

No toda masa escrotal es tumor testicular: liposarcoma paratesticular incidental tras orquiectomía. Reporte de un caso raro

Not all scrotal masses are testicular tumors: incidental paratesticular liposarcoma after orchiectomy. A rare case report

Johan Pérez García

Hospital Docente Francisco Moscoso Puello. Santo Domingo, República Dominicana.

ORCID: 0009-0002-2874-6552

Email: drperezgarcia@gmail.com

Darwin Ruiz Abreu

Hospital Docente Francisco Moscoso Puello.

ORCID: 0009-0008-4824-916X

Email: ruizdarwin22@gmail.com

Luis Delgado

Hospital Docente Francisco Moscoso Puello.

ORCID: 0009-0000-5974-2744

Email: luisdelgado402@hotmail.com

Indhira Sierra

Hospital Docente Francisco Moscoso Puello.

ORCID: 0009-0008-4115-2293

Email: urosieras@gmail.com

Abraham Tamares

Hospital Docente Francisco Moscoso Puello.

ORCID: 0009-0007-4887-9551

Email: atamarezb@gmail.com

Sara Enamorado

Hospital Docente Francisco Moscoso Puello.

ORCID: 0009-0006-4994-5525

Email: saraef17@gmail.com

Cómo citar: Pérez García J, Ruiz Abreu D, Delgado L, Sierra I, Tamares A, Enamorado S. No toda masa escrotal es tumor testicular: liposarcoma paratesticular incidental tras orquiectomía. Reporte de un caso raro. SDU, Revista Científica de la Sociedad Dominicana de Urología. 2026;2(1):81-6. Disponible en: <https://revista.sdu.org.do/index.php/sdu/es/article/view/21>

Resumen

Introducción: los tumores paratesticulares son poco frecuentes. El tratamiento es quirúrgico, recomendándose la exéresis local de las masas benignas y la orquiectomía radical en los tumores malignos

Caso clínico: paciente masculino de 65 años, quien consultó por aumento progresivo e indoloro del volumen del hemiescrotal izquierdo de seis meses de evolución. Al examen físico se evidenció una masa escrotal firme. Estudios imagen con lesión expansiva heterogénea en hemiescrotal izquierdo. Se realizó orquiectomía radical izquierda con ligadura alta del cordón espermático, con

Abstract

Introduction: Paratesticular tumors are uncommon. Treatment is surgical, with local excision recommended for benign masses and radical orchiectomy for malignant tumors.

Clinical case: A 65-year-old male presented with a progressive, painless enlargement of the left hemiscrotum over six months. Physical examination revealed a firm scrotal mass. Imaging studies showed a heterogeneous expansile lesion in the left hemiscrotum. A left radical orchiectomy with high ligation of the spermatic cord was performed, and pathological

reporte patológico de liposarcoma paratesticular bien diferenciado.

Conclusión: el liposarcoma paratesticular es una neoplasia rara que puede simular otras masas escrotales. El diagnóstico definitivo es histopatológico y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica radical. Su reconocimiento es fundamental dentro del diagnóstico diferencial de las masas escrotales.

Palabras clave

liposarcoma; escrotal; cordón espermático; orquiectomía.

examination reported a well-differentiated paratesticular liposarcoma.

Conclusion: Paratesticular liposarcoma is a rare neoplasm that can mimic other scrotal masses. The definitive diagnosis is histopathological, and the treatment of choice is radical surgical resection. Its recognition is essential in the differential diagnosis of scrotal masses.

Keywords

liposarcoma; scrotal; spermatic cord; orchiectomy.

Introducción

Los tumores paratesticulares (TPT) son poco frecuentes y constituyen un grupo heterogéneo, que abarca desde tumores benignos hasta sarcomas malignos de alto grado, específicamente constituyen el 2 % de las neoplasias intraescrotales y el 70 % son benignos. El tratamiento es quirúrgico, recomendándose la exéresis local de las masas benignas y la orquiectomía radical en los tumores malignos o que infiltran el testículo, salvo excepciones^{1, 2}. El objetivo de este artículo es reportar la presentación de un tumor tan poco común como el liposarcoma paratesticular (LSP).

