

Liposarcomas paratesticulares: diferentes opciones de tratamiento

Paratesticular Liposarcoma: Different Treatment Approaches

Rocío Barrabino Martín, David A. M. Way, Fernando Vázquez Alonso, José M. Cózar Olmo

Unidad de Gestión Clínica de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España.

INTRODUCCIÓN

La región paratesticular comprende los túbulos seminíferos, conductos eferentes, epidídimo, conductos deferentes, túnicas testiculares y cordón espermático. Los tumores paratesticulares representan el 7-10% de las masas intraescrotales; el 90% se originará en el cordón espermático, siendo la mayoría de naturaleza benigna (70%)¹.

Los liposarcomas son tumores mesenquimales malignos de tejido adiposo, de localización más frecuente en muslo y retroperitoneo², siendo infrecuente la localización paratesticular. Son neoplasias de crecimiento lento que aparecen en varones con una edad media de 55 años³, constituyendo el 3-7% de los sarcomas paratesticulares. El cordón espermático es el sitio más frecuente de aparición, seguido de las túnicas testiculares y el epidídimo (76%, 20% y 4%, respectivamente). Se trata de tumores raros, con pocos casos publicados en la literatura, por lo que resulta difícil establecer pautas de tratamiento y pronóstico⁴.

Presentamos nuestra experiencia con dos casos de liposarcomas paratesticulares, describiendo los métodos diagnósticos, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1

Se trata de un paciente de 70 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, que consulta por masa escrotal de crecimiento progresivo y molestias en región inguinal derecha de un año de evolución. Tras realización de ecografía es diagnosticado de tumor paratesticular derecho y derivado a nuestro centro para someterse a tratamiento quirúrgico. La analítica general, con marcadores tumorales (α -fetoproteína y β HCG [*beta-human chorionic gonadotropin*]) es normal. Se efectúa orquiectomía derecha vía inguinal más exéresis de masa paratesticular de gran tamaño. Dicha masa está compuesta de distintas estructuras de aspecto lipomatoso que rodean y desestructuran el cordón espermático, ocultando el teste derecho en su seno. La anatomía patológica de la masa paratesticular revela un liposarcoma bien diferenciado de tipo esclerosante (grado histológico I) con márgenes quirúrgicos libres, y el testículo con gran atrofia parenquimatosa. Se lleva cabo estudio de extensión con tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdomino-pélvico sin evidenciar metástasis a distancia (pT2a N0 M0). Se presenta el caso en sesión clínica urooncológica y se decide no administrar radio ni quimioterapia, ya que se trata de un liposarcoma bien diferenciado no metastásico con márgenes quirúrgicos

Recibido en agosto de 2016 - Aceptado en agosto de 2016
Conflictos de interés: ninguno

Correspondencia
Email: rociobm86@gmail.com

Received on August 2017 - Accepted on August 2017
Conflicts of interest: none

libres de tumor. Posteriormente, se realizan controles estrechos con ecografía y TAC, no evidenciando recidiva. Actualmente, tras 22 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y libre de enfermedad.

CASO CLÍNICO 2

Se trata de un paciente de 64 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y hernioplastia inguinal izquierda. En estudio por masa escrotal derecha, indolora, de años de evolución con crecimiento progresivo. Mediante ecografía se evidencia masa paratesticular derecha localizada en el tercio distal del conducto espermático compatible con lipoma, testículos normales. Los marcadores tumorales testiculares son negativos. Se efectúa tumorectomía de lesión paratesticular (Ver Figura 1), cuya anatomía informa liposarcoma bien diferenciado de 4,9 x 3 x 1,6 cm, variedad mixta tipo esclerosante y lipomatosa-like (símil lipoma). Ante estos hallazgos, se decide llevar a cabo orquiectomía inguinal derecha. Se realiza estudio de extensión con TAC toraco-abdomino-pélvico que resulta negativo. Se presenta el caso en sesión clínica urooncológica y se decide ofrecer radioterapia, ya que en la anatomía patológica se observa dudosa afectación de márgenes quirúrgicos. El paciente recibe tratamiento con radioterapia externa 3D mediante 4 campos conformados con energía de 6 MV. La dosis administrada es de 50 Gy a 2 Gy sesión, en un total de 25 sesiones sobre PTV1; posteriormente, se administra 16 Gy a 2 Gy sesión, en 8 sesiones sobre PTV2 hasta alcanzar una dosis de 66 Gy. Presenta radiodermatitis de grado 2 en región inguinal derecha como único efecto secundario. Se decide no administrar quimioterapia adyuvante. Actualmente, tras 19 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático y libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

Los liposarcomas paratesticulares poseen una incidencia baja, lo que dificulta el establecimiento de pautas de tratamiento y pronóstico⁴. El primer caso descrito en la literatura corresponde a Herbert en el año 1952⁵, siendo publicados hasta la fecha unos 200 casos. Se suelen presentar como una masa escrotal o inguinal generalmente indolora, de crecimiento lento, incluyéndose como diagnóstico diferencial la hernia inguinal y el hidrocele⁶. La ecografía es el método diagnóstico más utilizado para las masas escrotales, siendo útiles la TAC y la resonancia magnética



Figura 1. Imagen intraquirúrgica de tumor paratesticular derecho

nuclear (RMN) en la evaluación de la extensión de la enfermedad y el seguimiento. El diagnóstico prequirúrgico es poco frecuente.

