

Caso clínico

Liposarcoma del cordón espermático que simula recidiva herniaria inguinoescrotal

Liposarcoma of the spermatic cord mimicking a recurrent inguinoscrotal hernia



Arkaitz Perfecto Valero, Clara Serrano Hermosilla, Aingeru Sarriugarte Lasarte, Mikel Prieto Calvo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Vizcaya (España)

Recibido: 25/03/2019
Aceptado: 25/06/2019

Palabras clave:

Liposarcoma del cordón espermático, tumor paratesticular, masa inguinoescrotal, hernia inguinal recidivada.

Keywords:

Liposarcoma of the spermatic cord, paratesticular tumor, inguinoscrotal mass, recurrent groin hernia.

Resumen

Introducción: La presencia de una masa inguinoescrotal puede plantear dudas en el diagnóstico diferencial entre procesos herniarios y tumores paratesticulares. La mayor parte de estos tumores son benignos, normalmente lipomas. De los malignos, los más frecuentes son los liposarcomas, la mayoría bien diferenciados, pero con capacidad de invasión y recidiva local. Los rhabdomyosarcomas son especialmente agresivos y, además, muestran tendencia a producir metástasis a distancia.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 76 años intervenido de hernioplastia inguinal izquierda tipo Lichtenstein que al tercer mes de la cirugía presentó una masa inguinoescrotal de crecimiento lento compatible clínica y ecográficamente con recidiva herniaria. El hallazgo intraoperatorio de un tumor graso que infiltraba los elementos del cordón espermático hizo sospechar malignidad. Se realizó tumorectomía, orquiectomía y linfadenectomía locoregional. La confirmación diagnóstica se basó en la inmunohistoquímica. Los estudios de extensión y seguimiento no han mostrado evidencias de recidiva tumoral.

Discusión: Se concluye que los liposarcomas del cordón espermático probablemente estén infradiagnosticados e infratratados al simular tumores benignos como los lipomas.

Abstract

Introduction: The presence of an inguinoscrotal mass can raise doubts between inguinal hernias and paratesticular tumors. The majority of these tumors are benign, commonly lipomas. In terms of malignancy, liposarcomas are the most frequent and are usually well differentiated even though they possess both invasion and local recurrence capability. Rhabdomyosarcomas are especially aggressive and tend to metastasize.

Case report: We report a case of a 76-year-old patient operated of an inguinal hernia performing a Lichtenstein-type hernioplasty. Three months later he presented a slow growth inguinoscrotal mass clinically compatible with a recurrence of the groin hernia. Intraoperatively a fatty and heterogeneous tumor that infiltrated the spermatic cord, making us suspect malignant tumor. Tumorectomy, orchiectomy and local lymphadenectomy was made. The confirmation of the diagnosis of liposarcoma was based on immunohistochemistry. The postoperative follow-up studies have not shown evidence of tumor recurrence.

Discussion: Liposarcomas of the spermatic cord could probably be underdiagnosed and undertreated because they can mimic benign neoplasm like lipomas or groin hernias.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

*Autor para correspondencia: Arkaitz Perfecto Valero. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Cruces. Plaza Cruces, s/n. 48903 Barakaldo, Vizcaya (España)
Correo electrónico: arkaitz.perfecto@gmail.com

Perfecto Valero A, Serrano Hermosilla C, Sarriugarte Lasarte A, Prieto Calvo M. Liposarcoma del cordón espermático que simula recidiva herniaria inguinoescrotal. Rev Hispanoam Hernia. 2020;8(2):104-106

INTRODUCCIÓN

Una masa inguinoescrotal puede plantear dudas en el diagnóstico diferencial entre procesos herniarios y tumores paratesticulares (TPT). La mayor parte de los TPT son benignos, normalmente lipomas¹. De los malignos, destacan por frecuencia los liposarcomas², la mayoría bien diferenciados, pero con capacidad de invasión y recidiva local³; y por agresividad, los rhabdiosarcomas, con tendencia además a producir metástasis⁴.

CASO CLÍNICO

Hombre de 76 años intervenido 6 meses antes de hernioplastia inguinal izquierda tipo Lichtenstein con malla de polipropileno autoadhesiva. Transcurridos 3 meses, presentó una masa inguinoescrotal de crecimiento lento e indoloro. A la exploración protruía ligeramente al Valsalva, por lo que parecía compatible con una recidiva. Se practicó una ecografía en la que se observó un componente herniario de naturaleza grasa sin apreciarse contenido intestinal.