Caso clínico

Paciente masculino de 65 años de edad quien acude vía consulta, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial y cirugía de hipófisis por historia, alergias negadas, no antecedentes de traumas, hábitos tóxicos: fumador de hace 30 años, media caja de cigarrillos. Hace 6 meses inicia cuadro clínico caracterizado aumento de perímetro en hemiescrotos izquierdo, indoloro, no síntomas constitucionales. Al examen físico un escroto asimétrico a expensas de aumento de perímetro en hemiescrotos izquierdo con masa de consistencia firme, fija, no translúcida, no dolorosa a la palpación, bordes irregulares de aproximadamente 15 x 7.5 cm de diámetro, teste y anexo izquierdo no valorable; testes y anexos contralateral sin patologías aparente. Resto del examen físico normal.

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática con leucocitos sobre 8 K/ μ L, eritrocitos 4 K/ μ L, hemoglobina 13 g/dl, hematocrito 37.7 %, volumen corpuscular medio (MCV) 82.3 fL, plaquetas 193 K/ μ L. Glicemia 91 mg/dl, creatinina 1.27 mg/dl, BHCG: <1.00 mU/mL (niveles normales entre 0 y 5 mU/ml), Alfa-Feto proteína: 2.26 IU/mL (niveles normales entre 0.6 a 6.0 ng/mL) y LDH: 172 U/L (niveles normales entre 135 y 225 U/L). Resto analíticas normales.

Estudios de imágenes

Ultrasonografía escrotal con reporte de quiste simple en cabeza de epidídimo izquierdo (a valorar imagen tumoral en ambos testículos), imagen no valorable. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con medio de contraste donde se evidencia en hemiescrotos izquierdo imagen expansiva heterogénea a predominio hipodenso, con septos en su interior, de márgenes irregulares con medidas de 15,3 x 7,4 cm, con pobre caracterización de los testículos, que tras la administración de medio de contraste no presenta realce significativo (Figura 1).

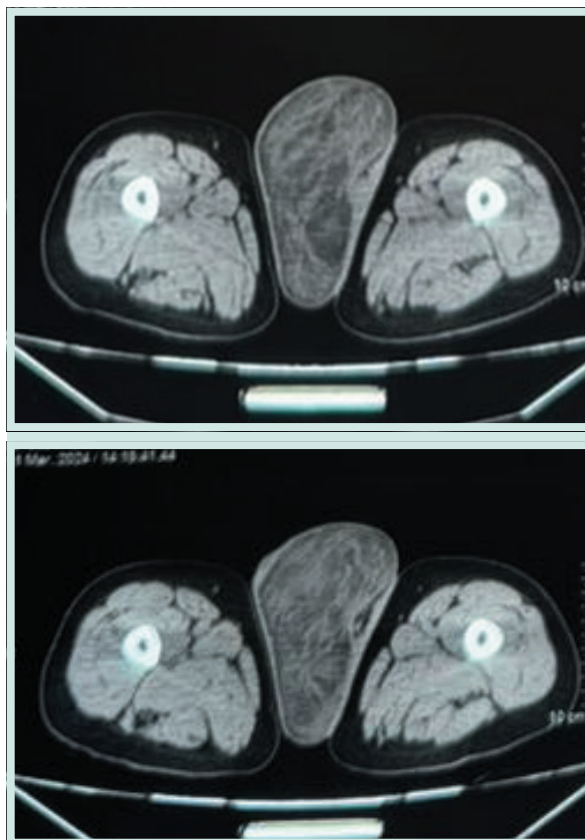


Figura 1. TAC de abdomen y pelvis contrastada

Nota: se evidencia lesión tumoral hemiescrotos izquierdo heterogénea.

Fuente: expediente clínico.

Tratamiento

Se prepara paciente con evaluaciones prequirúrgicas para procedimiento electivo de orquiectomía radical izquierda, por diagnóstico de probable tumor testicular. Durante procedimiento, se evidencian múltiples lesiones tumorales de consistencia de blanda a firme en hemiescrotal izquierdo, de aproximadamente de 15x11 cm, 8x6 cm y 4x3 cm provenientes de cordón espermático, que se extraen; teste izquierdo atrófico. Se realiza orquiectomía izquierda radical con ligadura alta de cordón espermático; se envían piezas a estudio anatómo-patológico (Figuras 2a y 2b). Postquirúrgico satisfactorio.

