

CASUÍSTICA

UNA MASA ESCROTAL A LOS 80 AÑOS

Dres. Gustavo A. Fridenberg¹, Jimena Curelli¹, Luis G. Vazquez Avila²,
María J. Rodríguez³, José E. García Saiz¹

CASO

Un varón de 80 años sin antecedentes patológicos relevantes consultó al Servicio de Urología, por un bulto en escroto, de aproximadamente un mes de evolución.

Al examen físico se palpaba bulto escrotal, indoloro, de consistencia duro elástica, sin signos de flogosis, ni alteraciones cutáneas asociadas. El paciente se encontraba afebril, normotenso y el tacto rectal no evidenciaba masas.

Los últimos análisis de laboratorio, realizados 21 días antes, mostraban un recuento de glóbulos blan-

cos de 11.000 células por ml con una fórmula leucocitaria dentro de rangos normales.

Se realizó ecografía testicular con Modo B y Doppler color y se identificó masa extratesticular (fig. 1) que medía 3,8 cm por 4,4 cm, ecogénica, heterogénea, (fig. 2) con escasa vascularización periférica y probable vascularización en su interior (fig. 3). No tenía paredes definidas y se interpretó como masa sólida extratesticular sin origen preciso.

Ambos testículos y epidídimos no presentaban alteraciones.

A fin de evaluar la extensión y eventual compro-

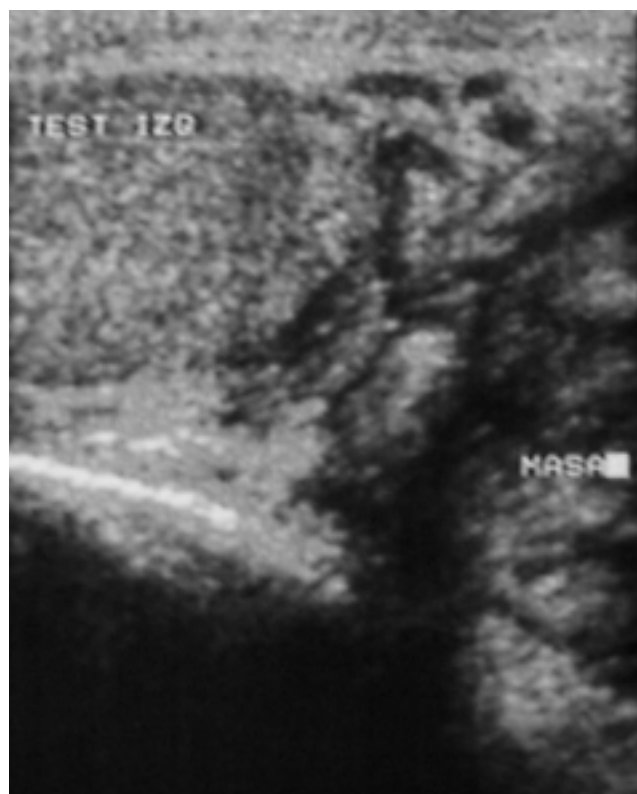


Figura 1. Masa extratesticular en ecografía.

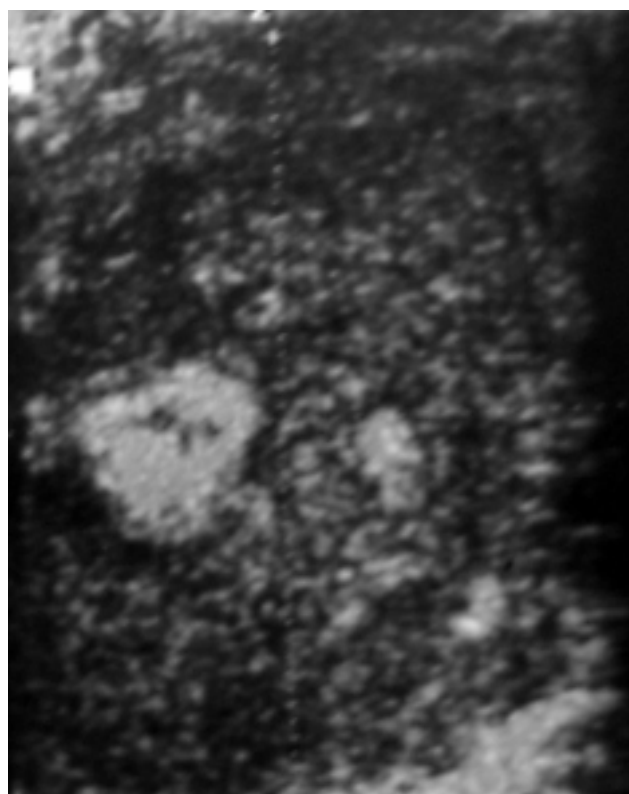


Figura 2. Ecoestructura heterogénea.

¹Servicio de Radiología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata, Argentina. E-mail: gfridenberg@hotmail.com. ²Servicio de Urología del Hospital Privado de Comunidad. ³Servicio de Ecografía del Hospital Privado de Comunidad.

