

TUMOR MUCINOSO LIMÍTROFE PARATESTICULAR Y CARCINOMA MUCINOSO DE RETROPERITONEO A PROPÓSITO DE UN CASO

ADRIANA GÓMEZ, MIRIAN NARANJO DE GÓMEZ, VICTORIA GARCÍA DE BARRIOLA, CAROLINA GÓMEZ, GUSTAVO NAVA, IRAIMA PÉREZ, MARCELA MOLINA, JOSÉ L CIRELLA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS SERVICIO DE CIRUGÍA II INSTITUTO ANATOMOPATOLÓGICO "DR. JOSÉ A O'DALY" FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

RESUMEN

Los tumores testiculares y paratesticulares del tipo epiteliales son raros. Existe poca referencia en la literatura de la variedad mucinosa. Se plantea controversia en la histogénesis debido a su asociación con teratomas, y establecer origen germinal. Se presenta el caso de paciente masculino de 38 años con clínica de dolor lumbar, masa abdominal palpable, aumento de volumen testicular izquierdo de 2 años de evolución. Se le practicó orquidectomía izquierda con hallazgo de tumor quístico de 7 cm x 6 cm x 3,5 cm, de contenido mucoide; se reportó como tumor mucinoso de bajo grado de malignidad para testicular (límtrofe). En vista de síntomas abdominales compresivos, se realiza laparotomía exploradora, encontrándose tumor lobulado de 21 cm x 19 cm x 12 cm en el retroperitoneo, que correspondió a carcinoma mucinoso variedad intestinal desarrollado en teratoma quístico maduro. Se concluyó que ambos tumores no guardaban relación entre sí, se consideraron sincrónicos.

PALABRAS CLAVE: Tumor, mucinoso, para testicular, sincrónico, teratoma, quístico, retroperitoneal

SUMMARY

Testicular and par testicular tumors of type epithelial are rare. There is little reference in literature of mucinous variety; the vast majorities are serous. In this article we discussed the case of 38 year old male who presented with a two year history of left low quadrant pain, abdominal mass and enlarged left testicle. Left orchietomy was performed finding a mucoide cystic tumor, measuring 7 cm x 6 cm x 3.5 cm which was reported as a low grade malignancy par testicular mucinous (tumor Borderline). Consequently, since compressive symptoms persisted, the patient underwent exploratory laparotomy. A lobular tumor measuring 21 cm x 19 cm x 12 cm was found in the retroperitoneum. It corresponded to mucinous carcinoma of the intestinal variety within a mature cystic teratoma. Based on these findings and after reviewing the literature it was concluded that both tumors were independent from each other, considering them synchronous tumors.

KEY WORDS: Tumor, mucinous, par testicular, synchronous, cystic, teratoma, retroperitoneal.

INTRODUCCIÓN

Los tumores testiculares y paratesticulares del tipo de tumores epiteliales de ovario son raros, la gran mayoría son de tipo seroso⁽¹⁾. Existe poca referencia en la literatura del tipo mucinoso, a los cuales se les aplican los mismos criterios y terminología utilizada

Recibido: 15/07/2008 Revisado: 12/11/2008

Aceptado para publicación: 18/12/2008

Correspondencia: Dra. Carolina Gómez. Avda.

Libertador Edif.

Libertador 75 piso 10. Oficina 10-B La Campiña.

Telf. 0212761067. 04166090474.

