

Instituto Cirugía de Haedo  
Servicio Urología  
Jefe Dr. MARCOS A. CASTRIA

## LIPOSARCOMA DEL CORDON ESPERMATICO

Drs. MARCO A. CASTRIA, JOSE M. OTERO, MARIO CASAZZA  
y NELLY S. PIEGARI

El liposarcoma constituye una rara variedad histológica dentro de los ya notablemente infrecuentes tumores malignos del cordón espermático.

El primer estudio sobre el tema fué realizado en 1909 por Patel y Chalié y es citado ante cada nuevo aporte casuístico. Luego los trabajos se sucedieron y últimamente son varios los que se han publicado en diversos países; en Estados Unidos: Prince, Strong, Dreyfuss y Goodsitt, Samellas; en Francia: Héctor, Querneau, Vincent; en Italia: Morone, Tomassini, Meinardi constituyen algunos de ellos.

Luego de una exhaustiva revisión de la literatura mundial hemos reunido 169 tumores malignos del cordón espermático de los cuales solamente 9 son liposarcomas, 3 de ellos aportados en nuestro país.

Los más comunes son los sarcomas (47 casos) y los fibrosarcomas (25 casos), seguidos en frecuencia por los leiomiomas (22 casos) y los rabdomiosarcomas (17 casos).

Han sido descriptos casos excepcionales de linfosarcomas, seminomas, condrosarcomas y formas de una notable complejidad (lipoosteofibrosarcoma, mixocondrofibrosarcoma, etc.).

Los detalles clínicos son mínimos, el paciente consulta por haber advertido una masa escrotal o inguinoescrotal, generalmente sin dolor, ni repercusión en el estado general. El diagnóstico diferencial debe hacerse, por lo tanto, con todas las otras tumoraciones de dicha región.

De los 9 liposarcomas publicados, en 6 la edad de los pacientes era mayor de 55 años, siendo el aporte más joven un enfermo de 15 años. La localización en 6 de los casos era el derecho, en 2 el izquierdo y en 1 es omitido.

Es de destacar que el tumor suele coexistir con hernias inguinales homolaterales. Esto obedece a un doble mecanismo: a) el peso de la masa que ejerce una tracción y tironeamiento con formación de un infundíbulo sacular en el peritoneo; b) distensión de las paredes del trayecto inguinal por el crecimiento del proceso.

La evolución preoperatoria varía entre los 4 meses y los 15 años. En cuanto a la postoperatoria tiene amplias oscilaciones: entre la muerte que ocurre precozmente y la sobrevivida de 5 años.

La falta de observaciones completas o más alejadas no permite realizar con certeza una valoración pronóstica.

En lo que se refiere al tratamiento el criterio es unánime de que corresponde practicar la extirpación del testículo y de la masa tumoral con la ligadura alta del cordón.

*Caso personal:* D. R. G., 67 años. Historia clínica N° 136.994.

Ingresa al Instituto de Cirugía de Haedo el 27/7/67 por una tumoración en región inguinoescrotal derecha.

Manifiesta el paciente haber sido operado en setiembre del año anterior con diagnóstico de hernia inguinal derecha. En marzo de este año, sobre cicatriz operatoria hace prociencia una masa de rápido crecimiento hasta al-

canzar el tamaño actual y ocasionar sensación de peso y tironeamiento. No se aprecian alteraciones en su estado general.

*Examen semiológico:* La región inguinoescrotal izquierda es de características normales, en el lado derecho se observa cicatriz operatoria y gran tumoración inguinoescrotal de 30 x 14 cms. de dimensiones. La piel está distendida y de tinte rojo violáceo con dilatación de las venas cutáneas.

A la palpación se corrobora el tamaño de la masa que es irreductible, relativamente fija, irregular, de consistencia uniformemente firme y algo dura, no adherida a piel y discretamente dolorosa. No propulsa con la tos y tiene cuerpo con el cordón espermático. No se palpan adenopatías inguinales, ni masas en abdomen o en área renal. El examen clínico general no revela particularidades. De los exámenes complementarios merecen citarse como valores positivos los siguientes: glóbulos rojos: 3.700.000; HB, 12,60 grs; hematocrito: 37 %; leucocitos: 10.200; eritro: 80 y 116.

*Protocolo operatorio:* Amplia incisión inguino escrotal que permite abordar gran masa tumoral que adhiere a los planos del conducto inguinal. Localización del pedículo vascular que se liga y secciona sobre el orificio profundo del conducto. Amplia exéresis del tumor conjuntamente con testículo y cordón espermático.

Hemostasia y cierre por planos. Avenamiento.

Se utilizan citostáticos a grandes dosis, cursando el postoperatorio satisfactoriamente.

