

Pseudotumor fibroso calcificado del cordón espermático

Calcified fibrous pseudotumor of spermatic cord

Tomás Lázaro Rodríguez Collar,^I Basily Valdés Estévez,^{II} Miguel Ángel Nagua Valencia,^{III} Mercedes Rita Salinas Olivares^{IV}

^I Especialista de II Grado en Urología. Profesor Auxiliar. Máster en Educación. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». Servicio de Urología. La Habana, Cuba.

^{II} Residente de Cuarto Año de Urología. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». Servicio de Urología. La Habana, Cuba.

^{III} Residente de Segundo Año de Urología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». Servicio de Urología. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Máster en Investigaciones en Aterosclerosis. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay». Servicio de Urología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Los tumores paratesticulares son infrecuentes y la mayoría benignos. Se presenta el caso de un paciente de 24 años de edad, con antecedentes de buena salud que asistió a la consulta por notarse en el escroto derecho un tumor de aproximadamente 4 cm de diámetro, de consistencia dura e indoloro, de unos 6 meses de evolución. El ultrasonido escrotal reveló una lesión heterogénea y bien circunscrita, independiente del epidídimo y del testículo. La biopsia aspirativa con aguja fina fue infructuosa por la dureza del tumor. Se realizó una inguinitomía y la exéresis total del tumor con biopsia por congelación, negativa de malignidad. El informe histopatológico definitivo fue: pseudotumor fibroso calcificado del cordón espermático. La evolución del paciente ha sido satisfactoria. Se confirma la importancia de la inguinitomía para el abordaje de los tumores paratesticulares,

más aún cuando la biopsia aspirativa con aguja fina no es concluyente para el diagnóstico.

Palabras clave: Cordón espermático, pseudotumor fibroso calcificado, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Paratesticular tumors are infrequent and most are benign. This is a case presentation of a patient aged 24 with a history of good health coming to our consultation by presence of a hard and painless 4 cm tumor in right scrotum with a 6 months course. Scrotal ultrasound (US) showed a well circumscribed heterogeneous lesion separate of epididymis and the testis. Fine needle aspiration biopsy (FNAB) was not possible by hardness of tumor. An inguinal surgery was performed and the total tumor excision using freezing biopsy negative of malignancy. Final histopathological report was: calcified fibrous pseudotumor of spermatic cord. Patient's course has been satisfactory. Significance of inguinal surgery was confirmed for the paratesticular tumor approach, even more when FNAB it is not conclusive for diagnosis.

Key words: Spermatic cord, calcified fibrous pseudotumor, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del cordón espermático y la región paratesticular son raros. Su incidencia es difícil de estimar, especialmente en el caso de los tumores benignos que son la mayoría con un 70 % y que por lo general no suelen ser publicados.^{1,2}

Los pseudotumores fibrosos son la segunda causa de masa benigna paratesticular.^{3,4} Son más frecuentes entre la tercera y la cuarta décadas de la vida.⁵ Con frecuencia son asintomáticos y en el 45 % se asocian a un hidrocele de diferente tamaño. Hasta en un tercio de los pacientes se recoge una historia anterior de traumatismo escrotal o epidídimorquitis.⁴

En el presente informe se documenta un nuevo caso de pseudotumor fibroso del cordón espermático, que por estar calcificado impidió la realización del diagnóstico mediante la biopsia aspirativa con aguja fina. Se realizó inguilotomía, biopsia por congelación y exéresis total de la lesión. El paciente presentó una evolución satisfactoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años de edad con antecedentes de buena salud anterior. Asiste a la consulta externa de Urología refiriendo palpar una «pelotica» en el testículo

derecho desde hacía aproximadamente 6 meses. Paulatinamente la masa había ido creciendo, se mantenía indolora y le llamaba la atención su dureza al tacto.

Al examen físico de los genitales ([figura 1A](#)) se constató la presencia de una lesión tumoral redondeada de unos 3 cm de diámetro, de consistencia dura e indolora a la presión, localizada en la porción superior del hemiescrotro derecho e independiente del epidídimo y testículo homolateral.



Figura 1. A) Se observa el tumor en la porción superior del hemiescrotro derecho. B) Imagen ultrasonográfica de la lesión en corte sagital (CS), en la que se observa el tumor (T) y el testículo (TEST) a su derecha.

En el ultrasonido escrotal practicado ([figura 1B](#)) se reportó, en el corte sagital, la presencia de una lesión heterogénea, con tendencia multinodular, con bordes bien definidos y localizada por encima del testículo derecho sin relación anatómica con éste. El testículo izquierdo era normal.

Se intentó en 2 ocasiones la biopsia espirativa con aguja fina de la lesión, por vía transescrotal. Los intentos resultaron infructuosos por la consistencia pétreo del tumor, que impidió obtener el material necesario para su análisis. Se procedió entonces a la inguilotomía derecha en el salón de operaciones bajo anestesia raquídea.