E-mail: carolinagomez@hotmail.com

para los tumores de ovario, planteándose por algunos investigadores controversias en cuanto a su histogénesis debido a su asociación con teratomas, tratando de establecerse un probable origen germinal para estos tumores ^(1,2). En el siguiente trabajo se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años de edad con clínica de dolor lumbar, masa abdominal palpable y concomitante aumento de volumen testicular izquierdo de 2 años de evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 38 años, ingresado en el Hospital Universitario de Caracas, quien inició enfermedad 2 años antes, cuando presentó dolor en región lumbar y flanco izquierdo, de intensidad moderada, carácter continuo, no irradiado, acompañado de tumoración abdominal la cual aumentaba de tamaño con la ingesta. Concomitante aumento de volumen y dolor en el testículo izquierdo. Antecedentes patológicos no relevantes. Al examen físico abdominal se palpaba tumoración de forma redondeada, localizada en el mesogastrio que se extendía hacia flanco e hipocondrio izquierdo, de superficie lisa, lobulada, móvil y dolorosa a

la palpación. El laboratorio reportó cifras de CA 19-9 elevadas (864,93 U/mL). El resto de los exámenes no mostraron alteraciones. Dentro de los estudios complementarios realizados, el ultrasonido testicular evidenció un tumor sólido de 3,6 cm x 2,1 cm en el polo superior del testículo izquierdo (Figura 1). En el ultrasonido abdominal, se observó una imagen ecomixta en contigüidad con el riñón izquierdo, de 12,6 cm de diámetro, de bordes definidos y de localización retro peritoneal. Posteriormente se le indicó realización de serie esófago, estómago, duodeno (Figura 2) que no mostró alteraciones y en la TAC abdominal y pélvica, se describió una lesión ocupante de espacio (LOE) pararenal medial izquierda (Figura 3). Se le practicó orquidectomía izquierda.

HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

En el Instituto Anatomopatológico de la UCV, se recibió testículo izquierdo, cuyas medidas fueron 8 cm x 6 cm x 4 cm superficie externa despulida y violácea. Al corte, se evidenció la salida de abundante material mucoide y una lesión quística de 7,5 cm x 6 cm x 3,5 cm biloculada, con paredes internas lisas, lográndose



Figura 1. Ecosonograma testicular: tumor sólido en polo superior de testículo izquierdo, de 3,6 cm x 2,1 cm.



Figura 2. Serie esófago-estómago-duodeno: sin alteraciones. Asas intestinales rechazadas por tumor retroperitoneal.



Figura 3. TAC abdomino-pélvica: imagen LOE pararenal izquierdo.

identificar una pequeña área sólida de 1 cm de diámetro. En los cortes histológicos se observó una neoplasia quística revestida por epitelio cilíndrico simple de tipo mucinoso alternando con áreas de pseudoestratificación y presencia de células calciformes. Se observaron estructuras glandulares con atipias y aisladas mitosis. También se observó material mucoide extracelular. Se realizó el diagnóstico de tumor mucinoso de bajo grado de malignidad para testicular (limítrofe) (Figura 4).

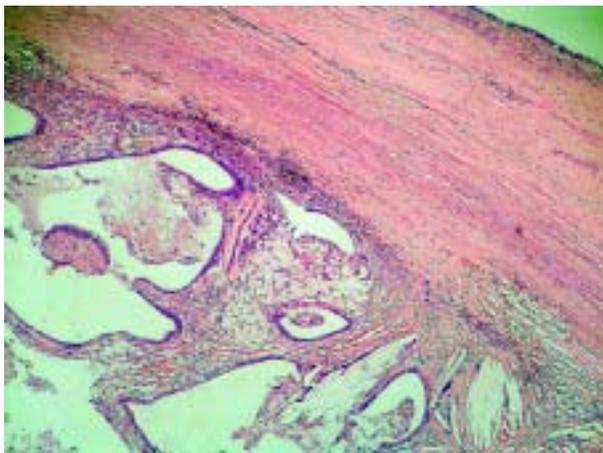


Figura 4. Corte histológico de tumor mucinoso de testículo (H & E 4X).

Posterior al resultado reportado y en vista de la presencia de tumor abdominal con síntomas compresivos, se decidió realizar laparotomía exploradora con hallazgos de tumor irregular de aproximadamente 30 cm de diámetro, de superficie lisa, lobulado, grisáceo, renitente, de localización retroperitoneal y que desplazaba el colon transverso, descendente y uréter izquierdo en sentido anterior; y el bazo y riñón izquierdo en sentido cefálico. Se disecó, encontrándose planos de clivaje con las estructuras mencionadas anteriormente, logrando resecarse en su totalidad (Figura 5, 6 y 7).

