

## LIPOSARCOMA DEL CORDON ESPERMATICO

Por el Prof. Dr. Alberto E. García y los Doctores Gabino González Martín, Héctor Torrenti y José M. Monserrat.

Se denominan tumores del cordón espermático a las neoformaciones que toman origen en los elementos de dicho cordón (deferente, vasos arteriales, venosos y linfáticos y nervios) en el tejido céluloadiposo que los envuelve, en su cubierta vaginal o en la eventual persistencia de restos embrionarios situados a ese nivel.

La observación de estos tumores es poco frecuente. Desde la primera comunicación de Lésauvage en 1845 hasta la exhaustiva revisión de El Badawi, A. A. y Al Ghorab, M, M. en 1965 sólo se han reunido 387 casos, alrededor de un tercio de los cuales (125) resultaron malignos. Dentro de este grupo no figura ningún tumor de origen epitelial y entre los sarcomas, que comprenden la gran mayoría, sólo se individualizan 3 liposarcomas puros que fueron publicados por Herbut, P, P, en 1952, Angeli, A. en 1965 y Dreyfuss, W. en 1964 y Bonneau, H. y Calas-Varette, R. en 1967, con los cuales llegan a 5 los conocidos hasta el presente.

Los liposarcomas del cordón espermático se han observado en edades muy dispares de la vida que oscilan entre los 15 años del paciente de Bonneau y Calas-Varette y los 80 años del de Dreyfuss y Goodsitt. El nuestro contaba 32 años en el momento de la consulta.

La localización más frecuente de estos tumores es la escrotal y luego la inguinal, siendo excepcional la intraabdominal.

Se deberá pensar siempre en un tumor del cordón espermático frente a toda tumoración intraescrotal de consistencia renitente y superficie más o menos irregular, no trasiluminable e independiente de los testículos y epidídimos. Según Herman, el 90 % de los tumores extratesticulares que se hallan dentro del escroto se originan en dicho cordón.

El diagnóstico diferencial se efectuará en consecuencia con las hernias ínguinoescrotales a contenido epiploico, hidrocele y hematoceles a tensión, tumores de testículo y epidídimo y quistes dermoides del rafe medio.

Habitualmente estos tumores permanecen estacionarios durante largos períodos hasta que por causas ignoradas inician un crecimiento acelerado.

Resumen de la Historia Clínica.

N. N. 32 años, casado, chofer.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Enfermedad actual.

Manifiesta que hace 15 años notó por primera vez la existencia de una tumoración asintomática del tamaño apriximado de una aceituna en el interior del hemiescroto derecho. Dicha tumoración permaneció sin ningún cambio hasta hace 3 años en que comenzó a experimentar un franco aumento de tamaño que continuó en forma progresiva hasta alcanzar en el momento actual el de una cabeza de feto. La presencia de esta formación no le ha ocasionado más molestias al paciente que las derivadas de su aumento de tamaño a las que se agregó últimamente un discreto dolor ínguinoescrotal derecho que se acentúa durante la marcha.

Examen físico.

El examen físico del enfermo permite comprobar su excelente estado general sin más expresión patológica que la presencia de una tumoración intraescrotal del tamaño aproximado al de una cabeza de feto. La inspección de esta última deja ver la piel del escroto distendida por la masa mencionada. (Fig. 1).

A la palpación se comprueba que la tumoración es indolora y no se adhiere a los planos

superficiales. Su superficie es ligeramente irregular y la consistencia suficientemente variable como para dar la sensación de contenido líquido en algunos sectores. Independientemente de la masa tumoral se palpan ambos testículos con sus respectivos epidídimos y la porción yuxtatesticular de los cordones espermáticos con caracteres normales.

La trasiluminación resultó negativa.

Exámenes de laboratorio.

Excepto un moderado aumento de la eritrosedimentación el resto de los exámenes de laboratorio de rutina resultaron normales.

Intervención quirúrgica.

Decidida la extirpación quirúrgica se procede a la exéresis de la masa tumoral bajo la acción de anestesia peridural.

Se incide ampliamente el rafe medio escrotal y se continúa la diéresis hasta encontrar el plano de deslizamiento del tumor. Una vez allí, con divulsión Roma se lo libera con facilidad de ambos testículos recubiertos por sus respectivas vaginales (Fig. 2) y se comprueba que el mismo se halla unido por un delgado pedículo vascular a la cara posterior del cordón espermático derecho, a nivel del anillo inguinal externo y allí se lo liga para completar su extirpación. Cierre de la pared por planos.

Anatomía Patológica.

Se trata de una formación de 575 gr. de peso y de forma oval, cuyo diámetro principales miden 6,9 y 12 cm. respectivamente. Su superficie externa es lisa, observándose un corto y delgado pedículo elástico cerca de uno de sus polos. (Fig. 3).