La segunda intervención tuvo un abordaje por vía anterior sin apreciarse signos de recidiva. No obstante, la presencia de una masa inguinoescrotal motivó continuar con la disección hacia la región escrotal, donde se evidenció una tumoración grasa heterogénea de aproximadamente 15 × 10 × 5 cm (fig. 1) con tendencia al sangrado e infiltración de los elementos del CE, lo que obligó a su extirpación y orquiectomía. Se remitieron a estudio dos adenopatías locorregionales sospechosas de malignidad.



Figura 1. Anatomía patológica macroscópica. Espécimen de liposarcoma formolizado.

El informe patológico fue de liposarcoma bien diferenciado en el tumor e infiltración metastásica en una de las adenopatías. La histología mostraba atipia nuclear a la tinción con hematoxilina (fig. 2) y la inmunohistoquímica característica del sarcoma: tinción nuclear CD4K+, MDM2+⁵ (figs. 3a y 3b).

El estudio de extensión posoperatorio no mostró afectación locorregional ni a distancia. Durante el seguimiento se han realizado analítica y tomografía toraco-abdomino-pélvica con periodicidad semestral. No ha presentado datos de recidiva después de haber transcurrido un año desde la segunda intervención.

DISCUSIÓN

La incidencia de liposarcoma como hallazgo durante una cirugía herniaria se estima inferior al 0,1%⁶. La localización más común es el CE en un 75%⁶. Ante su sospecha intraoperatoria, el tratamiento comporta escisión amplia —por fuera de la pseudo-cápsula— con márgenes de seguridad de 1-2 cm, incluyendo las estructuras macroscópicamente infiltradas. Posteriormente puede realizarse la hernioplastia o herniorrafia como estuviera previsto. Si el resultado anatomopatológico es de malignidad, debe valorarse completar la cirugía con orquiectomía radical vía inguinal, ligando el CE en su porción más craneal y asegurando una resección completa —R0*— del conducto inguinal⁷.

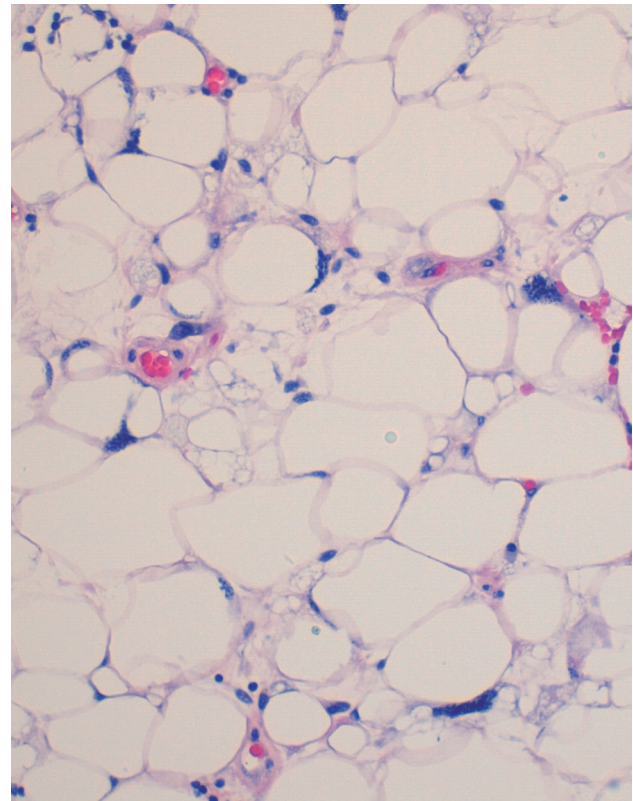


Figura 2. Histología, aumento 20×. Atipia nuclear a la tinción con hematoxilina.

