

en la que se realizan varias biopsias de la albugínea en la zona distal del cuerpo cavernoso con una aguja de biopsia tipo Trucut. Una modificación quirúrgica a cielo abierto más agresiva de este tipo de derivación es la intervención que propone El-Ghorab. En ella se realiza una comunicación caverno-esponjosa distal mediante una incisión transversal en la cara dorsal del glande a 0.5-1cm del surco balanoprepucial. Se retira una porción de albugínea en la parte distal de cada cuerpo cavernoso.

La última línea de actuación es la realización de una derivación safenocavernosa. Este procedimiento es de gran utilidad en los casos muy rebeldes.

Evolutivamente los pacientes con un priapismo de bajo flujo con mal pronóstico desarrollan una disfunción eréctil como ha sido nuestro caso. Según Khil en su serie de 26 pacientes tratados con derivación safeno-cavernosa 19 (73%) la presentaron (8). La mayoría de los autores están de acuerdo en que el mecanismo etiopatogénico que desencadena la disfunción eréctil es la fibrosis y la permeabilidad del shunt.

Si ésta se presenta a los 3 meses de la cirugía, se podría realizar una ligadura de la derivación tras comprobar previamente la permeabilidad de la misma (9). En los casos en los que exista disfunción eréctil con extensa fibrosis peneana y no se resuelva mediante la ligadura del shunt el tratamiento consistirá en la colocación de una prótesis peneana (10).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. GREGORY, A.; BRODERICK, T.; LUE, F.: "Campbell Urology". 8ª ed. 1823. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2004.
- **2. EL-BAHNASAWY, M.S.; DAWOOD, A.; FAROUK, A.: "Low-flow priapism: risk factors for erectile dysfunction". BJU Int., 89: 285, 2002.
- *3. PAUTLER, S.E.; BROCK, G.B.: "Priapism. From Priapus to the present time". Urol. Clin. North Am., 28: 391, 2001.
- *4. MAGOHA, G.A.: "Priapism: a historical and update review". East Afr. Med. J., 72: 399, 1995.
- *5. FERNÁNDEZ ARANCIBIA, M.I. y cols.: "Diagnóstico y opciones terapéuticas de la erección prolongada y el priapismo: revisión actualizada". Arch. Esp. Urol. 53: 919, 2000.
- **6. RODRÍGUEZ VILLALBA, R. y cols.: "Priapismo". Actas Urol. Esp., 29: 962, 2005.
- *7. GOTO, T.; YAGI, S.; MATSUSHITA, S. y cols.: "Diagnosis and treatment of priapism: experience with 5 cases". Urology, 53: 1019, 1999.

8. KIHIL, B.; BRATT, C.G.; KNUTSSON, U. y cols.: "Priapism: evaluation of treatment with special referent to saphenocavernous shunting in 26 patients". Scand. J. Urol. Nephrol., 14: 1, 1980.
- *9. MONCADA, J.: "Potency disturbances following saphenocavernous bypass in priapism (Grayhack procedure)". Urologie, 18: 199, 1979.
10. WILSON, S.K.; DELK, J.R.; MULCAHY, J.J. y cols.: "Upsizing of inflatable penile implant cylinders in patients with corporal fibrosis". J. Sex Med., 3: 736, 2006.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 3 (303-306), 2007

HEMATOCELE CRÓNICO CALCIFICADO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Rosa Jiménez Yáñez, Juan Antonio Gallego Sánchez, Luis González Villanueva, Gloria Torralbo, Francisco Ardoy Ibáñez y Miguel Pérez¹.

Servicio de Radiodiagnóstico. y Servicio de Anatomía Patológica¹. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

Resumen.- OBJETIVO: Los hematoceles crónicos son una causa infrecuente de masa escrotal. Se asocian en la mayoría de los casos a traumatismos, cirugía previa, diabetes, neoplasias, torsión testicular o enfermedad ar-

Correspondencia

Rosa Jiménez Yáñez
Camí de l'Almazara, 11
03203 Elche. Alicante. (España)
rosajimenez@seram.org

Trabajo recibido: 10 de septiembre 2006

terioesclerótica. Presentamos el caso de un paciente de edad avanzada, diabético, que consulta en urgencias por presentar desde hace tres meses un cuadro de aumento de tamaño del hemiescrotal derecho y supuración, así como fiebre y dolor.

