

QUISTE EPIDERMOIDE DE TESTICULO (DOS CASOS)

Dr. Romano, S. V.

Resumen

Se presentan 2 casos de esta infrecuente entidad clínico-patológica, cuyo manejo terapéutico siempre plantea al urólogo en el acto quirúrgico la duda de si la orquidectomía o la simple quistectomía es el camino correcto a seguir. Se realizan también consideraciones con respecto a su etiología y a sus aspectos anatomopatológicos.

Introducción

El encontrarse frente al hecho clínico de un testículo presuntamente tumoral pone desde el inicio en guardia al urólogo, quien luego de los estudios prequirúrgicos adecuados decide la exploración inguinal y biopsia por congelación del testículo sospechoso; pero en estos casos la macroscopia impresiona como proceso quístico benigno, y la congelación informa, por ejemplo: quiste tapizado por epitelio escamoso, sin signos de malignidad y contenido acelular y amorfo. ¿Qué hacer?

Muchas son las confusiones creadas en medicina a raíz de una terminología imprecisa, y ésta es una de ellas, por lo que creemos de interés discutir las características histopatológicas del quiste epidermoide y diferenciarlo claramente de las demás entidades con las que se pudiera confundir. Según Price, quien luego de un meduloso y amplio estudio en el que revisa 5.830 casos de tumores de testículo del Registro de Tumores de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., encontrando 69 quistes epidermoides, mientras en la literatura mundial existían sólo 30 casos publicados en total, establece las siguientes pautas diagnósticas, a las que habría que ajustarse para aceptar como simple quiste epidermoide de testículo a esta entidad:

- 1) La lesión quística debe estar dentro del parénquima testicular (por debajo de la albugínea).
- 2) El contenido estará constituido por detritus queratinizados o material amorfo.
- 3) La pared del quiste será de tejido fibroso, tapizada en su interior en forma completa o incompleta por epitelio escamoso, el que podrá presentarse queratinizado, calcificado, y aun osificado; siendo esto último excepcional.
- 4) No deberán existir elementos teratomatosos o estructuras anexiales dérmicas (pelos, uñas, glándulas sebáceas y sudoríparas) en la pared del quiste, ni en el resto del testículo.
- 5) La presencia de cicatrices en el testículo son de mal pronóstico, y deben estar ausentes.

De esta manera se podrá afirmar su buen pronóstico, sin otra terapéutica adicional a la orquidectomía, ya que se trata de un proceso benigno y que en ningún caso relatado se produjeron metástasis ni recidiva local, con seguimientos de hasta 35 años, dejando constancia que muchos de estos casos fueron tratados con simple quistectomía.

Generalidades

La mayoría de los casos reportados son hallazgos de exámenes clínicos, predominando en la tercera década de la vida, comprendiendo edades desde los 5 a los 70 años.

Representan un bajo porcentaje en frecuencia de presentación, ya que sólo alcanzan a un 1% de los tumores de testículo aproximadamente, contrastando esto con lo que ocurre en el ovario con este mismo tipo de lesión, ya que se ubica entre las más frecuentes.

Cuando en la pared quística hay anexos de la piel, se lo denomina *quiste dermoide*, y para la mayoría de los auto-

res ambos están relacionados desde el punto de vista histogenético con los teratomas complejos y bien diferenciados de los que representarían el rango o la etapa inferior de desarrollo; o como lo consideran otros, el desarrollo monodérmico de un teratoma, quien para ser tal deberá estar constituido por más de una de las tres capas germinales (ecto, meso y endodermo).

Otra teoría intenta explicar su origen en la metaplasia escamosa de los tubos seminíferos, pero este hecho no se observa en los tubos vecinos al quiste.

También se ha señalado su probable origen en la rete testis, siendo factores negativos de esta teoría la ubicación más frecuente del proceso quístico en la periferia, alejado de la rete testis, y la falta de desembocadura o contacto de los tubos de ésta en la pared quística.

Otros indican como posible origen del quiste a una inclusión dérmica.

Un aspecto de gran interés es que la presencia de quistes epidermoides entre los componentes de los teratomas testiculares es muy frecuente y en ocasiones conforman la mayor parte del tumor clínico o macroscópico, ubicándose los otros elementos teratomatosos en la pared quística, o en nódulos periféricos.

Nuestros casos

Caso 1. Se trata de H. J., de 60 años de edad, quien por presentar estrechez múltiple de la uretra concurre a nuestro servicio para su tratamiento; hallándose en el examen físico aumento de tamaño y consistencia del polo superior del testículo derecho, el cual era asintomático, y quiste del epidídimo izquierdo. El resto del examen no reviste interés.

El 20 de octubre de 1969 se opera, observándose macroscópicamente una formación nodular de 1 cm de diámetro, bien limitada, subalbugínea y encapsulada; abierta la cápsula se drena contenido amorfo, caseiforme. La congelación informa: masa necrótica acelular.

Se efectuó quistectomía, siendo el informe anatomopatológico:

Pared quística: fibrosa densa con epitelio epidermoide típico, queratósico, visible en algunos sectores de la superficie interior, sin anexos, contactando con abundante queratina. Estructura adyacente de testículo normal. *Contenido:* abundantes acúmulos de queratina, amorfo y acelular; siendo el diagnóstico "Teratoma adulto (estructura correspondiente a quiste dermoide solamente)".

