

# TUMORES TESTICULARES BENIGNOS POCO COMUNES

## REPORTE DE DOS CASOS. HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO



Rev Guatem Cir Vol. 19 • 2013

DR. HUGO BARBALES\*

DR. GILBERTO RÍOS\*

DR. MIGUEL GARCEZ<sup>‡</sup>

DR. JAVIER HERRERA<sup>†</sup>

No.291

### RESUMEN

Presentación de dos casos de tumores testiculares benignos poco comunes, ambos masculinos en la cuarta década de sus vidas que acuden a consulta de infertilidad por presentar tumoración testicular evidenciado durante el examen físico y confirmado por ultrasonido como una masa heterogénea en el polo superior del testículo izquierdo y el otro en testículo derecho respectivamente de aproximadamente 1 cm., el primero y abarcando el 50% del testículo derecho el segundo caso. En ambos casos con marcadores tumorales negativos, se realiza orquidectomía en ambos derechos el segundo caso. En ambos casos con marcadores tumorales negativos, se realiza orquidectomía en ambos casos, siendo su evolución y recuperación adecuada. El diagnóstico Histopatológico evidencio Tumor de Células de Leydig en caso número uno y Quiste Epidermoide simple del testículo el segundo caso.

**Palabras Clave:** *Tumor de células de Leydig, Quiste epidermoide, Orquidectomía.*

### ABSTRACT

Report of two cases of rare benign testicular tumors, both men in the fourth decade of life who attend infertility consultation demonstrated testicular tumor present during the physical examination and ultrasound confirmed a heterogeneous mass in the upper pole of left testicle and the other in the right testicle of about 1 cm respectively. The first, covering 50% of the second right testicle. In both cases with negative tumor markers, orchidectomy is performed in both cases, and its evolution, and adequate recovery. Histopathological diagnosis evidenced Leydig Cell Tumor in case number one and simple testicular epidermoid cyst.

**Keywords:** *Leydig cell tumor, Epidermoid Cyst, Orchidectomy*

Rev Guatem Cir Vol 19 (2013) pp 53-58

\*Urologo, Centro Medico

‡Patologo, Centro Medico

†Residente, Centro Medico

## INTRODUCCIÓN

Los tumores testiculares, son tumores poco frecuentes, el tumor de células de Leydig representa entre 1-3% de todos los tumores testiculares, situándose en una incidencia de 1 por cada 10,000,000 habitantes, aunque es el tumor más frecuente de los tumores testiculares no germinales (1). Fue descrito por primera vez por Sacchi en 1895, y suele presentarse entre los 20 y 50 años de edad. Su forma de presentación más frecuente es la presencia de una masa testicular asintomática, pero 30% se puede presentar con manifestaciones endocrinas derivadas de la hipersecreción de estrógenos, como ginecomastia, disminución de la libido, disfunción eréctil, y oligozoospermia con infertilidad (2).

Generalmente son de evolución benigna, con solo un 10 % de transformación maligna, demostrada por la presencia de metástasis. En la edad pediátrica son de evolución benigna (3).

El quiste epidermoide testicular comprende el 1-2% de todos los tumores testiculares. Es una lesión de curso silente y sin potencial maligno alguno, que en la mayoría de casos aparece como una masa no dolorosa que suele detectar el propio paciente por autopalpación. Ambos tipos de tumores presentan concentración de sub-unidad Beta de la hormona con gonadotropina coriónica en niveles normales en sangre (7).

En ambos casos el tratamiento de elección es la Orquidectomía radical inguinal, aunque algunos autores proponen la exceresis local de pre púberes, dado el comportamiento benigno en esta edad. En adultos se debe optar por la cirugía radical puesto que no es posible distinguirlo clínica ni ecográficamente de un tumor germinal ni la predicción futura del comportamiento, por lo que este tipo de pacientes debe ser seguido a largo plazo (4,7,9).