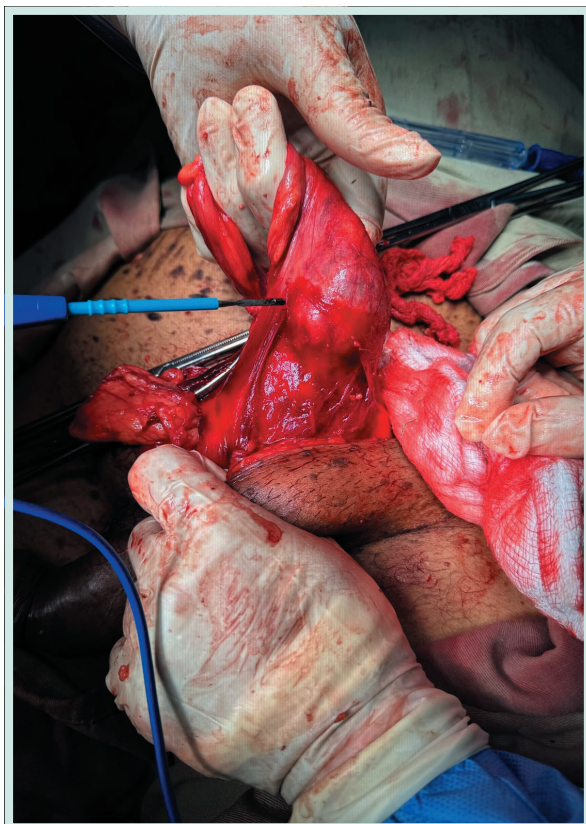


Figura 2a. Hallazgo transquirúrgico

Nota: disección de cordón espermático y gubernaculum teste.

Fuente: expediente clínico.



Figura 2a. Imagen de pieza quirúrgica

Nota: se evidencian múltiples lesiones tumorales de característica lobulada, amarillenta, consistencia blanda a firme.

Fuente: expediente clínico.

Diagnóstico histopatológico

Se examinan múltiples masas procedentes de hemiescrotal izquierdo, con tamaños aproximados de 15 × 11 cm, 8 × 6 cm y 4 × 3 cm. Histológicamente se observa proliferación de adipocitos maduros con pleomorfismo leve, variabilidad en el tamaño celular y presencia ocasional de lipoblastos, asociados a septos fibrosos con células estromales atípicas. No se identifican áreas de necrosis tumoral ni alta actividad mitótica (Figura 3).

Los hallazgos son consistentes con liposarcoma bien diferenciado de localización paratesticular.

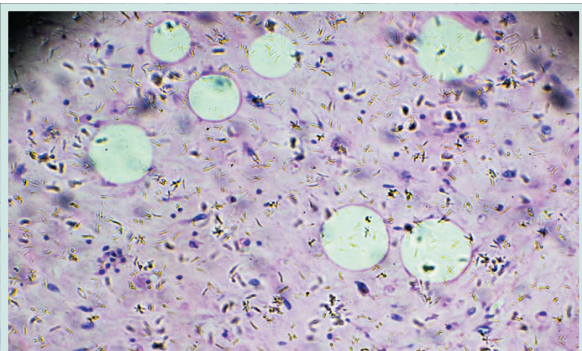


Figura 3. Estudio histopatológico

Fuente: expediente clínico.

Resultado y seguimiento

El paciente presentó evolución postoperatoria satisfactoria durante el primer mes de seguimiento, sin complicaciones quirúrgicas inmediatas. Tras el resultado histopatológico compatible con LSP bien diferenciado, fue referido a un centro oncológico especializado para valoración multidisciplinaria y determinación de tratamiento adyuvante, incluyendo la posibilidad de radioterapia y/o quimioterapia, según criterios oncológicos.

Durante el seguimiento clínico realizado hasta la fecha, el paciente permanece asintomático y sin evidencia de recidiva local en la exploración física y estudios de imagen.

Discusión

El liposarcoma paratesticular es una neoplasia maligna poco frecuente que representa aproximadamente entre el 7 % y el 10 % de los tumores intraescrotales y se origina a partir del tejido adiposo del cordón espermático, sitio responsable de cerca del 90 % de los casos descritos^{3,4}. Debido a su baja incidencia, el conocimiento sobre esta entidad proviene principalmente de reportes de caso y pequeñas series clínicas.