Histológicamente, los liposarcomas paratesticulares se clasifican en cuatro subtipos: 1) bien diferenciado; 2) mixoide y células redondas; 3) pleomórfico; y 4) dediferenciado. La mayoría suelen ser del subtipo histopatológico bien diferenciado (*lipoma-like*) (40-45%), que se correlaciona con el buen pronóstico de estos tumores⁷. Los liposarcomas tienden a diseminarse principalmente por extensión local. La diseminación hematogena y linfática suele ser rara y tardía por tumores de alto grado.

Se debe plantear el diagnóstico diferencial en los lipomas que son neoplasias benignas, bien delimitadas y encapsuladas. Otra entidad a diferenciar es el angiomixoma agresivo, que se caracteriza por su histología benigna con abundantes vasos y bordes infiltrantes. Entre los sarcomas, la presencia de diferenciación del tejido adiposo, descarta los rhabdomyosarcomas, de predominio en jóvenes, los leiomyosarcomas y los fibrosarcomas.

El tratamiento de elección es la orquiectomía radical con escisión amplia de tejidos locales. La linfadenectomía inguinal o retroperitoneal no aporta ninguna ventaja terapéutica⁸. El tratamiento complementario es controvertido y debe evaluarse de forma individual, por un comité multidisciplinario, en cada paciente. Debido a

la rareza de esta enfermedad no existe consenso respecto del papel de la radio y la quimioterapia. El tratamiento radioterápico se utiliza para el control local de la enfermedad y la respuesta es mejor en aquellos tumores de bajo grado. Se recomienda en casos de tumores con comportamiento agresivo, es decir, márgenes afectados y alto grado de recurrencia^{7,9}. En nuestro primer caso clínico, no se planteó tratamiento con radioterapia por tratarse de un tumor bien diferenciado de bajo grado con márgenes quirúrgicos libres. En el segundo caso, existía una dudosa infiltración del margen quirúrgico, motivo por el cual se decidió administrar radioterapia. Existen pocos datos en relación con los resultados de la quimioterapia en el liposarcoma paratesticular metastásico, pero los resultados de la quimioterapia en liposarcomas de otras localizaciones son pobres⁸. Se ha utilizado quimioterapia con doxorubicina. En nuestros casos, no se ofreció tratamiento con quimioterapia por tratarse de tumores de bajo grado no metastásicos y por la poca evidencia que existe en la literatura al respecto.

El pronóstico y la supervivencia varían en función de la histología. Los liposarcomas paratesticulares mixoides y bien diferenciados poseen mejor pronóstico que los de células redondas y liposarcoma pleomórfico. Las tasas de supervivencia a 5 años son del 80% y el 20%, respectivamente⁸. Se recomienda un seguimiento estrecho y a largo plazo de este grupo de pacientes, ya que se han descrito recidivas tardías.

En nuestros casos clínicos, pese a haber utilizado un abordaje terapéutico distinto, tras 22 y 19 meses de seguimiento, los pacientes se encuentran libres de enfermedad. Esto apoya la importancia de la individualización de los tratamientos dada la rareza de estos tumores y la falta de consenso en la literatura sobre los tratamientos complementarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Müller Arteaga C, Egea Camacho J, Álvarez Gago T, Cortiñas González JR, Gonzalo Rodríguez V, Fernández del Busto E. [Spermatic cord liposarcoma. Association with prostate cancer. Report of a case and review of literature] [Artículo en español]. *Actas Urol Esp*. 2005 Jul-Aug; 29 (7): 700-3.
2. Weiss SH, Goldblum JR. Liposarcoma. Enzinger and Weiss's Soft tissue tumors. Fourth ed. Mosby Chapter, St. Louis, 17: 641, 2001.
3. Panagis A, Karydas G, Vasilakakis J, Chatzipaschalis E, Lambropoulou M, Papadopoulos N. Myxoid liposarcoma of the spermatic cord: a case report and review of the literature. *Int Urol Nephrol*. 2003; 35 (3): 369-72.
4. Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. *Ann Surg Oncol*. 2003 Jul; 10 (6): 669-75.
5. Herbert PA. *Urological Pathology*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger; 1952.
6. Fitzgerald S, MacLennan GT. Paratesticular liposarcoma. *J Urol*. 2009 Jan; 181 (1): 331-2.
7. Logan JE, Williams MB, Shaves ME, McCammon KA. Liposarcoma of the spermatic cord: a case report and review of management. *UroToday International Journal*. 2010; 3 (4).
8. Alyousef H, Osman EM, Gomha MA. Paratesticular liposarcoma: a case report and review of the literature. *Case Rep Urol*. 2013; 2013: 806289.
9. Demirci U, Buyukberber S, Cakir A, Ozturk B, Akyurek N, Unver B, y cols. Synchronous testicular liposarcoma and prostate adenocarcinoma: a case report. *Cases J*. 2010 Jan 14; 3: 27.