

Liposarcoma perineo-escrotal

Perineo-scrotal liposarcoma

Aceptado para publicación Junio 2009.

Dres. Mecca, Ramiro J.;
Marottoli, Nelson H.;
Briend, Susana;
Malawka, Sebastián;
Macías, Francisco R.;
Ambrosetti, Fernando¹.

INTRODUCCIÓN

Los liposarcomas del escroto son poco frecuentes. Los perineo-escrotales como el hallado en este paciente son más excepcionales aún. Hasta la presentación de este artículo, fueron reportados menos de tres casos en la literatura mundial.^{1,2}

Las tumoraciones paratesticulares se presentan en un 7 a 10% de las masas intraescrotales. En su gran mayoría son benignos, originándose en el cordón espermático.¹

Los sarcomas se presentan en 1 al 2% de todos los tumores genitourinarios y los liposarcomas representan al 7,5 a 25% de los sarcomas en general.³

El liposarcoma paratesticular tiene una incidencia del 7% dentro de los tumores paratesticulares, pero su hallazgo en la región perineo-escrotal es altamente infrecuente.^{4,5}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad, concurre a la consulta por tumoración en región perineo-escrotal derecha, de más de 8 meses de evolución.

Al examen se palpa tumoración perineo-escrotal derecha de 8 cm x 8 cm aproximadamente. De consistencia duro elástica, que no transilumina. Sin adherencias a planos superficiales, pero sí a planos profundos. No refiere otro antecedente.

Marcadores tumorales: negativos.

Ecografía testicular:

Testículo izquierdo: Normal.

Testículo derecho: Desplazado con ecogenicidad del parénquima normal, no se detectan masas ocupantes, cordón normal y epidídimo normal. (Figura 1).

Se observa masa de ecogenicidad aumentada y de ecoestructura heterogénea que desplaza el testículo derecho y mide 96 x 76 x 82 mm. (Figura 2).

¹ Jefe Servicio de Urología del Hospital Gral. San Martín. Corrientes. Argentina

Servicio de Urología del Hospital Escuela General San Martín. Corrientes. Argentina.
Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Escuela General San Martín. Corrientes. Argentina
Dirección: Jujuy 1580 Corrientes Cap. Argentina
Teléf.: 3783461016
ramiomecca@hotmail.com



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Eco doppler: La irrigación de la masa tumoral es escasa y el cordón se encuentra en el canal inguinal.

Tratamiento: Se procede a la resección de la masa tumoral por vía inguinal con extensión escrotal, en forma completa.

Dado el buen límite macroscópico de la tumoración se decide no realizar la orquiectomía, el paciente entra en protocolo de seguimiento estricto. (Figura 3).

Anatomía patológica: La pieza muestra proliferación celular bien delimitada y encapsulada, constituida por células adiposas maduras, de tamaño variable entre las que se identifican algunas con discretas irregularidades nucleares, multinucleaciones y vacuolización citoplasmica de tipo lipoblástico. En sectores se reconocen pequeñas áreas de tejido mixoide. (Figura 4 y 5).

Diagnóstico: Tumor lipomatoso atípico tipo lipoma like y áreas mixoides (Liposarcoma bien diferenciado), con márgenes libres.

Hasta la fecha de presentación transcurrió un año y el paciente se encuentra libre de recidiva tumoral.

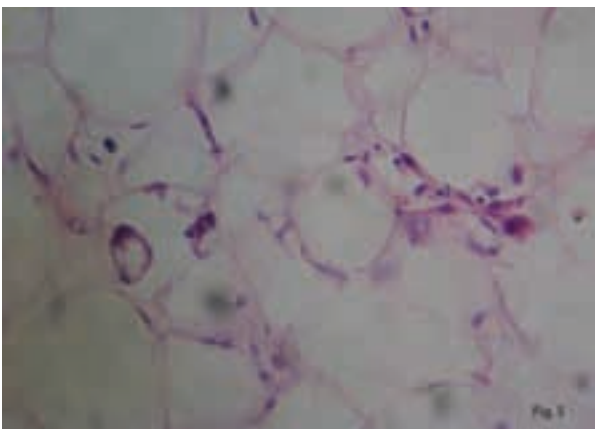


Figura 5

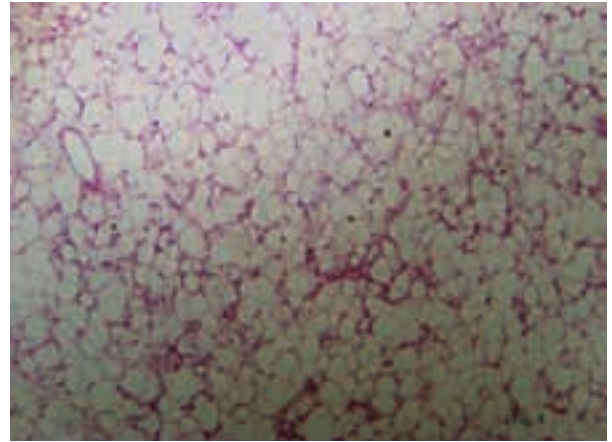


Figura 4

DISCUSIÓN

Los liposarcomas son neoplasias del tejido adiposo generadas de células mesenquimales, otros autores piensan que se deben a la degeneración de un lipoma previo.⁶

