



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Valsero, María Esther; Samaniego, Miguel Pascual; García Lagarto, Elena; Pascual Fernández, Angela; Cortiñas González, José Ramón; Fernández del Busto, Ernesto
PSEUDOTUMOR FIBROSO QUE AFECTA A LA TÚNICA VAGINAL, EL EPIDÍDIMO Y
LA VÍA SEMINAL

Archivos Españoles de Urología, vol. 66, núm. 9, noviembre, 2013, pp. 873-877
Editorial Iniestares S.A.
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181043811006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PSEUDOTUMOR FIBROSO QUE AFECTA A LA TÚNICA VAGINAL, EL EPIDÍDIMO Y LA VÍA SEMINAL

María Esther Valsero, Miguel Pascual Samaniego, Elena García Lagarto, Angela Pascual Fernández, José Ramón Cortiñas González y Ernesto Fernández del Busto.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Valladolid. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentamos un caso evolucionado de Pseudotumor fibroso.

MÉTODOS: Varón de 34 años que consulta por bultoma escrotal derecho indoloro presentando a la exploración un engrosamiento de consistencia indurada fusionado a la cola y el cuerpo de epidídimo derecho. El estudio ecográfico no fue aclaratorio planteando múltiples diagnósticos diferenciales. Se realizó exéresis de la lesión precisando una epididimectomía parcial derecha y resección de la

túnica vaginal y el conducto deferente afectados para su estudio anatomopatológico.

RESULTADOS: El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica correspondía a un pseudotumor fibroso evolucionado, con metaplasia ósea.

CONCLUSIÓN: El pseudotumor fibroso es una lesión paratesticular benigna, de crecimiento lento e indoloro. El diagnóstico suele ser por hallazgo casual o por procesos asociados como el hidrocele. El diagnóstico diferencial con los tumores malignos evita tratamientos radicales innecesarios.

Palabras clave: Pseudotumor fibroso. Lesión paratesticular. Testículo. Túnica vaginal.

Summary.- OBJECTIVE: To report one case of advanced fibrous pseudotumour.

METHODS: A 34-year-old patient presented with a painless lump on the right side of the scrotum. Examination revealed a hard tissue thickening attached to the tail and body of the right epididymis. The results of the ultrasound study were not clear and multiple differential diagnosis were considered. The lesion was surgically removed by partial right epididymectomy and resection of the affected tunica vaginalis and ductus deferens for anatomopathological study.

RESULTS: The histopathological study revealed an evolved fibrous pseudotumour with bone metaplasia.

CONCLUSION: Fibrous pseudotumour is a benign paratesticular lesion that grows slowly and painlessly. It is usually diagnosed by chance or in associated processes such as hydrocele. Differential diagnosis with malignant tumors avoids unnecessary radical treatment.

Keywords: Fibrous pseudotumour. Paratesticular lesion. Testicle. Tunica vaginalis.

CORRESPONDENCIA



María Esther Valsero
Servicio de Urología
Hospital Clínico Universitario
Valladolid (España)

esther.valsero@gmail.com

Aceptado para publicar: 14 de marzo 2011

INTRODUCCIÓN

El pseudotumor fibroso representa un diagnóstico clínico raro. La naturaleza reactiva y no neoplásica del pseudotumor fibroso no se reconoce hasta 1960 (1).

En el 72% de los casos tiene su origen en la túnica vaginal, de los que a su vez son puros un 70%, afectando en un 30% a otras estructuras como la albugínea, el epidídimo, el cordón espermático y el parénquima testicular. Un 22% se originan en el epidídimo (75% puros y un 25% con afectación de la túnica vaginal, el cordón espermático y el parénquima testicular), el

resto se localizan en el cordón espermático y la túnica albugínea o en localización paratesticular no especificada.

Presentamos un nuevo caso de pseudotumor fibroso, una lesión paratesticular de naturaleza benigna.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años de edad con antecedentes personales de hernioplastia inguinal derecha y episodios repetidos de fiebre reumática en la infancia. Acudió a la consulta por aumento de tamaño de hidrocele derecho diagnosticado clínicamente cuatro años antes que condicionaba molestias ocasionales. El paciente no refería antecedentes de traumatismo ni de infección a este nivel. A la exploración física se observó un hidrocele derecho de 6 cm sin tensión, con induración en la cara inferomedial escrotal derecha de aproximadamente 2 cm e indolora sin poder aclarar el origen de la misma.

