



Cistoadenoma papilar tipo ovarico del testículo.

Julio César Pérez Suárez*, Mylene Memh Cabrera Morales**, Kenia González González**

* Hospital Docente Clínico Quirúrgico " Dr. Salvador Allende" CUBA

** Hospital Docente Clínico Quirúrgico." Dr. Salvador Allende" CUBA

Resumen

EL cistoadenoma papilar tipo ovárico es un tumor epitelial que se origina a partir de la túnica vaginal del testículo generalmente como resultado de una metaplasia mülleriana del mesotelio. En ocasiones puede localizarse en el parénquima testicular debido a inclusiones del mesotelio durante el período embrionario o a partir de un componente ovárico residual o en un ovoteste. Con este trabajo pretendemos presentar un caso diagnóstico en nuestro departamento.

Introduccion

EL cistoadenoma papilar tipo ovárico es un tumor epitelial que se origina a partir de la túnica vaginal del testículo generalmente como resultado de una metaplasia mülleriana del mesotelio. En ocasiones puede localizarse en el parénquima testicular debido a inclusiones del mesotelio durante el período embrionario o a partir de un componente ovárico residual o en un ovoteste ^{1, 2, 4, 5, 6}. Con este trabajo pretendemos presentar un caso diagnóstico en nuestro departamento.

Material y Métodos

Paciente masculino blanco de 26 años con antecedentes de salud anterior que acude a la consulta de infertilidad, donde se le indica un ultrasonido testicular detectándose una imagen quística en el interior del testículo izquierdo de 2cm de diámetro. Se decide realizar orquiectomía y estudio histológico de la lesión por lo que se envía al departamento de anatomía patológica del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Salvador Allende.

Resultados

Macroscópicamente:

Se recibe pieza quirúrgica correspondiente a testículo izquierdo que mide 4 x 3 cm de color pardo grisáceo y superficie lisa, al corte muestra lesión quística intratesticular de 2 cm de diámetro que se encuentra en contacto con la túnica vaginal con material serohemático en su interior. El resto del testículo y el epidídimo no presentaban alteraciones de significación patológica.

Microscópicamente:

En los cortes examinados se observa lesión epitelial quística e intraparenquimatosa próxima a la túnica vaginal con proyecciones papilares hacia la luz (fig. 1), revestido por epitelio mixto con áreas de tipo seroso y mucinoso, presentando focos de

estratificación y ligera atipia nuclear sin infiltración de los tejidos subyacentes (fig. 2 y 3). Diagnóstico definitivo Cistoadenoma Papilar Mixto Seroso-Mucinoso border -line tipo ovárico.