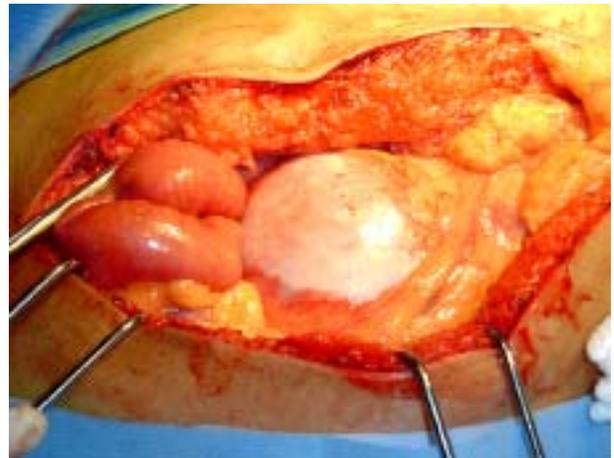


Figura 5. Vista del tumor posterior a la diéresis de la pared abdominal.



Figura 6. Disección según planos de clivaje.

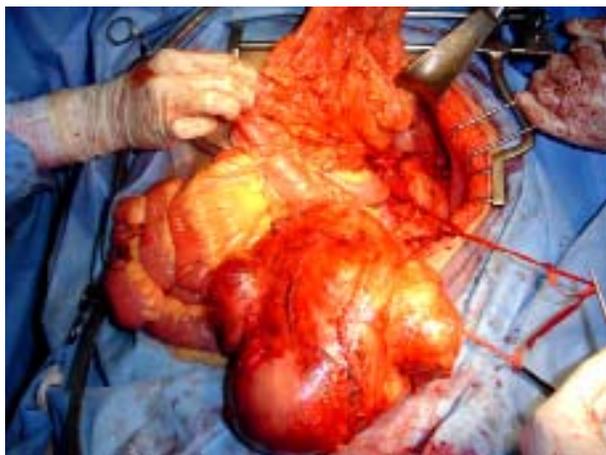


Figura 7. Resección total del tumor retroperitoneal.

El estudio macroscópico reveló un tumor quístico, multinodular de 21 cm x 19 cm x 12 cm, con una superficie externa despulida y hemorrágica. Al corte, se evidenció la salida de abundante material de aspecto hemático y purulento. La superficie interna era multiloculada, presentando un área sólida de 8,5 cm x 8,5 cm de consistencia gelatinosa (Figura 8). En los cortes histológicos se observaron tejidos maduros originados en las diferentes capas germinales



Figura 8. Aspecto macroscópico del tumor. Al corte lesión multiloculada con áreas sólidas.

(endodermo, mesodermo y ectodermo). Se pudo observar epitelio escamoso queratinizado alternando con áreas cartilaginosas y presencia de tejido adiposo maduro (Figura 9). Focalmente, se observaron glándulas neoplásicas revestidas por epitelio mucinoso con células caliciformes que mostraban pleomorfismo y mitosis atípicas. El estroma del tumor mostró bandas de músculo liso. Esto fue interpretado como un carcinoma mucinoso variedad intestinal desarrollado dentro de un teratoma quístico maduro (Figura 10).

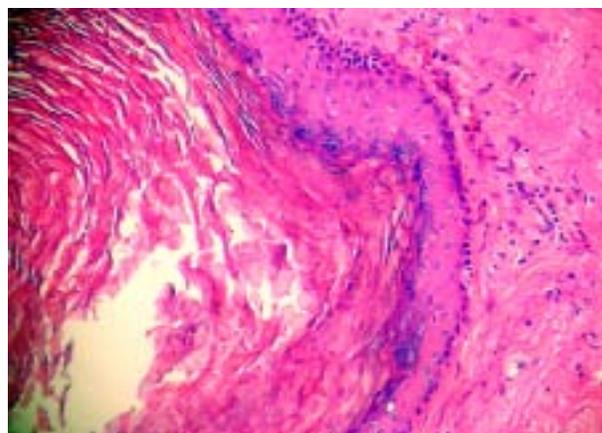


Figura 9. Cortes histológicos del teratoma maduro: epitelio escamoso queratinizado (H & E 10X).

