

Tumores adenomatoides y análisis de teorías histogénéticas

Dres. CONTRERAS, Edgardo Eliseo; ARROYO, Enrique Leopoldo; PUSCINSKI, Alberto; VOGEL, Juan Carlos; WILKS, Ernesto Federico.*

RESUMEN: Se presentan dos casos de tumor adenomatoide, uno de ellos correspondiente a epidídimo izquierdo, en un paciente orquidectomizado del lado derecho, ocho años atrás, por teratoma testicular diferenciado. El restante ubicado en el cordón espermático derecho, en un hombre de 39 años de edad, al cual se le había efectuado a los 9 años una orquidopexia del mismo lado. Analizanse las teorías de a través de su estructura e inmunohistoquímica.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 56, Pág. 125, 1991)

Palabras claves: Tumores adenomatoides - Teorías histogénéticas

INTRODUCCION

Motiva esta presentación comunicar dos nuevos casos de tumor adenomatoide de epidídimo y cordón espermático, en pacientes de 28 y 39 años de edad respectivamente, que presentan especial interés, por haber sido orquidectomizado el primero ocho años atrás por un teratoma testicular del lado derecho, y al segundo se le realizó una orquidopexia derecha por criptorquidía a los nueve años.

Los tumores adenomatoides son los más comunes de los tejidos paratesticulares, representando un 32% de los blastomas benignos que comprenden a estos órganos.

Su aparición se produce habitualmente en el grupo etario de los 30 a 50 años, siendo generalmente asintomáticos y de hallazgo casual tras un examen físico.

Anatómicamente su distribución está limitada en el hombre, al epidídimo, túnica testicular y raramente al cordón espermático.

Se describen en la mujer localizaciones en útero, trompas de Falopio y ovario.

Golden y Ash denominaron por primera vez a la lesión

tumor adenomatoide, en 1945, por la tendencia de éstos a formar estructuras tubulares redondas, si bien no hay acuerdo sobre su origen histogénico; de ahí las diversas sinonimias relatadas en la literatura: mesotelioma, adenofibroma, adenofibromioma, adenomioma, linfagioma, etc.

Anatomopatológicamente se presentan como formaciones nodulares, ovales, sólidas y únicas, que varían de 0,5 a 5,0 cm de diámetro.

A la microscopía aparece, según Mostofi, con patrones histológicos diferentes (sólido, glandular, angiomatoide y mixto) según los elementos que intervengan en el proceso.

El diagnóstico diferencial se establece en relación a las patologías sólidas de epidídimo: epididimitis agudas o crónicas y tumoraciones benignas o malignas, ya sean primarias o metastásicas. Diversas hipótesis han sido propuestas, para la histogénesis del tumor adenomatoide: de origen endotelial, mesonéfrico, vestigios del conducto de Muller, y la de origen mesotelial, que es la actualmente con mayores adeptos, avalada por la microscopía electrónica, como así también por la presencia de queratina en el citoplasma y los estudios inmunohistoquímicos, que mencionamos (ausencia de antígeno carcinoma embrionario, antígeno relacionado con el Factor VIII, técnicas indirectas de inmunoperoxidasa y suero anticélulas mesoteliales).

* AGRADECIMIENTO:

Se agradece la colaboración del histotecnólogo Sr. Mario Rendichi.

CASOS PRESENTADOS

1er. Caso: Paciente de 28 años de edad, que consulta por aumento de consistencia en contenido de hemiescrotos izquierdo, indoloro.

ANTECEDENTES

Orquidectomía derecha por teratoma testicular diferenciado y linfadenectomía estadificadora negativa en 1981; con marcadores biológicos negativos en controles del año 1982, y sin documentación de controles posteriores.

EXAMEN FISICO

Se observa cicatriz en región inguinal derecha y cicatriz mediana suprainfraumbilical, de linfadenectomía, hemiescrotos derecho vacío; hemiescrotos izquierdo, se palpa testículo sin particularidades; a nivel de cabeza de epidídimo se reconoce también formación 2.0 x 2.0 cm, aproximadamente, de consistencia aumentada, resto del epidídimo, vaginal y cordón espermático sin particularidades. Transiluminación negativa.

Ecografía del contenido escrotal: informa testículo de 4.0 x 2.6 cm de ecoestructura homogénea. Se solicitan marcadores biológicos y se decide exploración quirúrgica por vía inguinal el 21/5/90, con diagnóstico presuntivo de tumor paraepididimario; hallándose formación blanquecina y dura a nivel de la unión de la cabeza del epidídimo con el testículo, de fácil clivaje, que tras el informe histopatológico intraquirúrgico, de tumor adenatoide se reseca.

