

Pseudotumor fibroso de la túnica vaginal multinodular: una rara lesión testicular

Fibrous pseudomotor of the multinodular tunica vaginalis: a weird testicular lesion

Gonzalo García de Casasola-Rodríguez,¹ Igone Imaz-Murga,¹ Garazi Gutiérrez-Zurimendi,² Ane Miren Iturregui-del Pozo,² Lorena Mosteiro-González¹

Resumen

ANTECEDENTES: El pseudotumor fibroso es una lesión benigna poco frecuente, de carácter reactivo, que puede aparecer en forma de nódulos (único o múltiple) o de manera difusa en las túnicas testiculares. Clínicamente simula un tumor maligno, por lo que el tratamiento suele consistir en una orquiectomía radical.

CASO CLÍNICO: Varón de 70 años, que acudió a consulta por aumento del volumen testicular de varios meses de evolución. La ecografía reportó hidrocele simple derecho, de 170 cm³. El tratamiento consistió en hidrolectomía, mediante la técnica hemiescrotal derecha. En el acto quirúrgico se evidenciaron múltiples nódulos adheridos a la túnica vaginal y albugínea. La inmunohistoquímica mostró positividad para caldesmón y CK (AE1/AE3), y negatividad para desmina, actina, CD34, CD31, calretinina, EMA, CK7, CK5/6 y WT1. El diagnóstico final fue: pseudotumor fibroso de forma nodular múltiple.

CONCLUSIONES: Es importante conocer el pseudotumor fibroso, pues al obtener una biopsia intraoperatoria puede confundirse con una lesión de alto grado. Debe descartarse la posibilidad de enfermedad Ig4 al ser ésta una enfermedad sistémica que puede afectar cualquier localización.

PALABRAS CLAVE: Pseudotumor fibroso; tumor maligno; orquiectomía radical; túnica vaginal; inmunohistoquímica; caldesmón; desmina; actina; calretinina; CK5; biopsia intraoperatoria; IgG4.

Abstract

BACKGROUND: Fibrous pseudotumor is a rare benign lesion, reactive in nature, which can appear in the form of nodules (single or multiple) or diffusely in the testicular tunics. Clinically it simulates a malignant tumor, so the treatment consists of radical orchiectomy.

CLINICAL CASE: A 70-year-old man, who came to the clinic due to an increase in testicular volume of several months of evolution. Ultrasound revealed a right simple hydrocele, 170 cm³. Treatment consisted of hydrolectomy, using the right hemiscrotal technique. In the surgical act, multiple nodules adhered to the tunica vaginalis and albuginea were evidenced. Immunohistochemistry showed positivity for caldesmon and CK (AE1 / AE3), and negativity for desmin, actin, CD34, CD31, calretinin, EMA, CK7, CK5 / 6 and WT1. The final diagnosis was: multiple nodular fibrous pseudotumor.

CONCLUSIONS: It is important to know the fibrous pseudotumor, since when obtaining an intraoperative biopsy it can be confused with a high-grade lesion. The possibility of IgG4 disease should be ruled out, because it is a systemic disease that can affect any location.

KEYWORDS: Fibrous pseudotumor; Malignant tumor; Radical orchiectomy; Hydrocele; Tunica vaginalis; Immunohistochemistry; Caldesmon; Desmin; Actin; Calretinin; CK5; Intraoperative biopsy; IgG4.

¹Servicio de Anatomía Patológica.

²Servicio de Urología.

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.

Recibido: mayo 2020

Aceptado: septiembre 2020

Correspondencia

Gonzalo García de Casasola Rodríguez Jr.
ggarciadecasolarogriguez@gmail.com

Este artículo debe citarse como García de Casasola-Rodríguez G, Imaz-Murga I, Gutiérrez-Zurimendi G, Iturregui-del Pozo AM, Mosteiro-González L. Pseudotumor fibroso de la túnica vaginal multinodular: una rara lesión testicular. Patología Rev Lati-noam 2020; 58: 1-5. DOI: <https://doi.org/10.24245/patrl.v58id.4293>

CASO CLÍNICO

Varón de 70 años, con antecedentes personales de obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2 insulino-dependiente, hipertensión arterial, dislipemia y hábito tabáquico. Acudió a consulta por aumento del volumen testicular de varios meses de evolución. La ecografía de ambos testículos y epidídimos no reportó alteraciones; se observó hidrocele simple derecho de 170 cm³, sin apreciarse otras lesiones. El tratamiento consistió en hidrolectomía, mediante la técnica hemiescrotal derecha. En el acto quirúrgico se evidenciaron múltiples nódulos adheridos a la túnica vaginal y albugínea. Con estos hallazgos, sugerentes de malignidad clínica, se realizó orquiectomía radical derecha.

