



**Linfoma primario del cordón
espermático presentado como
una tumoración inguinal**

**Primary lymphoma of the
spermatic cord presented as an
inguinal tumor**

10.20960/rhh.00519

03/28/2023

Linfoma primario del cordón espermático presentado como una tumoración inguinal

Primary lymphoma of the spermatic cord presented as an inguinal tumor

Neus Ridaura Navarro¹, Irene Gómez Torres², Pedro Daniel Menor Durán², Eduardo Alcobilla Ferrara²

Servicios de ¹Urología y de ²Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón (España)

Autor para correspondencia: Neus Ridaura Navarro. Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Castellón. Avda. Benicásim, 128. 12004 Castellón (España) Correo electrónico: neusridaura@hotmail.com

Recibido: 22/08/2022

Aceptado: 03/11/2022

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

RESUMEN

Introducción: Aunque los linfomas son una enfermedad sistémica, encontrar un linfoma localizado únicamente en el cordón espermático, sin que afecte a los testículos ni a otros órganos, es extremadamente raro. Existen muy pocos casos publicados.

Caso clínico: Varón de 69 años con una tumoración inguinal indolora e irreductible, que simula una hernia inguinal incarcerada, sin clínica acompañante. Las pruebas de imagen evidenciaron una lesión nodular sólida de 2,5 cm localizada en el canal inguinal izquierdo, adherida al cordón espermático, sin adenopatías.

Técnica quirúrgica: bajo anestesia general, se realizó una incisión inguinal izquierda y se diseccionó el cordón espermático, lo que

evidenció una lesión adherida y de aspecto maligno. Se ligó y se seccionó el cordón, proximal al anillo inguinal profundo, exteriorizando y diseccionando el testículo, con indemnidad de la piel. Diagnóstico anatomopatológico y tratamiento: tras la orquiectomía fue diagnosticado de linfoma primario del cordón espermático en estadio I y se trató con quimioterapia adyuvante.

Discusión: Los linfomas primarios de cordón espermático son un diagnóstico excepcional entre las tumoraciones inguinales. Los pocos casos reportados tienen en común que suelen ser linfomas no Hodgkin de tipo B difuso de células grandes y se presentan como un bulto inguinoescrotal indoloro que simula una hernia, sin otros síntomas. Se diagnostican más habitualmente sobre los 70 años y en estadio I. Fueron tratados con orquiectomía inguinal radical y quimioterapia adyuvante, asociando a veces radioterapia. Además, existen pocos datos sobre la supervivencia.

Conclusiones: Es importante añadirlo al diagnóstico diferencial de los bultos inguinales y reportar los casos encontrados para mejorar su tratamiento y determinar el pronóstico.

Palabras clave: Linfoma del cordón espermático, tumor del cordón espermático, tumor inguinal, linfoma B difuso de células grandes.

ABSTRACT

Introduction: Although lymphomas are a systemic disease, finding a lymphoma located only in the spermatic cord, without affecting the testis or other organs, is extremely rare, with very few published cases.

Case report: 69-year-old male with a painless and irreducible inguinal tumor, simulating an inguinal incarcerated hernia, with no other accompanying symptoms. Imaging tests revealed a 2.5-cm solid nodular lesion located in the left inguinal canal, adhered to the spermatic cord, without adenopathies.

Surgical technique: under general anesthesia, a left inguinal incision was made and the spermatic cord was dissected, revealing an adherent and malignant-looking lesion. The cord was ligated and sectioned, proximal to the deep inguinal ring, exteriorizing and dissecting the testicle, while maintaining the integrity of the skin.

Pathological diagnosis and treatment: after orchiectomy, he was diagnosed with stage I primary lymphoma of the spermatic cord and continued with adjuvant chemotherapy.

Discussion: Primary lymphomas of the spermatic cord are an exceptional diagnosis among inguinal tumors. The few reported cases have in common that they are usually diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphomas and present as a painless inguinoscrotal lump simulating a hernia, with no other symptoms. Most commonly diagnosed over 70 years of age and in stage I. They were treated with radical inguinal orchiectomy and adjuvant chemotherapy, sometimes associating radiotherapy. In addition, there are few data on survival.

Conclusions: It is important to add this pathology to the differential diagnosis of groin lumps and report the cases found to improve their treatment and determine the prognosis.

