

## Lipomas intraescrotales en niños, un hallazgo casual excepcional

### Intrascrotal lipomas in children-an exceptional unexpected finding

Dra. Yolanda Martínez Criado, Dra. Ana Millán López, Dr. Rodolfo Cabrera García, Dra. María José Moya Jiménez, Dr. Juan Carlos de Agustín Asensio

Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla, España.

---

#### RESUMEN

Los tumores paratesticulares en niños son poco frecuentes, y son diagnosticados de forma incidental al realizar una ecografía en el contexto de un escroto agudo o un traumatismo. Su exéresis debe realizarse vía inguinal, ante la posibilidad de su malignidad. Se presentan dos casos de tumor paratesticular hallados incidentalmente, cuyo diagnóstico histopatológico confirmó que se trataba de lipomas intraescrotales.

**Palabras clave:** lipoma, paratesticular, escroto agudo.

---

#### ABSTRACT

Paratesticular tumors are rare in children and are diagnosed by chance on echography of an acute scrotum or a trauma. It should be excised by the inguinal route to prevent any possibility of malignancy. Here are two cases of paratesticular tumors which were randomly found. The final histopathological diagnosis confirmed that they were intrascrotal lipomas.

**Keywords:** lipoma, paratesticular, acute scrotum.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores paratesticulares en niños suelen ser un hallazgo casual, que se diagnostican en el contexto de otros procesos (escroto agudo, hidrocele testicular o traumatismos).<sup>1,2</sup> Representa el 4 % de los tumores paratesticulares pediátricos. Ante su palpación en la exploración física, es necesaria la realización de pruebas de imagen para su diagnóstico. La ecografía-doppler es la prueba inicial que permite realizar un diagnóstico diferencial con otros procesos testiculares agudos. En caso de sospecha de malignidad, la realización de la determinación de marcadores tumorales y tomografía computarizada o resonancia magnética, puede ser necesaria.<sup>3</sup>

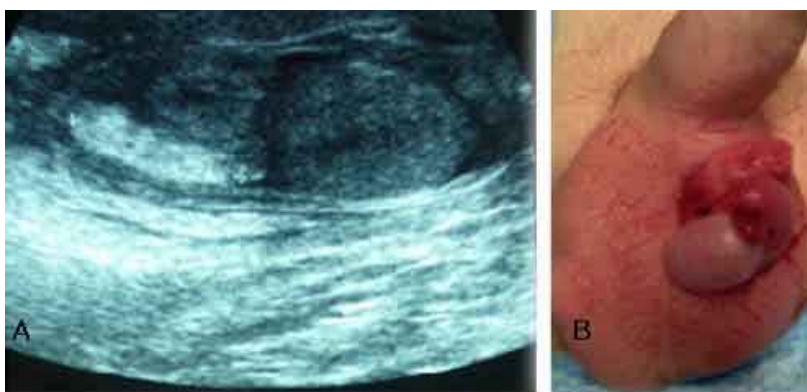
Cuando se plantea su resección quirúrgica, la vía de acceso inicial debe ser la inguinal. La exéresis a través del escroto puede realizarse cuando se trate de tumores intraescrotales de naturaleza benigna, lo cual es un hallazgo excepcional en la edad pediátrica.

A continuación se presentan 2 casos excepcionales de tumores intraescrotales diagnosticados en el contexto de otra enfermedad escrotal en niños. El estudio histopatológico reveló que se trataba de lipomas, tumores benignos, cuya localización intraescrotal es excepcional en la edad pediátrica.

### Caso clínico 1

Niño de 10 años, que acudió a Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de 4 días de evolución de dolor testicular e inflamación, que se había intensificado en las últimas horas, sin otra sintomatología asociada. En la exploración física se observó un testículo derecho aumentado de tamaño, enrojecido, caliente y muy doloroso, en el que se palpó una masa sólida adyacente al testículo, así como reflejo cremastérico presente. Se solicitó una ecografía-doppler, que informó de flujo intratesticular presente, epidídimo aumentado de tamaño y una masa hiperecogénica de 3x2 cm, bien delimitada intraescrotal (figura 1A).