El estudio de histopatología reportó: pieza de orquiectomía radical de 5.5 x 8 cm, con túnica vaginal abierta y múltiples formaciones nodulares, de 3 y 10 mm (Figura 1). Al corte se apreciaron de color blanquecino-grisáceo, homogéneas y de consistencia elástica.

Desde el punto de vista microscópico, todas las lesiones tenían un aspecto histológico similar. Los nódulos estaban bien delimitados, se asentaban en la túnica albugínea y vaginal (Figura 2), con moderada y escasa zonas de celularidad, constituidas por células fusiformes de aspecto miofibroblástico, situadas en un estroma de colágeno, con zonas ligeramente edematosas, estructuras vasculares de tamaño variable y moderado infiltrado inflamatorio mixto linfoplasmocitario (Figura 3). No se observaron atipias ni actividad mitótica franca.

La inmunohistoquímica mostró positividad para caldesmón y CK (AE1/AE3; Figura 4) en forma de parches, y negatividad para desmina, actina, CD34, CD31, calretinina, EMA, CK7, CK5/6 y WT1.

También se realizaron técnicas para descartar enfermedad IgG4, por la coexistencia de células plasmáticas y fibrosis. Las células plasmáticas fueron positivas para CD38; la mayor parte fueron IgG y en menor cantidad IgG4 (Figura 5). Con estos datos se descartó alguna enfermedad relacionada con IgG4.

El diagnóstico final fue: pseudotumor fibroso, de forma nodular múltiple.



Figura 1. Múltiples nódulos testiculares. Sobre la túnica albugínea se aprecian múltiples lesiones nodulares, redondeadas, de diferentes tamaños.

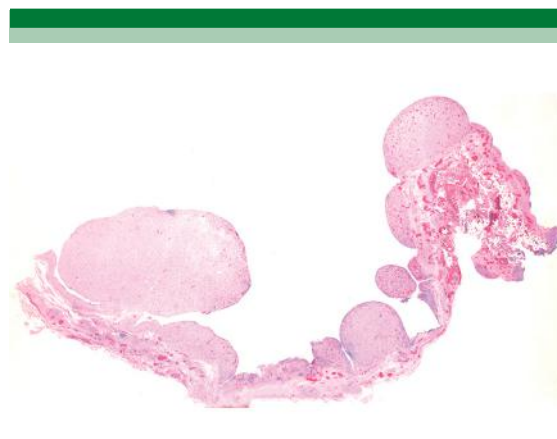


Figura 2. Lesiones que crecen de la túnica vaginal de diferentes tamaños, bien delimitadas (HEx20).

