

## Lesiones intraescrotales de difícil diagnóstico. *Presentación de dos casos*

### Difficult diagnosis in intraescrotal lesions. *Two cases presentation*

Dres. Sanguinetti Horacio\*;  
Brzezinski Mariano\*;  
Ortiz Federico\*;  
Montiel Romero Raúl\*\*;  
Vázquez José\*\*\*.

#### INTRODUCCIÓN

Existen diversas patologías intraescrotales cuyo hallazgo no es frecuente y el examen físico dudoso. La gran difusión de la ecografía en nuestros días permite aclarar la etiología en muchos casos. Sin embargo, en ocasiones sólo la exploración quirúrgica nos brinda la certeza definitiva. Presentamos dos casos: a) un paciente con quistes múltiples de la túnica albugínea y b) otro con un pseudotumor fibromatoso de cubierta vaginal. El manejo quirúrgico es controvertido aunque, realizándose una cirugía conservadora, se puede obtener la anatomía patológica que permitirá definir su carácter benigno con preservación del testículo.

#### Caso Clínico 1

Se trata de un varón de 41 años, con antecedentes de apendicetomía. En enero de 2005 notó un tumor en testículo izquierdo que aumentó de tamaño progresivamente. Consultó a este Centro en noviembre de dicho año. Se solicitó una ecografía que evidenció testículo derecho normal y testículo izquierdo de forma conservada con contornos levemente irregulares, por presencia de imágenes quísticas múltiples de aspecto simple intraparenquimatosas, la mayor de 14 x 11 mm. Flujo vascular del parénquima conservado, epidídimo de 12 mm. (Figura 1)

Se realizó laboratorio que mostró valores de BHCG mUI/ml menor de 1 y alfa feto proteína 4,2 ng/ml.

El 31 de enero de 2006 se exploró quirúrgicamente observándose múltiples quistes extratesticulares que impresionaban provenir de la albugínea. Se efectuó el destecha-

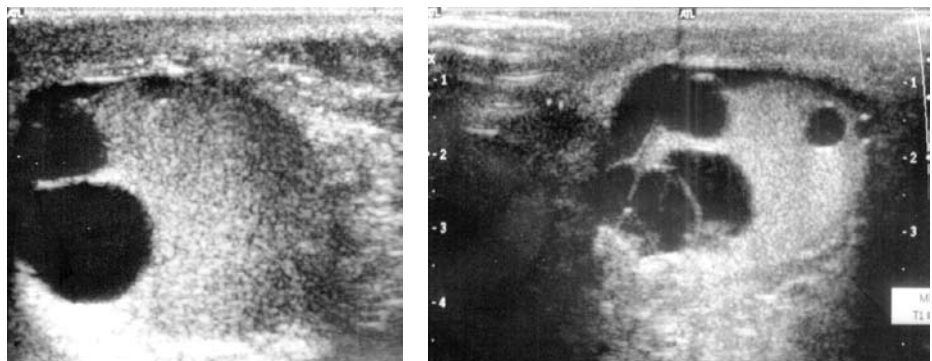


Figura 1. Ecografía testicular

\* Residentes de Urología  
\*\* Jefe de Residentes de Urología  
\*\*\* Jefe de Sección Andrología

División Urología del Hospital de  
Clínicas "José de San Martín"-  
U.B.A., Buenos Aires, Argentina.  
Jefe de División: Prof. Dr. Osvaldo  
Mazza.

División Urología  
Córdoba 2251, 4° piso  
Tel: 5950-8813/8815  
horaciosanguinetti@gmail.com

miento de los mismos, con biopsia por congelación negativa para neoplasia. (Figura 2)

Se otorgó el alta hospitalaria, al día siguiente, por evolución favorable.

La anatomía patológica informó un quiste de albugínea con sectores de epitelio cúbico y sectores sin revestimiento epitelial. (Figura 3)

A 2 años de la cirugía, continúa sin síntomas.

## Caso Clínico 2

Varón de 60 años que consultó por tumor de testículo izquierdo y dolor leve a moderado. Refirió notar la masa desde hace 20 a 25 años. Al examen físico el testículo derecho no presentó particularidades y el izquierdo se palpó parcialmente, encontrándose rodeado por una formación multinodular de consistencia duropétreo que ocupaba el hemiescrotro izquierdo. El mismo era levemente doloroso.

Se realizó una ecografía que mostró ambos testículos normales y formaciones hipocogénicas paratesticulares del lado derecho. (Figura 4)

Se realizó exploración quirúrgica por vía inguinoescrotal. La túnica vaginal fue expuesta, constatándose engrosamiento difuso de la misma y la presencia de

múltiples nódulos blanquecinos, bien delimitados, que comprometían a la hoja parietal de la vaginal. No existía compromiso de la hoja visceral, ni del testículo o el epidídimo. Se realizó resección de la hoja parietal de la vaginal. (Figura 5)