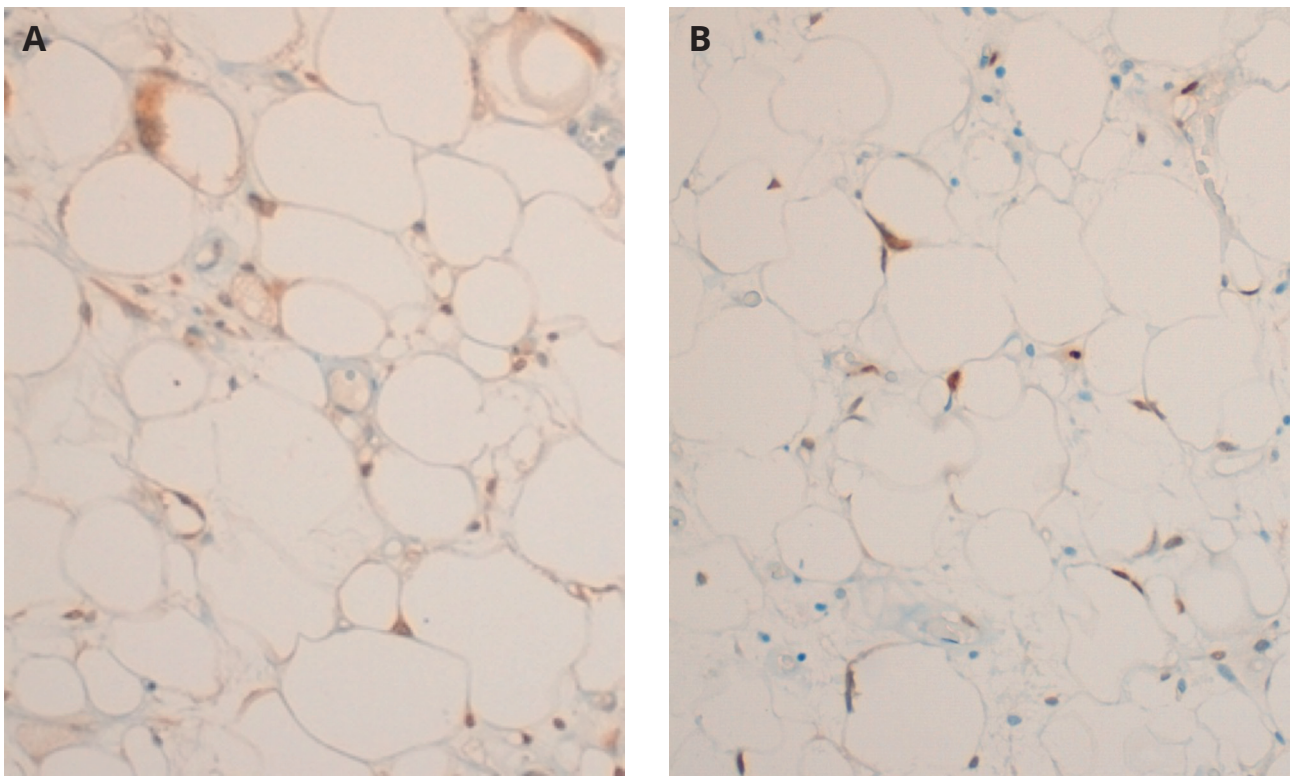


Figura 3. Inmunohistoquímica, aumento 20×. Tinción nuclear CD4+ (A). Tinción nuclear MDM2+ (B).

Muestra tendencia a la invasión local con adenopatías metastásicas en un 5%, como en el presente caso, lo que determina un estadio IV con alto riesgo de recidiva y supervivencias bajas⁸. La linfadenectomía locoregional y retroperitoneal presenta alta morbilidad. Únicamente está recomendada ante la evidencia preoperatoria o el hallazgo intraoperatorio de adenopatías técnicamente factibles de resear⁷. Ante factores de riesgo de recidiva, como márgenes de resección positivos o tumores de alto grado, estaría indicada la radioterapia. Aún no está claro el papel de la quimioterapia adyuvante⁹.

CONCLUSIÓN

Los liposarcomas del cordón espermático probablemente estén infradiagnosticados e infratratados al simular procesos benignos como lipomas, lo que en muchos casos implica el abandono inadvertido de remanentes tumorales o la realización de resecciones insuficientes desde el punto de vista oncológico.

*La resección «R0» indica la remoción completa de todo el tumor con el examen microscópico de los márgenes sin células tumorales.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez D, Olumi AF. Management of spermatic cord tumors: a rare urologic malignancy. *Ther Adv Urol* 2012;4:325-34.
- Radaelli S, Desai A, Hodson J, et al. Prognostic factors and outcome of spermatic cord sarcoma. *Ann Surg Oncol* 2014;21:3557-63.
- Montgomery E, Buras R. Incidental liposarcomas identified during hernia repair operations. *J Surg Oncol* 1999;71(1):50-3.
- Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, et al. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. *Ann Surg Oncol* 2003;10:669.
- Segura J, Pareja M, García A, et al. Liposarcomas. Aspectos clínico-patológicos y moleculares. *Rev Esp Patol* 2006;39(3):135-48.
- Montgomery E, Fisher C. Paratesticular liposarcoma. A Clinicopathologic study. *Am J Surg Pathol* 2003;27(1):40-7.
- Moschini M, Mattei A. Diagnosis and management of spermatic cord tumors. *Curr Opin Urol* 2017;27:76-9.
- Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. (editors). *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th Ed. New York: Springer; 2017.
- Chalouhy C, Ruck JM, Moukarzel M, et al. Current management of liposarcoma of the spermatic cord: A case report and review of the literature. *Mol Clin Oncol* 2017;6(3):438-40.