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, los liposarcomas se dividen

en varios subtipos histológicos, entre los que se incluyen el bien diferenciado, indiferenciado, mixoide y pleomórfico⁵. El subtipo bien diferenciado es el más frecuente en la región paratesticular y suele presentar mejor pronóstico, aunque con tendencia a recurrencia local⁶. En el presente caso, el estudio histopatológico confirmó un liposarcoma bien diferenciado originado en el cordón espermático.

Clínicamente, estos tumores suelen manifestarse como masas escrotales o inguinales indoloras de crecimiento lento, frecuentemente confundidas con patologías más comunes como hernia inguinal, hidrocele o tumor testicular⁷. La ultrasonografía constituye el estudio inicial de elección, mientras que la tomografía computarizada o la resonancia magnética permiten una mejor caracterización de la lesión y su extensión⁸.

El tratamiento estándar consiste en orquiectomía radical con ligadura alta del cordón espermático, con el objetivo de lograr resección completa con márgenes negativos, ya que la resección incompleta se asocia con mayor riesgo de recurrencia local^{4,9}. El papel de la radioterapia o quimioterapia adyuvante continúa siendo controvertido y suele reservarse para casos seleccionados¹⁰.

LSP bien diferenciado constituye el subtipo más indolente, con una supervivencia a 5 años del 70–90 %, con baja tasa de metástasis, pero alta tasa de recurrencia local (60 %)¹¹.

Conclusión

Las masas escrotales constituyen un motivo frecuente de consulta urológica y, aunque muchas corresponden a patologías benignas como hidrocele o hernia inguinal, también pueden representar entidades neoplásicas poco comunes. El liposarcoma paratesticular es una neoplasia rara que puede simular clínicamente otras patologías escrotales más

frecuentes, lo que dificulta su diagnóstico preoperatorio. El presente caso resalta la importancia de considerar diagnósticos diferenciales ante masas escrotales de crecimiento progresivo y consistencia firme. Asimismo, pone de manifiesto que no todas las masas escrotales corresponden a tumores testiculares primarios. La evaluación clínica cuidadosa, complementada con estudios de imagen y confirmación histopatológica, es fundamental para

establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento adecuado.

Conflicto de intereses

Se declara no conflictos de intereses durante la realización de este estudio científico.

Consentimiento del paciente

Se tuvo consentimiento informado verbal del paciente para la realización de este caso.

Referencias

1. Schwartz SL, Swierzewski SJ, Sondak VK, Grossman HB. Liposarcoma of the spermatic cord: report of 6 cases and review of the literature. *J Urol*. 1995;153(1):154-7.
2. Cerda T, Martin E, Truc G, et al. Safety and efficacy of adjuvant radiotherapy in spermatic cord sarcoma. *Cancer Radiother*. 2015;19(4):286-91.
3. Sogani PC, Grabstald H, Whitmore WF. Spermatic cord sarcoma in adults. *J Urol*. 1978;120(3):301-5.
4. Coleman J, Brennan MF, Alektiar K, Russo P. Adult spermatic cord sarcomas: management and results. *Ann Surg Oncol*. 2003;10(6):669-75.
5. Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn PCW, Mertens F. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2013.
6. Dalal KM, Antonescu CR, Singer S. Diagnosis and management of lipomatous tumors. *J Surg Oncol*. 2008;97(4):298-313.
7. Ballo MT, Zagars GK, Pisters PW, Feig BW, Patel SR, von Eschenbach AC. Spermatic cord sarcoma: outcome, patterns of failure and management. *J Urol*. 2001;166(4):1306-10.
8. Montgomery E, Fisher C. Paratesticular liposarcoma: a clinicopathologic study. *Am J Surg Pathol*. 2003;27(1):40-47.
9. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZH, Hasteh F, Neill JSA. Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics*. 2003;23(6):1461-76.
10. Khandekar MJ, Raut CP, Hornick JL, et al. Paratesticular liposarcoma: unusual patterns of recurrence and importance of margins. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(6):1903-7.
11. Goldblum JR, Folpe AL, Weiss SW. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors, 7th ed., Elsevier; 2019.