



Leiomioma de cordón espermático

Salgueiro-Ergueta Raúl, Sanjurjo-Martínez Alejandro, Maya-Epstein A, Zarate-Osorno A, Martínez-Arroyo Carlos, Marina-González Juan Manuel.

RESUMEN

El leiomioma primario de cordón testicular es una entidad rara y existen aproximadamente 240 casos informados en la bibliografía. Se presenta el caso de un paciente de 88 años de edad, con leiomioma de cordón espermático como tercera neoplasia primaria urológica, con el antecedente de cáncer primario de próstata y de vejiga, en el Hospital Español de México; asimismo, se revisa la literatura biomédica al respecto.

Palabras clave: Leiomioma, cordón espermático, México.

ABSTRACT

Primary leiomyosarcoma of the testicular cord is a rare entity. There are approximately two hundred and forty cases reported in the medical literature. The case of an eighty-eight-year-old patient seen at the Hospital Español presenting with spermatic cord leiomyosarcoma as third primary urological tumor with a history of primary prostate and bladder cancer is presented along with a review of the literature.

Keywords: Leiomyosarcoma, spermatic cord, Mexico.

INTRODUCCIÓN

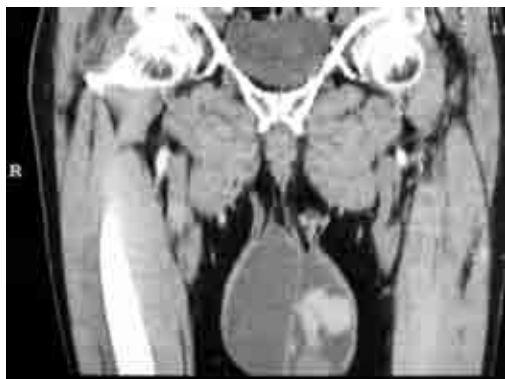
Los tumores paratesticulares son raros, la mayoría son de origen mesenquimatoso, derivados de células no diferenciadas del músculo cremaster o del vaso deferente.¹ Aproximadamente, 30% de los tumores paratesticulares son malignos² y de estos, 10% corresponde al leiomioma. Es el segundo en frecuencia, seguido por el

rabdomioma. La edad de presentación es entre la sexta y séptima décadas de la vida³ y generalmente se presenta como una masa firme, de crecimiento gradual, no dolorosa, extratesticular e intraescrotal,⁴ que usualmente se acompaña de hidrocele.

El ultrasonido de escroto es un estudio inicial adecuado para identificar una masa escrotal.⁵ Se debe solicitar tomografía computarizada (TC) para delimitar

Departamentos de Urología y Patología
Hospital Español, México D. F.

Correspondencia: Dr. R. Salgueiro Ergueta. Ave. Ejército Nacional N° 613, Colonia Granada, D. F. 11520. Teléfono: 5255 9600. *Correo electrónico:* raulsalgueiro@hotmail.com; alejandro.sanjurjo@gmail.com



Imágenes 1 y 2. TC que demuestra tumor dependiente de cordón testicular.



Imagen 3. Período transoperatorio.



Imagen 4. Pieza quirúrgica en el Servicio de Patología.



Imagen 5. Tinción con hematoxilina y eosina.

la extensión del tumor.⁶ La tomografía por emisión de positrones (*Pet-Scan*), también puede ser útil para la valoración ganglionar.⁷

El estándar de oro para su manejo es la extirpación quirúrgica del tumor con orquiectomía inguinal radical y ligadura proximal del cordón,⁸⁻¹⁰ si bien, 50% recurren localmente^{11,12} y pueden presentarse hasta 15 meses posteriores a la resección.¹³ Los factores que aumentan la recurrencia son el tamaño del tumor, la localización inguinal y los márgenes positivos.¹⁴ La frecuencia de recurrencia disminuye si se utiliza radioterapia adyuvante.¹⁵ En la mayoría de los casos, las metástasis son por vía linfática¹⁶ y con menor frecuencia, por vía hematogena; en este último caso, se afectan principalmente el hígado y los pulmones, situación en la que se recomienda el uso de quimioterapia, similar al tratamiento de otros sarcomas de alto grado.¹⁶

El pronóstico es variable, con supervivencia promedio de 50-80% libre de enfermedad a cinco años con manejo médico adecuado.