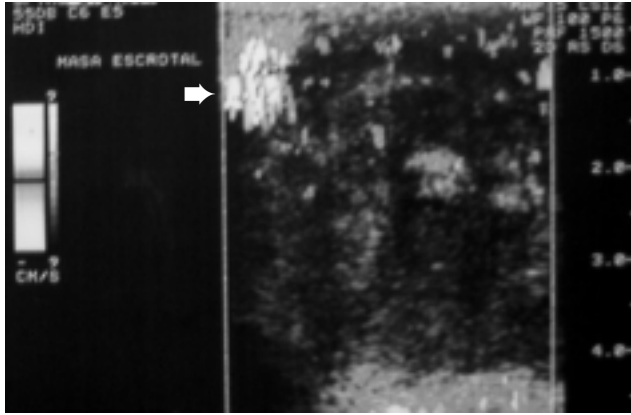


Figura 3. Ecografía doppler color: masa extratesticular (flecha) con escasa vascularización periférica.



Figura 4. Imagen hipodensa que contacta con cuerpos cavernosos y rama isquiopubiana izquierda.

miso pélvico de la lesión, se efectuó tomografía computada (TC) de pelvis sin contraste, donde se observó, una imagen hipodensa con valores densitométricos cercanos al líquido, a nivel de ambas bolsas escrotales con extensión al periné. La misma presentaba íntimo contacto con los cuerpos cavernosos y rama isquiopubiana izquierda, y se acompañaba de rarefacción de la grasa circundante (fig. 4 y 5). La cortical externa del borde inferior de la rama isquiopubiana izquierda presentaba una pequeña erosión ósea (fig. 6). La próstata se visualizaba aumentada de tamaño (6,2 cm de diámetro transverso por 4,3 cm de diámetro antero posterior).

DISCUSIÓN

En todo paciente con una masa escrotal, la ecografía puede dar información sobre dos aspectos importantes que dirigen al diagnóstico. Una es determinar si la lesión es intra o extratesticular y la otra determinar si la lesión es sólida o quística.

A diferencia de las masas intratesticulares, las escrotales son mayormente benignas. Las de tipo sólido presentan baja prevalencia de malignidad (3%) y las de naturaleza quística casi siempre se deben a procesos benignos¹.

Ecográficamente, existe cierta semejanza en las características de varias lesiones sólidas extratesticulares; dificultando el diagnóstico en muchos casos.

Localizar la patología en epidídimo, cordón espermático, testículo o fuera de éste, acorta sustancialmente los diagnósticos.

Las masas sólidas extratesticulares plantean un problema diagnóstico en ultrasonografía, debido a la baja especificidad de los hallazgos; incluso el aspecto sonográfico de algunas lesiones sólidas y de hematomas y abscesos puede ser similar; dificultando el diagnóstico. Es por eso que a la hora del examen ecográfico debe obtenerse la mayor cantidad de información orientadora posible¹.

La tomografía computada permite objetivar la extensión pélvica de las lesiones, confirmar la presencia de adenopatías y detectar compromiso óseo asociado, además de brindar información sobre el probable origen, y características sólidas o líquidas de las lesiones, a través del examen densitométrico.

ANÁLISIS

La imagen ecográfica sugería la consistencia sólida, al mostrar presencia de flujo en su interior. Los

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de las masas escrotales extratesticulares¹

Túnica vaginal

Hidrocele (congénito o adquirido).
Hematocele.
Absceso escrotal o piocele.
Mesotelioma (benigno o maligno).

Masas paratesticulares

Hernias inguinoescrotales.
Litiasis escrotal.
Pseudotumor fibroso.
Poliorquidia.

Epidídimo

Epididimitis infecciosa, química y granulomatosa (tuberculosis/sarcoidosis).
Quistes, granulomas.
Tumores benignos: tumor adenomatoide, cistoadenoma papilar.
Tumores malignos: sarcoma, adenocarcinoma, linfoma, metástasis.

Cordón espermático

Varicocele.
Tumores benignos: lipomas.
Tumores malignos: liposarcomas, leiomiomas, histiocitoma fibroso maligno, fibrosarcoma y sarcomas indiferenciados.

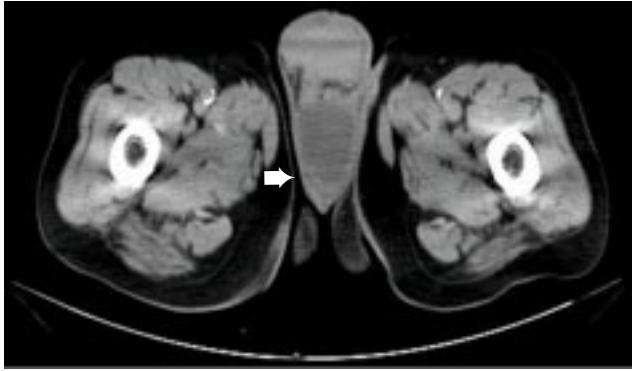


Figura 5. Imagen hipodensa de densidad líquida (flecha) que compromete bolsas escrotales.

