

Seudotumor fibroso paratesticular: a propósito de un caso y breve revisión

Paratesticular fibrous pseudotumor: a case and a brief review

López Aramburu, Miguel Ángel*; **Peña Pérez, Pablo****; **Martínez Murillo, Pedro José*****;
Ferrero Collado, Aurora****; **Rosa Arias, José***

*Servicio de Urología, **Unidad de Enfermería Urológica y *** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Burgos. España. ****Centro de Diagnóstico Burgos. Burgos. España.

INTRODUCCIÓN

El Seudotumor Fibroso Paratesticular (SFP) es un proceso inflamatorio reactivo no tumoral que afecta y se localiza en tunicas y cubiertas testiculares, epidídimo o cordón espermático. Al ser un proceso raro e infrecuente con descripciones aisladas, se puede encontrar el mismo proceso bajo distintos nombres tales como: Periorquitis reactiva, Seudotumor inflamatorio, Periorquitis crónica proliferativa, Fibroma, etc. Si a ello sumamos el nada despreciable factor de confusión que supone la utilización del prefijo pseudo (seudo según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua), el panorama se presenta desalentador a la hora de la recolección de casos.

CASO CLÍNICO

Varón de 45 años que consulta por haber notado nódulos duros e indoloros a nivel del lado izquierdo del escroto. A la exploración se evidencian un mínimo de dos tumoraciones dependientes de epidídimo izquierdo, redondeadas, lisas duras y no dolorosas. Testículo libre y con ligera disminución de tamaño con respecto a la normalidad.

Ecográficamente se detectan dos imágenes nodulares sólidas e hipoeoicas (diámetros de 14 y 10 mm) con discreto flujo vascular con examen Doppler color, cercanas a cabeza de epidídimo, al que respetan y adosadas a túnica vaginal, que se presenta ligeramente engrosada. Sugieren lesión fibrosa o granulomatosa. Mínimo hidrocele (**Figura 1**).

La RNM informa de múltiples imágenes redondeadas extratesticulares, bien definidas y delimitadas. Hipointensas en todas las secuencias, sobrevaloradas en la secuencia T2, desde milimétricas hasta 13 mm de diámetro máximo. Engrosamiento de la albugínea con una captación de las lesiones preferentemente en anillo que sugiere la presencia de un seudotumor inflamatorio. Disminución de tamaño del teste izquierdo e hidrocele (**Figura 2**).

Aceptado en Abril de 2010
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on April 2010
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: malaburu@gmail.com



Figura 1. Seudotumor fibroso: aspecto ecográfico.



Figura 2. RNM de seudotumor fibroso.



Figura 3. Aspecto del testículo con diversos nódulos típicos de seudotumor fibroso.



Figura 4. Aspecto del testículo al finalizar la intervención.

Con el diagnóstico de seudotumor fibroso paratesticular se realiza escrototomía que pone en evidencia las típicas lesiones nodulares de seudotumor fibroso (Figura 3). Se realiza biopsia intraoperatoria. Tras recibir el informe desde el Servicio de Anatomía Patológica de seudotumor fibroso se procede a exéresis, reconstrucción, corrección del hidrocele y cierre (Figura 4). El estudio diferido histológico informa de nódulos formados por tejido conjuntivo fibroso con gruesas fibras colágenas y una superficie de estroma laxo con abundantes vasos capilares. Discreto infiltrado inflamatorio intersticial de linfocitos y células plasmáticas: Seudotumor Fibroso Paratesticular.

DISCUSIÓN

El SFP es un proceso benigno de origen inflamatorio, posiblemente reactivo, y no tumoral¹. Después del tumor adenomatoide es la causa más frecuente de masas dependientes de anejos testiculares². Se origina en tunicas y anejos testiculares y es independiente del parénquima testicular al que respeta, aunque en ocasiones puede comprimirlo y rechazarlo^{1,3,4,5,6}.

La presencia de formaciones nodulares duras, únicas o múltiples y fijas a nivel intraescrotal predispone a pensar en procesos proliferativos malignos, lo que se traduce en no pocas cirugías radicales que podrían evitarse^{7,8}. El SFP respeta el parénquima testicular, aunque en estadios evolutivos avanzados puede rechazarlo y comprimirlo, pero siempre respetándolo. Por lo dicho anteriormente, debemos tener en cuenta que su forma de presentación puede variar según el

momento de su diagnóstico. Es en estadios avanzados cuando mayor es el riesgo de confusión con neoplasias testiculares.