Se decidió realizar una exploración testicular quirúrgica vía inguinal y escrotal, en la que se objetivó una torsión de hidátide que se extirpó. Adyacente al testículo, había una masa amarilla, delimitada por una cápsula (figura 1B). Ante la sospecha de saco herniario con contenido graso, se exploró el canal inguinal, y se observó ausencia de comunicación peritoneo-vaginal persistente. Se extirpó la tumoración de aspecto benigno vía inguinal, con confirmación anatomopatológica de lipoma.



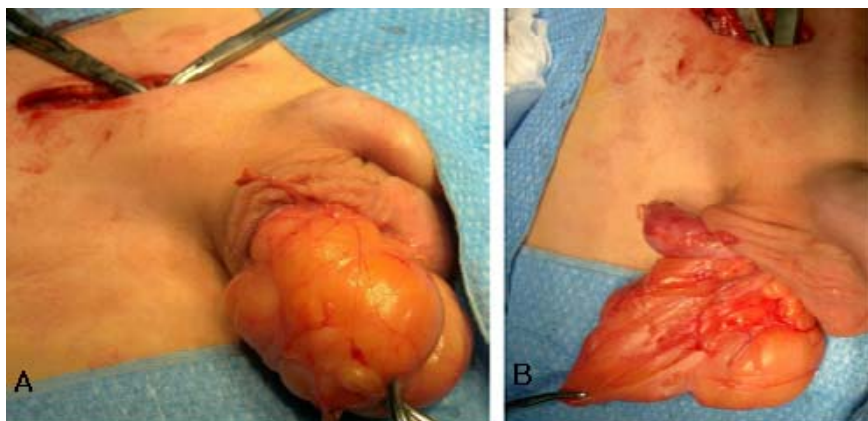
**Fig. 1. A.** Ecografía: tumoración paratesticular hiperecogénica, **B:** teste con torsión de hidátide y lipoma adyacente.

## Caso clínico 2

Niño de 2 años que acudió a Consulta de Cirugía Pediátrica por sospecha de hidrocele testicular derecho. En la exploración testicular se objetivó un aumento del tamaño escrotal derecho, sin signos inflamatorios, no doloroso y de consistencia gomosa. Transiluminación negativa.

La madre refirió que apareció hace 4 meses, y con un crecimiento continuo. La ecografía-doppler arrojó una masa hiperecogénica de 3x3 cm, bien delimitada adyacente al testículo.

Se decidió realizar una vía de acceso inguinal y escrotal, objetivando ausencia de persistencia de conducto peritoneo vaginal, y una tumoración parda delimitada por una pseudocápsula, de consistencia grasa, y de apariencia benigna, separada del testículo (figura 2). Se procedió a su resección completa. El estudio histopatológico confirmó que se trataba de un lipoma intraescrotal.



**Fig. 2 A y B.** Tumoración gomosa lobulada adyacente a teste, con una fina cápsula. Teste normal.

## DISCUSIÓN

Los lipomas son tumores benignos que se suelen localizar en extremidades y tronco, con un crecimiento lento y progresivo. Su localización intraescrotal en la edad pediátrica es excepcional, y suelen diagnosticarse en el contexto de un traumatismo testicular, escroto agudo o patología del canal inguino-escrotal pediátrico. Solo existen 3 casos aislados reportados en la literatura.<sup>2,3</sup> Ante su hallazgo, se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras tumoraciones malignas.<sup>1</sup>

La ecografía-doppler se considera la prueba de *screening* inicial que arroje una tumoración homogénea hiperecogénica, que, a su vez, permitirá realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades agudas, como se describió en el primer caso, que se asociaba con una torsión de hidátide.