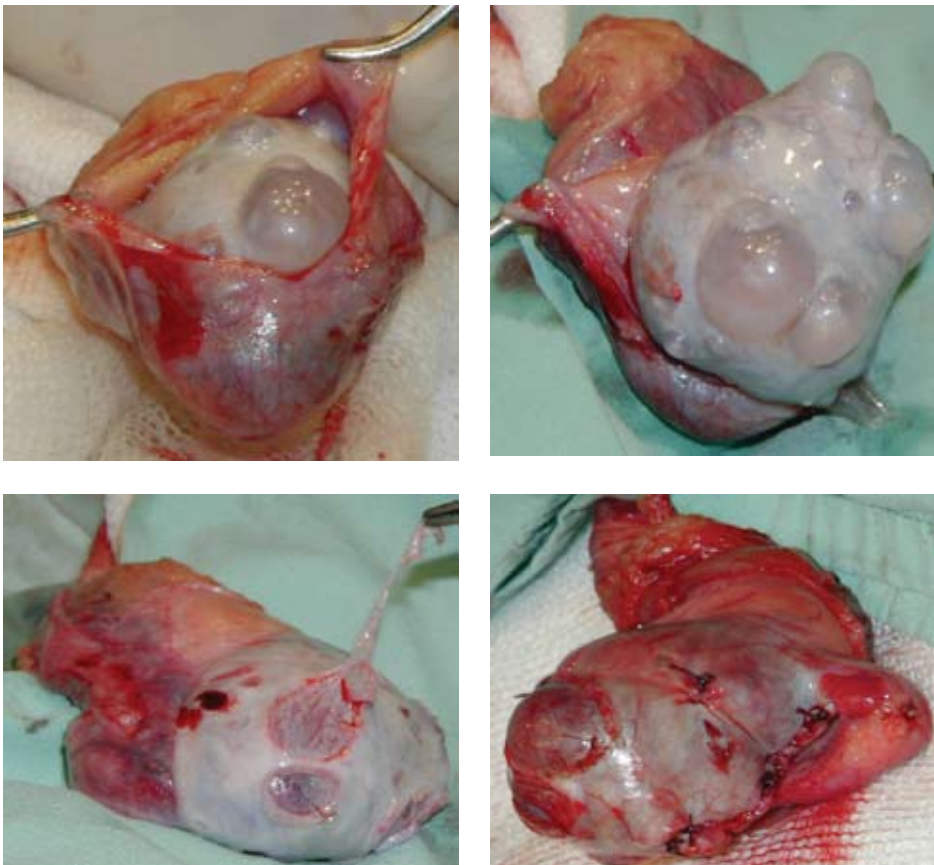
La anatomía patológica informó la presencia de nódulos con importante proliferación fibroblástica, colágeno y tejido hialino, con áreas de calcificación. (Figura 6)

No presentó recidiva de las lesiones en un seguimiento de 4 años.

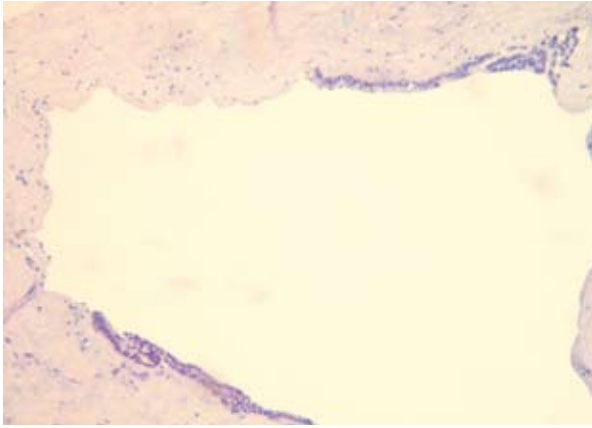
## DISCUSIÓN

Los quistes de la albugínea son hallazgos generalmente incidentales, aunque pueden presentarse con dolor, hinchazón o masa palpable<sup>4</sup>. La edad media de diagnóstico es de 40 años, aunque se observaron casos en hombres de 50 o 60 años. Pueden aumentar de tamaño con la edad<sup>4</sup>. El pseudotumor fibroso presenta su mayor incidencia a los 30 años<sup>4</sup>. Pueden ser asintomáticos, pero se encontró una asociación hasta en un 50 % con hidroceles.

Los quistes miden habitualmente entre 2 y 5 mm. Los hallazgos ecográficos cumplen los criterios de