En el transoperatorio ([figura 2A](#)), previo pinzamiento del cordón espermático en la cercanía del anillo inguinal externo, se procedió a la exéresis total de la masa tumoral, que estaba bien circunscrita y se desprendió fácilmente del tejido vecino. El tumor ([figura 2B](#)) era de color blanquecino, de superficie algo irregular, redondeado, de consistencia dura y de unos 3 x 2,5 cm de tamaño. Se envió la pieza quirúrgica al departamento de Anatomía Patológica para biopsia por

congelación, la cual documentó que no existía malignidad. Se procedió entonces al cierre de la inguinitomía.



Figura 2. **A) Vista del campo quirúrgico de la inguinitomía derecha, que muestra la lesión tumoral. B) La masa tumoral de color blanquecino con un tamaño aproximado de 3 x 2,5 cm.**

Una semana después de la intervención quirúrgica se obtuvo el diagnóstico histopatológico definitivo: pseudotumor fibroso calcificado del cordón espermático ([figura 3](#)).

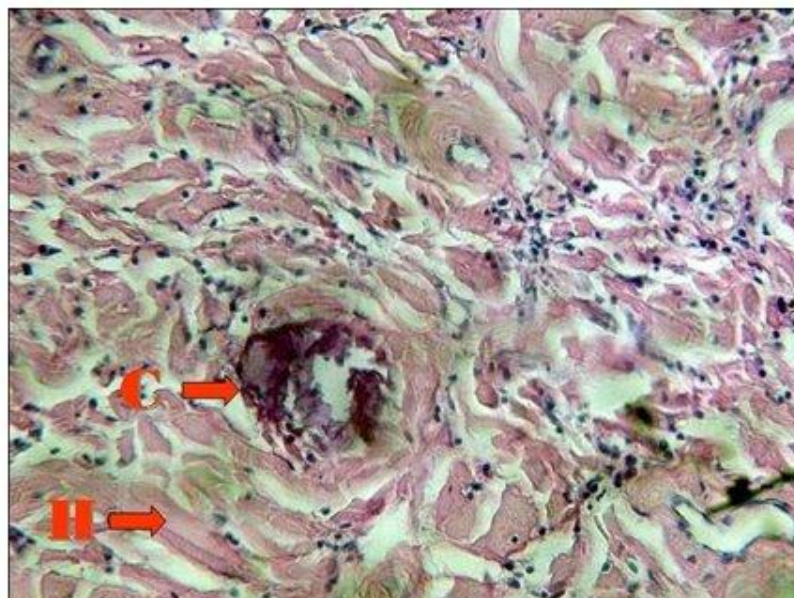


Figura 3. **Vista microscópica del tumor. Se aprecian las áreas de hialinización intensa (H) y los nódulos calcificados (C). HE x 200.**

La evolución del paciente ha sido satisfactoria, y éste se ha integrado a sus actividades laborales y sociales habituales.

DISCUSIÓN

El pseudotumor fibroso calcificado del cordón espermático, aparece reportado dentro de la clasificación de los tumores del sistema urinario y los órganos genitales masculinos, de la Organización Mundial de la Salud,⁶ como un tumor benigno entre los tumores mesenquimatosos del escroto, el cordón espermático y los anexos testiculares.

Clínicamente se describen como tumores bien delimitados e indoloros a la palpación, y en muchas ocasiones son asintomáticos. Las dos terceras partes se presentan en las túnicas testiculares, especialmente en la albugínea del testículo. Por su asociación con la hidrocele, se les considera que entran en relación con procesos reactivos, inflamatorios, infectivos o traumáticos. En ocasiones se les ha encontrado, incidentalmente, en el transcurso de herniorrafias inguinales.² En el caso que aquí se presenta no se recogió ninguno de estos antecedentes. Se presentan con más frecuencia entre la tercera y la cuarta décadas de la vida -como en este caso- aunque se han descrito casos en niños y en ancianos.⁵

Para el diagnóstico por imagen se usa de primera instancia, y de forma generalizada el ultrasonido, el cual para algunos autores constituye un eslabón esencial, en todo algoritmo para el diagnóstico de los tumores testiculares, paratesticulares y del cordón espermático.² Otros autores plantean que los hallazgos ultrasonográficos en los tumores sólidos del escroto, son con frecuencia inespecíficos, opinión que compartimos y que se puso de manifiesto en este caso. Es por eso que proponen la realización de la resonancia magnética nuclear, la cual podría ser de mucha utilidad en la evaluación de estos casos, particularmente en los lipomas, sedotumores fibrosos y poliorquidismo.⁷ No obstante consideramos al igual que *Muglia* y col.⁸ que aunque la resonancia magnética nuclear podría ayudar a dilucidar los dilemas encontrados en los ultrasonidos por tumores del escroto, la ecografía constituye la primera opción cuando se requieren las imágenes en el proceso del diagnóstico de los tumores escrotales y su contenido.