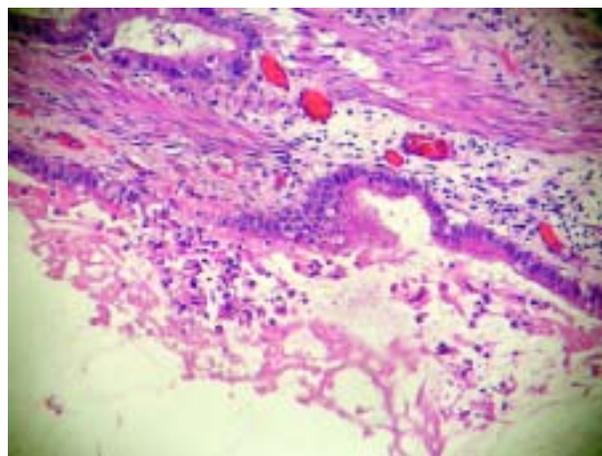


Figura 10. Foco de carcinoma mucinoso dentro de teratoma quístico maduro. (H & E 10X).

Se practicó estudio de inmunohistoquímica con citoqueratinas de bajo y alto peso molecular (citoqueratina 7 y 20), observándose positividad en el citoplasma de las células tumorales en ambos tumores y para ambas queratinas (Figura 11 y 12).

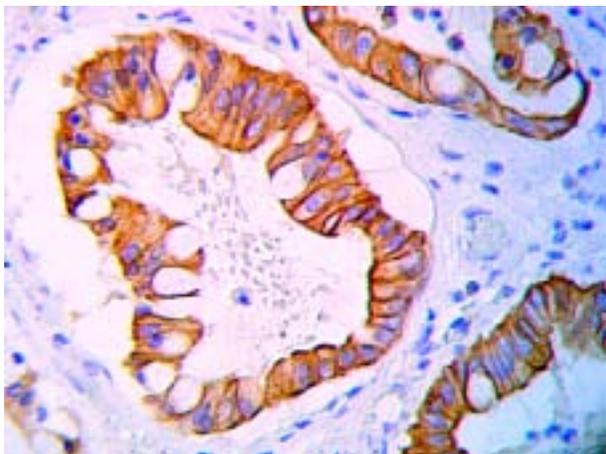


Figura 11. Citoqueratina 7. Positividad de membrana y citoplasma. (400 X).

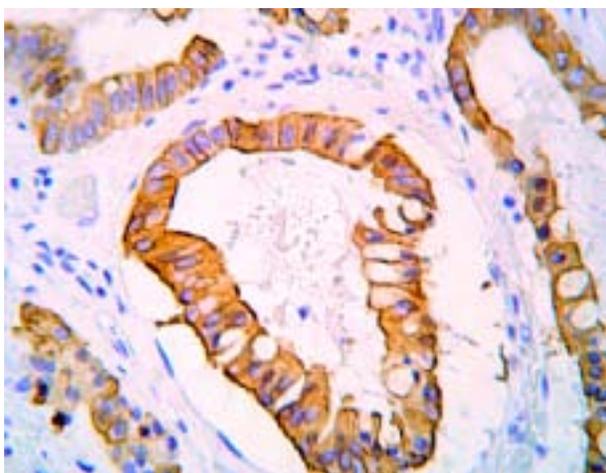


Figura 12. Citoqueratina 20. Positividad de membrana y citoplasma. (400 X).

