

DEGENERACIÓN QUISTICA GIGANTE DE LA RETE TESTIS

Luis A. Busto Martín, Daniel López García, Iyad Barghouti, Venancio Chantada Abal y Luis Busto Castañón¹.

Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.
¹Clínica Urológica Dr. Busto. Hospital San Rafael. La Coruña. España.

Resumen.- *OBJETIVOS:* Presentar el caso de un quiste gigante de la rete testis.

MÉTODO/RESULTADO: Se trata de un paciente de 85 años que durante el seguimiento por un adenocarcinoma de próstata con bloqueo androgénico completo consulta por aumento del tamaño del hemiescrotos izquierdo de dos meses de evolución. Se realizó una orquiectomía bilateral, confirmando en el estudio histopatológico de dilatación quística de la rete testis de 11x11x9cm de tamaño.



CORRESPONDENCIA

Luis Busto Castañón
Clínica Urológica Dr. Busto
Hospital San Rafael
La Coruña (España)

lbm@urologiabusto.com

Trabajo recibido: 8 de febrero 2009.

CONCLUSIÓN: Este caso de degeneración quística de la rete testis, con un tamaño fuera de lo común (11x11x9cm, mientras que en la literatura refieren un tamaño medio de 3x3x3cm) podría estar relacionado con el desbalance andrógeno-estrogénico por el BAC en el contexto de un cáncer de próstata.

Palabras clave: Quiste rete testis. Degeneración rete testis. Quiste gigante de testículo.

Summary.- OBJECTIVES: We present a case of giant cyst of the rete-testis

METHODS/RESULTS: 85 year-old patient on follow-up for prostate cancer with maximum androgen blockade (MAB) treatment consults for a left hemiscrotum increase in size over a 2-month period. We performed bilateral orchiectomy confirming the histopathological diagnosis of cystic dilatation of the rete-testis sized 11x11x9cm.

CONCLUSIONS: This case of cystic degeneration of the rete-testis, with a size out of common (11x11x9cm versus medium size in the literature: 3x3x3cm), could be related with an androgen-estrogen misbalance caused by a MAB in a prostate cancer context.

Keywords: Cyst of the rete-testis. Degeneration of the rete-testis. Giant testicle cyst.

INTRODUCCIÓN

La rete-testis esta formada por un conjunto de conductos interconectados, situados en la parte alta del testículo, recubiertos por un estroma fibroso que se continúa con la túnica albugínea, lugar frecuente de quistes benignos. Consta de tres segmentos: la porción septal, formada por los túbulos rectos; la porción mediastínica, consistente en canales aplanados que discurren paralelos al hilio, y la porción extratesticular, donde los canales se dilatan para formar pequeñas cavidades. Esta porción acaba en los ductos deferentes.

Las lesiones quísticas benignas de la rete testis se clasifican en cuatro tipos fundamentales: displasia quística, cistoadenoma, quiste simple y transformación quística (1) también llamada ectasia tubular de la rete testis. Las cuatro se presentan como masas escrotales indoloras, palpables y que transiluminan. La displasia quística es una patología congénita que se manifiesta en la infancia, con unos 401 casos descritos hasta la actualidad, resultado de un defecto de unión de los túbulos de la rete testis, con origen en el blastema gonadal, y los ductos eferentes, derivados del conducto de Wolff (1-3); en un 55% de los casos se asocia age-

nesia renal ipsilateral (4); supone un reto diagnóstico y terapéutico, tendiendo los autores más recientes hacia cirugía conservadora de parénquima testicular (2,3). El cistoadenoma de la rete testis es una lesión rara que puede aparecer en varios segmentos de edad y en ocasiones es difícil de distinguir histológicamente de la transformación quística de la rete testis (1). Los quistes simples de la rete testis ocurren esporádicamente o asociados a la hemodiálisis (1), siendo en ambos casos infrecuentes

Los quistes intraescrotales (5) se podrían definir como:

a) parenquimatosos: donde situamos a los quistes simples, los quistes de la rete testis, quistes dermoides y epidermoides y quistes de la túnica albugínea y

b) extraparenquimatosos: Epididimarios (10-11%) ya sean congénitos o adquiridos y vaginales, los cuales son muy poco frecuentes. El caso que nos ocupa corresponde a una dilatación quística de la rete testis.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 85 años, con antecedentes de adenocarcinoma de próstata tratado con análogos de la LHRH, manteniendo un adecuado control bioquímico de la enfermedad, y que consulta por un cuadro de 2 meses de evolución consistente en aumento de tamaño de hemiescrotos izquierdo (Figura 1), estando ausentes el dolor, la fiebre u otra clínica. A la exploración física, se objetiva un hemiescrotos izquierdo mayor de lo normal, a tensión, con una masa que impide identificar el testículo izquierdo. Se solicitaron análisis de sangre, comprobándose beta-HCG y alfa-fetoproteína dentro de los rangos de referencia, y eco-



FIGURA 1. Masa indolora en hemiescrotos izquierdo.

