



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Garrido Abad, Pablo; Jiménez Gálvez, Milagros; Herranz Fernández, Luis Miguel; Bocardo Fajardo, Gloria; Arellano Gañán, Ramón; Pereira Sanz, Ignacio

Tumor adenomatoide de epidídimo: Aportación de dos casos

Archivos Españoles de Urología, vol. 60, núm. 6, 2007, pp. 700-703

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013936016>

- 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

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 6 (700-703), 2007

**TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDÍDIMO.
APORTACIÓN DE DOS CASOS.**

Pablo Garrido Abad, Milagros Jiménez Gálvez, Luis Miguel Herranz Fernández, Gloria Bocardo Fajardo, Ramón Arellano Gañán e Ignacio Pereira Sanz.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Resumen.- OBJETIVO: Los tumores de epidídimo constituyen una entidad de rara aparición. Son en su mayoría benignos y de entre estos los más frecuentes son los tumores adenomatoideos. Presentamos dos casos de este tipo de tumor epididimario.

MÉTODO/RESULTADOS: Presentamos dos casos de tumor adenomatoide de epidídimo diagnosticados en nuestro hospital en el último año. Se trata de dos varones de 35 y 54 años, que acudieron a la consulta de urología por autopalpación de masa intraescrotal, en los que se diagnostica este tipo de tumor tras la realización de epididimectomía, en el estudio histopatológico.

CONCLUSIONES: La mayoría de los tumores de epidídimo presentan una evolución benigna. Ante el hallazgo de masa epididimaria tras exploración física y pruebas de imagen es recomendable la realización de cirugía conservadora testicular, mediante epididimectomía. Evitaremos de este modo orquiectomías innecesarias.

Palabras clave: Tumor adenomatoide. Benigno. Epidídimo.

Summary.- OBJECTIVE: Tumors of the epididymis are rare. They are usually benign and adenomatoid tumors are the most frequent. Report of two cases of this kind of tumor of the epididymis.

METHODS/RESULTS: We report two cases of adenomatoid tumor of the epididymis diagnosed at our hospital during last year. Two males, 35 and 54 years old respectively asked for urology consultation about a palpable scrotal mass. They didn't have any other symptoms. Imaging techniques revealed a solid epididymal mass. Epididymectomy was performed. Pathological diagnosis was adenomatoid tumor.

CONCLUSIONS: The majority of epididymal tumors follow a benign course. In the finding of an epididymal mass, after palpation and imaging tests, organ sparing surgery (epididymectomy) is recommended. We will avoid unnecessary orchiectomies.

Keywords: Adenomatoid tumor. Benign. Epididymis.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias epididimarias derivarán de sus componentes celulares (mesotelio, epitelio y/o mesénquima) o bien serán asientos metastásicos (1). Los tumores de epidídimo son raros. Suponen sólo el 5% de todos los tumores intraescrotales. Los benignos representan el 75% de todos ellos, siendo entre estos los más frecuentes el tumor adenomatoide, que representa el 30% de las masas paratesticulares (2), el leiomioma y en menor medida el cistoadenoma papilar. Los tumores epididimarios malignos son extremadamente infrecuentes, por orden de incidencia sarcoma, metástasis de otros carcinomas (estomago, páncreas, riñón, etc.) y carcinoma primario (3-5).

La histogénesis de este tipo de tumores es controvertida (6), siendo la teoría del origen mesotelial la más firme (7).

Presentamos dos nuevos casos de tumor adenomatoide localizados en el epidídimo.

Correspondencia
Pablo Garrido Abad
Servicio de Urología
Hospital de la Princesa
Diego de León,
28006 Madrid. (España).
pgabad@hotmail.com

Trabajo recibido: 11 de diciembre 2006.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente varón de 54 años que acude por tumoración en hemiescrotó derecho de dos años de evolución, permaneciendo todo este tiempo de manera asintomática. Como antecedentes de interés está intervenido de hidrocele izquierdo. En la exploración física se palpa ligero aumento de tamaño, no doloroso, de cola epididimaria derecha de aproximadamente 2 cms. En ecografía testicular lesión de límites bien definidos (14 mm) con buena transmisión sónica y vascularizada en el estudio doppler que comprime y desplaza polo inferior del testículo, siendo este de tamaño y ecoestructura normales. Teste izquierdo con hallazgos compatibles con orquiepididimitis crónica.

