

## CASO CLÍNICO

# Tumor de células de sertoli esclerosante. Reporte de un caso

Sclerosing sertoli cell tumor. Case report

Lucas Antonio Valbuena-Ruiz<sup>1</sup>, Diana Katherine Sandoval-Martínez<sup>2</sup>, Carlos Alberto García-Ramírez<sup>3</sup>, Ernesto García-Ayala<sup>4</sup>

1. Médico y cirujano. Universidad Industrial de Santander, Colombia 2. Médica patóloga, Hospital Universitario de Santander, Docente Universidad Industrial de Santander, Facultad de salud. Escuela de medicina. Bucaramanga, Colombia 3. Médico patólogo, Docente Universidad Industrial de Santander. Facultad de salud. Escuela de medicina. Bucaramanga, Colombia 4. Médico patólogo, Hospital Universitario de Santander, Docente Universidad Industrial de Santander, Facultad de salud. Escuela de medicina. Bucaramanga, Colombia



**Autor Corresponsal:** Lucas Antonio Valbuena-Ruiz

## RESUMEN

El tumor esclerosante de células de Sertoli del testículo es una entidad patológica infrecuente, con todo, que solo se han descrito 22 casos en la literatura científica. Son descritos como tumores unilaterales que en su mayoría se presentan entre la tercera y sexta década de vida, siendo carentes de malignidad, sin embargo, en ninguno de los casos reportados se han realizado seguimientos por periodos prolongados. Se presenta un caso clínico cuyo objetivo es socializar el primer caso de tumor esclerosante de células de Sertoli (SSCT), diagnosticado por el departamento de patología de la Universidad industrial de Santander, que se registra en Colombia. Después de tres años de seguimiento clínico el paciente no presenta recidiva, así como tampoco otras lesiones tumorales. Se considera la orquiectomía el tratamiento curativo.

**PALABRAS CLAVE:** tumor de células de Sertoli, cáncer testicular, neoplasia testicular

## SUMMARY

Sclerosing tumor of Sertoli cells of the testis is an infrequent pathological entity, only 22 cases have been described in the scientific literature. They are described as unilateral tumors that mostly occur between the third and sixth decade of life, being devoid of malignancy, however, in none of the cases have been followed for prolonged periods. We present a clinical case whose objective is to socialize the first case of Sertoli cell sclerosing tumor (SSCT), diagnosed by the pathology department of the industrial university of Santander, which is registered in Colombia. After three years of clinical follow-up, the patient does not present recurrence, as well as other tumor lesions. Orchiectomy is considered the curative treatment.

**KEYWORDS:** Sertoli cell tumor, testicular cancer, testicular neoplasm

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de células de Sertoli representan aproximadamente el 1% de los tumores testiculares, son considerados benignos y se clasifican en los subtipos: clásico, de células grandes calcificadas y esclerosante, siendo este último el más infrecuente, con todo que solo han sido reportados 22 casos en la literatura científica. Describimos el primer caso de tumor esclerosante de células de sertoli (SSCT), diagnosticado por el departamento de patología de la universidad industrial de Santander, que se registra en Colombia.



Figura 1. Imagen macroscópica del testículo en la que se reconoce reemplazo del parénquima por lesión bien delimitada, de consistencia elástica y apariencia fibrosa.

**PRESENTACION DEL CASO:** Se trata de un paciente masculino de 35 años de edad sin antecedentes de importancia quien consulta a centro médico de tercer nivel por dolor en testículo derecho, reconociéndose en el examen físico aumento del volumen testicular. La tomografía axial computarizada de pelvis mostró lesión tumoral bien delimitada con extenso compromiso parenquimatoso, sin extensión extra-testicular. Los marcadores séricos LDH; Alfa-fetoproteína y beta-HCG fueron negativos. Se realiza orquidectomía radical de la que se obtiene como pieza quirúrgica testículo con lesión tumoral sólida, firme, blanco-amarillenta bien delimitada cuyas dimensiones son 4,5x3,5x3,0 centímetros que compromete cerca del 90 % del parénquima testicular

sin extensión albugínea ni al epidídimo. (FIGURA 1) En el examen histopatológico se observa una lesión constituida por formaciones tubulares simples y anastomosantes, tapizadas por células medianas con citoplasma eosinófilo en moderada cantidad que contiene focalmente vacuolas, los núcleos son poligonales con cromatina finamente granular, nucléolos pequeños sobre un estroma denso abundante (colágeno-esclerosado), fibroso. No se observó figuras de mitosis, así como tampoco atipia significativa ni invasión linfovascular. La inmunohistoquímica demostró positividad fuerte y difusa para inhibina y AE1-AE3, focalmente positivo para CD 99, con Fosfatasa alcalina Placentaria (PLAP) y antígeno de membrana epitelial (EMA) negativos, por lo anterior se realiza diagnóstico de SSCT. (FIGURA 2,3)

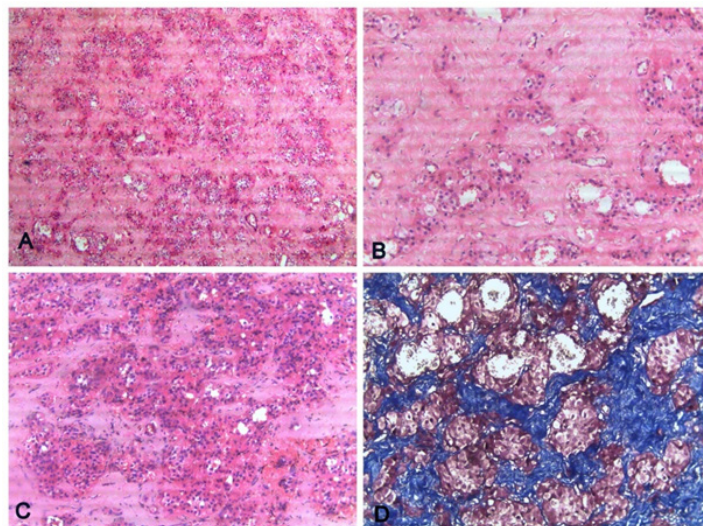


Figura 2. A, B y C Túbulos y cordones anastomosantes sobre estroma colagenoso (H&E), Estroma rodeando los tubulos (Tricrómico de Masón)