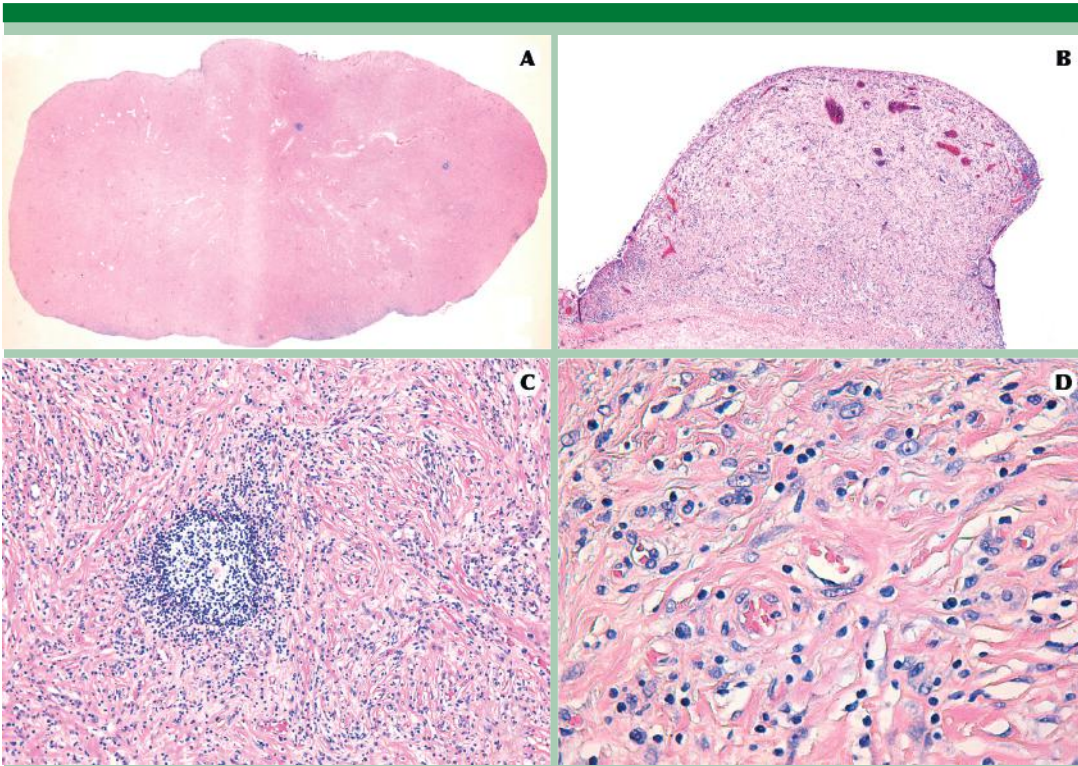


Figura 3. **A)** Nódulo eosinófilo con zonas de mayor componente inflamatorio, zonas colagenizadas y estructuras vasculares (HEX20). **B)** Nódulo con celularidad moderada. Véase mayor densidad vascular en la periferia de la lesión (HEX100). **C)** Nótese colágeno esclerosado y celularidad inflamatoria linfomonocitaria (HEX200). **D)** Celularidad con densidad moderada miofibroblástica, linfocitos y células plasmáticas (HEX400).

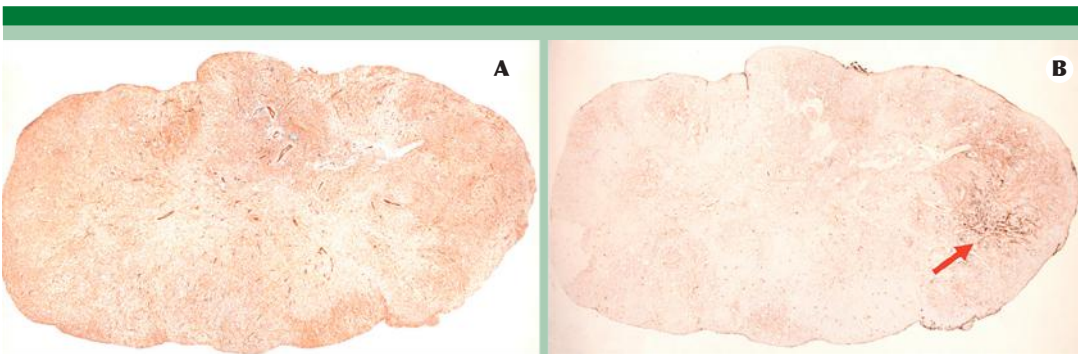


Figura 4. Estudio de inmunohistoquímica. **A)** Positividad para caldesmón en la celularidad miofibroblástica (IHQX20). **B)** CK (AE1/AE3). Positividad parcial para CKA(E1/AE3) en celularidad miofibroblástica ([flecha roja]; IHQX20).

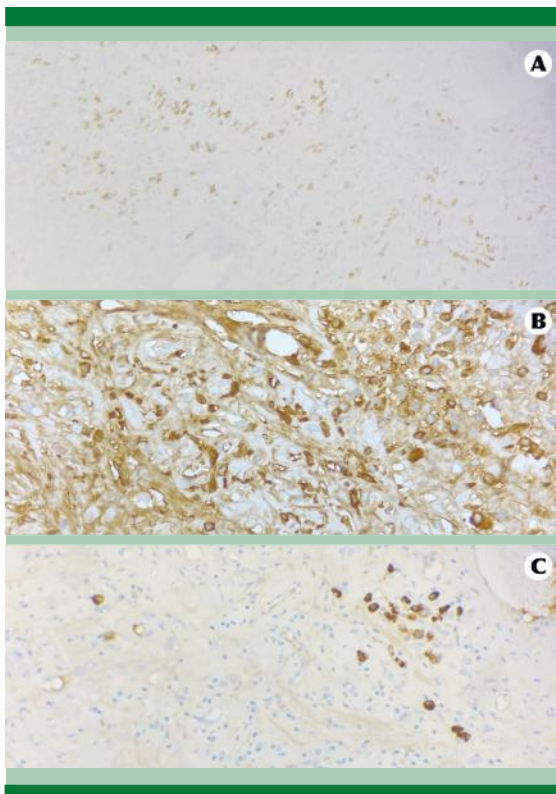


Figura 5. Estudio de inmunohistoquímica. **A)** Positividad para células plasmáticas con CD38 en parte del componente inflamatorio (IHQX100). **B)** Positividad en diversas células plasmáticas para IgG (IHQX200). **C)** Positividad en escasas células plasmáticas para IgG4 ([menos de 40%]; IHQX200).

