

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (2): 137-141

TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDÍDIMO E INTRATESTICULAR: A PROPÓSITO DE NUEVE CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mario Álvarez Maestro¹, Raquel Tur González, José María Alonso Dorrego¹, Jesús De la Peña Barthel¹ y Manuel Nistal Martín De Serrano.

Servicio de Urología¹ y Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Resumen.- OBJETIVO: Describir los casos de tumores adenomatoideos del Hospital Universitario La Paz en los últimos 15 años.

MÉTODOS: Se ha realizado estudio clínico, anatomopatológico y quirúrgico de los varones con tumoración testicular o paratesticular con resultado histológico de tumor adenomatoide.

RESULTADOS: En total hay nueve casos; siete presentaron tumor adenomatoide de localización paratesticular y dos intratesticular. La exéresis de la masa fue el tratamiento de elección en los epididimarios y orquiectomía en los intratesticulares.

CONCLUSIONES: Los tumores adenomatoideos son neoplasias benignas, poco frecuentes, de posible origen mesotelial. Como consecuencia de su naturaleza benigna, el tratamiento de elección es la exéresis local (cirugía conservadora), aunque en dos casos se llevó a cabo orquiectomía debido a su localización.

Palabras clave: Tumores paratesticulares benignos. Epidídimo. Tumores adenomatoideos.

Summary.- OBJECTIVE: To report the cases of adenomatoid tumors seen at Hospital Universitario La Paz in the last 15 years.

METHODS: A clinical, pathological, and surgical study was conducted of males with testicular or paratesticular tumors with a histological report of adenomatoid tumor.

RESULTS: Among the nine cases studied, seven had paratesticular and two intratesticular adenomatoid tumors. Treatment of choice was mass removal for epididymal tumors and orchidectomy for intratesticular tumors.

CONCLUSIONS: Adenomatoid tumors are uncommon benign neoplasms of a possible mesothelial origin. Because of their benign nature, the treatment of choice is local excision (conservative surgery), but orchidectomy was performed in two cases due to tumor location.

Keywords: Benign paratesticular tumors. Epididymis. Adenomatoid tumors.

INTRODUCCIÓN

Los tumores paratesticulares son poco habituales, menos del 10% de las neoplasias intraescrotales, siendo en la mayoría de los casos (70-80%) benignos (1). Los tumores adenomatoideos son los más frecuentes de los tejidos paratesticulares, alrededor del 30% de los mismos. En el hombre se presenta en el epidídimo, las tunicas testiculares y, en raras ocasiones, el cordón espermático. En la mujer se han descrito en el útero y las trompas de Falopio, y rara vez en el ovario (2). Hay casos descritos en otras localizaciones como pleura, glándula suprarrenal o hígado (3,4).

Su comportamiento es benigno, por lo que el tratamiento de elección es la exéresis del tumor aunque se les reconoce un mínimo comportamiento infiltrativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los criterios de inclusión han sido todos los varones con tumoración intra o paratesticular con resultado anatomopatológico de tumor adenomatoide en los

CORRESPONDENCIA

Mario Álvarez Maestro
Valderrey, 35 7º dcha.
28039 Madrid. (España).

malvarezmaestro@hotmail.com

Trabajo recibido: 3 de septiembre 2008.

últimos 15 años en el Hospital La Paz. En todos los casos se ha valorado la edad, exploración física, clínica, marcadores tumorales, características anatomopatológicas y tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS

En total son nueve los casos. Las edades están comprendidas entre los 21 y 65 años. En cuando a los antecedentes personales, tres presentaban factores de riesgo cardiovascular (fumador, dislipemia o HTA), un caso tuvo un politraumatismo en la juventud y un tumor maligno de próstata, un caso presentaba trombocitosis esencial y un caso es un enfermo crónico renal. En todos se detectó, mediante la palpación, una masa de consistencia aumentada en región testicular. Siete casos presentaron localización de la masa en epidídimo y dos intratesticular. En todos los marcadores tumorales fueron negativos (Tabla I).

En los nueve casos hay confirmación anatomopatológica, presentando 8 casos tumor adenomatoide con patrón glandular y uno patrón alveolar, en todos proliferación linfoide. Hay dos casos con estroma hialinizado y dos casos con hiperplasia de músculo liso. Un caso muestra hialinización tubular disgenética y pseudohiperplasia de la rete testis (Tabla II). Se realizó la exéresis de la masa en todos los casos excepto en los intratesticulares que se realizó orquiectomía.