Caso 2

Paciente varón de 35 años con tumoración en polo superior de teste derecho hallada de manera casual durante una autoexploración, motivo por el cual acude a consulta de urología donde se realiza exploración física, apreciando masa de 1 cm aproximado de diámetro dependiente de epidídimo, y ecografía testicular, que se

informa como lesión nodular sólida en cabeza de epidídimo derecho. Se realiza RMN (Figuras 1 y 2). Confirmado masa nodular, siendo el tumor adenomatoide de epidídimo la primera posibilidad diagnóstica.

Se decide, en los dos casos, resección quirúrgica de tumoración nodular en cola epidídimo derecho, sin realización de orquitectomía posterior.

En ambos casos se realizó examen anatómopatológico de la pieza quirúrgica. Hallazgos histológicos macroscópicos: formación nodular de 1,5 cms (caso 1) y 1,2 cms (caso 2) de consistencia firme, coloración blanquecina y bien delimitada. Microscópicamente se observa proliferación tumoral constituida por estructuras tubulares en las que la celularidad muestra núcleos redondeados y elongados sin atipia citológica y que ocasionalmente muestra citoplasmas vacuolados, todo ello compatible con tumor adenomatoide de epidídimo (Figuras 3 y 4).

DISCUSIÓN

Aportamos estos casos por la rareza de los tumores adenomatoideos epididimarios y la importancia de la cirugía conservadora en este tipo de neoplasias.

La edad media de presentación es a los 50 años, pero puede aparecer a cualquier edad. Su clínica más habitual es una tumoración firme en escroto, redondeada u ovalada, de crecimiento lento y que puede producir leve dolorimiento local. Se han descrito tres formas de presentación:

- a) tumoral: donde hay clara diferenciación con tejido testicular sano.
- b) inflamatoria: confusión con epididimitis aguda y/o crónica.

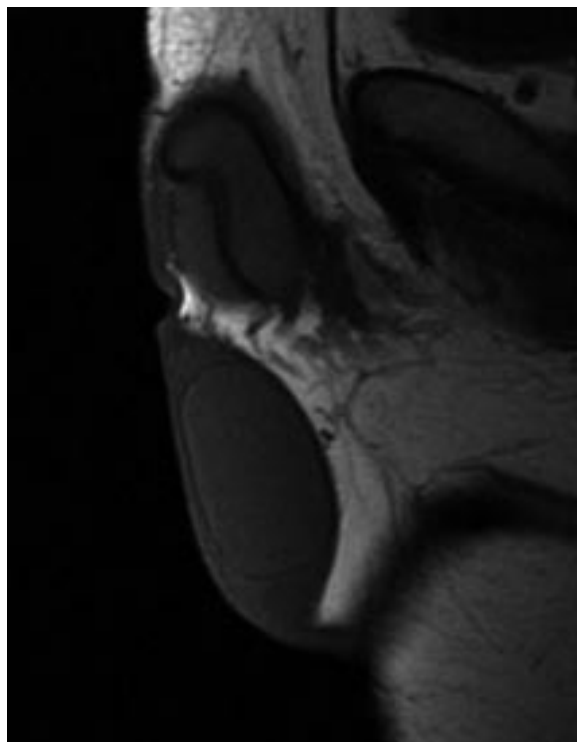


FIGURA 1. Imagen de RMN en secuencia T1 donde se observa masa epididimaria izquierda.

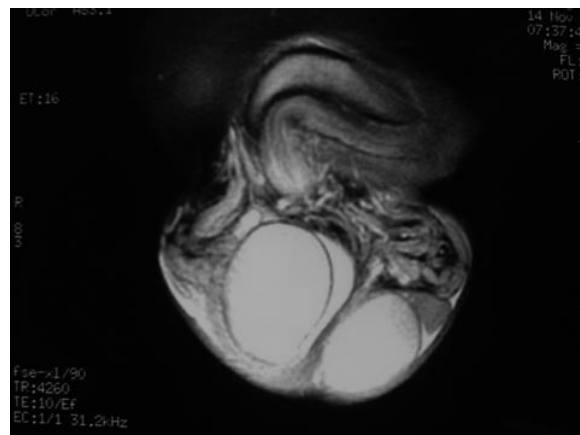


FIGURA 2. Imagen de RMN en secuencia T2 con gadolinio en la que se aprecia masa epididimaria izquierda.