Para el diagnóstico histológico utilizamos la biopsia por aspiración con aguja fina como un método rápido, poco doloroso y muy orientador, que permite decidir la conducta a seguir según la lesión sea benigna o maligna. En este caso no fue útil este método por la dureza del tumor, que imposibilitó tomar la muestra adecuada. Por tal motivo se realizó la inguinotomía y la biopsia por congelación, procedimiento este que proponen de inicio otros autores ante todo tumor escrotal de etiología no precisada.^{1,2,5} Sin embargo, la frecuente benignidad de estas masas paratesticulares, así como el mal pronóstico que tienen éstas igualmente en los casos de malignidad, ha llevado a varios grupos a practicar sistemáticamente la punción con aguja fina de estas lesiones.⁹

Desde el punto de vista histológico coincidimos con lo planteado por otros autores^{2,4} en cuanto a que en este tipo de tumores existe microscópicamente tejido de granulación y proliferación de fibras colágenas hasta la formación de nódulos compuestos por tejido completamente hialinizado, donde se pueden encontrar múltiples calcificaciones, como ocurrió en el caso que se presenta.

La conducta terapéutica estándar, aplicada una vez conocido el diagnóstico de la benignidad de la lesión, es la extirpación de toda la masa tumoral, con la

consiguiente conservación del resto del contenido escrotal; la evolución reportada siempre es favorable como en este paciente.^{2,5} Esta decisión quirúrgica conservadora se debe intentar independientemente del tamaño del tumor, como ocurrió en el caso publicado por *White* y cols.¹⁰

En conclusión, el pseudotumor fibroso calcificado del cordón espermático es infrecuente y el ultrasonido escrotal se debe indicar en el estudio y la valoración iniciales de todo tumor paratesticular. La inguinotomía con el pinzamiento del cordón espermático en las inmediaciones del anillo inguinal externo, antes de la biopsia por congelación, continúa siendo la vía de abordaje ideal para los tumores paratesticulares, más aún cuando la biopsia por aspiración con aguja fina no sea concluyente para el diagnóstico de la naturaleza benigna o maligna de dichos tumores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz Liso JM, Ruíz García J, Pardo López ML, Vaillo Vinagre A, Gutiérrez Martín A, Bermúdez Villaverde R. Leiomioma paratesticular de larga evolución. revisión conceptual y de la literatura. *Actas Urol Esp* 2008;32(7):727-36.
2. Pellice Vilalta C, Alert Casas E, Zapata Salame C, Cosme Gimenez MA, Comas Castel S. Sucinta presentación de dos pseudo-tumores fibrosos del cordón espermático. *Bol Col Mex Urol* 2002;17(1):45-7.
3. Rodríguez-Patrón Rodríguez R, Mayayo Dehesa T, Lennie Zuccarino A, Sanz Mayayo E, Arias Fúnez F, García Navas R. Ecografía testicular. *Arch Esp Urol* 2006;59(4):43.
4. Mostofi Fk, Price EB. Tumours of the male genital system. Atlas of tumor pathology. 2nd Series. Fascicle 8. Washington, D.C.: Armed Forces Institute of Pathology; 1987. Pp. 151-4.
5. Sánchez Bernal C, Muñoz Arias G, Jiménez Romero ME, Navas Martínez C, Rodríguez-Rubio FI. Pseudotumor fibroso testicular: Aportación de un caso. *Actas Urol Esp*. 2008;32(5):556-8.
6. WHO. Classification of tumours. Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Eble JN., Sauter G., Epstein JI., Sesterhenn IA.(Eds). Lyon (France): IARC Press; 2004. P. 273.
7. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. From the archives of the AFIP: extratesticular scrotal masses: radiologic pathologic correlation. *Radiographics*. 2003;23(1):213-40.
8. Mugli V, Tucci S, Elías J, Trad CS, Bilbey J, Cooperberg PL. Magnetic Resonance Imaging of scrotal diseases: When it makes the difference. *Urology*. 2002;59(3):419-23.
9. Singh I, Dev G, Singh N. Chronic epididymitis (epididymal nodule) mimicking an adenomatoid tumor case report with review of literature. *Int Urol Nephrol*. 2002;34(2):219-22.

10. White WM, Hilsenbeck-Waters WB. Fibromatous periorchitis of testis. Urology. 2006;67(3):623.e 15-6.

Recibido: 16 de octubre de 2008.
Aprobado: 26 de enero de 2009.

Tomás Lázaro Rodríguez Collar. Hospital Militar Central «Dr. Carlos J. Finlay».
Servicio de Urología. Avenida 31, núm. 114, Marianao. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: basily@infomed.sld.cu