).

El paciente presenta generalmente una historia de masa escrotal que crece gradualmente^(6,7,8,9), puede alcanzar dimensiones voluminosas hasta de 20 cms. Generalmente son asintomáticos^(10,11,6,12,13,14), pero en ocasiones los pacientes refieren dolor de leve intensidad a nivel de la lesión^(4,15,16). Estos pacientes pueden referir pérdida de peso⁽⁵⁾. La tumoración es dura a la palpación y la transiluminación es negativa.

El 75 % de los tumores del epidídimo son benignos, y de ellos el 4-9 % corresponden al Cistoadenoma papilar que se asocia frecuentemente con el síndrome de Von Hippel Lindau e infertilidad⁽¹⁷⁾. Estos tumores deben diferenciarse de los quistes del cordón, de los hidroceles⁽¹⁸⁾, espermatocelos, hernias⁽²⁾, de procesos inflamatorios, como la infección por clamidia⁽¹⁰⁾, la sarcoidosis testicular⁽¹⁹⁾, la tuberculosis⁽²⁰⁾, y la epididimitis crónica^(4,13).

El ecosonograma es el método paraclínico de elección en el estudio de pacientes con masa escrotal^(21,18,7,9,19,16,15). Los marcadores tumorales, como la alfa feto-proteína, y la gonadotropina corionica humana, frecuentemente resultan negativos, incluso en los tumores malignos^(7,9). En algunos casos la citología por aspiración con aguja fina puede ser de utilidad para establecer el diagnóstico^(18,8,22), sin embargo, su uso es controversial, porque se ha demostrado que favorece la diseminación y por otra parte no aporta material suficiente al patólogo⁽¹¹⁾.

El diagnóstico definitivo se establece a través del estudio histológico de la pieza operatoria^(4,21,18,7,9,22,15,19,5).

El tratamiento de elección en los tumores malignos de epidídimo es la orquidectomía radical, y radioterapia^(23, 16, 24,9,15,5).

Caso clínico

Paciente masculino de 17 años de edad, quien consulta al Hospital Dr. Jesús Yerena, por presentar tumoración a nivel de escroto izquierdo de 1 mes de evolución, levemente dolorosa, de aproximadamente 7x5 cms de diámetro que se extendía desde el anillo inguinal superficial hasta el escroto izquierdo. Al examen físico se evidencia tumoración de consistencia dura, no móvil, no dolorosa a la palpación, con transiluminación negativa (Fig 1).