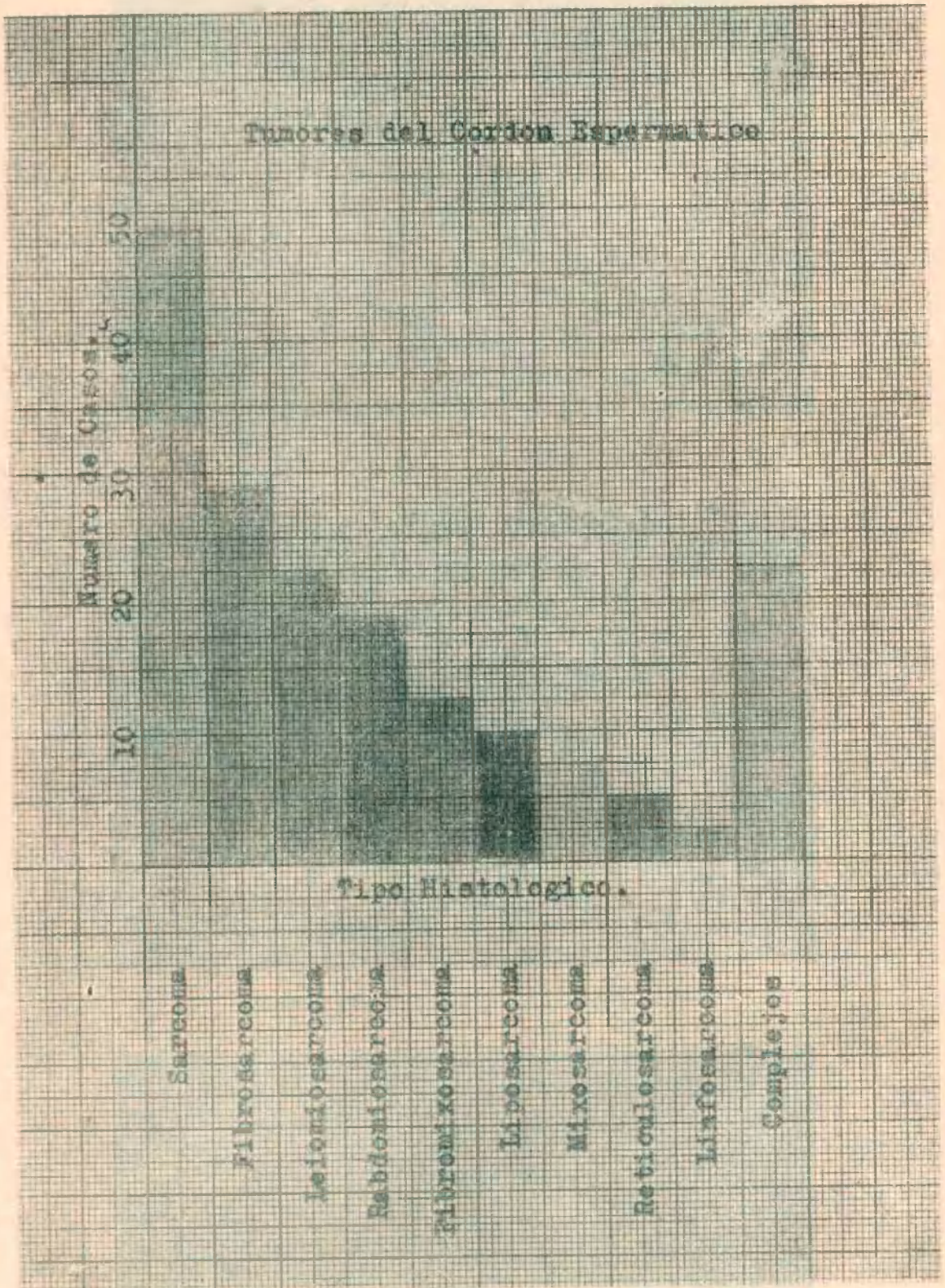
*Anatomía patológica:* Tumor que mide 35 x 22 x 10 cms., cubierto por piel en uno de sus extremos, en una extensión de 15 cms. Peso: 3.500 kls. El tumor consiste en una masa parcialmente capsulada que comprime el testículo y epididimo sin invadirlos y que afecta totalmente al cordón espermático. Al corte es de color amarillento, semitranslúcido, de consistencia algo más firme que el tejido adiposo normal con algunas zonas hemorrágicas que presentan en ciertos puntos zonas de licuefacción.