2do. Caso: Paciente de sexo masculino, de 39 años de edad, que consulta en noviembre de 1989, por tumoración testicular derecha.

ANTECEDENTES

Orquidopexia a los 9 años de edad por criptorquidia derecha.

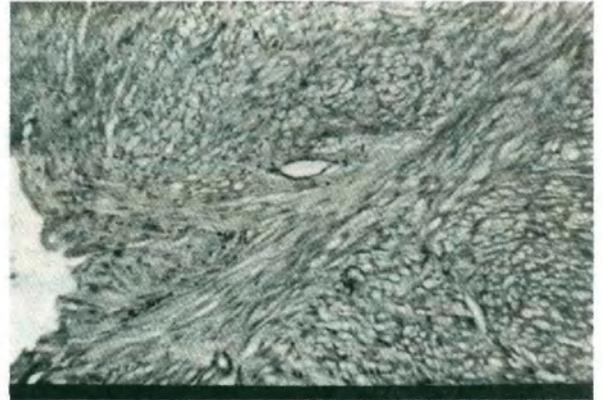
EXAMEN FISICO

Cicatriz inguinal derecha. Se palpa en hemiescrotos derecho, tumoración de aproximadamente 2.0 cm de diámetro, de superficie irregular y consistencia muy aumentada, cordón espermático y testículo contralateral, sin particularidades. Dado los antecedentes de una orquidopexia y tumoración intraescrotal, se solicitan marcadores biológicos y con el diagnóstico presuntivo de tumor testicular, se interviene quirúrgicamente, efectuándose una orquifuniclectomía por vía inguinal. La pieza quirúrgica mostró una neoformación blanquecina de 2.0 cm de diámetro en el cordón espermático y un testículo hipotrófico de 1.5 cm de diámetro.

El informe histopatológico correspondió a un tumor mixto adenoleiomatoide. El testículo hipotrófico no mostró espermatogénesis.



Obsérvese cordón espermático a la izquierda con formación tumoral y al centro el testículo hipotrófico



Coloración básica de Hematoxilina y Eosina. Se observa una proliferación celular muscular lisa y células epiteliales con una disposición sólida.



Preparado teñido con Pas-Alcian para sustancias mucoides y glucógenos. Negativo. Observándose las mismas estructuras que en la anterior.

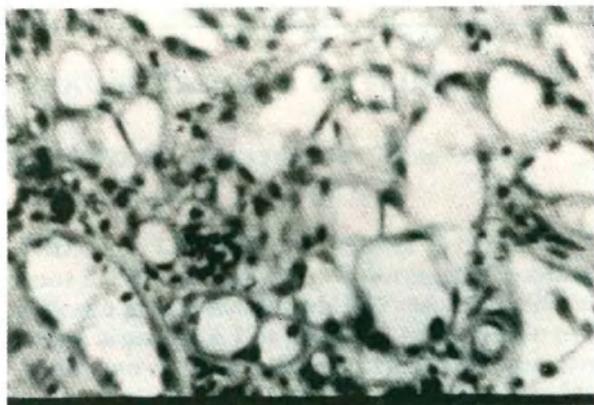
DISCUSION

La utilización de marcadores de tejido específico con

SAU

métodos inmunohistoquímicos ha sido usado con éxito en el estudio de las enfermedades neoplásicas e inflamatorias.

La presencia de queratina, como componente de la estructura celular, se observa en las neoplasias de estirpe epitelial, siendo indicadora de la naturaleza epitelial de las células.



Se ven las mismas estructuras teñidas con Mucicarmín (para sustancias mucoides), débilmente positivas



Estructuras tratadas con tricrómico de Mason (para tejido muscular). Se tiñe de rojo intensamente



Estructuras tratadas con tricrómico de Gomori (para tejido muscular). Se tiñe de verde intensamente

El antígeno carcinoma-embionario, es una glucoproteína aislada del cáncer de colon y ha sido demostrada en una variedad de enfermedades malignas y benignas.

El antígeno relacionado con el Factor VIII es una proteína sintetizada por las células endoteliales y ha sido usada para identificar tumores derivados de células endoteliales.

Una fuerte coloración con la queratina, con débil o negativo teñido para el antígeno carcinoma-embionario es considerado característico de los mesoteliomas.

Enrst y Brooks demostraron la presencia de antígeno relacionado con Factor VIII en células mesoteliales normales, y Loosly y Hurlimann en 4 mesoteliomas.

La mayoría de los autores concluyen, por los estudios mencionados, que el origen del tumor adenomatoide sería más mesotelial que endotelial.