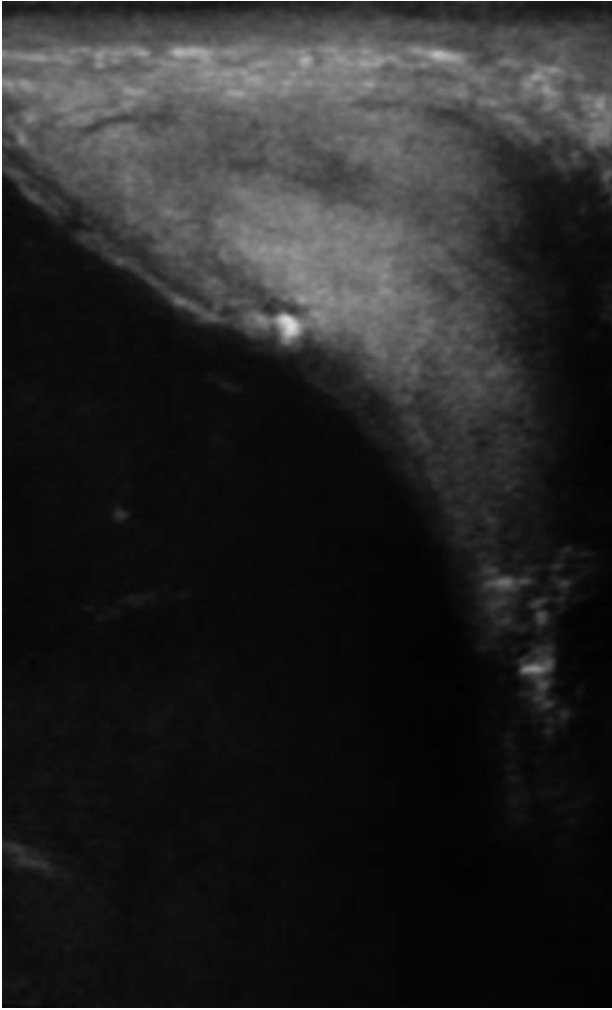


FIGURA 2. Masa quística que comprime y desplaza el parénquima del testículo izquierdo.

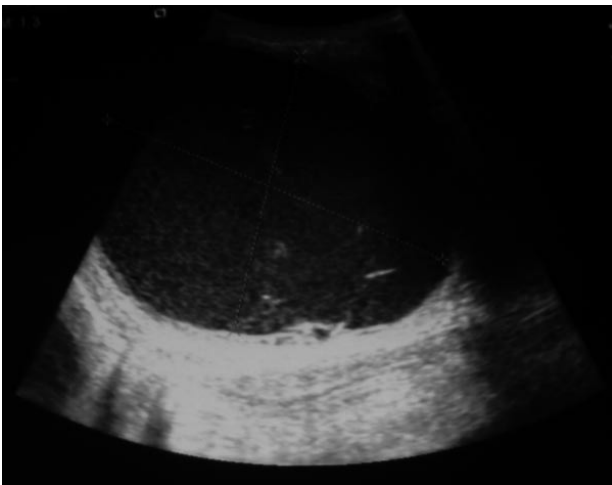


FIGURA 3. Masa quística de 10x8 cm.

grafía escrotal (Figuras 2 y 3), informada como: "gran masa quística a nivel de escroto izquierdo, de 10x8,3 cm., que comprime y desplaza el testículo, compatible con un gran quiste dependiente del epidídimo, aunque no se puede descartar otras posibilidades, como cistoadenoma". Con los datos clínicos, y valorando los diagnósticos diferenciales y la situación del paciente, se le oferta orquiectomía bilateral, la derecha subalbugínea y la izquierda inguinal, que acepta.

La pieza quirúrgica (Figura 4) tenía un peso de 550 g., medía 11x11x9 cm. y presentaba una coloración parduzco-hemorrágica; al corte se evidenció una cavidad quística que comprimía el parénquima testicular. El estudio patológico microscópico, incluyó secciones de pared de quiste y del resto del teste y reveló (Figuras 5 y 6) una lesión quística tapizada de epitelio plano, con zonas de ulceración, hemorragia y tejido necrótico; el parénquima testicular tenía intensos signos de atrofia, fibrosis y congestión vascular, con una ausencia casi total de células germinales en los túbulos seminíferos.

El diagnóstico anátomo-patológico fue: quiste testicular benigno compatible con dilatación quística de la rete testis.

DISCUSIÓN

La transformación quística de la rete testis es una lesión propia del adulto. Se ha encontrado hasta en un 1.6% de los estudios en autopsias y en piezas quirúrgicas obtenidas por otra causa (1), aunque rara vez se hace clínicamente evidente como masa palpable y en ocasiones el diagnóstico es incidental en pruebas de imagen. A diferencia de la displasia quística de la rete testis, no es una lesión congénita, sino adquirida, por



FIGURA 4. Especimen quirúrgico.