La consistencia es firme y elástica al tacto y al corte presenta un aspecto sumamente polimorfo con zonas blanquecinas brillantes, otras amarillentas homogéneas y cribosas, otras de aspecto cerebriforme y otras con focos calcificados. (Fig. 4)

Se toman trozos de los distintos sectores y se incluyen en parafina coloreándolos posteriormente con Hematoxilina-Eosina, Tricrómico de Masson y P. A. S. Se efectúan además cortes por congelación para colorear con Aceite Rojo O y para realizar impregnaciones argénticas según las técnicas de del Río Hortega.

El examen microscópico muestra una proliferación celular de características similares en todos los cortes aún en los provenientes de los sectores del más opuesto aspecto macroscópico.

Se trata de células grandes, de citoplasma poco evidente en los cortes coloreados con Hematoxilina-Eosina, vacuolado en algunas células (Fig. 5) y ligeramente basófilo en otras.

Los núcleos son grandes, irregulares en forma y tamaño, hiper cromático y con marcadas monstruosidades y atípicas. (Fig. 6)

Las células se disponen formando extensas playas con escaso estroma colágeno y pobre vascularización lo que provoca áreas de necrosis.

Las coloraciones argénticas muestran con claridad la existencia de ramificaciones citoplasmáticas alargadas que se anastomosan con las de las células vecinas. Existe también una riquísima malla de reticulina.

La coloración para las grasas (Aceite Rojo O) revela intensa positividad en numerosas células (Fig. 7), sobre todo en las de citoplasma vacuolado. El examen con la luz polarizada muestra que se trata de grasas monorefringentes.

El citoplasma celular presenta también granulaciones P. A. S. positivas.

El examen microscópico del pedículo permite ver que el mismo se halla libre de invasión tumoral y no se visualizan tampoco embolias tumorales endovasculares.

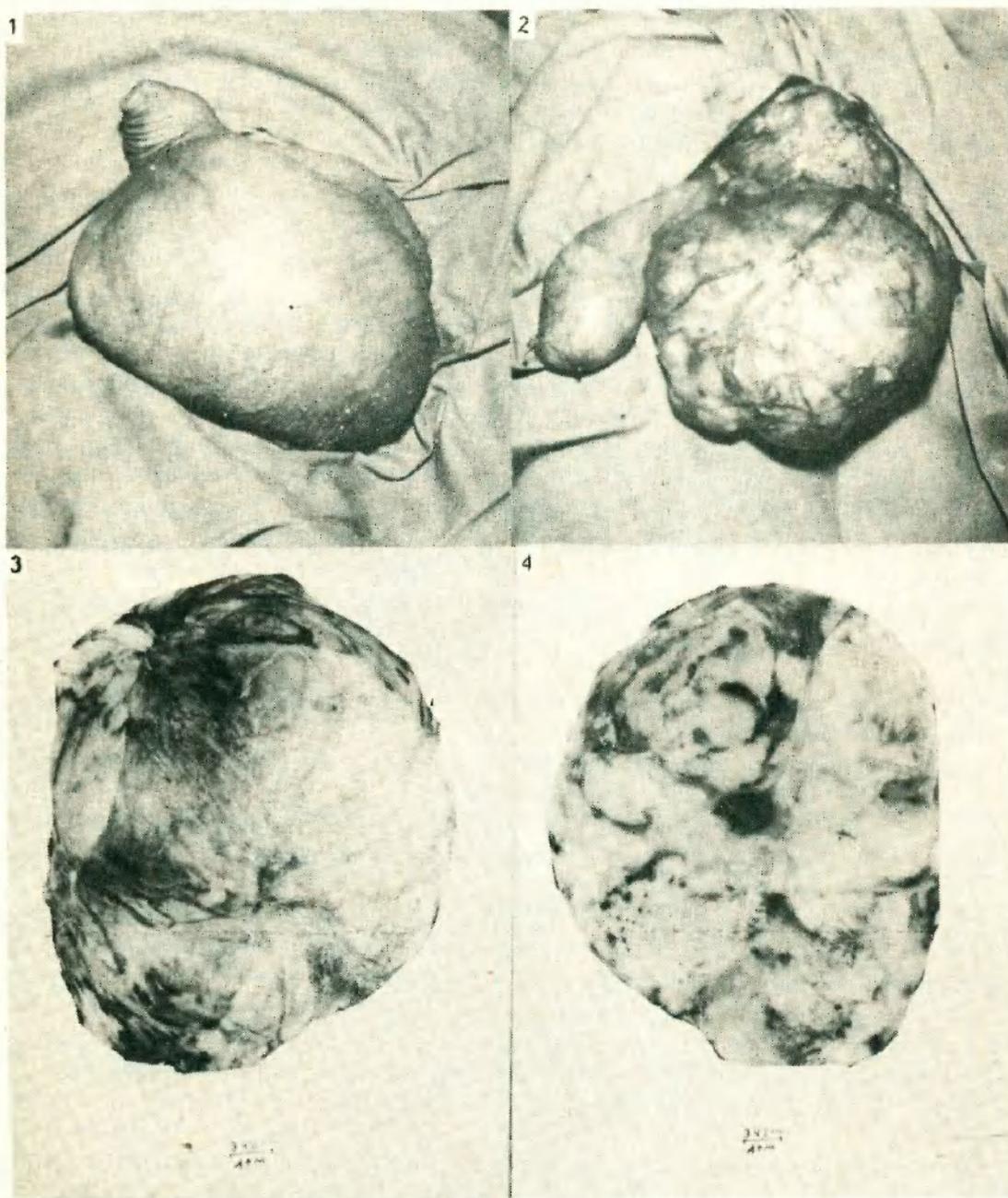
Diagnóstico: Liposarcoma del cordón espermático.