La ecografía escrotal informaba de hidrocele derecho complicado con tabiques y engrosamiento de la túnica vaginal y cubiertas escrotales con áreas heterogéneas calcificadas dorsales de 3x2 cm independientes del epidídimo, con pequeña impronta en el teste derecho pero de localización extratesticular, siendo el parénquima gonadal bilateral normal. El Eco-doppler evidenció una vascularización normal en ambos testículos y un engrosamiento de la túnica vaginal inferior derecha sin vascularización, en relación con una paquivaginitis crónica. Estos hallazgos eran compatibles ecográficamente con un hematoma crónico hemiescrotal derecho. No obstante, se solicitaron marcadores testiculares con resultado de β -HCG: 0 mUI/ml y AFP: 0,9 ng/ml, valores dentro de la normalidad.

El día del ingreso se procedió a realizar una nueva exploración evidenciándose una reabsorción espontánea del hidrocele derecho encontrándose el engrosamiento parietal previo fusionado a la cola y el cuerpo del epidídimo derecho sin poder independizarlo e igualmente indoloro. La palpación del teste derecho más accesible en este momento, era compatible con la normalidad. Ante estos nuevos hallazgos, se realizó una nueva ecografía encontrando ambos testículos de ecoestructura normal con reabsorción del hidrocele derecho y persistencia de varias lesiones heterogéneas calcificadas en íntimo contacto con la túnica vaginal, el cuerpo y la cola del epidídimo derecho, imprimando la de mayor tamaño sobre el testículo derecho, todas ellas sin vascularización.

Precisando un diagnóstico anatomopatológico y de acuerdo con el paciente, se realizó una exploración escrotal bajo anestesia objetivándose un magma fibroso sin planos de separación que englobaba las cubiertas escrotales, la cola y el cuerpo del epidídimo y el conducto deferente proximal, presentando adherencias a la albugínea testicular desestructurando y obstruyendo la vía seminal derecha a los niveles descritos. Se realizó una resección de la lesión mencionada implicando una epididimectomía parcial derecha con sección del conducto deferente proximal.

El informe anatomopatológico describía una lesión de 5 cm de diámetro mayor de una coloración nacarada y de consistencia firme mostrando al corte un patrón sólido arremolinado en la pieza correspondiente a la cola del epidídimo y el conducto deferente; la túnica vaginal estaba engrosada con zonas blanquecinas nodulares de aspecto fibroso.

El diagnóstico definitivo histopatológico fue definido como pseudotumor fibroso (periorquitis reactiva no

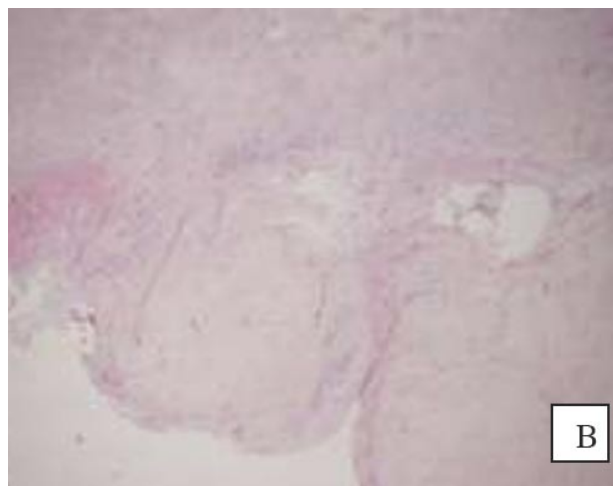
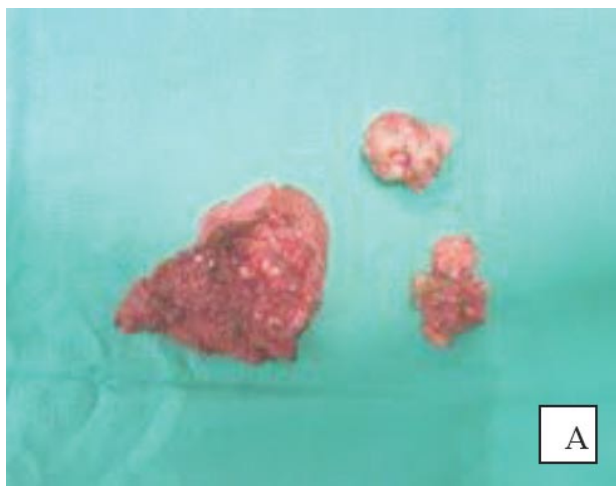