Keywords: Spermatic cord lymphoma, spermatic cord tumor, inguinal tumor, diffuse large B-cell lymphoma.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas se definen como una enfermedad sistémica que puede afectar a cualquier órgano. Sin embargo, la zona gonadal masculina no suele ser una localización habitual, ya que representa el 1 % de todos los linfomas no Hodgkin y solo el 2 % de todas las neoplasias testiculares^{1,2}. La mayoría de los linfomas del cordón espermático están relacionados con linfomas testiculares^{1,2}. De hecho, los casos publicados de linfomas primarios de cordón espermático son excepcionales. Esta es una localización muy poco frecuente para el

desarrollo de este tipo de neoplasias. El objeto de este artículo es presentar un nuevo caso de linfoma primario del cordón espermático.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 69 años con antecedentes de diabetes *mellitus* de tipo 2, dislipemia, e hiperuricemia, que acude a consulta tras haberse notado una tumoración en la región inguinal izquierda tras un traumatismo local, sin otra sintomatología acompañante (sin fiebre, sudoración nocturna ni adenopatías), de 6 meses de evolución. En la exploración se evidencia una tumoración de 3 cm de diámetro mayor, indolora, pero con leves molestias a la palpación, no reductible, sin crecimiento durante el seguimiento, de coloración y temperatura normales, sin alteraciones en la piel y que simulaba una hernia inguinal incarcerada. La analítica sanguínea del paciente fue estrictamente normal.

La tomografía computarizada reveló una imagen nodular de aspecto sólido de 2,5 × 2,4 cm situada en el interior del canal inguinal izquierdo, sin adenopatías ni otras masas. En la ecografía se objetivó una lesión sólida extratesticular de partes blandas localizada en el canal inguinal izquierdo, de bordes ligeramente irregulares, ecogenicidad homogénea y con mínima vascularización en el estudio Doppler. Estaba adherida al cordón espermático, sin extenderse al escroto ni a la cavidad abdominal. Tanto los testículos como los epidídimos estaban dentro de los límites de la normalidad. Dada la inespecificidad de las pruebas realizadas, se decidió la exéresis quirúrgica de la lesión para obtener un diagnóstico definitivo.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general, al paciente se le realizó una incisión inguinal izquierda y una disección por planos hasta la localización y la disección del cordón espermático. Se identificó una lesión nodular, completamente adherida al cordón en su tercio inferior y que englobaba el conducto deferente, con neovascularización abundante

y sugestiva de malignidad, por lo que se decidió realizar una orquiectomía radical inguinal. Se ligó por separado el conducto deferente del resto del cordón espermático y, posteriormente, se seccionaron proximalmente al anillo inguinal profundo. Se exteriorizó el teste, se disecó por completo, se seccionó el gubernáculo y se comprobó la indemnidad de la piel. Se practicó el cierre simple del orificio inguinal profundo con un punto suelto de polipropileno del calibre 1 y cierre por planos: aponeurosis, tejido subcutáneo y, finalmente, la piel.

Diagnóstico anatomopatológico y tratamiento

En el material que se remitió a anatomía patológica pudo distinguirse, por una parte, el lipoma inguinal izquierdo bien delimitado y sin signos de malignidad, y, por otra parte, la pieza de orquiectomía, en la que se visualizaba una tumoración excéntrica en el cordón espermático de consistencia elástica que medía $3,6 \times 2,7 \times 2,5$ cm. Al corte correspondía a un nódulo bien delimitado, homogéneo y de coloración blanquecina (Fig. 1).

El estudio microscópico reveló una población difusa de células linfoides con núcleo grande, nucleolo prominente y actividad mitótica moderada que borraba por completo las estructuras, pero afectaba tan solo al tejido extracelular (Fig. 2). Las células linfoides expresaban marcadores B atípicos (CD20, MUM1, CD5 y BCL6), eran negativas para Cyclin D1 y SOX11 (marcadores del manto) y tenían una alta actividad proliferativa (alto Ki-67). Finalmente, el paciente fue diagnosticado de una infiltración de tejidos blandos peritesticulares por un linfoma de tipo B difuso de células grandes (no Hodgkin), variante polimórfica, con lo que se confirmó el reordenamiento de MYC (alteración genética que confiere un alto índice de proliferación y gran agresividad clínica a dichos linfomas). El parénquima testicular y el epidídimo eran normales y sin lesiones.

Con este diagnóstico anatomopatológico, se decidió realizar un aspirado y una biopsia de médula ósea en las que no se observaron

infiltración del linfoma, con representación de las tres series hematológicas sin alteraciones morfológicas, con la presencia de un 13 % de linfocitos sin alteraciones significativas. También se realizó un PET-TC en el que no se apreció ningún otro foco de actividad, aparte del inguinal ya conocido.

Dado el diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes en estadio I, se planificaron 4 ciclos de quimioterapia COMP-R (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, rituximab y prednisona) como tratamiento adyuvante al tratamiento quirúrgico. Se prescindió del tratamiento con radioterapia, que quedó inicialmente supeditado a la evolución del paciente.