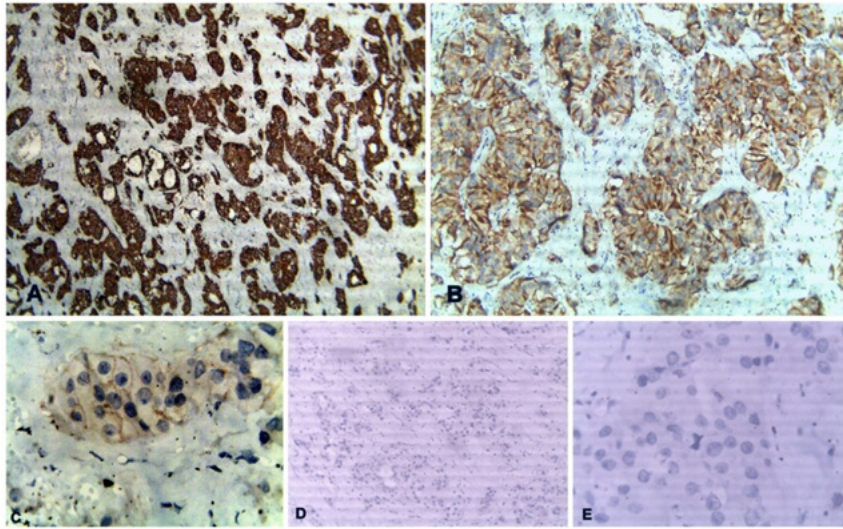


Figura 3. IHQ con fuerte positividad para Inhibina (A) y AE1-AE3 (B), focalmente positivo para CD-99 (C), siendo negativas las células tumorales para PLAP (D) y EMA (E)

El presente caso después de tres años de seguimiento estricto no ha presentado recaídas ni sintomatología adicional, lo cual ratifica su comportamiento benigno.

## DISCUSIÓN

El SSCT fue descrito por primera vez en 1991 y debido a la poca frecuencia del tumor, en múltiples ocasiones se hace difícil discernir si se trata de un tumor esclerosante de células de sertoli, un tumor de células largas de sertoli calcificante u otra entidad. El uso de la inmunohistoquímica es fundamental en el diagnóstico definitivo, dado que la positividad para inhibina y citoqueratinas proporciona soporte para el origen del tumor de células de sertoli, que además son negativas para la fosfatasa alcalina placentaria (PLAP).

EMA es útil en el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma metastásico sobre todo de origen prostático, seminoma de patrón tubular, tumor carcinoide, tumor de células de Leydig y tumor adenomatoide en los que suele ser positivo mientras que es negativo en SSCT.

Dado el comportamiento benigno de estas lesiones la orquidectomía se considera curativa y el seguimiento clínico posterior se hace necesario, aunque no se han descrito casos de recaídas y/o metástasis.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico definitivo de un caso de tumor esclerosante de células de Sertoli es netamente de la división de patología y se consigue a través del análisis inmunohistoquímico. Las descripciones de los anteriores casos mencionan pacientes

entre 23 y 53 años, presentación mayoritaria en testículo izquierdo de tipo unilateral y rangos de diámetro de 0.5 a 6 centímetros con seguimiento inferior a dos años. La presente descripción guarda relación con las características descritas en los anteriores casos y aporta un seguimiento estricto del paciente durante tres años por lo cual se considera la orquidectomía el tratamiento definitivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sclerosing sertoli cell tumor of the testis. A clinocopathologic study of 20 cases. Chia-sui K; Kum Jennifer B; Muhammad T Idrees; Ulbright Thomas M. *Am j surg pathol.* 2014; 38: 510-517.
2. Sclerosing sertoli cell tumor of the testis: a case report with review of the literature. Mitsuaki Ishida; Ryo fujiwara; Keiji Tomita; Tetsuya Yoshida; Muneo Iwai; Keiko Yoshida; Akiko Kagotani; Akihiro Kawauchi; Hidetoshi Okabe. *Int j clin exp pathol.* 2013; 6(11): 2640-2643.
3. Testicular Sclerosing Sertoli Cell Tumor: An additional Case and Review of literature. Brunocilla Eugenio; Pultrone Vicenzo Cristian; Schiavina Riccardo; Rocca Christian; Passaretti Giovanni; Barbara Corti; Martorana Giuseppe Martorana. *Anticancer Research* 32: 5127-5130. 2012.
4. Sclerosing sertoli cell tumor without expression of typical sex cord stromal tumor markers: Case report and literature review. Esber M Christopher, Ahmad Shabsigh, Zynger L Debra. *Pathology-research and practice.* 208; 121-125. 2012.
5. Tumor de células de sertoli esclerosante. Un subtipo infrecuente de neoplasia testicular. Benítez Yáñez C, Valdívieso Valero C, Vélez sanz J, Gómez Marigil M. *Actas urológicas españolas.* Vol 34, número 8, 732-734, 2010.