DISCUSIÓN

Los tumores paratesticulares representan el 7-10% de las masas intraescrotales. En el cordón espermático se originan el 75-90% del total, siendo es su mayoría benignos (70%). Le siguen en frecuencia las neoplasias de epidídimo y tónicas testiculares (estas últimas muy raras). Los tumores de epidídimo pueden ser primarios o, más raramente, secundarios. En una revisión realizada por Beccia et al. (5) Sobre 341 tumores de epidídimo el 75% correspondieron a tumores benignos. Entre éstos los más frecuentes son el tumor adenomatoide (73%), el leiomioma (11%) y los cistoadenomas papilares (9%). El resto (7%) son tumores benignos de diversa estirpe histológica (angiomas, lipomas, quistes dermoides, fibromas, hamartomas, teratomas y colesteatomas).

Los tumores malignos suponen el 25% de las neoplasias del epidídimo. De éstos, el 44% son sarcomas, el 27% metástasis y el 24% carcinomas primarios de epidídimo.

Los tumores adenomatoides representan, como grupo, aproximadamente el 30% de todas las neoplasias paratesticulares. En el hombre son más frecuentes en el epidídimo, aunque también pueden hacerlo en la albugínea testicular, vaginal y cordón espermático. Otras localizaciones posibles son los conductos deferentes, próstata y suprarrenales. En la mujer han sido comunicados en útero, trompas de Falopio y, raras veces, en ovario. Los tumores adenomatoides, como la mayoría

TABLA I. DATOS CLÍNICOS.

CASO	EDAD	ANTECEDENTES PERSONALES	EXPLORACIÓN FÍSICA	MARCADORES TUMORALES	TRATAMIENTO
1	21	Sin interés	Masa testicular izquierda	Negativos	Orquiectomía radical
2	65	Politraumatismo en juventud; cáncer de próstata	Masa paratesticular izquierda	Negativos	Exéresis Masa
3	33	Trombocitosis esencial	Masa paratesticular izquierda	Negativos	Exéresis Masa
4	54	Sin interés	Masa paratesticular derecha	Negativos	Exéresis Masa
5	57	HTA	Masa testicular izquierda	Negativos	Orquiectomía radical
6	59	Fumador, Dislipemia	Masa paratesticular derecha	Negativos	Exéresis Masa
7	59	Sin interés	Masa paratesticular derecha	Negativos	Exéresis Masa
8	44	Fumador	Masa paratesticular izquierda	Negativos	Exéresis Masa
9	56	Insuficiencia renal Crónica leve	Masa paratesticular derecho	Negativos	Exéresis Masa

de los tumores intraescrotales, son más comunes en la raza blanca.

Existen varias teorías en cuanto a su histogénesis: origen mesotelial, mülleriano, mesonéfrico y endotelial. La hipótesis más aceptada es la del origen mesotelial, apoyada por la microscopía electrónica (6) (existencia de células muy similares a las del mesotelio normal y del mesotelioma) y los estudios inmunohistoquímicos (gran concentración de ácido hialurónico, al igual que en los mesoteliomas) (7). En algunas publicaciones estos tumores aparecen referidos como mesoteliomas benignos. La causa de su preferente localización genital no ha sido bien explicada. Algunos autores lo consideran una reacción a agresiones o a procesos inflamatorios.

Se diagnostica en la edad adulta, siendo la mayor incidencia entre la tercera y quinta década de la vida,

pero se han descrito tumores en pacientes de 20 a 80 años. Clínicamente, se manifiesta como una masa indolora que el enfermo descubre de manera fortuita, más raramente presenta dolor. Suele ser una lesión pequeña, entre 2 y 5 cm., con predominio de localización en el lado izquierdo y de crecimiento lento. La mayor parte se origina en los polos inferior o superior del epidídimo o en su vecindad, con una incidencia ligeramente mayor en el polo inferior. Ocasionalmente es causa de dolor o molestias leves. A veces se asocia a hidrocele. La ecografía nos informa de la naturaleza sólida (masa homogénea hiperecogénica, aunque puede adoptar cualquier morfología) de la lesión y de su localización (8). La RMN puede ser de utilidad en la diferenciación de estas lesiones con otros procesos patológicos (Figura 1).

Macroscópicamente es un tumor pequeño, redondeado, sólido y de consistencia elástica. El corte revela una su-

TABLA II. DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS.