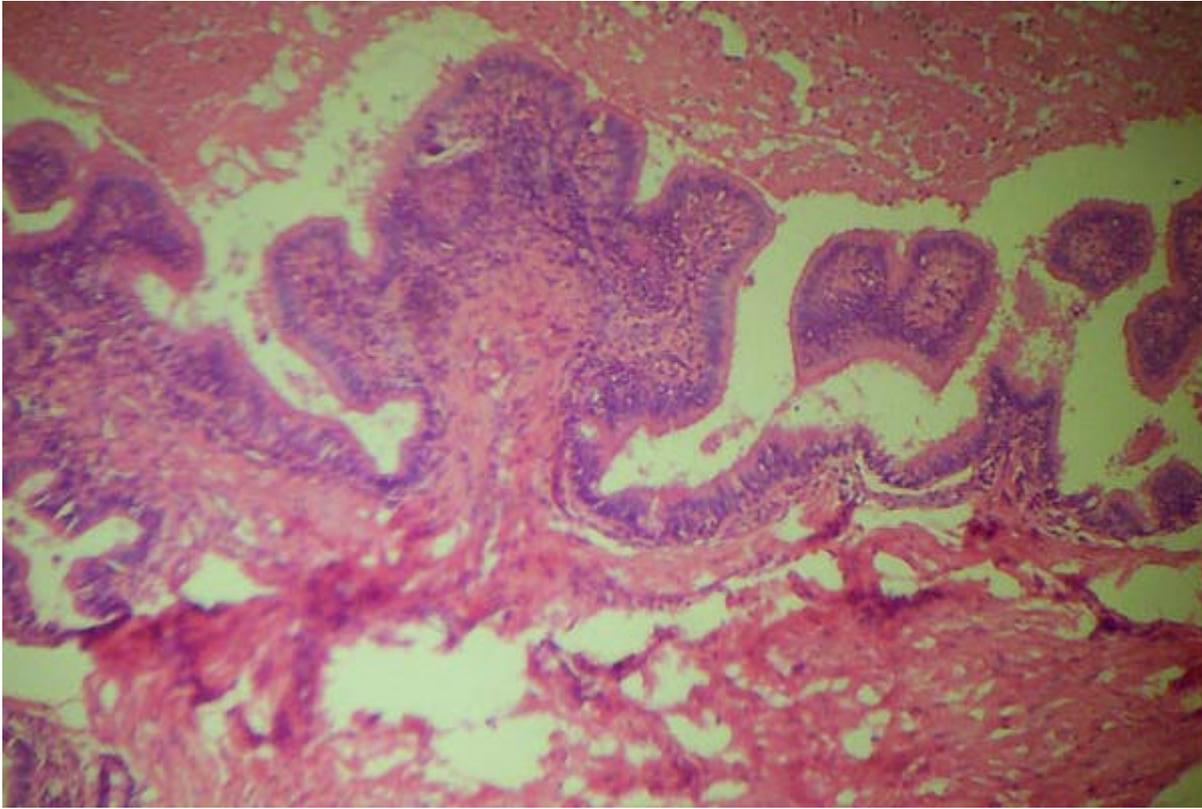


Fig. 1 H/E x 10. Lesión quística con proyecciones papilares hacia la luz.

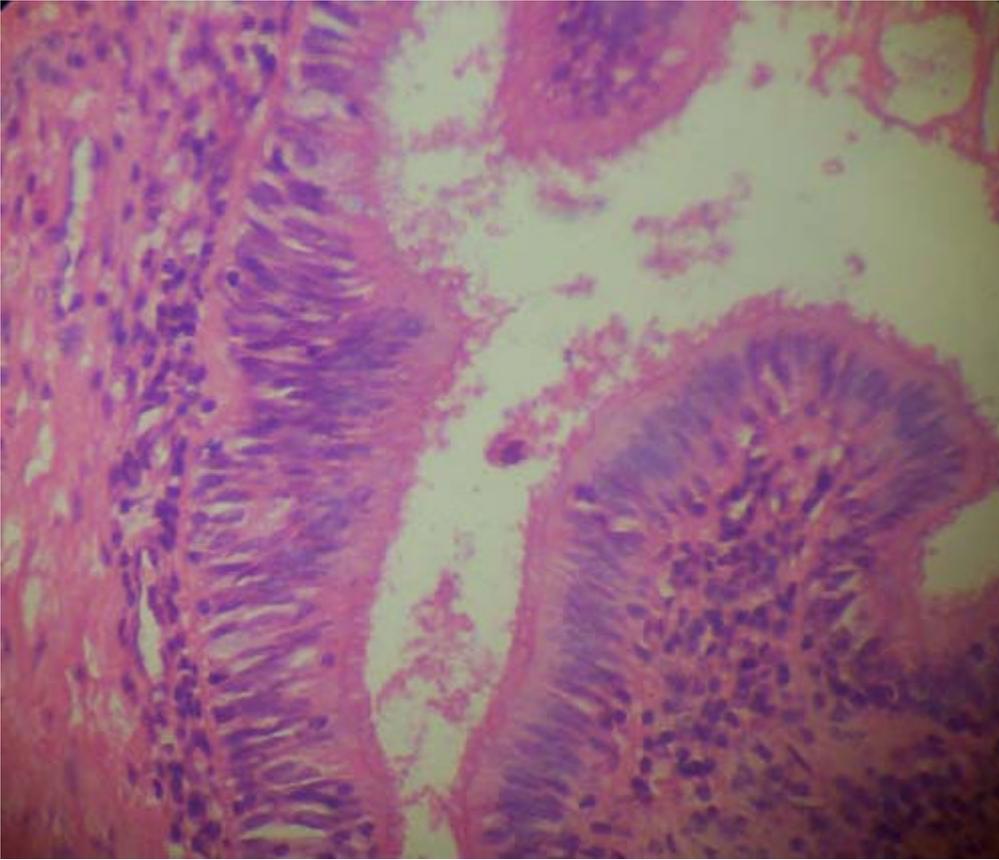


figura 2 - H/E x 100. Estructuras papilares revestidas por un epitelio cilíndrico ciliado y mucoprodutor con áreas de estratificación