**Figura 2.** Imágenes intraoperatorias



**Figura 3.** Quiste de albugínea con pared parcialmente incluida en el corte. Sin células neoplásicas

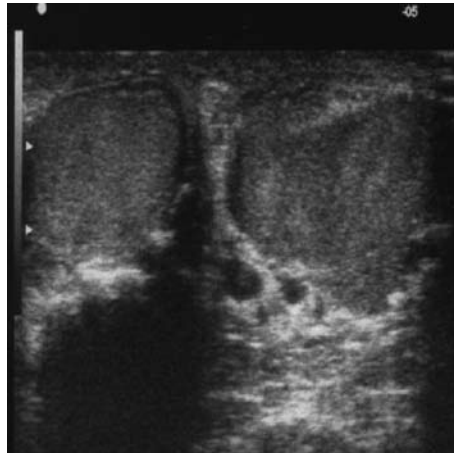
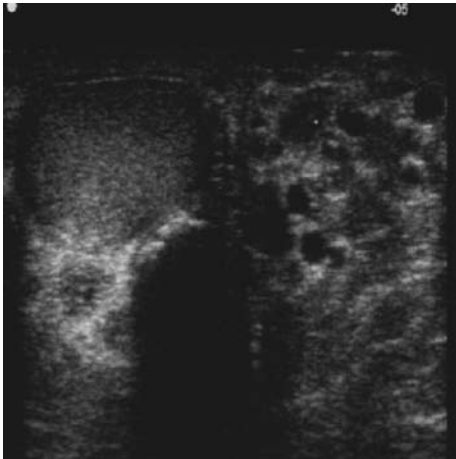
los quistes simples<sup>1</sup>. Habitualmente se localizan en el sector anterosuperior o lateral del testículo. Pueden calcificarse y mostrar sombra acústica posterior en la ecografía<sup>4</sup>. Los pseudotumores pueden llegar a medir de 0,5 a 8 cm.<sup>4</sup>

La etiología no es clara. Algunos autores asocian,

tanto a los pseudotumores como a los quistes, con traumatismos, hemorragias o infecciones<sup>4</sup>. Los quistes de albugínea tienen origen embriológico mesotelial<sup>4</sup>, aunque también se describen algunos de origen mixto mesotelial y epitelial<sup>5</sup>. La anatomía patológica demuestra un epitelio que varía de cúbico a columnar con y sin células ciladas<sup>3</sup>.

El diagnóstico diferencial más importante de las lesiones quísticas es el de teratoma quístico, además del de quiste de epidídimo, quiste epidermoide y displasia quística<sup>2</sup>. La Anatomía Patológica permite esta diferenciación al evidenciar células germinales de tipo maduro e inmaduro en el caso de los teratomas, epitelio escamoso queratinizado en el caso de los quistes epidermoides y compromiso del parénquima y de la albugínea en el caso de la displasia quística<sup>2</sup>. Los pseudotumores deben ser diferenciados de los verdaderos tumores y usualmente requieren de la exploración quirúrgica por vía inguinal para obtener la certeza diagnóstica.

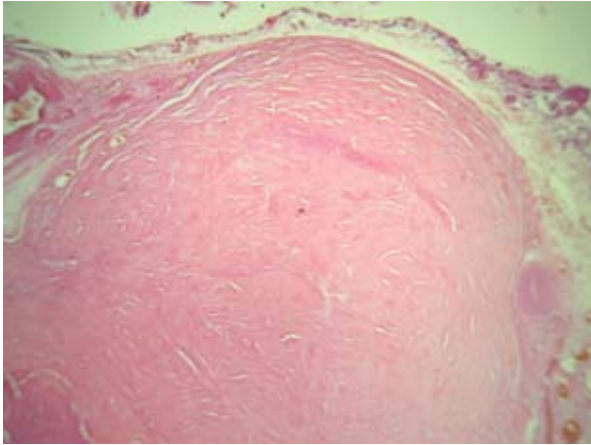
La diferenciación de los quistes de albugínea con los intratesticulares suele ser difícil. El hallazgo ecográfico de un quiste con un centro anecoico y un halo hiperecogénico rodeando al quiste a modo de pared es prácticamente patognomónico del quiste simple testi-



**Figura 4.** Ecografía testicular



**Figura 5.** Imagen intraoperatoria y de la pieza quirúrgica.



**Figura 6.** Anatomía patológica

cular y nos ayuda a diferenciarlo del quiste de la túnica albugínea.<sup>2</sup> Muchas veces la palpación puede ser útil, ya que los quistes de la albugínea son más firmes que los intratesticulares, que se suelen ubicar en el mediastino testicular.<sup>1</sup>

El tratamiento clásico de los quistes, que consiste

en el destechamiento con biopsia por congelación, permite obtener la confirmación anatomopatológica de benignidad y la conservación de la función testicular intacta. En casos seleccionados se propone el seguimiento con ecografías seriadas cada 3 a 6 meses, aunque el riesgo es la falta de cumplimiento por parte del paciente<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dogra V, Gottlieb R, Rubens D, Liao L.: Benign Intratesticular Cystic Lesions: US Features. *Radiog* 2001; 21:S273-S281.
2. Hatsiopoulou O, Dawson C. Simple intratesticular cysts in adults: a diagnostic dilemma. *BJU International* 2001, 88, 248-250.
3. Nistal M, Iníguez L, Paniagua R.: Cysts of the testicular parenchyma and tunica albuginea. *Arch Pathol Lab Med.* 1989 Aug;113(8):902-906.
4. Rubenstein R, Dogra V, Seftel A, Resnic M.: Benign intraescrotal lesions. *J. Urol* 2004 Vol. 171, 1765-1772.
5. Tammela TL, Karttunen TJ, Mattila SI, Makarainen HP, Hellstrom PA, Kontturi MJ. Cysts of the tunica albuginea--more common testicular masses than previously thought? *Br J Urol.* 1991 Sep;68(3):280-284.