DISCUSIÓN

Las neoplasias mucinosas quísticas de testículo y para testiculares, tanto benignas como malignas tienen descripción esporádica en la literatura. El primer caso fue descrito por Kellert en 1959 como un cistadenoma pseudomucinoso del escroto⁽³⁾. Entre los tumores de tipo epitelio superficial del ovario, los serosos son los más frecuentes. Los de tipo mucinosos son raros y presentan para su clasificación un espectro morfológico similar al de los tumores del ovario que van desde cistoadenomas, tumores de bajo grado de malignidad o limítrofes, hasta carcinomas⁽⁴⁾.

La histogénesis de estos tumores es controversial, en la literatura plantean un origen mesotelial a través de un proceso metaplásico de remanentes müllerianos o a partir de un teratoma⁽³⁾. El origen a partir de teratomas también se ha propuesto para los tumores de ovario, los cuales siguen una sola línea de diferenciación; así llamados monodérmicos, pero eso no ha sido corroborado^(5,6).

Igualmente, en este tipo de tumores debe descartarse una metástasis (colon o páncreas) cuando se trata de tumores de bajo grado de malignidad o carcinomas, pero la variabilidad morfológica con áreas benignas y ausencia de bilateralidad favorece el diagnóstico de tumor primario⁽⁷⁾, como en nuestro caso, el cual correspondió a un tumor de bajo grado de malignidad con aspecto macroscópico similar a los descritos en la literatura para los tumores de ovario en cuanto a tamaño, contenido mucoso y la presencia de lóculos.

Histológicamente se observó un tumor mucinoso con áreas francamente benignas y áreas con proliferación de glándulas neoplásicas con un epitelio pseudoestratificado con atipias y presencia de diferenciación de tipo intestinal con células caliciformes. Se observó fondo mucinoso con reacción histiocitaria. El parénquima testicular sólo mostró atrofia.

En cuanto al tumor retroperitoneal, se correspondió histológicamente con un teratoma quístico maduro, donde se observó epitelio escamoso, áreas de tejido adiposo y cartílago maduro. La zona sólida resultó ser un carcinoma mucinoso, donde se observaron glándulas irregulares atípicas, revestidas con epitelio del tipo intestinal. El estroma presentó bandas de músculo liso y reacción desmoplásica.

Estudios de inmunohistoquímica con citoqueratinas de alto y bajo peso molecular (citoqueratina 7 y 20) se realizaron en los dos casos; mostrando positividad para ambas como ha sido descrito en la literatura para los tumores mucinosos del ovario y del páncreas⁽⁸⁻¹⁰⁾. Estos estudios, con anticuerpos para citoqueratina 7 y 20, constituyen, a su vez, una herramienta útil en la diferenciación entre neoplasias de ovario y colon⁽¹¹⁾, donde los adenocarcinomas de colon son citoqueratina 20 positivos y citoqueratina 7 negativos. Chu y col.⁽¹²⁾ realizaron un estudio de 435 casos, encontrando positividad para citoqueratina 7 y negatividad para citoqueratina 20 en todos los casos de adenocarcinoma de ovario (también para mama, endometrio, glándulas salivales y glándula tiroides). En contraste, todos los casos de carcinomas de colon y recto fueron citoqueratina 7 negativa y 20 positiva. Asimismo, otro estudio realizado por Cathro y Stoler⁽¹³⁾ demostró la inmunorreactividad para citoqueratina 7 en neoplasias mucinosas del ovario con citoqueratina 20 negativa; mientras que neoplasias no ginecológicas y en especial los tumores del tracto gastrointestinal bajo, fueron

positivos para citoqueratina 20 y negativos para citoqueratina 7.

Igualmente se planteó el diagnóstico diferencial con un carcinoide mucinoso que se hubiera desarrollado en un teratoma, pero las inmunotinciones para marcadores neuroendocrinos como enolasa neuronal específica, cromogranina y sinaptofisina fueron negativas.