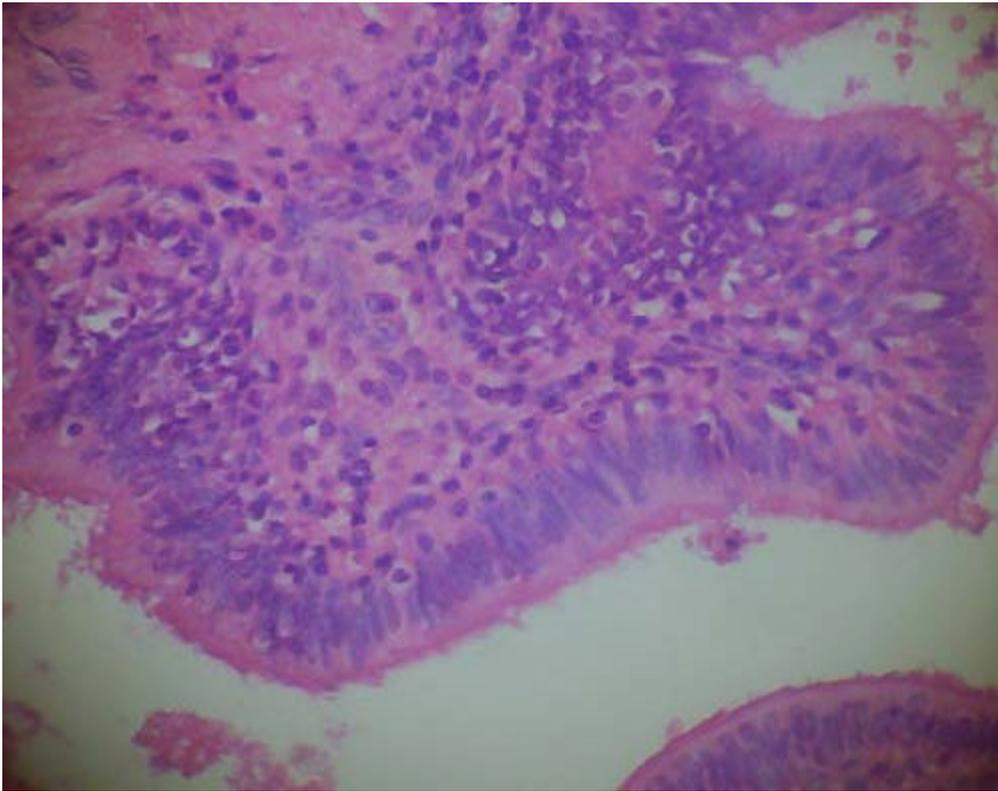


figura 3 - H/E x 100. Áreas de estatificación con ligera atipia nuclear

Discusión

El testículo es una región anatómica del aparato genital masculino en el que podemos encontrar una sorprendente gama de lesiones neoplásicas, primarias o secundarias a procesos neoplásicos de otra localización, de estirpe celular y comportamiento biológico variables¹⁻⁵.

El 95% de los tumores primarios corresponden a tumores derivados de células germinales, mientras que el resto se origina a partir de los otros elementos celulares que componen su estructura⁶.

Dentro del grupo de lesiones clasificadas como tumores misceláneos primarios, encontramos un subgrupo de lesiones denominadas tumores epiteliales tipo ovárico por su semejanza con los tumores derivados del epitelio de superficie de dicho órgano. Estos se nombran según sus características histológicas y comportamiento biológico¹⁻⁴.

Estas neoplasias generalmente afectan a hombres adultos jóvenes con una edad promedio de 31 años asociados o no a otras lesiones tumorales o pseudotumorales.

