



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Álvarez Maestro, Mario; Tur González, Raquel; Alonso Dorrego, José María; Peña Barthel, Jesús De la; Nistal Martín De Serrano, Manuel

Tumor adenomatoide de epidídimo e intratesticular: a propósito de nueve casos clínicos y revisión de la literatura

Archivos Españoles de Urología, vol. 62, núm. 2, marzo, 2009, pp. 137-141

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013954009>

- ▶ 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. 2009; 62 (2): 137-141

## **TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDÍDMICO E INTRATESTICULAR: A PROPÓSITO DE NUEVE CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Mario Álvarez Maestro<sup>1</sup>, Raquel Tur González, José María Alonso Dorrego<sup>1</sup>, Jesús De la Peña Barthel<sup>1</sup> y Manuel Nistal Martín De Serrano.

Servicio de Urología<sup>1</sup> y Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

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

**MÉTODOS:** Se ha realizado estudio clínico, anatomo-patológico 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 orquiektomía en los intra-testiculares.

**CONCLUSIONES:** Los tumores adenomatoides 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 orquiektomía debido a su localización.

**Palabras clave:** Tumores paratesticulares benignos. Epidídimo. Tumores adenomatoides.

**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 adenomatoides son los más frecuentes de los tejidos paratesticulares, alrededor del 30% de los mismos. En el hombre se presenta en el epidídimo, las túnicas 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 anatomo-patológico 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 anatomo-patológicas y tratamiento quirúrgico.

## RESULTADOS

En total son nueve los casos. Las edades están comprendidas entre los 21 y 65 años. En cuanto 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 epidídimos y dos intratesticular. En todos los marcadores tumorales fueron negativos (Tabla I).

En los nueve casos hay confirmación anatomo-patológica, presentando 8 casos tumor adenomatoide con patrón glandular y uno patrón alveolar, en todos proliferación linfoides. 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 orquiektomía.

## 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 epidídimos y túnicas testiculares (estas últimas muy raras). Los tumores de epidídimos pueden ser primarios o, más raramente, secundarios. En una revisión realizada por Beccia et al. (5) Sobre 341 tumores de epidídimos 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 epidídimos. De éstos, el 44% son sarcomas, el 27% metástasis y el 24% carcinomas primarios de epidídimos.

Los tumores adenomatoides representan, como grupo, aproximadamente el 30% de todas las neoplasias paratesticulares. En el hombre son más frecuentes en el epidídimos, aunque también pueden hacerlo en la albúmina 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	Orquiektomía 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	Orquiektomía 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	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b>
2	Izquierda	Cola Epidídimo	2,5 cm	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b> <b>Estromahialinizado</b>
3	Derecho	Epidídimo	15 mm	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b> <b>Estromahialinizado</b>
4	Derecho	Epidídimo	8 mm	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b>
5	Izquierda	Testículo	No consta	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b> <b>Pseudohiperplasia Rete Testis</b> <b>Hialinización tubular disgenética</b>
6	Derecho	Epidídimo	10 mm	<b>Patrón alveolar</b> <b>Hiperplasia muscular lisa</b>
7	Derecho	Epidídimo	8 cm	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b> <b>Hiperplasia muscular lisa</b> <b>Quiste testicular de restos embrionarios</b>
8	Izquierda	Epidídimo	10 mm	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b> <b>Hiperplasia muscular lisa</b>
9	Derecho	Cola Epidídimo	4 cm	<b>Predominio glandular</b> <b>Proliferación linfoide</b> <b>Quiste cabeza epidídimo</b>



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 angiомatoide. Los núcleos presentan un tamaño y una distribución de la cromatina uniformes, en general son esféricos y centrales con un solo nucléolo presente (Fi-

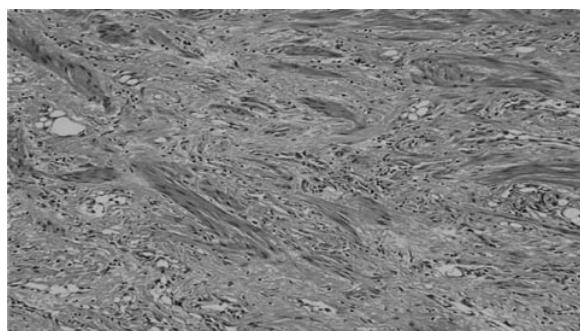


FIGURA 3. Hiperplasia de músculo liso en tumor adenomatoide paratesticular.

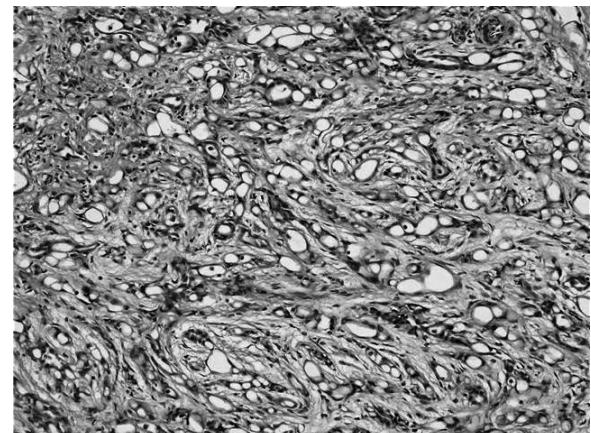


FIGURA 2. Tumor adenomatoide de epidídimo.

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

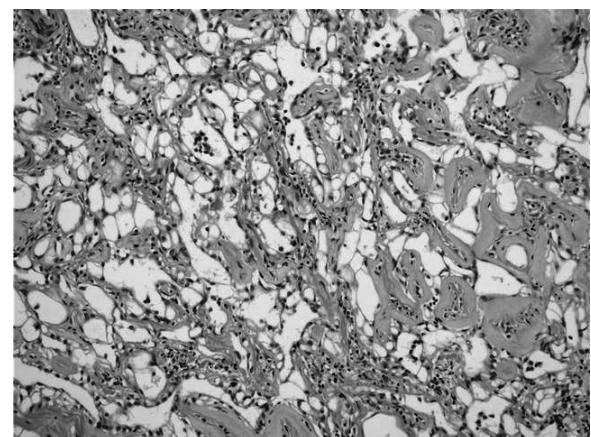


FIGURA 4. Estroma hialino en tumor adenomatoide de epidídimo.

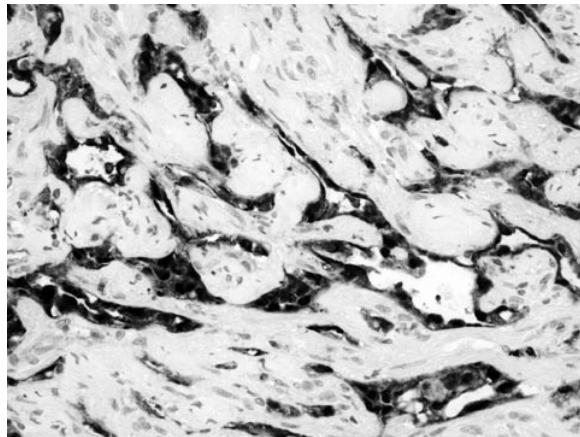


FIGURA 5. Expresión de calretinina en tumor adenomatoide de epidídimo.

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 epidiidimectomía total o parcial cuando la tumoración está 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, Mäkäräinen 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, Yonemasu 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 para-testicular 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.