DISCUSIÓN

El pseudotumor fibroso es una lesión reactiva benigna no neoplásica, simulador de una neoplasia maligna, producido por un proceso de fibrosis paucicelular colagenizado, que forma nódulos únicos o múltiples y puede aparecer de manera difusa.⁶

El 55% de los casos de asocia con hidrocele, como el paciente de este estudio, y 30% con traumatismos o epidídimo-orquitis.²

El diagnóstico diferencial se establece con procesos neoplásicos malignos como: rhabdomyosarcoma de células fusiformes, leiomyosarcoma o

fibrosarcoma inflamatorio. Los casos con mayor componente celular e inflamatorio se consideran, por algunos autores, formas evolucionadas de pseudotumor inflamatorio.³

La sospecha clínica de malignidad hace que en la mayoría de los casos el tratamiento consista en orquiectomía radical del testículo afectado, aunque existen casos que mediante estudio intraoperatorio se evidencia la naturaleza benigna de la lesión, y sospechando esta alteración se realizó, únicamente, resección de la túnica vaginal.⁴ Debido a esto y a la escasa bibliografía referida al respecto, es importante conocer esta enfermedad, por la posibilidad de obtener una biopsia intraoperatoria y no confundirla con una lesión de alto grado, y de esta forma evitar la orquiectomía radical.

Debe descartarse la posibilidad de enfermedad IgG4,⁷ pues se trata de una enfermedad sistémica que puede afectar cualquier localización anatómica (especialmente si el paciente padece procesos fibroinflamatorios en otros sitios anatómicos) y en la histología se observa fibrosis con patrón estoriforme colagenizado, células plasmáticas con expresión de IgG4 en más de 40% y flebitis.^{8,9}

La biopsia intraoperatoria de los tumores paratesticulares¹⁰ puede orientar el diagnóstico de pseudotumor fibroso y evitar, ocasionalmente, la orquiectomía radical.¹¹

REFERENCIAS

1. Ulbright TM, et al. In Ulbright TM, Amin MB, Young RH, Armed Forces Institute of Pathology, 3rd ed. Washington: American Registry of Pathology, 1999: 317-319. www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf.
2. Oliva E, et al. Paratesticular tumor-like lesions. *Semin Diag Pathol.* 2000; 17: 340-58.
3. Ruiz-Liso JM, et al. Proliferación nodular y difusa fibrosa de la túnica vaginal del testículo. Presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol* 2004; 37 (1): 91-8. <http://www.patologia.es/volumen37/vol37-num1/37-1n12.htm>

4. Ortiz-Rodríguez-Parets J, et al. Periorquitis fibromatosa (pseudotumor fibroso testicular). Arch Esp Urol 2000; 55 (7): 847- 49. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000800012
5. Seethala R, et al. Diffuse Fibrous Pseudotumor of the Testicular Tunics Associated With an Inflamed Hydrocele. Arch Pathol Lab Med. 2003; 127: 742-44. doi: 10.1043/1543-2165(2003)127<742:DFPOTT>2.0.CO;2
6. Algaba F, et al. Pseudoneoplastic lesions of the testis and paratesticular structures. Virchows Arch 2007; 451: 987-97. doi: 10.1007/s00428-007-0502-8
7. Kim KH, et al. Immunoglobulin G4-Related Paratesticular Fibrous Pseudotumor and Retroperitoneal Fibrosis: a case report. Urol Int. 2015; 94: 369-72. doi: 10.1159/000362215
8. Carrillo-Córdova LD, et al. Urological manifestations of the disease related to immunoglobulin G4. Cir Cir 2019; 86 (1): 57-64. DOI: 10.24875/CIRUE.M18000009
9. Deshpande V. IgG4 related disease of the Head and Neck. Head and Neck Pathol 2015; 9:24-31. doi: 10.1007/s12105-015-0620-6
10. Subik MK, et al. Frozen section assessment in testicular and paratesticular lesions suspicious for malignancy: its role in preventing unnecessary orchiectomy. Hum. Pathol. 2012; 43: 1514-19. doi: 10.1016/j.humpath.2011.11.013
11. Gordetsky J, et al. Role of frozen section analysis of testicular/paratesticular fibrous pseudotumours: a five-case experience. Can Urol Assoc J. 2011; 5 (4): 47-51. DOI: 10.5489/cuaj.10144