

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Diagnóstico ecográfico de leiomioma paratesticular con microlitiasis testicular. Presentación de un caso.

Ultrasound diagnosis of paratesticular leiomyosarcoma with testicular microlithiasis. A case report.

Rolando Dornes Ramón (1), Yordany Vázquez Mora (2), Niurka Abreu Figueredo (3).

RESUMEN

El leiomioma es un tumor paratesticular maligno con una mayor incidencia a partir de la sexta década de la vida, aunque se describen casos a partir de la cuarta década. Suponen el 5% de todos los sarcomas y el 2% de todos los tumores urológicos. No se conoce el origen de este tipo de tumores, pero se especula con la posibilidad del papel de una degeneración de un leiomioma previo, originado a partir de estructuras funiculares de músculo liso, que puede localizarse en las fibras musculares cremastéricas, en el deferente, en los vasos funiculares, incluso en restos vestigiales de músculos de la pared escrotal, de las fibras conjuntivas del conducto peritoneovaginal o de restos mesoblásticos atrapados en el cordón funicular. Se presenta el caso de un paciente de 37 años con diagnóstico de leiomioma paratesticular asociado a microlitiasis testicular.

Palabras clave: LEIOMIOSARCOMA/diagnóstico, ENFERMEDADES TESTICULARES, LITIASIS/diagnóstico.

1. Especialista de 1er Grado en Imagenología. Máster en Enfermedades infecciosas. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Imagenología. Máster en Atención Integral a la mujer. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del cordón espermático y de la región paratesticular son raros y como tales su verdadera incidencia no ha sido nunca establecida. El área anatómica del parateste es compleja, incluye estructuras situadas en relación al testículo, que contiene el conducto deferente, las tunicas vaginales testiculares, epidídimo y restos vestigiales (1-2).

Dentro de este grupo, los leiomiomas representan un 10% (3). La gran mayoría se desarrollan próximos al testículo y en relación a su polo superior y se presentan como una masa escrotal o bien como una tumefacción que puede o no ser dolorosa y ocasionalmente acompañarse de un hidrocele el cual es un signo de malignidad (4-5). Aunque infrecuentes, tienen una significativa tasa de malignidad, próxima al 30% y las metástasis a veces aparecen incluso 15 años después de la extirpación de la lesión primaria (6). La microlitiasis testicular (MT) es un hallazgo poco frecuente en el ultrasonograma; la etiología de las calcificaciones no está completamente definida, se encuentra asociada a múltiples afecciones como: trastornos de la diferenciación sexual, criptorquidia, sub-fertilidad, enfermedades inflamatorias (granulomatosas), alteraciones vasculares (hemorragia con infarto, torsión testicular, calcificaciones vasculares), síndrome de inmunodeficiencia adquirida, neurofibromatosis y con coexistencia de cáncer testicular. Incluso los testículos sanos pueden tenerla. Este estudio presenta un paciente con tumor paratesticular maligno con microlitiasis testicular por lo infrecuente de la afección y ser el primer caso diagnosticado en el servicio de imagenología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila (7).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años, con antecedentes de orquiepidimitis del testículo izquierdo a repetición desde hace 2 años, con tumoración escrotal izquierda de 18 meses de evolución, no dolorosa a la palpación. No fiebre ni síndrome miccional. Ausencia de adenopatías inguinales. Teste derecho normal. Analítica: alfa fetoproteína, beta HCG y LDH en rangos normales.

La ecografía escrotal muestra el testículo izquierdo que mide 40x31x22 mm, con múltiples imágenes ecogénicas de pequeño tamaño que no dejan sombra acústica diseminadas en su parénquima, en proyección a la cola del epidídimo imagen heterogénea que media 35x27mm. No alteraciones del plexo pampiniforme, ni de la túnica vaginal. Se le realizó Rx tórax no se observó alteraciones pleuropulmonares.

Se le realiza orquiectomía izquierda. El estudio anatomopatológico evidenció un leiomiosarcoma con positividad para el estudio inmunohistoquímico. Recibió tratamiento con quimioterapia y la radioterapia.

La tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvico, posterior a la orquiectomía radical izquierda para estudio de extensión, no muestra patología tumoral, locoregional ni a distancia.

Se le realizó ultrasonido abdominal cada 3 meses después del tratamiento quirúrgico los cuales fueron negativos, así como ultrasonido testicular. Un año después de su intervención, el paciente está libre de recidivas y no muestra ningún efecto funcional ni orgánico de su proceso.

DISCUSIÓN

Se presenta este caso singular de leiomiosarcoma (LMS) paratesticular, en primer lugar por su tiempo de evolución (al menos 18 meses) y en segundo lugar por su asociación con microlitiasis testicular. El total de LMS publicados en la literatura oscila en torno a 125 casos, se encontraron solo dos casos aislados asociados con microlitiasis testicular (8-9).

Sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, con un predominio del efecto masa local, que se diagnostica tras larga evolución, ya que son indoloros (10).

Su tamaño en el momento del diagnóstico suele variar entre los 2 y 5 cm. Se han descrito metástasis linfáticas y viscerales en cerebro, hueso, pulmón, ganglios inguinales y retroperitoneales (11-12), al ser esta la causa de fallecimiento de la tercera parte de los pacientes. Los estudios analíticos no ofrecen datos dignos de mención, a excepción de algún leiomiosarcoma de cordón espermático productor de β -HCG (13).