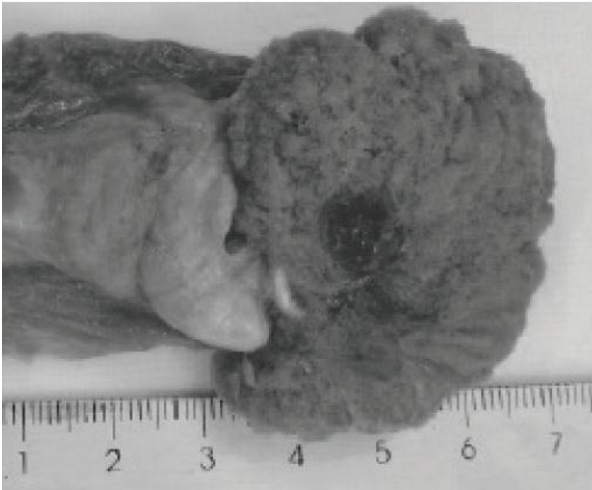
## CASOS CLÍNICOS

### CASO No. 1

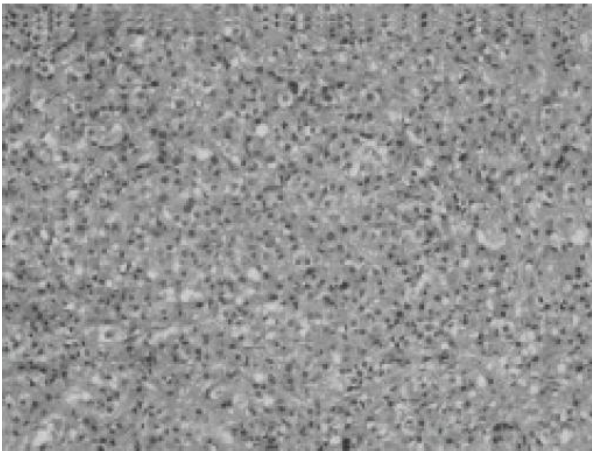
Se trata de un paciente de sexo masculino, de 36 años de edad, que acude a consulta por presentar infertilidad, sin referir ningún antecedente de importancia, se realiza la exploración física, en el cual se detectó la presencia de varicocele izquierdo, además de la presencia de induración en el polo superior del testículo izquierdo, de más o menos 1 cm de diámetro, consistencia dura, no móvil e indolora, con bordes regulares y lisos. Se solicita ultrasonido testicular (fig.1), en el cual se corroboró la presencia de varicocele, pero además una masa heterogénea en el polo superior del testículo izquierdo de aproximadamente 1 cm de diámetro, se realizaron marcadores tumorales los cuales eran negativos, fue llevado a sala de operaciones, donde se le realizó Orquidectomía radical izquierda (fig.2), siendo su recuperación y evolución posoperatoria satisfactoria. El diagnóstico histopatológico fue Tumor de Células de Leydig (fig. 3)



Figura 1. Ultrasonido que muestra la presencia de una imagen hipocogénica, correspondiente a una masa en polo superior testículo izquierdo.



**Figura 2.** Pieza de orquiectomía, en la que se aprecia testículo izquierdo con nódulo circunscrito en su interior de aproximadamente de 1 cm de diámetro.



**Figura 3.** Corte histológico donde se observa múltiples mitosis de aspecto homogéneo y densamente celular teñido con hematoxilina-eosina.

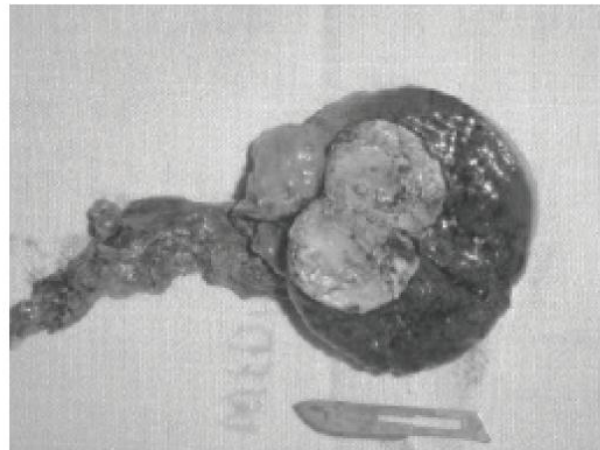
#### CASO No. 2

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad, que consulta por la presencia de una induración en testículo derecho de dos meses de evolución, la cual es indolora, no tiene antecedentes de interés, al examen físico presenta una masa de consistencia dura en el testículo derecho que abarca más del 50% del mismo, la cual no

es dolorosa y no presenta transluminación, se completó la evaluación con ultrasonido testicular (fig.4). Identificando la masa heterogénea con cambios en la vasculatura en testículo derecho, al igual que el anterior caso presentó marcadores tumorales negativos, fue llevado a sala de operaciones para realizar orquiectomía radical derecha (fig. 5). El diagnóstico histopatológico fue Quiste Epidermoide de Testículo.



**Figura 4.** Ultrasonido que muestra la presencia de una masa quística, heterogénea de 1.5 cm., de diámetro, con cambio de vasculatura.



**Figura 5.** Pieza de orquiectomía correspondiente a testículo derecho evidenciando una masa heterogénea, que ocupa 50% de polo inferior, de 1.5 cm., de diámetro.