CASO	LATERALIDAD	LOCALIZACIÓN	TAMAÑO	HISTOLOGÍA
1	Izquierda	Testículo	No consta	Predominio glandular Proliferación linfoide
2	Izquierda	Cola Epidídimo	2,5 cm	Predominio glandular Proliferación linfoide Estromahializado
3	Derecho	Epidídimo	15 mm	Predominio glandular Proliferación linfoide Estromahializado
4	Derecho	Epidídimo	8 mm	Predominio glandular Proliferación linfoide
5	Izquierda	Testículo	No consta	Predominio glandular Proliferación linfoide Pseudohiperplasia Rete Testis Hialinización tubular disgenética
6	Derecho	Epidídimo	10 mm	Patrón alveolar Hiperplasia muscular lisa
7	Derecho	Epidídimo	8 cm	Predominio glandular Proliferación linfoide Hiperplasia muscular lisa Quiste testicular de restos embrionarios
8	Izquierda	Epidídimo	10 mm	Predominio glandular Proliferación linfoide Hiperplasia muscular lisa
9	Derecho	Cola Epidídimo	4 cm	Predominio glandular Proliferación linfoide Quiste cabeza epidídimo



FIGURA 1. RMN: testículos normales, lesión nodular en cola epidídimo derecho de 18 mm. redondeada rodeada por halo intenso hipointenso en T2 homogénea en su interior, compatible con tumor adenomatoide cola epidídimo derecho.

perficie blanca, amarilla o marrón con aspecto fibroso. Desde el punto de vista microscópico, se caracteriza por una serie de espacios más o menos irregulares, revestidos por una capa de células epiteliales planas o cúbicas rodeadas de estroma colágeno e incluso fibras musculares (Figura 2). La disposición de las células epiteliales permite reconocer tres patrones: plexiforme, glandular y angiomatoide. Los núcleos presentan un tamaño y una distribución de la cromatina uniformes, en general son esféricos y centrales con un solo nucléolo presente (Fi-

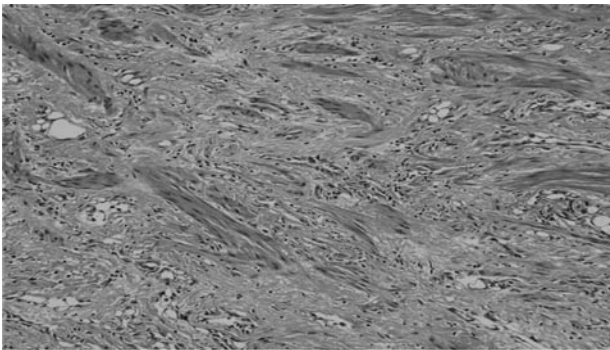


FIGURA 3. Hiperplasia de músculo liso en tumor adenomatoide paratesticular.

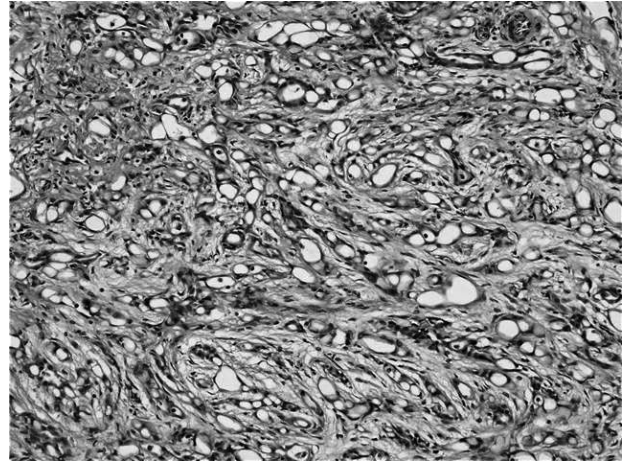


FIGURA 2. Tumor adenomatoide de epidídimo.

gura 3). El citoplasma es acidófilo y finamente granular. El estroma puede estar compuesto por tejido laxo o denso de colágeno con hialinización, y está presente en cantidades variables (Figura 4). Un rasgo relativamente frecuente consiste en la presencia de vacuolas en el interior de las células epiteliales. Las vacuolas pueden ser diminutas o grandes y, a veces, llegan a ocupar la mayor parte del citoplasma de las células.

