

## TUMOR HAMARTOMATOSO DEL EPIDIDIMO COMUNICACION DE UN CASO

Dr. Ciechowski, Jorge A.\* - Dr. Scorticati, Carlos H.\*\* - Dr. Proto, Juan C.\*\*\* - Dra. Gorostidy, Susana†

### Resumen

Se presenta un caso de tumor adenomatoide del epididimo. Se resalta la rareza del tumor. Se hacen consideraciones sobre la histogénesis y nomenclatura de la lesión.

### Summary

A case of adenomatoid of epydidimus is presented. Considerations about histological origin, rareness and nomenclature are made.

### Introducción

El infrecuente hallazgo de los tumores del epididimo nos lleva a comunicar el presente caso, operado en el Servicio de Urología del Instituto "Angel H. Roffo".

### Caso clínico

S. H., varón de 55 años, consulta por síndrome disúrico y dolor testicular izquierdo, refiriendo notar desde cuatro meses atrás una tumoración testicular de dicho lado. Al examen clínico se constata un nódulo intraescrotal izquierdo, extragonadal, que hace cuerpo con la cabeza del epididimo, de 2 cm de diámetro, renitente, levemente doloroso. No se realizó transluminación en ese momento. Los exámenes complementarios fueron normales, no permitiendo realizar un diagnóstico etiológico de la disuria. Se decidió intervenir la formación intraescrotal.

Bajo anestesia peridural se exploró por vía escrotal, hallando escaso líquido seroso reaccional. La inspección del contenido del saco evidenció un testículo libre de anomalías, la cabeza del epididimo mostraba una tumoración de 2 cm de diámetro dura, elástica, a la cual se adhería un quiste de 0,8 cm de diámetro de contenido seroso. Se realizó tumorectomía y quistectomía por plano de clivaje, de fácil disección. Se realizó congelación de la pieza operatoria, la que se informa como: "Formación con áreas fibróticas y fibras musculares. Sin signos de malignidad histológica. Impresiona como tumor miomatoso". Se da por concluida la operación dejando lámina de drenaje escrotal y cerrando la herida con puntos a lo Donati de catgut 00 simple. La evolución posoperatoria fue favorable, se da de alta a las 24 horas.

El informe histopatológico final (Dr. Celeste) fue:

**Macroscopia.** Formación nodular de  $3 \times 2,5 \times 2$  cm, constituida al corte por tejido blanquecino, fibroso y firme.

**Microscopia.** Fragmento de tejido fibromuscular, con vasos sanguíneos. Entre los fragmentos se ven nidos sólidos y estructuras tubulares, algunas muy dilatadas, constituidas por células de mediano tamaño, con núcleos ovals, y nucléolo acidófilo, envoltura nuclear marcada y citoplasma acidófilo vacuolado.

**Diagnóstico.** Nódulo hamartomatoso constituido por conductos de epididimo y tejido fibromuscular. No hay indicio de malignidad histológica.

**Paráfrasis.** Se realizaron a posteriori de este diagnóstico pruebas histoquímicas (Alcian Blue, glucógeno, mucopolisacáridos ácidos). Dichas pruebas fueron positivas para el glucógeno y los mucopolisacáridos, y negativas para el Alcian Blue, lo cual, agregado a una minuciosa revisión de los tacs histológicos, nos permitió identificar a este tumor como un tumor adenomatoide del epididimo.

### Comentario

Los hamartomas son definidos por Anderson como malformaciones de aspecto tumoral, caracterizadas por el crecimiento anormal de los constituyentes normales de un órgano o tejido. Estos

constituyentes pueden ser anormales en su cantidad, disposición, grado de maduración, o en todos los aspectos en conjunto. Estos tumores así desarrollados carecen de la capacidad proliferativa de las verdaderas neoplasias.

Ackermann, por su parte, se refiere al tumor adenomatoide como el término utilizado por Golden y Ash para distinguir al tumor que en el pasado se conocía como mesotelioma, linfangioma, adenoma, hamartoma o adenocarcinoma grado I. Dicho tumor ha sido descrito en el epididimo, túnica testicular, superficie serosa de las trompas de Falopio y útero en la mujer. No causa síntomas en la mujer, pero es origen de dolor testicular en el hombre. Ocurre con mayor frecuencia en la 3ª y 4ª década de la vida.

Macroscópicamente es encapsulado, firme, blanco grisáceo con un tamaño promedio de 2 cm de diámetro. Raramente contiene pequeños quistes.

Microscópicamente tiene distintos *patterns* y variable cantidad de estroma fibroso y fibras musculares estriadas. No tienen microscópicamente una verdadera cápsula. No se han publicado hasta la fecha evidencias de recidivas o metástasis.

El tumor es extremadamente raro. En una revisión de G. Weldon, en 1967, cita 278 tumores de epididimo, siendo descritos 162 tumores adenomatoides. Otra serie de G. Williams del *Testicular Tumors Panel Reg. of G. Britain*, y del *London Hospital* halla 114 tumores paratesticulares, siendo 23 de ellos adenomatoides. En nuestro país, Solari y col. recopilaron dos casos de tumor adenomatoide e hicieron consideraciones sobre su origen histológico. C. Scorticati y col. comunicaron un caso a esta Sociedad, actualizando las teorías etiopatogénicas.

El origen de estos tumores está actualmente en discusión y dentro de las diversas teorías hallamos la teoría endotelial, sostenida por Naegeli, que sugiere que se inicia a partir de vestigios müllerianos. La teoría mesonefrica, sostenida por varios autores, consideran a este tumor como un hamartoma del mesonefros.