Figura 1. Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica donde se observa los nódulos de aspecto fibroso (A). Imagen microscópica de la túnica vaginal observándose nódulos fibrosos en la superficie (B).

dular) que no infiltraba el conducto deferente ni al epidídimo pero sí que condicionaba una obstrucción de la vía seminal por compresión extrínseca debida a la fibrosis periférica. Microscópicamente se apreciaba la existencia significativa de linfocitos, células plasmáticas e histiocitos traduciéndose en un infiltrado inflamatorio crónico residual, con calcificaciones microscópicas como resultado de una metaplasia ósea. La inmunohistoquímica resultó ser negativa para actina músculo liso, desmina, CD-34 y c-kit (CD-117), no aportando datos de interés.

DISCUSIÓN

Los tumores intraescrotales no testiculares suponen el 5% del total de los tumores intraescrotales y derivan de: el epidídimo, el cordón espermático, la túnica vaginal, el tejido de la pared del escroto, el tejido adipo-

so, muscular, fibroconectivo, linfático y nervioso y por último de metástasis (2).

Las masas sólidas extra-testiculares son casi siempre benignas, con una prevalencia de malignidad del 3% aproximadamente, siendo el más frecuente el rabdomiosarcoma (3,4).

Existen múltiples y diversas denominaciones para el pseudotumor fibroso paratesticular, PFP (5,6): Periorquitis fibromatosa, Fibrosis peritesticular, Pseudotumor fibroso, Periorquitis nodular, Proliferación difusa fibrosa paratesticular, Proliferación nodular fibrosa paratesticular, Tumor fibromatoso benigno de región paratesticular, Pseudotumor calcificante fibroso, Periorquitis crónica proliferativa, Fibrosis paratesticular inespecífica, Proliferación fibrosa de la túnica vaginal, Fibroma, Periorquitis crónica proliferativa, Fibro-pseudotumor nodular, Periorquitis reactiva y "Ratón escrotal".

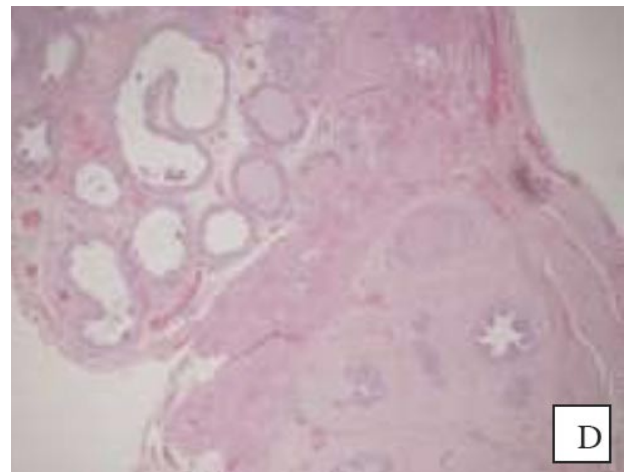
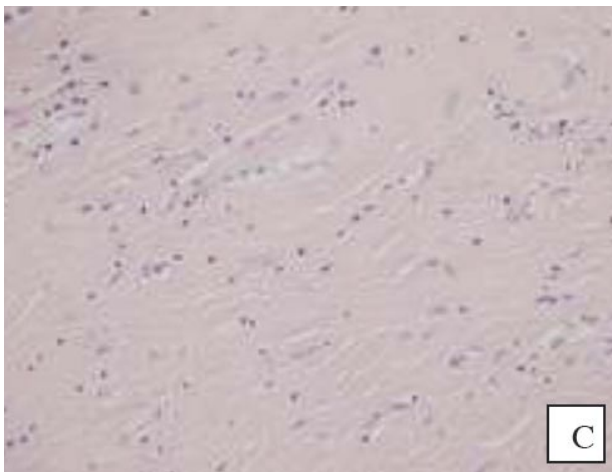
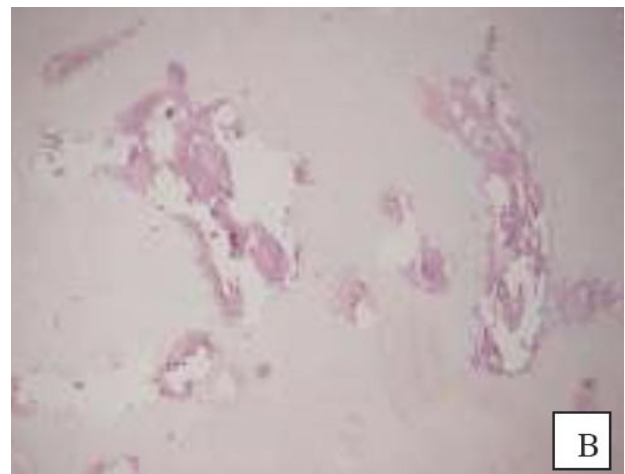
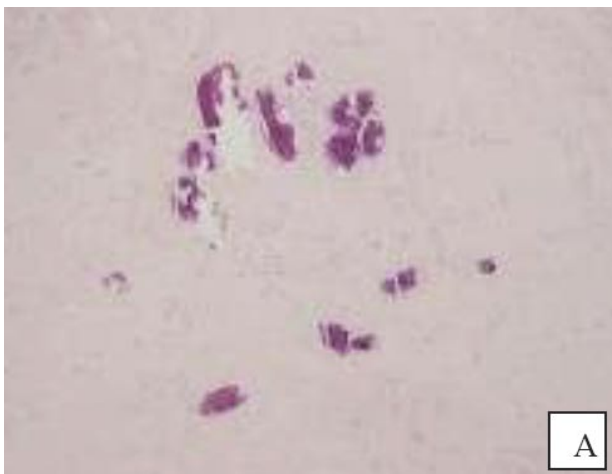