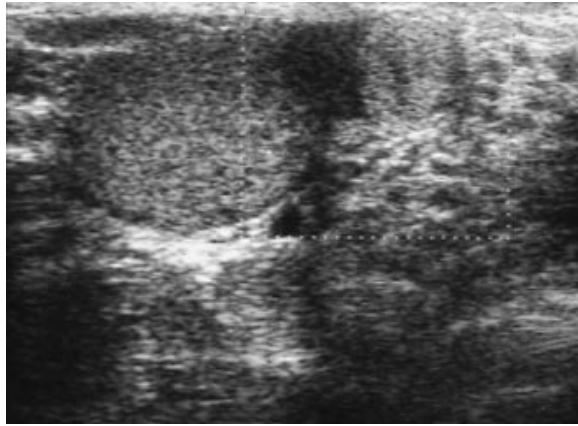


FIGURA 3. Imagen de ecografía escrotal.

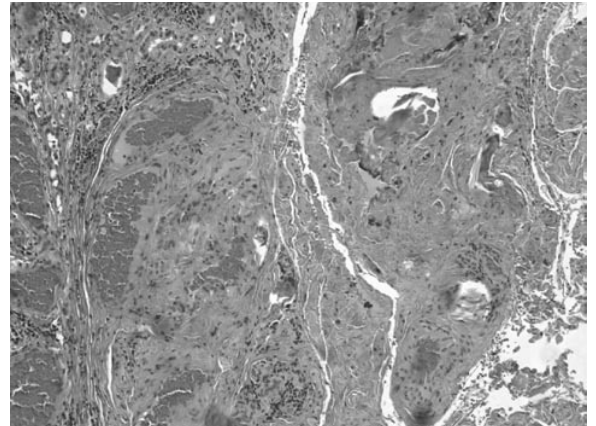


FIGURA 4. Imagen de estudio de anatomía patológica donde se observan características típicas de tumor adenomatoide epididimario.

c) maligna: mala diferenciación teste-tumoración (8). La mayoría aparecen en polo superior o inferior del testículo, siendo ligeramente más frecuente en éste último. Su tamaño suele estar comprendido entre los 0,5 y los 5 cms de diámetro. Se presenta de forma bilateral en un 15% de los casos, 50% asociado a hidrocele y en 30% se relaciona con patología traumática o inflamatoria previa. (5,9) Se comportan como lesiones benignas, describiéndose atipia celular e invasión local en algunas series, pero no se comunicó ningún caso de metástasis.

Su crecimiento estructural es atípico dentro de las neoplasias benignas, porque generalmente no están encapsuladas

y los elementos tumorales se presentan frecuentemente entre las estructuras de los tejidos adyacentes y suelen mostrarse libres de infiltración (10). Histopatológicamente lo más característico es la presencia de espacios tubulares mezclados con bandas musculares lisas. Cuando éstas son muy abundantes pasan a denominarse leiomiomas adenomatoideos (11). Estudios recientes acerca de 12 casos de tumor adenomatoide paratesticular han mostrado evidencia inmunohistoquímica que indica un origen celular mesotelial (7). Estudios incluyendo tumores adenomatoideos de tracto genital masculino y femenino, muestran que esos tumores exhiben positividad inmunohistoquímica para citoqueratina y vimentina (12,13).

En cuanto al diagnóstico diferencial habría que incluir quiste de epidídimo, quiste de cordón espermático, neoplasias testiculares, hernia inguinoescrotal, granuloma vaginal de colesterol, procesos inflamatorios y hematoma escrotal como los más frecuentes (9).

En lo referente a su tratamiento todos los autores recomiendan la exéresis o enucleación del tumor. Estudios recientes han demostrado que niveles de marcadores tumorales, estudio profuso con ecografía doppler y una biopsia fría intraoperatoria pueden ayudar a preservar al testículo de orquiectomías innecesarias (14).

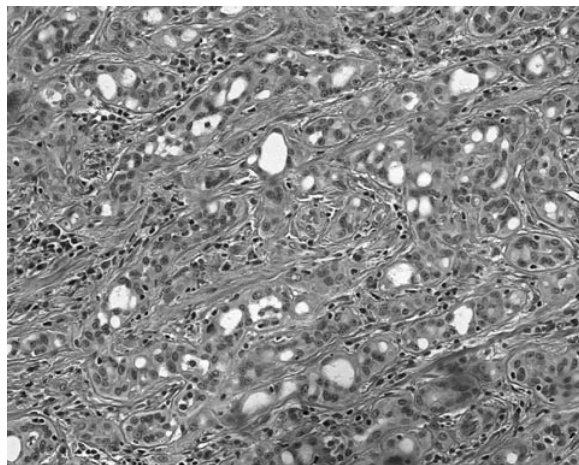


FIGURA 5. Imagen de estudio anatomopatológico donde se observan las características de un tumor adenomatoide de epidídimo.