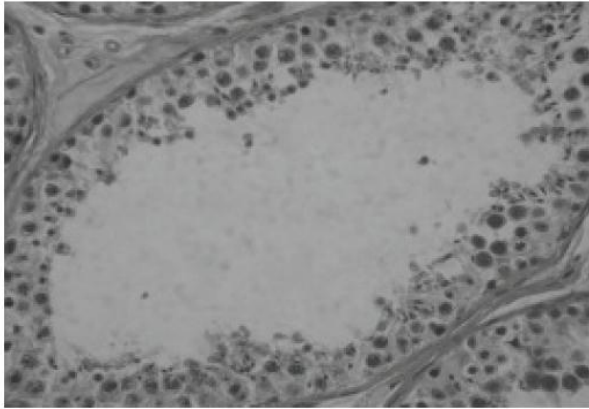


Figura 6. Corte histológico de la pieza donde se observa túbulo seminífero con espermatogonias y espermatides en maduración.

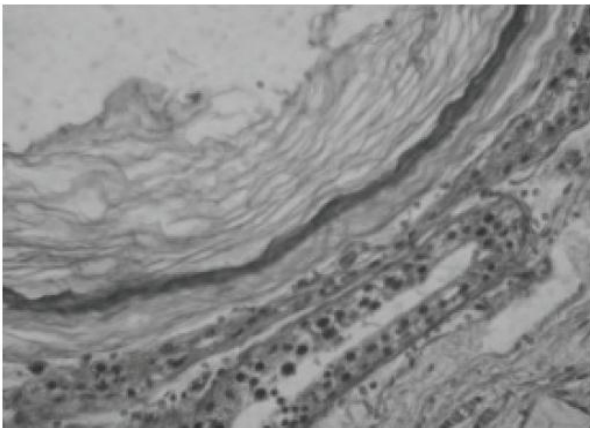


Figura 7. Pared de quiste epidermoide revestido por epitelio plano estratificado. En el lumen del quiste hay abundantes escamas de queratina. Rodeando al quiste se aprecian túbulos seminíferos sin alteraciones histológicas.

## DISCUSIÓN

Los tumores testiculares benignos son raros, y representan el 3-5% de los tumores testiculares en general. El tumor de células de Leydig, es una patología rara que supone del 1 al 3% de los tumores testiculares. Deriva de las células de Leydig del estroma, y es el más frecuente de los tumores testiculares no germinales (1). Aunque afecta a varones de todas las edades, presenta dos picos de máxima incidencia, uno con predominio en niños mayores de 4 años y otro con predominio en

adultos en la 3ª - 4ª década. Aunque tradicionalmente se describe como un tumor no relacionado con patología testicular previa (Criptorquidia), se han descrito casos de asociación con la misma, con el síndrome de Klinefelter y con la esclerosis tuberosa (2).

El comportamiento de este tipo de tumores es mayoritariamente benigno, aunque en un 10% de los casos, y siempre en adultos, los tumores de células de Leydig son malignos, siendo el único criterio absoluto la presencia de metástasis (3). Se han propuesto una serie de hallazgos morfológicos orientativos de malignidad, como son:

- Tumores grandes
- Marcada anaplasia celular
- Mitosis frecuentes o atípicas
- Margen infiltrante
- Necrosis
- Invasión linfática y/o de vasos sanguíneos
- Aneuploidía del DNA en la citometría de flujo, frente a la diploidía en los tumores benignos (4).

Recientemente McCluggage et al, en un análisis retrospectivo de 20 casos de tumores de células de Leydig (3 de ellos malignos y otro con hallazgos morfológicos de malignidad), observaron que estos cuatro tumores, cumplían los requisitos anteriormente expuestos (4). Además en tres de los cuatro tumores se podía observar un alto índice del marcador de proliferación celular MIB1 (20- 50%) y dos presentaban una alta expresión de proteína p53 (50% de tinción nuclear con el anticuerpo monoclonal DO-7). La conclusión de su trabajo es que el tamaño tumoral, el alto índice mitótico, la presencia de necrosis y de invasión vascular, son factores importantes para predecir el comportamiento maligno de los tumores de células de Leydig, y que además se puede añadir un valor pronóstico adicional si se objetiva el índice MIB1 y se realiza citometría de flujo. La acumulación de proteína p53 a través de mutaciones u otros procesos, puede tener importancia en la progresión maligna de este tipo de tumores (4).