Figura 2. Tejido fibroso con abundantes vasos de pequeño tamaño y focos de calcificación distrófica (A). Zona más evolucionada con tejido fibroso acelular y focos de osificación (B). Zona más reciente de tejido fibroso con vasos y celularidad inflamatoria (C). Epidídimo con ligera dilatación de algunos túbulos y el conducto deferente normal (D).

El pseudotumor fibroso es una lesión pseudotumoral de probable naturaleza reactiva dada su frecuente asociación con el hidrocele, traumatismos testiculares o procesos inflamatorios y está descrita de modo preferente en varones de entre 30 y 60 años, aunque puede presentarse a cualquier edad.

El hidrocele representa la lesión más frecuentemente asociada al pseudotumor fibroso, llegando a aparecer en el 50% de los casos. La infección por el *Schistosoma haematobium* también ha sido asociada a este proceso (7).

Esta lesión está caracterizada desde el punto de vista histológico por la proliferación nodular de un tejido fibroso intensamente hialinizado y con frecuencia calcificado (5,8,9), presentando tejido de proliferación fibroblástica en un estroma con extensa producción de colágeno, capilares y células de extirpe inflamatoria crónica (células plasmáticas, histiocitos y eosinófilos) con diversos grados de maduración según el tiempo de evolución, desde tejido de granulación organizado hasta tejido completamente hialinizado. En ocasiones, se han observado calcificaciones distróficas u osificación focal en los casos más evolucionados (10).

La presencia de diferenciación de miofibroblastos en la mayoría de las células fusiformes es un hecho valorado por varios autores con marcadores positivos para actina de músculo liso, actina músculo específica y vimentina. Sin embargo en bastantes casos, entre ellos el nuestro, muestra negatividad para ambas actinas.

Esta entidad debe ser diferenciada de otras lesiones escrotales de consistencia media/firme tales como el tumor adenomatoide, la calcicosis idiopática del escroto, el leiomioma genital, el polimatrixoma, la periorquitis meconial, el mesotelioma testicular o el teratoma rico en elementos condroóseos. Son lesiones muy semejantes, desde el punto de vista histopatológico, a los tumores solitarios fibrosos benignos de la pleura.

El tratamiento de elección es la exéresis de la túnica vaginal para poder reseca los tumores. En ocasiones, si los nódulos fibrosos son numerosos sobre el epidídimo puede ser imposible disecar la túnica vaginal del epidídimo teniendo que incluir éste y el resto de las estructuras afectadas, como ha ocurrido en el presente caso, pudiéndose realizar de esta forma una cirugía conservadora.

CONCLUSIONES

Los tumores paratesticulares son sólo un 5% del total de los tumores intraescrotales y, entre ellos, el pseudotumor ocupa el cuarto lugar en frecuencia tras los lipomas, el tumor adenomatoide de epidídimo y el leiomioma, siendo el rhabdomyosarcoma la lesión de naturaleza maligna más incidente.

Son lesiones de crecimiento lento e indoloro, difíciles de localizar cuando afectan a ambas túnicas y muy heterogéneas dada la presencia de tejido epitelial y mesenquimal que existe en esta localización. En los casos más evolucionados como el que presentamos tienen inclusiones microscópicas en relación a una metaplasia ósea.