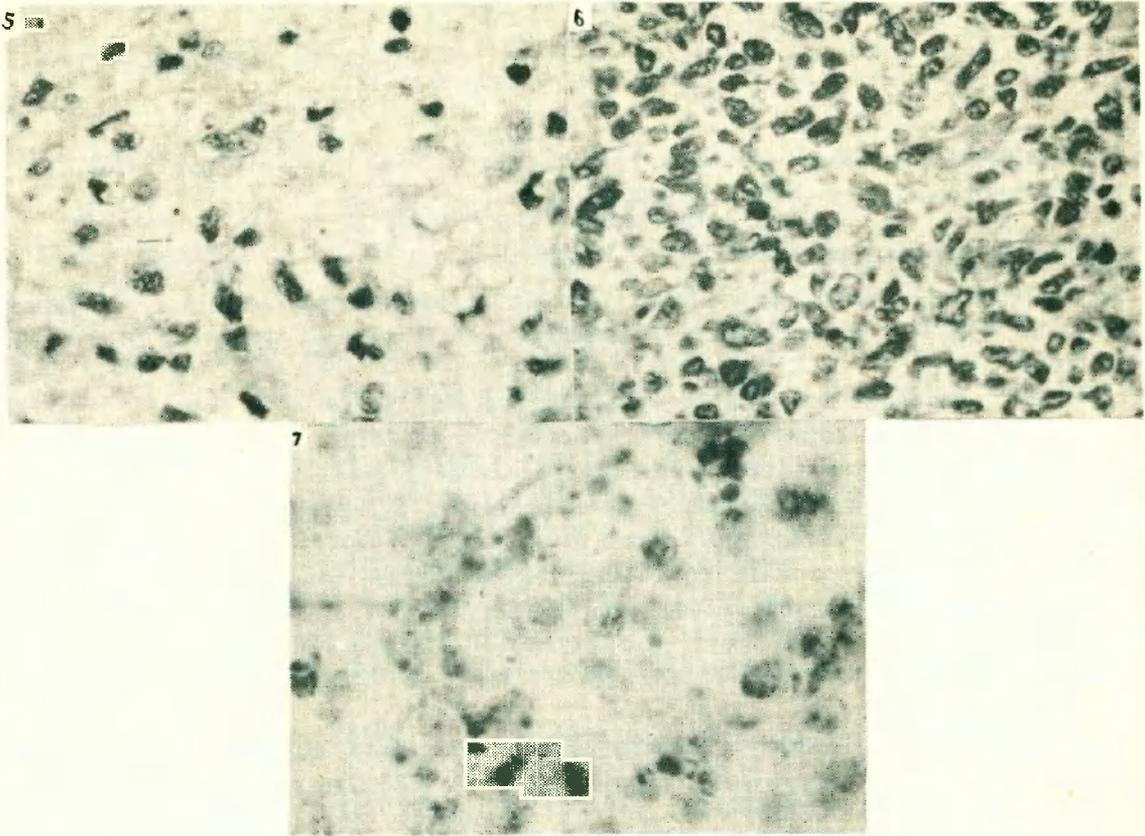
Evolución.

Determinada la malignidad del tumor se inició en el postoperatorio inmediato la aplicación de roentgenoterapia en los campos clásicos para los tumores de testículo hasta

completar 6.000 r.

El enfermo vivió aparentemente curado alrededor de 4 meses a cabo de los cuales aparecieron metástasis en la pelvis, columna lumbar y posteriormente en pulmón izquierdo. Fue tratado en esa oportunidad con Tromexate, Endoxan y Corticoides con resultado poco favorable y el paciente falleció en plena diseminación neoplásica a los 10 meses de la operación.





## BIBLIOGRAFIA

- 1) Angeli, A.  
Su di un caso di lipo-sarcoma del funicolo spermatico.  
Arch. Ital. Chit. 81: 427, 1956.
- 2) Bonneau, H. et Calas - Varette, R.  
Un rare case de tumeur du cordon. Lipoblasto-sarcome chez un enfant de 15 ans. Recul de 5 ans.  
J. d'Urol. et Néphr. 73: 946, 1967.
- 3) Dreyfuss, W. and Goodsitt, e.  
Tumors of The Spermatic Cord.  
J. Urol. 84: 658, 1960.
- 4) El Badawi, A. A. and Al Ghorab, M. M.  
Tumors of The Spermatic Cord: Review of Literature and report a case of The Linfangioma.  
J. Urol. 94: 445, 1965.
- 5) Samellas, W.  
Malignant Neoplasma of Spermatic Cord: Liposarcoma.  
New York State J. Med. 64: 1213, 1964.