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 88 años de edad, con antecedente de tabaquismo intenso durante 40 años, carcinoma urotelial de

bajo grado de la vejiga 16 años antes, tratado y curado, así como adenocarcinoma prostático seis años antes, bajo control hormonal satisfactorio. Un mes antes de acudir al médico, presentó una masa en el testículo izquierdo. A la exploración física la masa no era dolorosa, fija, extratesticular e intraescrotal, con hidrocele bilateral. Se le realizó ultrasonido testicular que informó hidrocele bilateral, tumor paratesticular izquierdo y ambos testículos sin alteraciones. Posteriormente se realizó TC de abdomen, que mostró un tumor sólido paratesticular izquierdo, dependiente del cordón espermático (**Imágenes 1 y 2**). Con base en los hallazgos, se decidió una intervención quirúrgica con abordaje inguinal, disección completa del cordón, ligadura alta del mismo y orquiectomía, sin resección ganglionar (**Imagen 3**). La evolución posoperatoria fue satisfactoria y egresó del hospital al quinto día. Actualmente asintomático y bajo control médico. Debido a su edad y buen estado general, en forma conjunta con el servicio de Oncología se decidió no radiarlo y mantenerlo en observación.

Informe del Servicio Patología: El testículo estaba deformado por una masa paratesticular de 5.5 cm por 3.0 cm por 3.5 cm, de superficie encapsulada, lisa y lobulada; al corte era sólida, blanco-amarillenta, firme y arremolinada. El testículo midió 3.5 cm de eje mayor y con

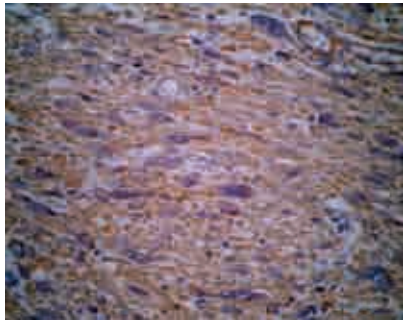


Imagen 6. Tinción con actina.

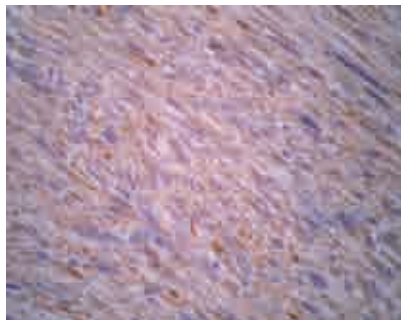


Imagen 7. Tinción con desmina.

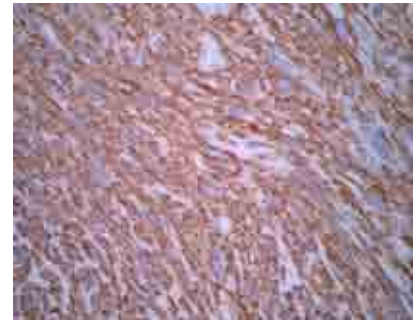


Imagen 8. Tinción de H-Caldesmon.

aspecto normal; el cordón espermático tampoco mostró alteraciones (Imagen 4). Los cortes histológicos mostraron haces de células fusiformes, con núcleos ovoides, de extremos romos, vesiculosos, algunos con nucléolo prominente y abundante citoplasma eosinófilo; había aisladas células neoplásicas multinucleadas y más de 10 mitosis por 10 campos de 40x; los haces se distribuían en varias direcciones y no se observó invasión de la cápsula ni permeación a vasos sanguíneos ni linfáticos (Imagen 5).

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica con anticuerpos contra desmina, actina de músculo liso y h-caldesmon; se observó positividad intensa del citoplasma de las células neoplásicas y un índice de proliferación de 10% con Ki-67 (Imágenes 6, 7 y 8). Se estableció el diagnóstico de leiomioma de alto grado.