MÉTODO: Se le realiza ecografía y una tomografía (TC) abdomino-pélvica con extensión inguino-escrotal describiéndose los hallazgos encontrados en las pruebas de imagen y que nos pueden ayudar a caracterizar esta entidad clínica.

RESULTADOS/CONCLUSIONES: El mecanismo de producción es el resultado de traumas menores sobre vasos dilatados. Suelen ir acompañando a procesos agudos como epididimitis y torsión testicular. Se presentan ecográficamente como masas heterogéneas con septos, tabiques y loculaciones en su interior. Muchos de ellos se resuelven con tratamiento conservador (1).

Palabras clave: Masa escrotal. Hematocele crónico. Ecografía.

Summary.- **OBJECTIVE:** Chronic hematoceles are rare scrotal masses. Most of them include trauma, torsion, tumor, and surgery as possible causes. We describe the case of an old diabetic patient, who is attended for presenting a marked increase in size of the right hemiescrotum and pain.

METHODS: We described computed tomography and sonographic findings.

RESULTS/CONCLUSIONS: Frequently, a varicocele is an associated finding. Presumably, minor trauma results in rupture of dilated vessels. In sonographic exploration, they have a more complex heterogeneous appearance with echogenic debris and septations. Most hematoceles spontaneously resolve with conservative therapy.

Keywords: Scrotal mass. Chronic hematocele. Ultrasound.

INTRODUCCIÓN

Los hematoceles crónicos son una entidad clínico-radiológica rara (1). Consisten en la acumulación de sangre en la túnica vaginalis, que puede presentarse de forma aguda o crónica. En cuanto a la etiología se incluyen los traumatismos, torsión testicular, tumores, cirugía y diabetes. Suelen ir asociados a varicoceles. El mecanismo de producción es debido a pequeños desgarros o perforaciones de la propia túnica vaginal, aunque normalmente traduce roturas, únicas o múltiples, en la albugínea testicular, siendo en la mayoría de casos la causa traumática (2). Clínicamente se caracterizan por dolor, aumento del volumen escrotal y palpación de

masa. Pueden alcanzar gran tamaño y provocar una compresión testicular que da origen a lesiones isquémicas y atrofia testicular. El diagnóstico de presunción se suele realizar por ecografía caracterizándose por una imagen heterogénea con presencia de tabiques, septos y loculaciones en su interior (3). El tratamiento depende de si hay o no complicaciones asociadas, y muchos se resuelven con medidas conservadoras. Algunos dan lugar a reacciones fibróticas y calcifican (4).

CASO CLÍNICO

Varón de 79 años de edad que como antecedentes personales caben destacar: hipertenso en tratamiento, diabetes mellitus tipo 2, síndrome prostático (con ecografía realizada en otro centro privado, hace un año antes). Intervenido de prótesis de rodilla. Consultó en el servicio de urgencias, por presentar desde hacía tres meses un aumento del teste derecho y por "manchar" la cama con líquido "como pus". En la exploración testicular destacaba un aumento irregular del tamaño escrotal, de consistencia dura, con ulceración escrotal y secreción de tipo purulento. La analítica sanguínea reflejó una leucocitosis como único hallazgo a reseñar (la bioquímica y marcadores tumorales fueron negativos).

El estudio ecográfico previo, realizado en centro privado, reveló en hemiescrotal derecho una imagen anecoica, con borde definidos, de la que se desconocen más datos.