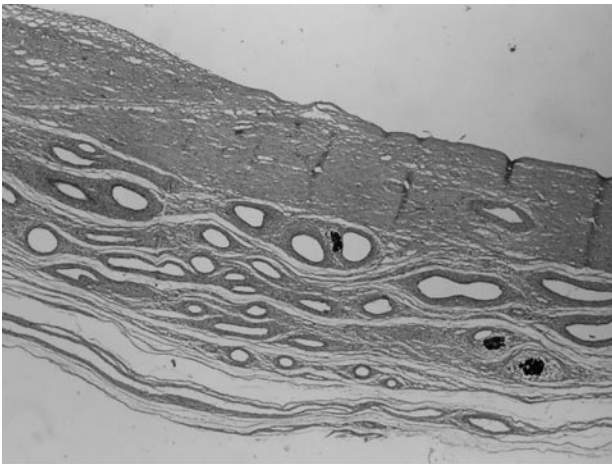


FIGURA 5. Imágenes histológicas de la lesión.

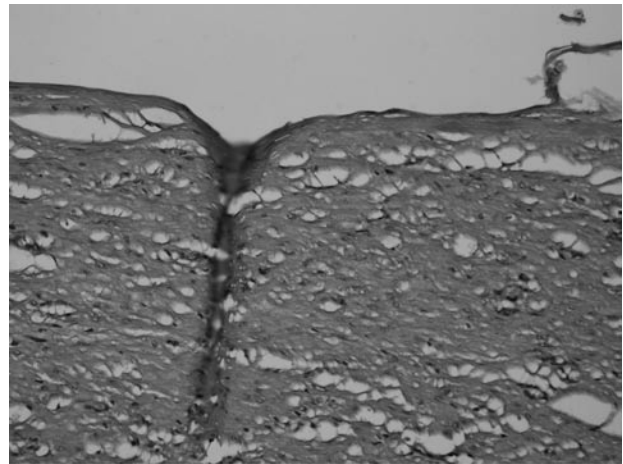


FIGURA 6. Imágenes histológicas de la lesión.

lo que no se asocia a anomalías müllerianas ni wolffianas, y sí se relaciona con factores ambientales, como criptorquidia, factores mecánicos como la compresión del epidídimo o del cordón espermático de cualquier origen, incluyendo neoplásico o infeccioso o cambios atróficos en los túbulos epididimarios inducidos por isquemia o por alteraciones hormonales (1), como un desbalance andrógeno-estrogénico como ocurre en nuestro caso. Algunas veces no se identifica una causa. Sea cual sea el desencadenante, los ductos de la rete testis se dilatan, alcanzando una ectasia micro y macroscópica revestida por células de epitelio plano o cuboidal o por metaplasia columnar.

La transformación quística de la rete testis es una lesión benigna que puede ser sospechada con un grado razonable de precisión basándonos en pruebas de imagen, como la ecografía y la resonancia (1,6), y en los datos clínicos.

Además de la edad de presentación y del origen de la lesión (varones mayores de 55 años, siendo bilateral en el 29-69% de los casos y generalmente asimétrica), la displasia quística y la transformación quística se distinguen por su enfoque terapéutico: anteriormente, la displasia quística se trataba con orquiectomía radical; actualmente la tendencia es cada vez más conservadora, incluyendo cirugía con preservación de parénquima testicular e incluso observación en los casos en los que el grado de compresión es menor.

CONCLUSIONES

El interés de la presentación de esta caso radica en el tamaño de la lesión (11x11x9cm), que no suele exceder de 3x3x3cm, no habiendo encontrado en la literatura un tamaño similar al nuestro. Por otro lado pensamos que su etiología podría estar relacionada

con el desbalance andrógeno-estrogénico inducido por el BAC en el contexto de su adenocarcinoma de próstata.

Es de mencionar la necesidad de diferenciar esta patología con otras lesiones quísticas, por la posibilidad de estar relacionadas con otras malformaciones acompañantes.

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

1. E. Easley S T, MacLennan G. Benign cystic lesions of the rete testis. *JUrol*, 2006; 176, 1622-1630
2. Kajo K, Matoska J, Javorka K, Machalekova K, Tomaskin R, Climent K. Cystic dysplasia of the rete testes. *APMIS*, 2005; 113: 720-3.
3. Burns J A, Cooper C S, J. Austin C. Cystic dysplasia of the rete testis associated with renal agenesis and contralateral crossed ectopia. *Urol*, 2002; 60 (2): 344 XIV- 344XV.
4. Mac New H G, Terry N E, Fowler C L. Cystic dysplasia of the rete testis. *J. Ped Surg*, 2008; 43, 768-770.
- **5. García-Morúa A, Triana Vazquez F, Gutierrez-García JD et al. Cistoadenoma de la rete testis: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 2008; 68(5):296-298
- **6. F. J Amorós Oliveros, E. Cerezo López, J. Lemos Zunzunegui et al. Utilidad de la ecografía en el estudio del escroto. *Medicina General* 2001, N°extraordinario: 97109
- *7. Pascual Mateo C, Fernandez González I, Luján Galán M, et al. Ectasia quística de la rete testis. *Arch Esp Urol*, 2006; 59 (1):203-209.