El tratamiento adyuvante se llevó a cabo con buena tolerancia por parte del enfermo y sin incidencias reseñables. En el momento actual, 8 meses después de la intervención quirúrgica, el paciente se encuentra asintomático, sin alteraciones analíticas y libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

Ante el paciente con un bulto inguinal, si bien el diagnóstico más frecuente es el de una hernia inguinal, cuando las características clínicas pueden sugerir que no es este el diagnóstico, debemos recurrir a pruebas complementarias. Además, deberemos realizar un buen diagnóstico diferencial de estas tumoraciones, ya que la patología de esta localización es muy variada y extensa. Entre ellas se encuentran hernias inguinales, adenopatías, tumoraciones benignas de partes blandas, alteraciones genitales, abscesos, hidrosadenitis inguinal, neoplasias o patología vascular (Tabla I). Entre los diagnósticos a considerar, existe la posibilidad de que se trate de un linfoma primario del cordón espermático, a pesar de que este diagnóstico es excepcional.

Los linfomas primarios de cordón espermático son extremadamente raros, con muy pocos casos publicados¹⁻⁴. De hecho, la mayoría de los linfomas que aparecen en la zona paratesticular generalmente están

causados por la infiltración secundaria de linfomas testiculares o presentan un tumor primario en otra localización⁴. Según Diakatou y cols., solo se han publicado 15 casos de linfomas primarios del cordón espermático². El 80 % de ellos son linfomas no Hodgkin de tipo B difuso de células grandes^{2,4}, como en nuestro caso, aunque con marcadores de células B atípicos.

La mayoría se presenta como una tumoración inguinoescrotal indolora que puede confundirse con una hernia sin asociar otros síntomas típicos de los linfomas, como pérdida de peso, fiebre o sudoración nocturna⁵. La edad de diagnóstico es muy variable, desde los 20 hasta los 89 años, aunque lo más habitual es sobre la década de los 70, y la mayoría suele diagnosticarse en estadio I^{1,5}, como en nuestro caso.

Aunque se considera que tienen mal pronóstico¹, la supervivencia global a los 5 años está entre el 70 y el 79 %^{2,5}; sin embargo, en la mayoría de los casos no se dispone de datos sobre la supervivencia a largo plazo. Se consideran factores de buen pronóstico la esclerosis del linfoma, la edad joven y el estadio bajo^{2,5}. La mayoría de los casos comunicados fueron tratados con orquiectomía inguinal radical y quimioterapia adyuvante; en algunos casos se asoció radioterapia posterior^{1,2}. En nuestro paciente se optó por tratamiento con quimioterapia tipo COMP-R.

Disponemos de muy poca información sobre esta neoplasia, por lo que es difícil decidir un tratamiento estándar y determinar el pronóstico. Además, su diagnóstico suele ser accidental, aunque la mayoría se han diagnosticado en un estadio precoz gracias a que se presentan como una tumoración inguinal manifiesta.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de una patología frecuente, como es el linfoma B difuso de células grandes, de localización y presentación muy raras. Se han reportado muy pocos casos como el relatado. Es importante tener en cuenta esta posibilidad en el diagnóstico diferencial de las

tumoraciones inguinales. Además, es esencial reportar los casos raros que encontramos en la práctica clínica diaria para poder mejorar su tratamiento y conocer mejor el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taguchi S, Takahashi S, Iida K, et al. Spermatic cord lymphoma: a case report and literature review. *Case Rep Med.* 2012;513707. DOI: 10.1155/2012/513707
2. Diakatou E, Haramis G, Kostopoulou A, et al. Primary lymphoma of the spermatic cord: a case report and review of the literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2011;54(3):588-90. DOI: 10.4103/0377-4929.85103
3. Vega F, Medeiros LJ, Abruzzo LV. Primary paratesticular lymphoma: a report of 2 cases and review of literature. *Arch Pathol Lab Med.* 2001;125(3):428-32. DOI: 10.5858/2001-125-0428-PPL
4. Monappa V, Kudva R, Ray S. Primary Paratesticular Lymphoma with Testicular Sparing: Account of an Unusual Scrotal Mass. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(3):ED07-8. DOI: 10.7860/JCDR/2016/14421.7412
5. Veal DR, Hammil CW, Wong LL. Lymphoma diagnosed at inguinal hernia repair. *Hawaii Med J.* 2010;69(2):32-4.

Tabla I. Diagnóstico diferencial del bulto inguinal

Hernia inguinal
Adenopatías
Tumoraciones benignas de partes blandas (quistes y lipomas)
Alteraciones genitales (hidrocele, varicocele, hematomas, testículo ectópico, torsión testicular y orquiepididimitis)
Abscesos e hidrosadenitis inguinal
Neoplasias (neoplasias testiculares y paratesticulares, sarcomas, linfomas y metástasis)

Patología vascular (aneurismas y pseudoaneurismas)



Revista
Hispanoamericana
de Hernia