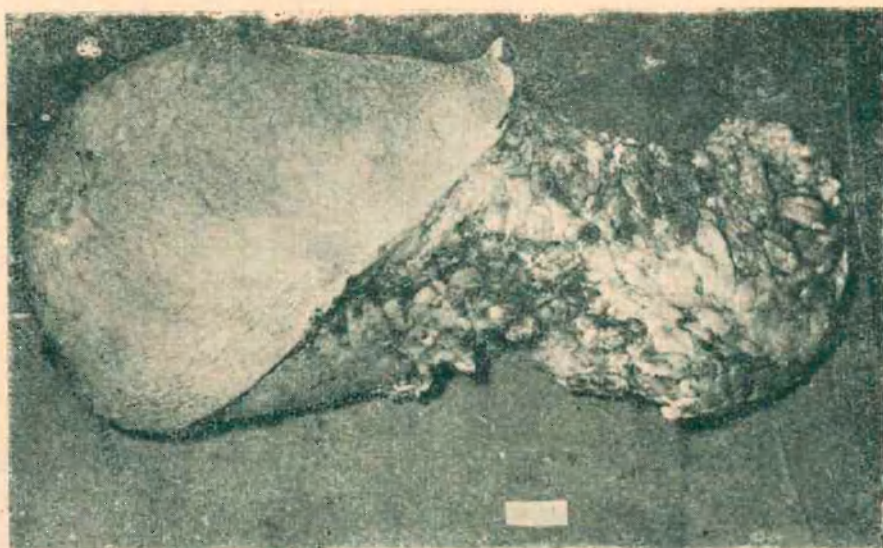
*Microscopia:* Coloración de hetoxilina-eosina, P.A.S. (Schff) y cortes por congelación de material fijado en formol, teñidos con aceites rojo O para grasas.

Histológicamente el tumor está constituido en su mayor parte por tejido adiposo embrionario con un estroma mixomatoso. Entre este tejido se encuentran células estrelladas y fusiformes con pequeñas vacuolas de grasa. Ocasionalmente se encuentran células en anillo de sello con una gran vacuola conteniendo lípidos.

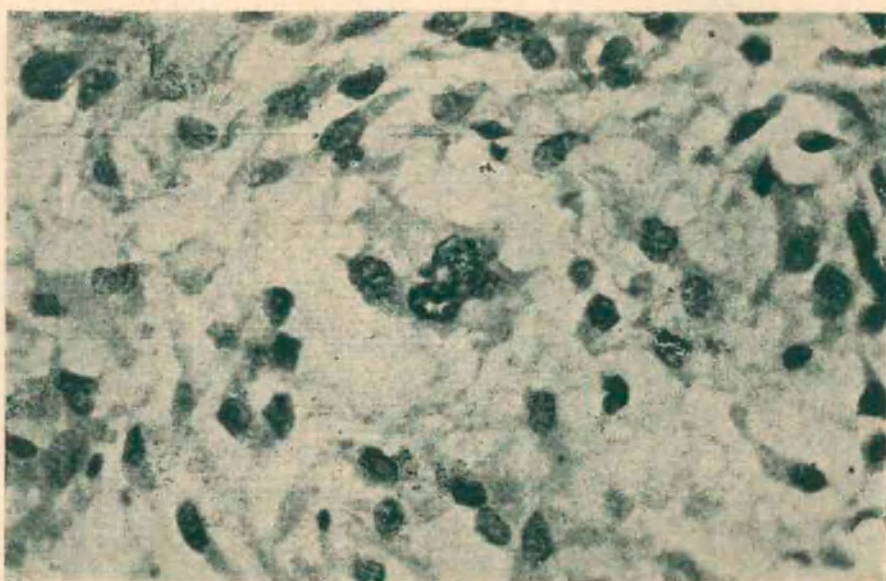
### Conclusión

Se presenta un paciente de 67 años portador de un liposarcoma del cordón espermático, practicándosele exéresis del mismo y testículo, siendo tratado con citostáticos en grandes dosis. El enfermo fallece a los 11 meses de su intervención.

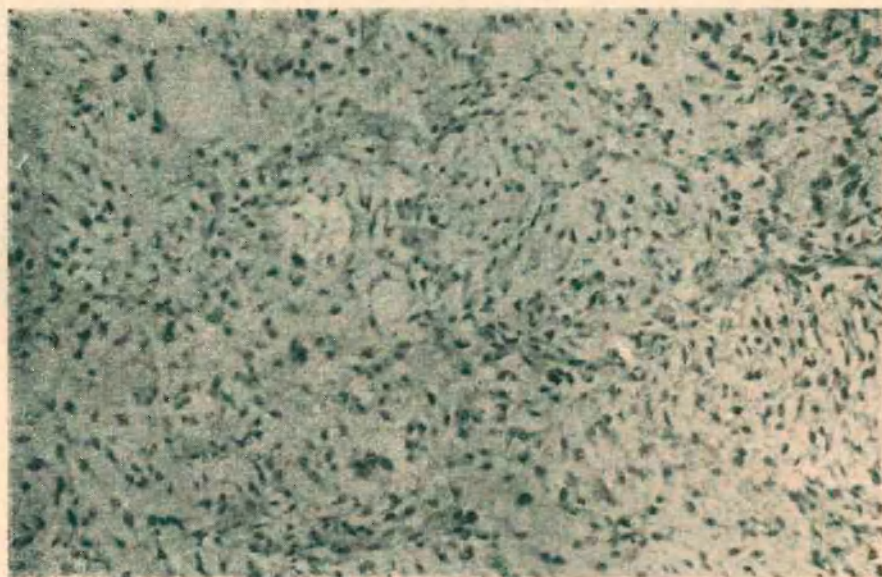




Liposarcoma del cordón espermático



Microscopio: células adiposas embrionarias



Microscopio: células adiposas embrionarias



Liposarcoma del cordón espermático