Alrededor de dos terceras partes de todos los pseudotumores fibrosos del área genital ocurren en las túnicas testiculares. Ante la aparición de un tumor fibroso en el escroto se debe realizar el diagnóstico diferencial con el tumor testicular, el tumor del cordón espermático y el tumor de las túnicas vaginales, por lo que es importante considerar esta patología y realizar un diagnóstico histológico que los diferencie para no condicionar tratamientos radicales innecesarios.

En nuestro caso, la reabsorción espontánea del hidrocele junto a la exploración testicular donde se palpaba un engrosamiento de la pared escrotal fusionado al epidídimo derecho hizo que se modificara la impresión diagnóstica inicial teniendo que realizar una exploración quirúrgica de la lesión con exéresis de la misma para su estudio histopatológico, ya que el interés clínico de esta entidad patológica es la clara ausencia de comportamiento agresivo y potencial metastático.

A diferencia de las lesiones testiculares, el 95% de éstas malignas, las lesiones paratesticulares son benignas en el 77%, siendo la ecografía y la exploración quirúrgica con biopsia peroperatoria determinante para un adecuado manejo evitando así la orquiectomía radical.

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

1. Morgan AD. Inflammatory lesions simulating malignancy. *Brit J Urol* 1964;36 (suppl): 95-102.
2. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. Extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. From the archives of the AFIP. *Radiographics*, 2003; 23:215-40.
- *3. Zozikov B, Kamenova M, Otsetov A. Intraescrotal nontesticular tumours. *Khirurgiia (Sofia)* 1999; 55:47-52.
4. Sen S, Patterson D, Sandoval O y cols. Testicular adnexal fibrous pseudotumors. *Urology* 1984, 23:594.
- *5. Ruiz Liso JM, Ruiz García J, Del Agua Arias C, Vaillo Vinagre A, Gutiérrez Martín A, García Pérez MA. Proliferación nodular y difusa fibrosa de la túnica vaginal del testículo. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Rev. Esp. Patol.* 2004; vol 37, no 1:91-98.

- **6. López Aramburu MA, Viguri Díaz A, Peña Pérez P, Rosa Arias J, Saiz Camin. M. Pseudotumor fibroso paratesticular. Arch. Esp. Urol. 2008;61, 8 (932-936).
- *7. García Torrelles M, Beltrán Armada JR, Santolaya García I, Carrascosa Lloret V, Tarín Planes M, San Juan D y cols. Tumor fibroso solitario de la túnica vaginal. Arch. Esp. Urol, 2006; 59,2 (186-189).
- **8. Tobias Machado M, Corrêa Lopes Neto A, Simardi LH, Borrelli M, Wroclawski ER. Fibrous pseudotumor of tunica vaginalis an epididymis. Urol, 2000; 56 (4).
- 9. Ortiz Rodriguez-Parets J, Silva Abuin J, Abad Hernández M, Martín Rodríguez A, Bullón Sopelana A. Periorquitis fibromatosa (pseudotumor fibroso testicular). Arch. Esp. Urol.2002; 55, 7 (847-849).
- 10. Brujines E, Ladde BE, Dabdhoiwala NF y cols. Fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis. Urol Int 1984; 45: 63-64.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2013; 66 (9): 877-879

HEMATOCELE GIGANTE SECUNDARIO A LA RUPTURA DE UN HIDROCELE ABDOMINO ESCROTAL

Felipe Sáez, María José Descalzo¹, Bernardo Herrera, Elisabeth Castillo, Juan Andrés Cantero, Cristobal Marchal y Francisco Javier Machuca Santa Cruz.

Departamento de Urología y Medicina Familiar y Urgencias¹, Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentación de un caso de hematocele secundario a un hidrocele abdomino escrotal en la edad adulta.

MÉTODO Y RESULTADO: Presentamos el caso de un paciente que presentó este inusual tipo de hidrocele que tras un mínimo traumatismo escrotal ocasionó un importante hematocele. Se trata de un hidrocele que se extiende a través del canal inguinal hacia el espacio retroperitoneal, reseñando su aproximación diagnóstica así como el tratamiento quirúrgico.



CORRESPONDENCIA

Felipe Sáez
Servicio de Urología
Hospital Virgen de la Victoria
Málaga (España)

felipe_saez_1983@hotmail.com

Aceptado para publicar: 23 de marzo 2011