En ocasiones, cuando la tumoración es de gran tamaño o se sospecha un liposarcoma, se requiere de tomografía computarizada o resonancia magnética, para determinar su naturaleza y extensión. Los marcadores tumorales deben de ser solicitados en caso de sospecha de tumor maligno.<sup>4,5</sup>

El crecimiento progresivo, el dolor y su posibilidad de malignización, hacen necesaria una exéresis quirúrgica en cuanto se diagnostica, para así poder descartar con certeza que se trate de un tumor maligno.

El acceso quirúrgico inicial para su exéresis es la vía inguinal, lo cual permite realizar una exploración del canal inguinal para descartar que se trate de hernia inguino-escrotal con contenido herniario. En caso de objetivar persistencia de la comunicación peritoneo-vaginal concomitante, esta debe de ser seccionada. A su vez, si existen dudas sobre su naturaleza benigna, la exéresis inguinal evitará la diseminación transescrotal, en caso de malignidad de la lesión.<sup>6,7</sup>

El lipoma intraescrotal se puede objetivar como una tumoración amarillenta, gomosa, lobulada, rodeado por una pseudocápsula fina que lo delimita de estructuras adyacentes y del testículo. El crecimiento paulatino que estas tumoraciones benignas presentan, hace que, en muchas ocasiones, haya que auxiliarse de un acceso escrotal para su resección local.

El estudio histopatológico, en caso de tratarse de un lipoma, presentará adipocitos maduros rodeados de tejido conectivo,<sup>8</sup> y servirá como diagnóstico de certeza.

Ante el hallazgo casual de un tumor benigno paratesticular en niños, es preciso llevar a cabo una exéresis quirúrgica con una vía de acceso inguinal inicial. La ecografía-doppler es la prueba complementaria de elección, aunque es necesario ampliar el estudio de extensión si se sospecha un liposarcoma. El diagnóstico definitivo de benignidad se obtendrá del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed HU, Arya M, Muneer A, Mushtaq I, Sebire NJ. Testicular and paratesticular tumours in the prepubertal population. *Lancet Oncol*. 2010 May; 11(5): 476-83.
2. Aragona F, Talenti E, Santacatterina U, Perale R, Passerini Glazel G. Unusual, benign asymptomatic scrotal masses in children: case reports and review of the literature. *Int Urol Nephrol*. 1994; 26(5):563-70.
3. Del Sordo R, Cavaliere A, Sidoni A, Colella R, Bellezza G. Intrascrotal lipoblastoma: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg*. 2007 Mar; 42(3):E9-11.
4. Park SB, Lee WC, Kim JK, Choi SH, Kang BS, Moon KH, et al. Imaging features of benign solid testicular and paratesticular lesions. *Eur Radiol*. 2011 Oct; 21(10):2226-34.
5. Bizimi V, Balanika AP, Motogna-Kalokairinou M, Paianidi I, Kardamis S, Kominis C, et al. Focal, asymptomatic epididymal masses-B-mode and color Doppler sonographic evaluation. Case report. *Med Ultrason*. 2010 Jun; 12(2): 163-6.
6. Antón L, Pérez-Etchepare E, Soriano D, Gómez M, Barrientos G, Tracchia R. Testicular tumors: wide spectrum in our short casuistics. *Cir Pediatr*. 2010 Oct; 23(4):222-4.

7. Tröbs RB, Krauss M, Geyer C, Tannapfel A, Körholz D, Hirsch W. Surgery in infants and children with testicular and paratesticular tumours: a single centre experience over a 25-year-period. *Klin Padiatr.* 2007 May-Jun;219(3):146-51.

8. Marulaiah M, Gilhotra A, Moore L, Boucaut H, Goh DW. Testicular and paratesticular pathology in children: a 12-year histopathological review. *World J Surg.* 2010 May;34(5):969-74.

Recibido: 14 de marzo de 2013.

Aprobado: 24 de julio de 2013.

*Yolanda Martínez Criado.* Hospital Infantil Virgen Del Rocío. Calle Manuel Siurot, s/n. Sevilla, España. Correo electrónico: yoli84mc@hotmail.com