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

- *1. PELLICE VILALTA, C.; COSME GIMÉNEZ, M.; PÉREZ HERMS, S.: "Tumores adenomatoideos del epidídimo. Dos nuevas aportaciones" Arch. Esp. Urol., 50: 127, 1997.

2. DELAHUNT, B.; KING, J.N.; BETHWAITE, P.B. y cols.: "Immunohistochemical evidence for mesothelial origin of paratesticular adenomatoid tumour". *Histopathology*, 36: 109, 2000.
- *3. BECCIA, D.J.; KRAME, R.J.; OLSSON, C.A.: "Clinical management of non-testicular intraescrotal tumors". *J. Urol.*, 116: 476, 1976.
4. FLORES, N.; UNDA, M.: "Tumores paratesticulares". *Tratado de Urología*, 1311-1322, JR. PROUS S.A. Barcelona. 1993.
- *5. MONSERRAT, V.; VESSA, J.; MONTANE, M. y cols.: "Tumores adenomatoideos de epidídimo". *Arch. Esp. Urol.*, 46: 725, 1993.
6. OYAMA, H. y cols.: "Adenomatoid tumors of testicular tunica albuginea: a case report". *Hinyokika Kyo*, 47: 661, 2001.
7. STEPHENSON, T.J. y cols.: "Adenomatoid tumors: an immunohistochemical and ultrastructural appraisal of their histogenesis". *J. Pathol.*, 148: 327, 1986.
8. PUYOL, M.; PELLICE, C.; LUKATA, I. y cols.: "Leiomioma de epidídimo". *Actas. Urol. Esp.*, 10: 385, 1986.
9. CUESTA ALCALA, J.A.; ARRONDO ARRONDO, J.L. y cols.: "Diagnósticos diferenciales del leiomioma de epidídimo. Aportación de un nuevo caso". *Arch. Esp. Urol.*, 54: 823, 2001.
- *10. TAMMELA, T.L. y cols.: "Intrascrotal adenomatoid tumors". *J. Urol.*, 146: 61, 1991.
11. ROMANELLI, R.; SANNA, A.: "Adenomatoid leiomyoma and papillary cystadenoma of the epididymis". *Pathologica*, 77: 445, 1985.
12. BARWICH, K.W.; MADRI, J.A.: "An immunohistochemical study of adenomatoid tumors utilizing keratin and factor VIII antibodies evidence for a mesothelial origin". *Lab. Invest.*, 47: 276, 1982.
13. SAID, J.W.; NASH, G.; LEE, M.: "Immunoperoxidase localization of keratin proteins, carcinoembryonic antigen, and factor VIII in adenomatoid tumors: evidence for mesothelial derivation". *Hum. Pathol.*, 13: 1106, 1982.
- **14. WILLIAMS, S.B.; HAN, M.; JONES R. y cols.: "Adenomatoid tumor of the testes". *Urology*, 63: 779, 2004.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 6 (703-705), 2007

**TUMOR DESMOIDE MESENTÉRICO
SIMULANDO UNA RECIDIVA DE CÁNCER
TESTICULAR.**

Francisco Javier Pérez García, Jesús Pinto Blazquez¹,
Juan Javier Rodríguez Martínez, Ricardo Gutiérrez
García, José Ignacio Jorge Barreiro² y Julio Velasco
Alonso¹.

Servicio de Urología. Servicio de Anatomía Patológica¹. y
Servicio de Cirugía General². Hospital San Agustín. Avilés.
Asturias. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar un caso de un tumor desmoide en un paciente tratado de un seminoma testicular que simulaba una recidiva del tumor testicular.

MÉTODO: Presentamos el caso de un paciente de 41 años, tratado de un seminoma testicular 26 meses antes, mediante extirpación de una masa testicular retroperitoneal y quimioterapia, que presenta en el seguimiento, una masa abdominal mesentérica que se etiquetó clínicamente de recidiva de seminoma.

Correspondencia | Francisco Javier Pérez García
Servicio de Urología
Hospital San Agustín
Camino de Heros, 4
33400 Avilés. Asturias. (España).
franjpg@yahoo.es

Trabajo recibido: 29 de noviembre 2006.