La teoría que indica que su origen sería mesotelial, sugerida por Masson en 1942, es la que más aceptación halla en la actualidad. Södestrom, en un reciente estudio de histoquímica y ultraestructura de 5 tumores adenomatoides, ha sugerido su origen en el epitelio celómico, tras iniciar su diferenciación a epitelio genital. Este hecho nos indicaría el mismo origen histogénico del tumor adenomatoide con el mesotelioma.

La microscopia electrónica muestra microvellosidades, desmosomas, tonofilamentos y espacios intercelulares agrandados. Por su parte la histoquímica de los tumores adenomatoides demuestra la presencia de mucopolisacáridos ácidos, los que también se hallan en el mesotelio normal y neoplásico. Este último hecho fue corroborado en el estudio de nuestro caso, coincidiendo con experiencias de otros centros.

La revisión de la literatura y el caso que hoy presentamos reafirman la rareza de este tumor, así como las dificultades que ofrece su diagnóstico, dada la exigua experiencia en su estudio, lo confuso de su etiopatogenia e histogénesis y la múltiple sinonimia con que al tumor adenomatoide se hace referencia.

\* Médico residente.

\*\* Jefe de Servicio.

\*\*\* Médico concurrente.

† Médica del Servicio de Anatomía Patológica.

## Bibliografía

1. Anderson, W.: "Tumores del aparato genital masculino". Tratado de patología. C. V. Mosby Comp., St. Louis, 1963.
2. Mostofi, E., Price, E.: "Tumours of the male genital system". AFIP, Washington, D. C., 1973.
3. Broth, G., y col.: J. of Urol., 100, pp. 530/536, 1968.
4. Grant, Williams, y col.: Br. Journ. of Urol., 41, pp. 332/339, 1969.
5. Golden A., y Ash, J.: Am. J. Pathol., 21:63, 1945.
6. Marcus, J., y Lynn, J.: Cancer, 25:171, 1970.
7. Longo, V.: JAMA, 147:937, 1951.
8. Taxy, J.: Cancer, 25: pp. 306/316, 1974.
9. Morote, J.: Arch. Esp. Urol., 37, 1, pp. 61/64, 1984.
10. Scorticati, C., y col.: Rev. Arg. Urol., 39, pp. 192, 1970.
11. Solari, J., y col.: Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 41, pp. 140/147, 1972.

## REGLAMENTO EDITORIAL

- a) La Revista Argentina de Urología y Nefrología publicará los trabajos presentados en las sesiones de la Sociedad Argentina de Urología. Pueden aceptarse también los que se presenten en otras sociedades urológicas o nefrológicas del país.
- b) Los trabajos serán originales e inéditos en todos los casos. Estarán mecanografiados de un solo lado en hojas perfectamente legibles, numeradas, a doble interlínea. No más de 70 letras por renglón y no más de 36 líneas por página. El texto, incluida bibliografía, no puede tener más de cinco páginas. El doble, si se trata de trabajos de investigación experimental.
- c) Precediendo al título del trabajo, deberá indicarse el servicio hospitalario o centro científico en que se realizó. Luego del título, apellidos y nombres completos de los autores. Al pie de la primera página, domicilio particular del autor que figure en primer término.
- d) Todas las ilustraciones deben entregarse en fotos positivas blanco y negro, en papel brillante, definidas con la mayor nitidez, en tamaño uniforme de 9 por 12 cm. Al dorso de cada una, en lápiz, número que la individualice, título del trabajo correspondiente y autor. En página aparte, en orden correlativo, se consignarán las referencias de cada fotografía. En el margen del texto, deberá marcarse el lugar asignado a cada ilustración.
- e) Las ilustraciones no pueden ser más de cinco. El doble, si se trata de trabajos de investigación experimental.
- f) Cada página que exceda de lo aceptado, podrá publicarse sólo si en el momento de ser entregado el original se efectiviza el pago de la correspondiente tasa, establecida anualmente por la Comisión Directiva. Igual criterio se aplicará para cada ilustración excedente.
- g) Los profesionales que por invitación pronuncien conferencias en sesiones oficiales, tendrán derecho sin cargo alguno a quince páginas y diez ilustraciones.
- h) Citas bibliográficas. Deben uniformarse según el siguiente detalle:
  - 1º) De revistas. Consignar: I) Apellido del autor e iniciales de sus nombres, luego de un punto y coma, y en igual forma, cada uno de los autores subsiguientes. II) Punto y guión. III) Título del trabajo en idioma original. IV) Punto. V) Nombre abreviado de la revista. VI) Punto. VII) Número del tomo o volumen. VIII) Dos puntos. IX) Número de la página inicial. X) Coma. XI) Año.
  - 2º) De libros. Consignar: I) Apellido e iniciales de autor o autores, como para el caso anterior. II) Punto y guión. III) Título del libro. IV) Punto. V) Nombre de la editorial. VI) Punto. VII) Ciudad en que se editó. VIII) Punto. IX) Año de edición.
- i) El Director del Comité Publicaciones y Biblioteca de la Sociedad Argentina de Urología puede resolver por sí mismo la no inclusión de cualquier trabajo que no se ajuste a estas normas, o su reemplazo por un resumen o la supresión de las ilustraciones que no sean de adecuada calidad, como así de la bibliografía si se lo considera oportuno. Puede también decidir la inscripción de artículos o notas de interés urológico general, resúmenes tomados de otras revistas y todo cuanto estime conveniente y acorde con la jerarquía de esta publicación.
- j) La Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Urología al comienzo de cada año fijará el precio de la suscripción anual y de las tasas referidas en f).
- k) La Sociedad Argentina de Urología no se responsabiliza por ninguna de las opiniones vertidas en los trabajos publicados; dicha responsabilidad corresponde a sus respectivos autores.
- l) Los casos no contemplados en las presentes normas serán resueltos por el Comité de Publicaciones y Biblioteca.