Las neoplasias paratesticulares son entidades de crecimiento lento en algunos casos más de 10 años, afectando a adultos generalmente mayores entre 40 y 60 años de edad que coincide con el grupo etario del paciente.⁷

Los liposarcomas paratesticulares representan al 7% de las mismas, pero los hallados en la región perineo-escrotal son extremadamente raros.^{4 y 5}

Los liposarcomas en su mayoría son bien diferenciados entre un 40 a un 45% en sus distintos subtipos, esclerosante, lipoma-like e inflamatorio.⁸

Existen cuatro subtipos de liposarcomas: bien diferenciado y mixoide; son los menos agresivos, con buen pronóstico. Se completa esta clasificación con los tipos: de células redondas y pleomórficos, con peor pronóstico.⁹

Son tumoraciones que se presentan en su gran mayoría en forma indolora con un largo tiempo de evolución y con trans-iluminación negativa.¹⁰

El método más utilizado para diagnosticarla es la ecografía, dado que su sensibilidad se aproxima al 95%, los marcadores tumorales siempre serán negativos.^{2, 11}

Los diagnósticos diferenciales se plantearán entre los distintos tumores sólidos; en el paciente presentado, se sospechó una tumoración benigna (lipoma) dadas las características de la misma y su frecuencia, pero igualmente se optó por realizar el acceso quirúrgico por vía inguinal con extensión escrotal y una resección amplia con márgenes libres, según lo recomendado por la bibliografía.^{2, 3}

La forma de diseminación de los liposarcomas es he-

matógena y es infrecuente, por ello no estaría indicada la linfadenectomía.^{12,13}

La sobrevida de dichas tumoraciones depende en gran medida del subtipo, siendo el más agresivo el pleomorfo con una sobrevida del 20% a 5 años y la menos agresiva la de tipo mixoide con un pronóstico del 80% a 5 años y 50% a 10 años.³

La recidiva local es de 25 al 30%, en caso de que ocurra, algunos autores proponen la radioterapia adyuvante, siendo especialmente más sensible el subtipo mixoide.¹⁴

En caso de enfermedad metastásica existen protocolos de quimioterapia basados en doxorubicina, con respuesta completa en un 10 a un 15% de los casos.^{13,15}

Por los escasos casos presentados en la bibliografía mundial, nos tenemos que basar en trabajos aislados con tratamientos individualizados en donde se presentan dudas y controversias en cuanto a la terapéutica a seguir, lo que es indiscutible es la resección quirúrgica amplia con márgenes libres. En caso de recidiva está indicada una nueva resección, acompañada de radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Folpe A, Weiss S.: Paratesticular soft tissue neoplasms. *Semin Diag Pathol.*, 17: 307-318, 2000.
2. Young B, Jeong, Ho S. Park y col.: Intrascrotal Myxoid Liposarcoma of Perineal Origin. *Curr Urol.*, 2: 161-163, 2008.
3. Lissmer L, Kaneti J, Klain J. y col.: Liposarcoma of the perineum and scrotum. *Int. Urol. Nephrol.*, 24: 205, 1992.
4. Soler J, Zuluaga A, Hidalgo M. y col.: Liposarcoma de cordón espermático: aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol. Esp.*, 23: 447, 1999.
5. Campoy P, Camacho E, Arrabal M. y col.: Liposarcoma de cordón espermático. Un raro tumor urológico. *Arch. Esp. Urol.*, 45: 710, 1992.
6. Wright C.: Liposarcoma arising in a simple lipoma. *J. Path. Bact.*, 60: 483, 1948.
7. McFadden D.: Myxoid liposarcoma of the spermatic cord. *J Surg Oncol.*, 40: 132, 1989.
8. Peyrí R, Urban R, Martínez F.: Liposarcoma diferenciado del cordón espermático: Degeneración de un lipoma previo resecado. *Actas Urol Esp.*, 27 (5): 383-386, 2003.
9. Davis K, Waner M.: Soft tissue sarcomas of the head and neck. In: *Textbook of Uncommon Cancer*. Editado por C. J. Williams, J. G. Krikorian, M. R. Green y D. Raghaven. New York John Wiley & Sons, chapt. 53, p. 1009, 1988.
10. Catton C, Jewett M, O'Sullivan B. y col.: Paratesticular sarcoma: failure patterns after definitive local therapy. *J. Urol.*, 161: 1844, 1999.
11. Ballo M, Zagars G, Pisters P.: Spermatic Cord Sarcoma: Outcome, Patterns of failure and management. *J Urol.*, 166: 1306-1310, 2001.
12. Rosenberg A.: Bones, joints and soft tissue tumors. En: *Robbins Pathologic Basis of Disease*, 6th ed. Editado por R. S. Cotran, V. Kumar y T. Collins. Philadelphia: W. B. Saunders Co., p.1215, 1999.
13. Yang J, Glatstein E, Rosenberg S. y col.: Sarcomas of soft tissues. En: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 4th ed. Editado por V. T. DeVita, Jr., S. Hellman y S. A. Rosenberg. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., vol., 2, chapt. 42, pp. 1454-1467, 1993.
14. Bauer J, Sesterhenn I, Costabile R.: Myxoid Liposarcoma of the Scrotal Wall. *J Urol.*, 153: 1938-1939, 1995.
15. Sighinolfi M, De Stefani S, Micali S y col.: Well-differentiated giant scrotal liposarcoma: case presentation and management. *Andrologia.*, 40:200-202, 2008.