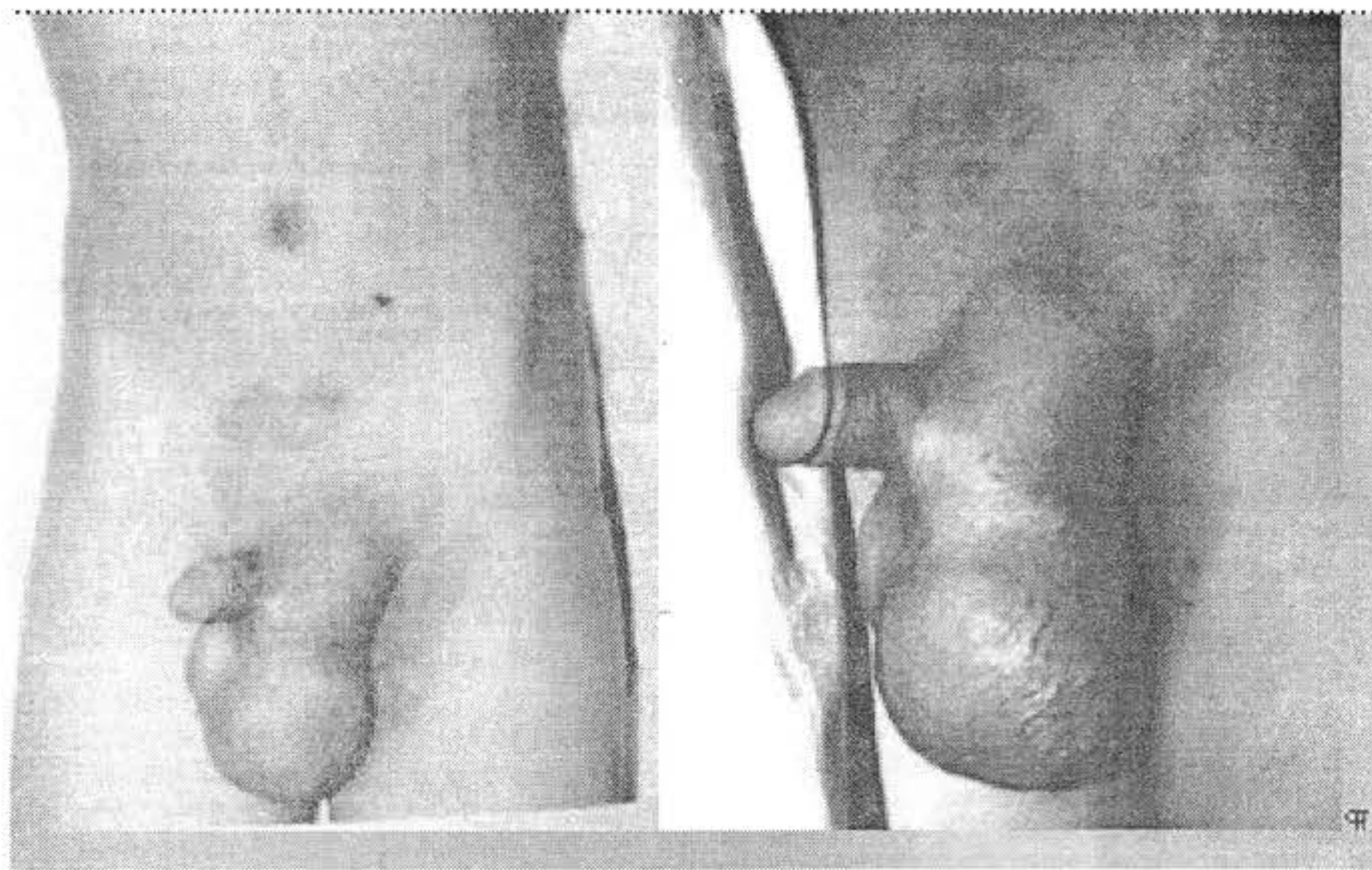


Figura 1

Se realiza ecosonograma testicular que reportó: tumoración sólida heterogénea en contacto con el epidídimo, de superficie abollonada de 67 x 53 mm con pequeños puntos ecogénicos en su interior que determinan atenuación. Concluye: - Epidídimo izquierdo engrosado con tumoración sólida (fig. 2).



Figura 2

Durante el preoperatorio se realiza alfa feto proteína sérica que reportó 0.2 ng/ml (dentro de límites normales).

Se ingresa con el diagnóstico de Tumor sólido de epidídimo, y se realiza intervención quirúrgica donde se evidenciaron, los siguientes hallazgos:

1- Tumoración de epidídimo de aproximadamente 8x8 cms de diámetro de consistencia pétrea, bilobulado, de superficie irregular de color violáceo, la cual se encontraba firmemente adherida al testículo izquierdo.

2- Testículo izquierdo de aproximadamente 3x2 cms, de consistencia dura, de aspecto atrófico.

3- Aproximadamente 20 cc de líquido de aspecto xantocrómico.

Se realizó exéresis del tumor con corte congelado, el cual reporta: TUMOR MALIGNO. Se procede a realizar orquidectomía radical.

El estudio histológico reportó: FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO DE EPIDIDIMO.

Discusión

Los Fibrohistiocitomas malignos de epidídimo son extremadamente raros, y en la literatura mundial hay muy pocos casos reportados. Generalmente se presentan después de la 5ta. década de la vida, como una masa

intraescrotal, no dolorosa^(23,16,24,25). Cabe destacar que en nuestro caso el tumor se presenta en un paciente de 17 años de edad. La ecsonografía nos permite determinar el origen de una masa intraescrotal y diferenciar tumores quísticos y sólidos. Sin embargo el diagnóstico definitivo, sólo puede establecerse a través del estudio histológico del tumor.

Son tumores altamente malignos de muy mal pronóstico, que deben ser tratados con orquidectomía radical y tratamiento con radioterapia postoperatoria.