■ DISCUSIÓN

El leiomioma paratesticular es una entidad poco frecuente, cuyo tratamiento es la orquiectomía inguinal radical; se ha demostrado que la excisión amplia es mejor que la simple, ya que disminuye la recurrencia de enfermedad microscópica residual en 27% de los casos. Existe insuficiente evidencia que sugiere que la disección linfática profiláctica, con disección pélvica y paravaginal, previenen la recurrencia o mejoran el pronóstico en estos pacientes.¹⁵

La radioterapia adyuvante se ha establecido como método de manejo complementario en ciertos casos¹⁶ y en algunos estudios, en los que se han utilizado ambas, se ha observado una frecuencia de recurrencia entre 10% y 20%.¹⁷

■ CONCLUSIÓN

El leiomioma de cordón espermático comprende 10% de los tumores paratesticulares, con una edad

de presentación entre la sexta y séptima décadas de la vida. Su diagnóstico debe de ser complementado con técnicas de inmunohistoquímica para descartar otro tipo de sarcomas. La orquiectomía inguinal radical con ligadura proximal del cordón es el estándar de oro para su tratamiento y se ha observado que en combinación con la radioterapia adyuvante, disminuye la recurrencia en casos avanzados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lioe TF, Biggart JD. Tumours of the spermatic cord and paratesticular tissue. A clinicopathological study. *Br J Urol* 1993;71:600-6.
2. Bajaj P, Agarwal K, Niveditha SR, Pathania OP. Leiomyosarcoma arising from tunica vaginalis testis: a case report. *Indian J Pathol Microbiol* 2001;44:145-6.
3. Rao CR, Srinivasulu M, Naresh KN. Adult paratesticular sarcomas: A report of eight cases. *J Surg Oncol* 1994;56:89-93.
4. Stein A, Kaplun A, Sova Y, et al. Leiomyosarcoma of the spermatic cord: report of two cases and review of the literature. *World J Urol* 1996;14:59-61.
5. Secil M, Kefi A, Gulbahar F, et al. Sonographic features of spermatic cord leiomyosarcoma. *J Ultrasound Med* 2004;23:973-6.
6. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. From the archives of the AFIP: Extratesticular scrotal masses: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2003;23:215-40.
7. Kosuda S, Wahl RL, Grossman HB. Demonstration of recurrent dedifferentiated liposarcoma of the spermatic cord by FDG-PET. *Ann Nucl Med* 1997;11:263-6.
8. Fagundes MA, Zietman AL, Althausen AF, et al. The management of spermatic cord sarcoma. *Cancer* 1996;77:1873-6.
9. Catton C, Jewett M, O'Sullivan B, Kandel R. Paratesticular sarcoma: failure patterns after definitive local therapy. *J Urol* 1999;161:1844-7.
10. Watanabe J, Soma T, Kawa G, et al. Leiomyosarcoma of the spermatic cord. *Int J Urol* 1999;6:536-8.
11. Blitzer PH, Dozoretz DE, Proppe KH. Treatment of malignant tumours of the spermatic cord: A study of 10 cases and review of the literature. *J Urol* 1981;126:611-4.
12. Merimsky O, Terrier P, Bonvalot S, et al. Spermatic cord sarcomas in adults. *Acta Oncol* 1999;38:635-8.
13. Schiller AL, Teitelbaum SL. Smooth muscle tumours. In: *Pathology*. 3th edition. Edited by: Rubin E, Farber JL. Lippincott-Raven publishers, Philadelphia. 1999;p.1411.
14. Folpe AL, Weiss SW. Paratesticular soft tissue neoplasms. *Semin Diagn Pathol* 2000;17:307-18.
15. Catton CN, Cummings BJ, Fornasier V, et al. Adult paratesticular sarcomas: a review of 21 cases. *J Urol* 1991;146:342-5.
16. Ballo MT, Zagars GK, Pisters PW, et al. Spermatic cord sarcoma: outcome, patterns of failure and management. *J Urol* 2001;166:1306-10.
17. Tran LM, Mark R, Meier R, et al. Sarcoma of the head and neck. *Cancer* 1992;70:169-77.