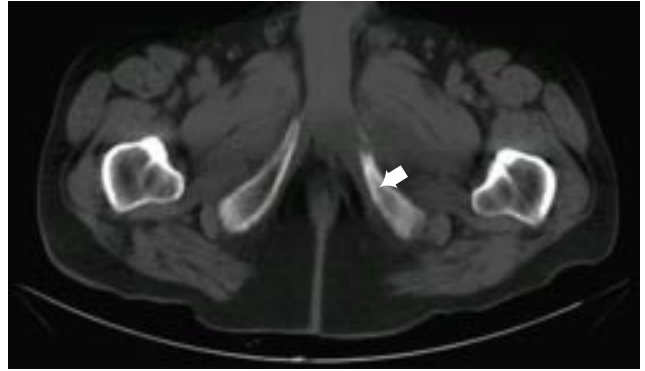


Figura 6. Corte tomográfico con ventana ósea (mismo nivel que en figura 4) donde se aprecia el borde inferior de la rama isquiopubiana izquierda (flecha).

testículos y epidídimos estaban respetados. La masa de evolución subaguda era indolora, no se acompañaba de flogosis ni cambios cutáneos. El paciente se encontraba afebril y presentaba leve elevación del recuento de glóbulos blancos.

La TC evidenciaba una extensa lesión, de límites imprecisos, con densidad próxima al líquido que comprometía ambas bolsas escrotales extendiéndose al periné; asociada a una pequeña erosión ósea de la rama isquiopubiana izquierda. Este método no permite la evaluación detallada de los elementos que conforman el saco escrotal.

Debido a que la ultrasonografía y la TC discrepaban en cuanto al contenido sólido o líquido, de la lesión; y ante la imposibilidad de la realización de una punción biopsia en virtud de la eventual diseminación de una neoplasia maligna; dado que las características del paciente lo permitían, se realizó la exploración quirúrgica por vía infraescrotal.

DIAGNÓSTICO

Absceso escrotal con extensión perineal. Cultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa*.

COMENTARIO

El absceso escrotal o piocele es en la mayoría de los casos una complicación de la orquiepididimitis cuando ésta, traspone los límites de las láminas mesoteliales de la túnica vaginal¹.

Otras causas incluyen: torsión testicular encubierta, tumor infectado, hematoma infectado, orquitis piogénica primaria, complicación de apendicitis perforada y de peritonitis bacteriana espontánea con proceso vaginal permeable³. Las infecciones sistémicas como varicela, paperas, escarlatina, fiebre tifoidea, sífilis y tuberculosis pueden complicarse con absceso escrotal².

También se han descrito secundarias a disemi-

nación séptica a punto de partida de focos infecciosos localizados como sinusitis, osteomielitis y colecistitis².

Generalmente se presenta en ecografía como una colección líquida, heterogénea y compleja. Los pioceles pueden diferenciarse de los hidroceles por la presencia de ecos internos causados por los detritos celulares en suspensión, septos y loculaciones, niveles líquido/líquido que representan la interfase hidrocele/piocele y hasta pueden contener aire en presencia de microorganismos formadores de gas³. La forma típica de presentación incluyen dolor agudo, escroto tumefacto, enrojecido; con la piel tensa y brillante. Fiebre y recuento de glóbulos blancos elevados.

Las complicaciones incluyen fistulas cutáneas y la más grave, la gangrena necrotizante de Fournier, que suele afectar a pacientes con antecedentes de diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida u otras condiciones inmunosupresoras.

Los agentes implicados son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* en pacientes jóvenes, mientras que *Escherichia coli* es más frecuente en adultos mayores. Se cree que la infección se produce por vía retrógrada a través de los conductos deferentes desde una fuente del tracto urinario inferior, desde allí se disemina provocando una orquiepididimitis que compromete el flujo vascular provocando isquemia testicular, infarto y posteriormente absceso¹.

Nuestro paciente debutó con una forma poco frecuente de presentación, sin fiebre ni signos locales de inflamación. El agente aislado, *Pseudomonas aeruginosa*, no es un microorganismo descrito como usual productor de absceso escrotal.

Los hallazgos ecográficos se deben a que la lesión, aunque líquida, se presentaba predominantemente ecogénica, los detritos dentro del absceso se desplazaron levemente al realizar compresión durante el

exámen con eco doppler color, simulando así vascularización dentro de la imagen. Pese a las dificultades, la ecografía sigue siendo el primer método de elección para las masas escrotales, con un 100% de sensibilidad para detectarlas y 98 – 100 % de sensibilidad para diferenciar la localización intra o extratesticular¹. La especificidad decrece debido a la superposición de las características sonográficas de algunas patologías, como en el citado caso. El exámen densitométrico de la TC permitió sugerir la naturale-

za líquida de la lesión, su extensión y compromiso de tejidos circundantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woodward PJ, Schwab CM, Sesterhenn IA. Extratesticular scrotal masses: radiologic–pathologic correlation. *Radiographics* 2003; 23: 215–40.
2. Dahnert W. *Radiology Review Manual*. 4th edition. Williams and Wilkins. 1999; 808.
3. Santucci RA, Krieger JH. Pyocele of the Scrotum: A consequence of spontaneous bacterial peritonitis. *J Uro* 1995; 153: 745-7.