Referencias bibliográficas

1. Netter, Frank. Enfermedades del escroto y del testículo. Sistema Reproductor. Tomo II. Salvat Editores, S.A. Barcelona-España. 64-68. 1984.
2. Scannone F, Vera R, Palacios L, Urdaneta N. Tumores del testículo. Cáncer al día. Segunda edición, Tomo II. Editada por S.A.I.O y Fundacancer. Caracas. 657-685.1982.
3. Jayaram N, Ramaprasad AV, Chethan M. Tumours and tumour-like conditions of the para-testicular region-a study of morphological features. Indian J Pathol Microbiol; 41(3):287-95 .1998.
4. Tanaka H, Yasui T, Watase H. Metastatic tumor of the epididymis from pancreatic carcinoma: a case report. Hinyokika Kyo; 45(9):649-52. 1999.
5. Tozawa K, Akita H, Kusada S, Hayashi Y. Testicular metastases from carcinoma of the bile duct: a case report. Int J Urol; 5(1):106-7. 1998.
6. Wong SK, Leiomyoma of the epididymis. Singapore Med J; 40(8):537-8. 1999.
7. Walser AC, Klotz T, Schoenenberger. Ulcerating scrotal leiomyoma. Urologe A; 38(4):370-1. 1999.
8. Rege JD, Amarapurkar AD, Phatak AM. Fine needle aspiration cytology of adenomatoid tumor. A case report. Acta Cytol; 43(3):495-7. 1999.
9. Minami M, Inoue W, Uchida M. Leiomyoma of the scrotum: a case report. Hinyokika Kyo; 45(3):207-9. 1999.
10. Ward AM, Rogers JH, Estcourt CS. Chlamydia trachomatis infection mimicking testicular malignancy in a young man. Sex transm Infct; 75(4):270. 1999.
11. Uchida K, Oda T, Adachi H, Walkabayashi J. Malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord: a case report. Int J Urol; 6(12):630-2. 1999.
12. Kimura T, Kiyota H, Hasegawa T. Bilateral simultaneous epididymal leiomyoma: a case report. Hinyokika Kyo; 44(12):901-3. 1998.
13. Araki A, Noguchi R, Akaza H, Oka K. A case of papillary cystadenoma of the epididymis. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi; 89(11):911-4. 1998.
14. Sano M, Takagi Y, Kimura M, Akagashi K, Hisasue s. Malignant mesenchymoma in the scroum. A case report. Nippon Hinyokika Zasshi; 89(11):903-6. 1998.
15. Medina Perez m, Sanchez Gonzalez M. Paratesticular adenomatoid tumor, presentation as epididymal pain. Arch Esp Urol; 51(1):88-90. 1998.
16. Hyouchi N, Yamada T, Takeuchi S, Machida T. Malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord: a case report. Hinyokika Kyo; 42(6):469-71. 1996.
17. Raimoldi A, Berti GL, Canclini L, Giola V, Leidi GL, Maccaroni A. Papillary cystadenoma of the epididymis. 2 case reports. Arch Ital Urol Androl; 69(5):309-11. 1997.
18. Ushida H, Hayashida H, kim CJ, Park KL. Bilateral synchronous multilocular epididymal cysts: a case report. Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi; 90(7):692. 1999.
19. Eraso CE, Vrachliotis TG, Cunningham JJ. Sonographic findings in testicular sarcoidosis simulating malignant nodule. J Clin Ultrasound; 27(2):81-3. 1999.
20. Chen C, Cen H, Huang L. Primary epididymal tumors: a case report. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih; 34(11):655-6. 1996.
21. Alapont Perez FM, Galvez Calderon J, Lemberg Lapaco PM, Varea Herrero J. Adenomatoid tumor of the epididymis. Actas Urol Esp; 23(7):613-6. 1999.
22. Toda T, Sadi AM, Kiyuna M, Tamamoto T, Toyoda Z. Acta Cytol; 42(3):775-80. 1998.
23. Ikinge U, Westrich M, Bersch W, Bottinger K. Malignant fibrous histiocytoma of the epididymis. Sacc report and review of the literature. Urol Int; 62(2):106-9. 1999.
24. Nistal M, Regadera J, Jareno E, Paniagua R. Inflammatory malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord. Urol Int;43(3):188-92 1998.
25. Miyagi T, Ohtaki M, Rin S, Matsubara F. Intraescrotal malignant fibrous histiocytoma: a case report and review of the literature. Hinyokika Kyo; 31(3):527-32 1985.

