

TUMOR ADENOMATOIDE DE EPIDIDIMO

Presentación de un caso

Dr. de Rosas, Juan Manuel* - Dr. Kovalenko, Igor** - Dr. Tutor, Oscar R.***

Resumen

Se presenta un nuevo caso de tumor adenomatoide de epidídimo.

Se resumen las teorías histogénicas y se describen sus caracteres anatomopatológicos.

Introducción

El motivo de la presente publicación es la presentación de un nuevo caso de "tumor adenomatoide". Se trata de un tumor poco frecuente y cuya histogénesis no se encuentra totalmente aclarada, existiendo controversias al respecto.

El término de tumor adenomatoide fue acuñado por Golden y Ash en 1945 y ha persistido hasta la fecha porque es morfológicamente correcto y genéticamente neutral.

Existen variadas sinonimias de las que se deducen distintas opiniones, fundamentalmente con respecto a su origen.

Entre las más usadas figuran: adenofibroma, tumor angiomaticoide de endotelio, linfangioma genital, mesotelioma benigno del tracto genital, cistoadenoma epididimario, etc.⁽¹⁾

Clínica

Clínicamente es pobre en síntomas, ya que en un 75 % de los casos la extirpación se efectúa para descartar una neoplasia maligna. Crecen muy lentamente y algunos pueden producir dolor como único síntoma.

No existe relación directa con traumatismos, afecciones endocrinas o inflamaciones.

Con respecto a su frecuencia, como ya anticipáramos, es rara. En la literatura mundial existen registrados cerca de 200 casos, debiendo, no obstante, ser revisados cuidadosamente los casos de los llamados fibromas del cordón, testículo o epidídimo.

Son sumamente raros antes de la pubertad, apareciendo con más frecuencia entre las 2ª y 4ª décadas de la vida. En el tracto genital masculino ocurren en un porcentaje cercano al 70 %.

Anatomía patológica

Macroscópicamente se presentan como formaciones nodulares, solitarias generalmente, rara vez mayores de 2 cm de diámetro, ubicándose en los varones en 80 % de los casos en la cola del epidídimo, y el resto en el cordón y testículo. En las mujeres la localización más frecuente tiene lugar en la trompa de Falopio. No poseen adherencias firmes con las estructuras vecinas y al corte presentan un aspecto fibrilar, grisáceo, con pequeños focos amarillentos.

Desde el punto de vista microscópico existen tres tipos o patrones histológicos:

- tubular*: aparecen lagunas revestidas por células cuboidales o cilíndricas;
- canalicular*: aparecen espacios semejantes a vasos de distinta amplitud, revestidos por células cúbicas o bajas, apoyadas sobre un estroma fibroso o fibromuscular, más o menos denso;
- plexiforme*: se reconocen en este patrón células dispuestas en cordones sólidos.

Existen casos en que se presentan asociados los tres tipos histológicos.

La imagen histológica del tumor adenomatoide puede sintetizarse como formado por un estroma fibroso variable en el cual se

encuentran numerosos espacios no orientados y tapizados por células que pueden parecer epitelio, endotelio o mesotelio.

Con respecto al tratamiento, el único utilizado es la extirpación quirúrgica; ésta se realiza principalmente para descartar la existencia de un tumor maligno. Como son tumores benignos el pronóstico es excelente. No obstante existen publicados algunos casos de invasión local y de tumores adenomatoides malignos.^{8, 9)}

Histogénesis

Es acerca de este punto donde más se ha publicado y discutido y a partir de lo cual han surgido las distintas controversias y teorías que expondremos sintéticamente.

El presunto origen endotelial es más de interés histórico y fue sugerido por quienes observaron un lecho vascular de pequeños y grandes canales revestidos por células aplanadas. Estudios posteriores de histoquímica y de microscopía electrónica han descartado este origen; además esta teoría no explica la coexistencia de estructuras fibrosas y musculares.

El origen mesonéfrico fue propuesto por Teilum,⁽³⁾ concepto hoy también abandonado, ya que el tumor adenomatoide en la mujer no aparece en los sitios donde habitualmente se encuentran remanentes mesonéfricos, como tampoco las células de los tumores adenomatoides se asemejan a las que tapizan los remanentes mesonéfricos.

Willis y Sundarasivarao⁽²⁾ aceptan el origen a partir de vestigios müllerianos; en contra de este razonamiento está la observación de que las células de los tumores adenomatoides no se parecen a las células epiteliales müllerianas ni con microscopía óptica ni con microscopía electrónica. Además los tumores adenomatoides en mujeres no sufren los cambios cíclicos que se observan en estructuras derivadas del primordio mülleriano.

Por último la hipótesis más aceptada es la que lo supone de origen mesotelial. Esta teoría fue propuesta originalmente por Masson y es apoyada por numerosos autores.^(2, 7, 12) No obstante existen ciertos hechos que parecen no estar de acuerdo con este origen: los mesoteliomas por lo general son malignos y los tumores adenomatoides, no; los tumores adenomatoides están limitados al tracto genital tanto en hombres como en mujeres, y los mesoteliomas, no; el patrón histológico típico adenomatoide no se ve en los mesoteliomas.