Macroscópicamente pueden ser lesiones únicas o múltiples, exofíticas o papilares, sólidos, quísticos o solidóquístico, de diámetro variable, siendo la mayoría de las veces pequeño. Al corte pueden ser unilocular o multilocular. Dependiendo del contenido pueden ser seroso, mucoso, sanguinolento, etc. Pueden verse áreas de necrosis y hemorragias^{1, 3, 4}.

Microscópicamente el aspecto histológico de estas lesiones varía de caso en caso. El patrón arquitectural puede ser sólido, quístico, papilar o mixto y el componente epitelial simple o estratificado, con células cilíndricas ciliadas, cúbicas mucoproducidas, transicionales, claras, etc. La atipia celular, necrosis e invasión del estroma son más evidente en las neoplasias malignas, pudiendo no encontrarse en las border-line o benignas¹⁻⁴.

La mayoría de los casos reportados en la literatura revisada se clasifican como tumor seroso papilar de bajo potencial maligno (tumor seroso border-line), en ocasiones asociados a otros tumores testiculares o paratesticulares como el adenomatoides del testículo^{5,7-10}.

En su diagnóstico es importante diferenciarlo de otras patologías que se le asemejan como el mesotelioma, para lo cual debemos basarnos en algunos detalles histológicos como son: las papilas no son amplias, exhiben menor grado de celularidad, las células de revestimiento son cúbicas mostrando un citoplasma más eosinofílico, se disponen en una monocapa y los cuerpos de psammoma son escasos o ausentes, contrariamente a lo que ocurre en los cistoadenomas^{1, 3}. El uso de la inmunohistoquímica puede ser de gran ayuda en su diagnóstico mostrando positividad para B72.3, PLAP, Leu -M1, CA125, y en algunas ocasiones son CEA positivo^{1, 3, 9,10}.

Es importante una cuidadosa y detallada evaluación macroscópica de la pieza para poder diferenciarlo de adenocarcinomas metastásicos o del epidídimo³.

El tratamiento usual es la orquiectomía radical, los pacientes con este tipo de tumor tienen un curso clínico benigno^{1- 4}.

Bibliografía

1. Sternberg S S. Diagnostic Surgical Pathology. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
2. Damjanov I. Male Reproductive System. Andersons Pathology. Damjanov I, Linder J. tenth edition. Mosby year book. 1996. 67: 2166 - 2193.
3. Ulbright TM, Amin MB, Young RH. Atlas of de Tumor Pathology. Tumors of the Testis, Adnexa Spermatic cord and Scrotum. 3.ed. Washington. AFIP, 1999: 7:235 – 290.
4. Rosai J. Male reproductive sistem. En: Rosai J. Ackerman`s Surgical Pathology. 8. ed. St Louis Missouri: Mosby 1996: 1221 - 1319.
5. McClure RF, Keeney GL, Sebo TJ, Chevillie JC. Serous borderline tumor of the paratestis: a report of seven cases. Am J Surg Pathol. 2001 Mar; 25(3): 373-8.
6. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. Sexta Edición. Madrid. Mc Graw-Hill- interamericana De España, S. A. U. 1999. 15:702-706.
7. Guarch R, Rivas A, Puras A, Pesce C. Papillary serous carcinoma of ovarian type of the testis with borderline differentiation. Histopathology. 2005 May; 46(5):588-90
8. Dupre F, Zachar D, Choquenot C, Clement N, Mainguene C, Vieillefond A. [Apropos of 1 case of paratesticular papillary serous cystadenocarcinoma] Ann Pathol. 2001 Feb; 21(1):63-6.
9. Remmele W, Kaiserling E, Zerban U, Hildebrand U, Bennek M, Jacobi-Nolde P, Pinkenburg FA. Serous papillary cystic tumor of borderline malignancy with focal carcinoma arising in testis: case report with immunohistochemical and ultrastructural observations. Hum Pathol. 1992 Jan; 23(1): 75-9.
10. Amin MB. Selected other problematic testicular and paratesticular lesions: rete testis neoplasms and pseudotumors, mesothelial lesions and secondary tumors. Mod Pathol. 2005 Feb; 18 Suppl 2:S131 -45.