La clínica de estos tumores depende de la edad de presentación. En niños, la sintomatología es la de una pseudopubertad precoz, con aumento de tamaño de los genitales externos, presencia de vello púbico, cambios en la voz y comportamiento agresivo como consecuencia del aumento de producción de testosterona (5).

En el adulto pueden observarse síntomas de feminización, con ginecomastia, impotencia, disminución libido, oligozoospermia como ocurrió en nuestro paciente del caso uno y signos atróficos en el testículo contralateral, sintomatología provocada por el aumento relativo de los estrógenos. La explicación para este fenómeno viene dada por el aumento de actividad de la enzima Aromatasa en las células del tumor de Leydig, con lo que la testosterona se transforma en estradiol, que a su vez bloquea las enzimas 17-hidroxilasa y 17-20 liasa, con lo cual se impide la conversión de progesterona en testosterona. Además el aumento de estradiol, por retroalimentación negativa, inhibe la secreción de FSH y LH (6).

Por su parte Los quistes epidermoides son lesiones benignas frecuentes que aparecen fundamentalmente en la piel y comparten los rasgos histológicos con los de otras localizaciones, siendo poco frecuentes en el tejido testicular. Los criterios histopatológicos para establecer el diagnóstico de QET fueron detallados en 1969 por Price. Estos incluyen: localización en el parénquima testicular; presencia de material amorfo o restos de queratina en el interior del quiste; existencia de un refuerzo fibroso sobre el que asienta una cubierta de epi-

telio escamoso, que puede ser completa o incompleta; ausencia de anejos dérmicos o teratomatosos dentro o fuera del quiste. Por ello, es necesario llevar a cabo un amplio muestreo de estas lesiones para descartar componentes teratomatosos adicionales y, sobre todo, para excluir focos inmaduros (7).

Para ambos casos en tratamiento recomendado es quirúrgico, practicándose habitualmente orquiectomía inguinal, si bien si existe un alto índice de sospecha y tras la realización de biopsia intraoperatoria, puede realizarse tumorectomía, sobre todo en aquellos casos en los que el testículo contralateral presenta algún tipo de patología (8). Los pacientes con tumores malignos, tienen mal pronóstico y suelen fallecer a los dos años de diagnosticarse la enfermedad metastásica. El tumor de Células de Leydig responde mal a la radio y quimioterapia. El control de este tipo de pacientes ha de ser periódico, con ecografía del teste contralateral y Rx de Tórax trimestral, TAC en el último control trimestral y posteriormente control anual (9).

Concluimos que el tratamiento empleado en ambos casos fue el adecuado, tomando en cuenta el bajo poder de transformación maligna de estos tumores se recomienda la exeresis radical y controles periódicos en el seguimiento de este tipo de tumores. Ambos pacientes con adecuada evolución

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuceyra Batriu G.; Tejido Sanchez, A.; Duarte Ojeda, J.M. y cols.: **"Tumor de Celulas de Leydig, presentación de ocho casos y revisión de literatura"**. *Actas Urol. Esp.* 26: 36, 2002.
2. Herrera Puerto, J.; Herrera Flores, C.; **Pierna Manzano J. y cols.: "Tumor de Celulas de Leydig. Dos nuevos casos"**, *Actas Urol. Esp.*, 26: 302 2002.
3. Ponce De Leon Roca J, Algaba Arrea F, Bassas Arnau LL, Villavicencio Mavrich H. **Tumor de células de Leydig del Testículo**. *Arch Esp de Urol* 2000; 53: 453-458.
4. Klein Ea, Levin HS. **Non-Germ Cell Tumors Of The Testis. En Urologic Oncology**. Eds Oesterling Je Y Richie Jp. W.B. Saunders Company 1997; 496-514.
5. **Richie JP. Neoplasias Testiculares en Urología de Campbell**. Eds Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED. Panamericana 1994; 2: 1220-1262.
6. Rodrigo Guanter V, Serrano Durba A, Beltran Armada Jr, Bon Beneto F, Pastor Lence JC, **San Juan De Laorden C. Tumor de células de Leydig: Presentación de dos casos**. *Actas Urol Esp* 1999; 23: 270-272.
7. Moghe Pk, Brady Ap. **Ultrasound of testicular epidermoid cysts**. *Br J Radiol* 1999; 72(862) : 942-945.
8. Sloan JC, Beck DS, BihrlR, Foster RS.: **Bilateral testicular Epidermoid Cysts managed by partial orchiectomy**. *J. Urol* 2002; 167(1): 255-256.
9. Mills Jn, Nguyen Tt, Williams Rd. **Falsely increased betahuman Chorionic Gonadotropin with a testicular epidermoid cysts**. *J urol* 2001; 166(6): 2314.