Desde el punto de vista inmunohistoquímico se caracteriza por expresar siempre citoqueratina AE1/AE3 y EM, no expresando marcadores epiteliales ni los factores VIII y CD34. Su origen mesotelial es confirmado con la técnica inmunohistoquímica para Calretinina (Figura 5). La Calretinina es una proteína fijadora de calcio perteneciente a la familia de la proteína S100 que se localiza tanto en el citoplasma como en el núcleo celular. Se identificó inicialmente en el tejido neural. Tiene una

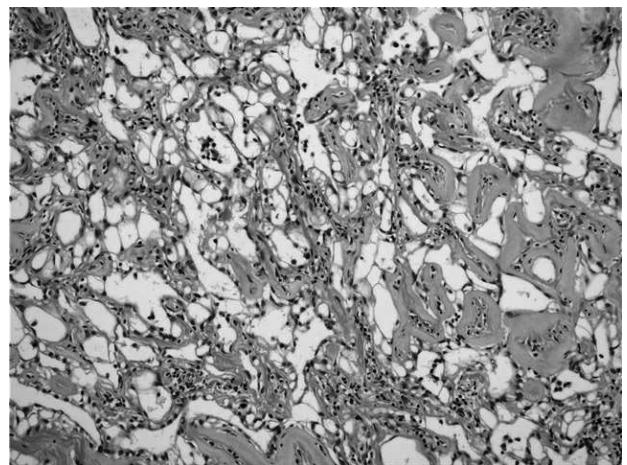


FIGURA 4. Estroma hialino en tumor adenomatoide de epidídimo.

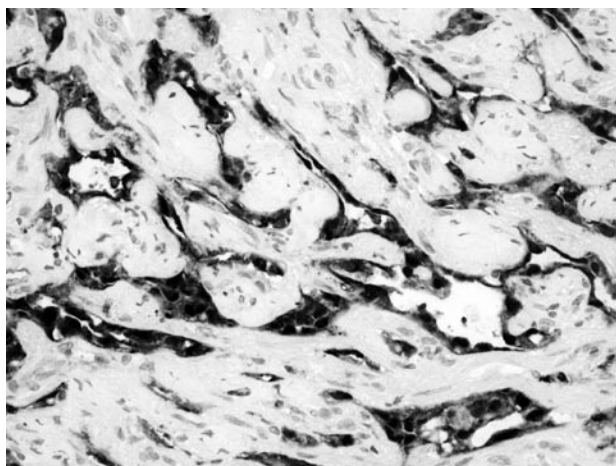


FIGURA 5. Expresión de calretinina en tumor adenomatoide de epidídimo.

alta sensibilidad para identificar mesoteliomas y células mesoteliales, siendo muy rara su expresión en tumores malignos.

Se comporta como un tumor benigno. En ocasiones, se han observado atipias nucleares e invasión local, sobre todo en los localizados en la cabeza del epidídimo, no conociéndose casos de malignización, de metástasis o de recidiva tras su exéresis.

El tratamiento, al igual que otras lesiones benignas en la misma localización, consiste en la exéresis quirúrgica, como enucleación o epididimectomía total o parcial cuando la tumoración esta bien delimitada y la biopsia intraoperatoria no ofrecen dudas en cuanto a su benignidad (9).

En la literatura urológica española el primer caso fue descrito por Montero (10) en 1968, desde entonces se han comunicado treinta y cinco casos, debido a la escasa presentación de esta lesión.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. Moyano Calvo JL, Giraldez Puig J, Sánchez de la Vega J et al. Tumor adenomatoide de epidídimo. Actas Urol Esp 2007; 31: 417-19.
2. Tammela TLJ, Karttunen TJ, Mäkräinen HP et al. Intraescrotal adenomatoid tumors. J Urol 1991; 146:61.
3. Timonera ER, Paiva ME, Lopes JM, Eloy C, van der Kwast T, Asa SL. Composite adenomatoid tumor and myelolipoma of adrenal gland: report of 2 cases. Arch Pathol Lab Med 2008; 132:265-7.
4. Nagata S, Aishima S, Fukuzawa K, Takagi H, Yonemitsu H, Iwashita Y et al. Adenomatoid tumour of the liver. J Clin Pathol 2008; 61:777-80.
5. Beccia DJ, Krane RJ, Olsson CA. Clinical management of nontesticular intraescrotal tumors. J Urol 1976; 116:476.
- **6. Nistal M, Contreras F, Paniagua R. Adenomatoid tumour of the epididymis: Histochemical and ultrastructural study of 2 cases. Br J Urol 1978; 50:121.
7. Delahunt B, King JN, Bethwaite PB et al. Immunohistochemical evidence for mesothelial origin of paratesticular adenomatoid tumour. Histopathology 2000; 36:109-15.
8. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. From the archives of the AFIP: extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2003; 23:215-240.
- **9. Sánchez Merino JM, Parra Muntaner L, García Alonso J. Tumores Paratesticulares. Actualidad en Urología. Acción Médica. 1999.
- *10. Montero J. Tumor adenomatoide de epidídimo. Arch Esp Urol 1968; 21:425-28.