Como se desprende del informe descriptivo microscópico, y por lo dicho hasta aquí, se trata de un *quiste epidermoide*; siendo erróneo considerarlo teratoma (por presentar una sola capa) o quiste dermoide (por no tener faneras).

El paciente fue seguido por más de 5 años, sin que se presentara ningún signo de recidiva local, ni metástasis; perdiéndose posteriormente por desconocer su paradero.

Caso 2. M. O., de 28 años de edad, concurre a la consulta en setiembre de 1979, por notar aumento de tamaño, indoloro, del testículo izquierdo; hecho que se confirma en el examen del paciente, localizando el proceso en el polo in-



'Protavita' Roche

Vitaminas A + B₁ + B₂ + B₆ + nicotinamida + pantenol + biotina + C + D + E

Complemento polivitamínico equilibrado de acuerdo con las necesidades fisiológicas y terapéuticas del lactante y del niño.

6-12-24 gotas, según la edad, 2-3 veces por día

Gotas de agradable sabor

frasco-gotero con 15 ml



CIENCIA Y
CONCIENCIA DE
INVESTIGACION

PROTAVITA = Marca Registrada

'Temetex'- C ROCHE

Corticosteroide tópico + antibacteriano - antimicótico
CREMA

Valerianato de diflucortolona
al 0,1 %

Intensa acción antiinflamatoria y rápido alivio de las molestias subjetivas: prurito, ardor y dolor

+

Clorquinaldol al 1 %

Potente efecto bactericida, fungistático y fungicida



Hacia una restitución integral de la piel

ferior de la glándula. El resto del examen fue normal, como así también lo fueron los estudios complementarios (anal. y Rx.). Con diagnóstico de presunto tumor testicular, se opera en octubre de 1979: abordaje inguinal, clampeo elástico del cordón, se incide el polo inferior del testículo y luego de una capa de tejido parenquimatoso normal, aparece una membrana quística que al seccionarla deja salir de la cavidad una sustancia amorfa, blanquecina-grisácea, como escamosa que no se adhiere a los guantes ni al tacto instrumental, dejando en el interior una cavidad limpia, brillante. *Congelación:* 1) contenido: material necrótico celular, con elementos cristalinos y sólo elementos celulares típicos entre las células viables; 2) pared: fibrosa, densa, en un sector apoya una línea celular cúbica estratificada; no se pudo identificar patología maligna.

No obstante se efectuó la ectomía, siendo el informe de la pieza: *macro*, estructura típica de testículo que rodea una cavidad central, limitada por pared grisácea plegada, lisa, quística, en la que se ha eliminado el contenido central; *micro*, 1) contenido: material queratósico, cristalino acelular; 2) pared: epitelio epidermoide típico que apoya en tejido fibroso adyacente a tubos seminíferos, con componente inflamatorio mononuclear parietal. "Teratoma quístico simple (quiste dermoide)". Aquí, como en el informe anterior,

se comete el mismo error de denominación que puede conducir a terapéuticas complementarias inadecuadas.

Este, como el anterior, es un típico quiste epidermoide simple de testículo. La evolución del paciente hasta la fecha es muy buena.

Conclusión y consideraciones

Con respecto a la etiología, ninguna de las teorías actuales son convincentes, aunque tiene más adeptos y pareciera tener más asidero la del desarrollo mono-dermal del teratoma.

En cuanto a la denominación, nos inclinamos por la de *quiste epidermoide de testículo*, ya que es descriptiva de la patología y orientadora de la benignidad y muy buen pronóstico de esta rara entidad, que tal como la describiéramos, no produjo recidivas locales ni metástasis en ningún caso de la literatura consultada.

Por otra parte, creemos que la conducta más adecuada es la orquidectomía inguinal, ya que hasta que no se examina con minuciosidad la pieza no es posible descartar cicatrices, presencia de tejido de otras capas embrionarias o elementos de indiferenciación, que cambian, radicalmente la conducta terapéutica complementaria, como así también el pronóstico de la lesión.

Bibliografía

1. Halley, J. B. W.: "Epidermoid cysts of the testicle". Jour. of Pathol. & Bacter., 82, 73-76, 1961.
2. Abell, M. R., y Holtz, F.: "Testicular neoplasms in adolescent". Cancer, 17:881-896, 1964.
3. Gilbaugh, J. H.; Kelalis, P. P., y Dockerty, M. B.: "Epidermoid cysts of the testis". J. Urol., 97:876-879, 1967.
4. Price, E. B.: "Epidermoid cysts of the testis; a clinical and pathological analysis of 69 cases from testicular tumor registry". J. Urol., 102:708-713, 1969.
5. Mostofi, F. K., y Price, E. B.: "Dermoid Cysts - Tumor of the male genital system". A.F.J.P. - Atlas of tumor pathology, Second series, Fascicle 8; 65. Washington D.C., 1973.
6. Jalota, Renu; Middleton, R. G., y Mc Divitt, R. W.: "Epidermoid cysts of the testis in Gardner's Syndrome". Cancer, 34:464-7, 1974.
7. Pugh, R. C. B.: "Teratoma - Pathology of the testis", 1ª ed., cap. 6, pág. 219, 1976.
8. Kill, B.: "Epidermoid cysts of the testis". Scand. J. Urol. Nephrol., 11 (1):73-5, 1977.