Clínicamente se manifiesta como nódulos o masas, únicos o múltiples, que en ocasiones producen dolor de baja intensidad. Puede así mismo presentarse como engrosamiento difuso de las tunicas y es frecuentemente acompañado de hidrocele. A la exploración suele confundir al clínico ya que se asemeja en no pocas ocasiones a los tumores testiculares, aunque no son pocos los casos en los que se puede explorar el testículo indemne cuando los nódulos asientan en epidídimo o cordón espermático.

Afecta al varón joven entre la tercera y sexta década de la vida principalmente.

No eleva marcadores tumorales y ecográficamente son muy inespecíficos con presentación hipo-hiperecogénica sin ninguna apariencia específica^{2,3,8}. Dicho comportamiento se ha asociado a la presencia de colágeno en distintas proporciones y a la presencia o ausencia de calcificaciones⁹.

Al TAC se comporta como lesión de densidad de tejidos blandos hipodensa^{1,3,8}.

La Resonancia Nuclear Magnética parece ser que se posiciona como el estudio diagnóstico por imagen más eficaz y que recomendamos en base a nuestra experiencia personal sobre cinco casos^{1,3}. El SFP, como proceso primordialmente fibrótico, da señal de baja o intermedia intensidad en T1, y baja en T2 potenciada^{1,3,9}.

Histológicamente presenta tejido de proliferación fibroblástico inmerso en un estroma colagenizado. Nos podemos encontrar con cualquier célula de estirpe inflamatoria: linfocitos, células plasmáticas, histiocitos, etc. No es infrecuente la presencia de tejido hialinizado, calcificaciones focal y distrófica, y cuerpos libres calcificados¹.

Es posible realizar un diagnóstico correcto preoperatorio y evitar la mutilante orquiectomía. En caso de dudas, una exploración vía inguinal con biopsia intraoperatoria puede ser de gran utilidad, aunque su apariencia en la exploración quirúrgica es inconfundible.

El tratamiento quirúrgico de exéresis es totalmente curativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Aramburu MA, Viguri Díaz A, Peña Pérez P, Rosa Arias J, Sainz Camín M. Pseudotumor fibroso paratesticular. *Arch Esp Urol*. 2008; 61(8):932-936.
2. Rubenstein RA, Dogra VS, Seftel AD, Resnick MI. Benign intrascrotal lesions. *J Urol*. 2004; 171(5):1765-1772.
3. López Aramburu MA, Rosa Arias J, Ferrero Collado A, Sainz Camín M, Viguri Díaz, Peña Pérez P. Seudotumor Fibroso paratesticular. No tan raro, no tan difícil de diagnosticar. *Rev Int Androl*. 2009; 7(3):191-194.
4. Rodríguez-Fernandez AM, Sevilla-Chica FI. Pseudotumor fibroso paratesticular. *Patología* 1992; 25:53-55.
5. Sanz Jaca JP, Aldave Villanueva J, Arrinda Yerre-gui JM, Mendivil Dacal J, Frias Ugarte F. Pseudotumor fibroso de la túnica vaginal testicular. *Arch Esp Urol*. 1990; 43(7):786-788.
6. Ortiz Rodríguez-Parets J, Silva Abuin J, Abad Hernández M, Martín Rodríguez A, Bullon Sopelana A. Periorquitis fibromatosa (pseudotumor fibroso testicular). *Arch Esp Urol*. 2002; 55(7):847-849.
7. Borges RP, Versos RS, Vila F, Cavadas V, Encinas A, Oliveira A, Marcelo F. Pseudotumor escrotal inflamatorio. *Rev Int Androl*. 2007; 5(4): 393-395.
8. García Carriazo M, Bustos Gómez C, Domínguez Franjo E, Recio Gallardo S. Pseudotumor fibroso de la túnica vaginal del testículo. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp*. 1999; 68-70.
9. Al-Otaibi L, Whitman GJ, Chew FS. Fibrous Pseudotumor of the epididymis. *Am J Roentgenol*. 1997; 168:1586.