En cuanto a las técnicas de imagen se destaca el papel del Rx de Tórax, la ecografía abdominal e inguinal, así como la TAC. para confirmar el origen extratesticular del tumor y valorar la afectación local o a distancia, pero no para distinguir la naturaleza del tumor (14). Entre sus diagnósticos diferenciales figuran las hernias inguinoescrotales, las adenopatías, lesiones inflamatorias, colecciones escrotales inflamatorias y varicoceles. También incluye afecciones como el rabdomiosarcoma, liposarcoma, histiocitoma maligno fibroso y fibrosarcoma (14-15).

El diagnóstico definitivo viene dado por el estudio anatomopatológico. Como tratamiento definitivo se acepta la orquiectomía radical vía inguinal con ligadura alta del cordón espermático. No existe uniformidad de criterio a la hora de indicar una terapia adyuvante, dada la corta experiencia en su tratamiento.

ABSTRACT

Leiomiocarcinoma is a malignant paratesticular tumor with a greater incidence from the sixth decade of life, although cases from the fourth decade are described. They suppose 5% of all sarcomas and 2% of all the urological tumours. The origin of this type of tumors is not known, but it is speculated with the possibility of a degeneration role of a previous leiomyoma, originated from funicular structures of smooth muscle, that it can be located in cremasteric muscular fibers, in the deferens, funicular vessel, even in vestigial rest of the scrotal wall muscles, from conjunctive fibers of processus vaginalis or mesoblastic rest caught in the funicular cord. A case of 37 years patient appears with diagnosis of paratesticular leiomiocarcinoma associated to testicular microlithiasis.

Key words: LEIOMIOSARCOMA/diagnostic, TESTICULAR DISEASES, LITHIASIS/ diagnostic.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez JC, Pérez EA, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS, Koniaris LG. Outcomes for soft-tissue sarcoma in 8249 cases from a large state cancer registry. *J Surg Res.* 2007; 141(1):105-114.
2. Shaida A, Yung M. Neurofibroma of the pinna. *Ear Nose Throat J.* 2007; 86:36-8.

3. Low N. Screening programmes for chlamydial infection: when will we ever learn? *Br Med J*. 2007; 334:725-728.
4. Cuba. Ministerio de salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico [Internet]. 2010[citado 12 Feb 2012] [aprox. 98 pantallas]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
5. Pérez Calleja NC. Caracterización de la enfermedad neoplásica de la infancia en la provincia de Ciego de Ávila. *MediCiego* [Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2012]; 16(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_01_10/pdf/t4.pdf
6. Meyers D, Wolff T, Gregory K. USPSTF Recommendations for STI Screening. *Origin Publish. Am Fam Physic*. 2008; 77:819-824.
7. Hwang L, Shafer MA. Chlamydia trachomatis infection in adolescents. *Adv Pediatr*. 2004; 51:379-407.
8. Master V, Turek P. Safety and effectiveness of a new saline - filled testicular prosthesis. *J Urol*. 2009; 65(5):152-159.
9. Heller MT, Fargiano A, Rudzinski S, Johnson N. Acute scrotal ultrasound: a practical guide. *Crit Ultras J* [Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2012]; 2(2):65-73. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/t867835w33371wx2/>
10. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. Tumours of the urinary system and male genital organs. En: World Health Organization. Classification of tumours. Lyon (France): IARC Press; 2004. p. 273-276.
11. Caretta N, Palego P, Schipilliti M, Torino M, Pati M, Ferlin A, et al. Testicular contrast harmonic imaging to evaluate intratesticular perfusion alterations in patients with varicocele. *J Urol* [Internet]. 2010 [citado 12 Feb 2012]; 183(1):263-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19942233>
12. Dotan ZA, Tal R, Golijanin D, Snyder ME, Antonescu C, Brennan MF, Russo P. Adult genitourinary sarcoma: the 25-year Memorial Sloan-Kettering experience. *J Urol*. 2006; 176(5):2038-2039.
13. Gutiérrez JC, Pérez EA, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS, Koniaris LG. Outcomes for soft-tissue sarcoma in 8249 cases from a large state cancer registry. *J Surg Res*. 2007; 141(1):105-114.
14. Tolosa Izaguirre E, Robles García JE, Lorente Pérez J, Rincón Mayans A. Consulta diferida de un traumatismo escrotal. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2010 [citado 7 Mar 2012]; 34(7):641-643. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000700014&lng
15. Méndez Gallart R, Bautista Casanovas A, Estévez Martínez E, Rodríguez Barca P, Taboada Santomil P, Armas A, et al. Hidrocele reactivo tras Palomo laparoscópico en el varicocele pediátrico. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2010 Sep [citado 7 Mar 2012]; 63(7): 532-536. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142010000700009&lng=es

ANEXOS



Figura 1. US Testicular que muestra múltiples microlitiasis diseminadas por su parénquima e imagen heterogénea que ocupa la cola del epidídimo izquierdo.



Figura 2. Rx Tórax PA donde no se observaron alteraciones pleuropulmonares



Figura 3. TAC abdominopélvica en la que se descarta adenopatía retroperitoneal.