Nos planteamos en este caso, la posibilidad de tumores sincrónicos: Para testicular y retroperitoneal, donde existe la posibilidad que pueda tratarse de un tumor germinal para testicular con crecimiento hacia una sola línea de diferenciación tipo teratoma monodérmico o de tipo somático, como están reportados en la literatura^(1,2,5,7). En el caso del tumor retroperitoneal, la presencia de elementos de teratoma y bandas de músculo liso separando el tumor mucinoso favorece el desarrollo de este carcinoma a partir del teratoma retroperitoneal y no ser una metástasis. Pocos casos han sido reportados en la literatura como carcinomas mucinosos primarios de retroperitoneo^(10,14). En la literatura los teratomas extra gonadales son poco frecuentes⁽¹⁵⁾ y la transformación maligna dentro de los teratomas tiene una incidencia del 2 %, siendo la malignización hacia carcinoma epidermoide la más frecuente, seguido de adenocarcinoma y carcinoide⁽¹⁶⁾.

Consideramos para concluir que se debe seguir investigando y tratar de determinar si los tumores mucinosos son realmente tumores de origen germinal.

REFERENCIAS

1. Eble J, Sauter G, Epstein J, Sesterhenn I. Pathology and genetics tumors of the urinary system and male genital organs. Lyon, France; IARC Press. 2004.
2. Ulbright T, Young R. Primary mucinous tumors of the testis and paratestis: A report of nine cases. Am J Surg Pathol. 2003;27:1221-1228.
3. Alasio T, Borin J, Taylor K, Bar-Chama N, Unger P. Intratesticular mucinous cystadenoma. Immunohistochemical comparison with ovarian and colonic tissue. Arch Pathol Lab Med. 2005;129:399-402.

4. Ulbright T, Amin M, Young R. Atlas of Tumor Pathology: Tumors of the testis, adenexa, spermatic cord and scrotum, 3 series. EE.UU, Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1999.
5. Tavassoli F, Devilee P. Pathology and genetics: Tumors of the breast and female genital organs. Lyon, France: IARC Press; 2003.
6. Nokubi M, Kawai T, Mitsu S, Ishikawa S, Morinaga S. Mucinous cystadenoma of the testis. *Pathol Int.* 2002;52(10):648-652.
7. Young R, Scully R. Testicular and paratesticular tumours and tumour like lesions of ovarian common epithelial and müllerian types. A report of four cases and review of the literatura. *Am J Clin Pathol.* 1986;86:146-152.
8. Dabbs D, editor. Diagnostic immunohistochemistry. Nueva York, NY: Churchill Livingstone; 2002.p. 163-196.
9. Hart W. Mucinous tumors of the ovary: A review. *Int J Gynecol Pathol.* 2004;24:4-25.
10. Thamboo TP, Sim R, Tan SY, Yap WM. Primary retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma in a male patient. *J Clin Pathol.* 2006;59(6):655-657.
11. Baker P, Oliva E. Immunohistochemistry as a tool in the differential diagnosis of ovarian tumors: An update. *Int J Gynecol Pathol.* 2004;24:39-55.
12. Chu P, Wu E, Weiss L. Cytokeratin 7 and cytokeratin 20 expression in epithelial neoplasms: A survey of 435 cases. *Mod Pathol.* 2000;13:962-972.
13. Cathro H, Stoler M. Expression of cytokeratin 7 and 20 expression in ovarian neoplasia. *Am J Clin Pathol.* 2002;117:944-951.
14. Green J, Bruner B, Tang W, Orihuela E. Retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma in a man: Case report and review of the literature. *Urol Oncol.* 2007;25:53-55.
15. Taori K, Rathod J, Deshmukh A, Sheorain VS, Jawale R, Sanyal R, et al. Primary extragonadal retroperitoneal teratoma in a adult. *Br J Radiol.* 2006;79(946):20-22.
16. Menoslacino F, Naranjo M, García V, Parada D. Transformación maligna de teratomas quísticos maduros del ovario. Estudio clínico-patológico de tres casos. *Patología.* 1998;36:207-212.