Existen autores^(8, 9) que han encontrado conexiones entre el tumor adenomatoide y el mesotelio superficial del útero, trompa o testículo.

En 1971, Mackay y col.⁽²⁾ efectuaron estudios con microscopía electrónica y técnicas histoquímicas arrojando nuevos datos acerca del origen mesotelial del tumor adenomatoide.

Presentación del caso

M. A. B., sexo masculino, edad 36 años. Consulta por dolor difuso y leve de 5 meses de duración, en bolsa izquierda. Fue tratado anteriormente con analgésicos y antiinflamatorios con diagnóstico presuntivo de varicocele. El examen urológico revela la presencia de un nódulo duro, bien limitado, sin adherencias, de 1,5 cm de diámetro. Se palpan otros dos nódulos menores en el trayecto del cordón.

* Médico Patólogo, Cátedra de Urología, Universidad Nacional de Cuyo. Jefe Servicio Patología, Hospital Español, Mendoza.
Médico Patólogo, Hospital Emilio Civit, Mendoza.

** Médico Patólogo, Cátedra de Urología, Universidad Nacional de Cuyo. Médico Patólogo, Hospital Emilio Civit, Mendoza.

*** Médico Urólogo, Cátedra de Clínica Urológica, Universidad Nacional de Cuyo. Médico Urólogo, Servicio de Urología, Hospital Central Mendoza.

Se efectuó la extirpación quirúrgica y el protocolo anatomopatológico n° 73-18019 revela la presencia de cordones formados por delgado tallo conectivo, tapizados por células cuboidales uniformes, de límites netos, con un núcleo pequeño y citoplasma vacuolado. También se observa en otros campos coalescencia de dichas vacuolas, las que forman espacios irregulares entre los

cordones celulares. Los cordones y espacios están contenidos en un estroma fibroso denso que muestra, en zonas, tejido de granulación con células gigantes multinucleadas, infiltración hemorrágica y pigmento hemático. En la periferia del tumor aparece unaseudocápsula de fibras colágenas comprimidas, la cual no muestra invasión tumoral, como tampoco los tejidos vecinos.

Bibliografía

1. Dixon, F. J., y Moore, R. A.: "Tumors of the male sex organs". Atlas of Tumor Pathology, sect. 8, fasc. 32. Washington, D.C., 1952.
2. Mackay, B.; Bennington, J., y Skoglund, R.: "The adenomatoid tumor. Fine structural evidence for a mesothelial origin". *Cancer*, 27:1:109-115, 1971.
3. Teilum, G.: "Histogenesis and classification of mesonephric tumors of female and male genital system and relationship to benign so-called adenomatoid tumor. comparative histological study". *Acta Path. Micr. Scand.*, 34:431-481, 1954.
4. Abell, M. R., y Holtz, F.: "Testicular and paratesticular neoplasms in patients 60 years of age and older". *Cancer*, 21:852-870, 1968.
5. Moller Hansen, M., y Skafte, J.: "Adenomatoid tumors of the testis and epididymis". *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 3:157-159, 1969.
6. Zalla, P. G.; De Dominicis, O., y Cascini, F.: "Il mesotelioma dell'epididimo". *Arch. De Vecchi Anat. Patol.*, 52:359-371, 1968.
7. Balletta, V., y Cellesi, C.: "Il tumore adenomatoide dell'epididimo". *Arch. De Vecchi Anat. Patol.*, 54:795-804, 1969.
8. Miller, F., y Lieberman, M.: "Local invasion in adenomatoid tumors". *Cancer*, 21:933-939, 1968.
9. Fischer, E., y Klieger, H.: "Epididymal carcinoma (Malignant adenomatoid tumor, mesonephric, mesodermal carcinoma of epididymis)". *Journal of Urology*, 95:568-752, 1966.
10. Jablolkow, V.; Jagatic, J., y Rubnitz, M.: "Adenomatoid tumors of the genital tract; Report of 12 cases and review of the literature". *Journal of Urology*, 95:573-576, 1966.
11. Flickinger, T.; Bernhardt, H., y Young, J.: "Adenomatoid tumors of the epididymis". *Journal of Urology*, 83:859-861, 1960.
12. Stavrides, A., y Hutcheson, J.: "Benign mesotheliomas of testicular appendages". *Journal of Urology*, 83:448-453, 1960.
13. Jackson, J.: "The histogenesis of the adenomatoid tumor of the genital tract". *Cancer*, 11:337-349, 1958.
14. Lee, M. J.; Dockerty, M. B.; Thompson, G. J., y Waugh, J. M.: "Benign mesotheliomas (adenomatoid tumors) of the genital tract". *Gynec. Obst.*, 91:221-231, 1950.