Al no poseer las células un marcador específico, es que en la actualidad existe contradicción en su histogénesis, pero los futuros estudios con anticuerpos monoclonales podrán confirmar la verdadera histogénesis.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bejvi-Thivolet, F.; Patricot, L. M.; Vauzelle, J. L.: Keranins in malignant mesothelioma and pleural adenocarcinomas; comparative immunohistochemical analysis with polyclonal and monoclonal antibodies. *Path. Res. Pract.* 179:67-73. 1984.
- 2 Broth, G.; Bullock, W. K. y Morrow, J.: "Epididymal tumors: 1 report of 15 new cases including review of literature. 2 histochemical study of the so-called adenomatoid tumor". *J. of Urol.* 100:530. 1968.
- 3 Detassis, C.; Pusial, T.; Pisciole, F.; Luciani, L.: "Adenomatoid Tumor of the Epididymis: Immunohistochemical Study of 8 Cases", *Urol. int.* 41:232-234. 1986.
- 4 Ernst, C. S.; Brooks, J. J.: Immunoperoxidase localization of secretory component in reactive mesothelium and mesotheliomas. *J. Histochem. Cytochem.* 29:1102-1104. 1981.
- 5 Golden y Ash: "Adenomatoid Tumors of genital tract. *Am. J. Path.* 25, 63, 80. 1945.
- 6 Sánchez Gómez, E; Mármol Navarros, S.: Tumor adenomatoide de epidídimo. A propósito de un caso. *Actas Urológicas Españolas.* Vol. XII. Nº 6. 1988.
- 7 Loosli, H.; Hurlimann, J.: Immunohistological study of malignant diffuse mesotheliomas of the pleura. *Histopathology*, 8:793-803. 1984.
- 8 Marshall, R. J.; Herbert, A.; Braye, S. G.; Jones, D. B.: Use of antibodies to carcinoembryonic antigen and human milk fat globule to distinguish carcinoma, mesothelioma, and reactive mesothelium. *J. Clin. Path.* 37:1215-1221. 1984.
- 9 Mostofi, F. y Price, E.: "Tumors of the male genital system". Armed Forces Institute of Pathology, Washington D.C., 1973.
- 10 Morote, J.; Rabella, A. y Benasco, C.: Tumor adenomatoide del epidídimo. *Arch. Esp. Urol.*, 37, 4 (61-64). 1984.
- 11 Mucientes, F.; Govindaraja, S.; Burotto, S.: "Immunoperoxidase study on adenomatoid tumor of the epididymis using antimethelial cell serum. *Cancer*, 1985 Jan 15; 55 (2): 363-365.
- 12 Naegeli, T.: "Ein Mischtumour des Samenstranges". *Wirochorsw. Arch.* 208:364, 1912.
- 13 Nistal, M.; Contreras, F. y Paniagua, R.: "Adenomatoid tumor of the epididymis: Histochemical and ultrastructural study of two cases". *Brit. J. Urol.* 50:121. 1978.

- 14 Puyol, M.; Pellicé, C.; Lukata, I.; Rives, A.; Gutiérrez, R.: Leionoma de epidídimo. Actas Urológicas Españolas. Volumen X. Nº 5, 1986.
- 15 Said, J. W.; Nash, G.; Lee, M.: Immunoperoxidase localization of keratin proteins, carcinoembryonic antigen, and factor VIII in adenomatoid tumors. Human Pathologic 13:1106-1108. 1982.

- 16 Sakai, T.; Nakada, T.; Kono, T.; Katayama, T.; Mesuda, S.: "Adenomatoid tumor of the epididymis with special reference to immunohistochemical study of 3 cases. Hinyokika Kyo; 1989, Sep; 35 (9); P. 1537-1542.
- 17 Secchi, Alfredo; Casal, José María: "Tumor Adenomatoid de Epidídimo". Rev. Arg. de Urología y Nefrología. Vol. 50. Nº 3, 1984.



EN REPRESENTACION
DE SUS MARCAS
EXCLUSIVAS:



B. ACHER ARGENTINA S.R.L.

Doblas 1510 - 1424 Buenos Aires
Tel. 92-0173/8890/9142
FAX: (00541) 920173

COOK
UROLOGICAL
A COOK GROUP COMPANY



MENTOR

SE COMPLACE EN OFRECER LA LINEA MAS COMPLETA
DE PRODUCTOS DE VANGUARDIA PARA EL UROLOGO.

CONSULTE A NUESTROS TELEFONOS Y UN REPRESENTANTE LO VISITARA.

SAU