Se realizó una ecografía de urgencias (Figuras 1 y 2) que reflejó un teste izquierdo de características de eco-

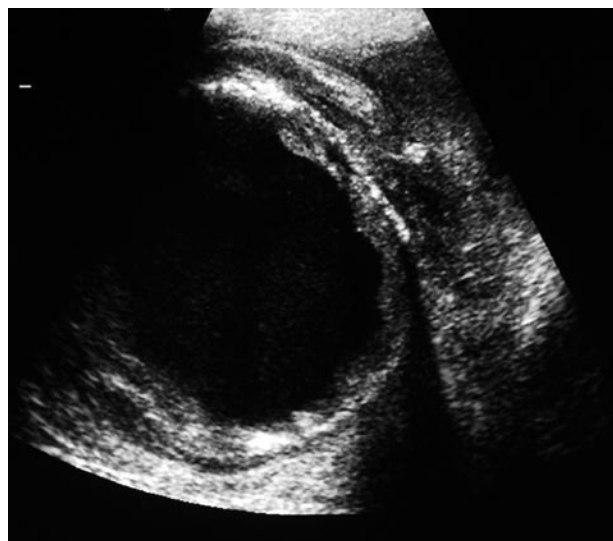


FIGURA 1. Ecografía de la masa extratesticular que presenta características heterogéneas, hiper-ecogénica con calcificaciones en la periferia y área central anecoica sugestiva de necrosis.

estructura y flujo doppler normales. El teste derecho, heterogéneo, presentaba zonas anecoicas, con flujo doppler presente. En escroto derecho, aparecía una gran masa heterogénea extratesticular, con centro anecoico y con ecos internos (que indicaba la presencia de detritus), rodeada por un anillo ecogénico que en algunas zonas dejaba sombras correspondientes a calcificaciones y sin presencia de flujo doppler. Los hallazgos sugerían la existencia de una masa extratesticular con abscesificación que podía corresponder con una neoplasia abscesificada, un hidrocele complicado o un absceso por tuberculosis (TBC) como primeros diagnósticos a tener en cuenta.

Como estudio complementario se practicó una TC abdomino-pélvica con extensión inguino-escrotal (Figura 3) con los siguientes hallazgos: abdomen-pelvis sin evidencia de lesiones, y en la extensión escrotal se apreció en lado derecho un aumento de la densidad de la grasa que indicaba proceso infeccioso / inflamatorio y una masa con bordes calcificados, bien delimitada, homogénea y de baja densidad en su interior que sugería necrosis. No se evidenciaron adenopatías de tamaño significativo en ninguna de las cadenas exploradas.

El paciente fue ingresado en el Servicio de Urología con tratamiento antibiótico intravenoso y programado para intervención quirúrgica. Se le practicó una orquiectomía radical derecha con exéresis de la piel escrotal. La anatomía patológica (Figura 4) de la pieza quirúrgica fue concluyente para hematocele crónico. El paciente, evolucionó favorablemente, está de alta y sigue revisiones en consultas externas de Urología.



FIGURA 2. Ecografía Doppler objetivándose en el teste derecho la existencia de flujo y la ausencia del mismo en la masa.

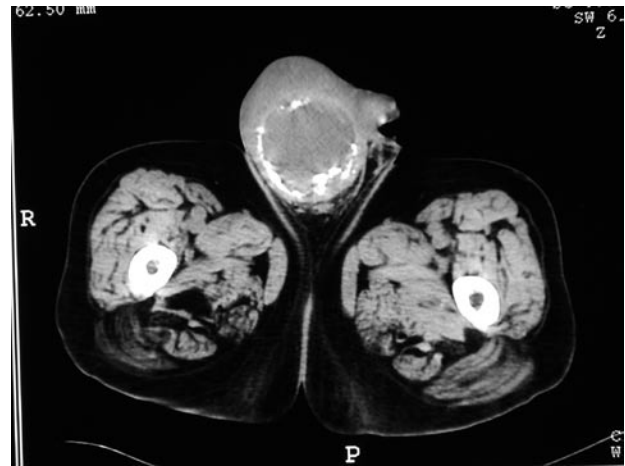


FIGURA 3. TC inguino-escrotal sin contraste intravenoso donde se aprecia la masa escrotal derecha con características de baja densidad interna y calcificaciones groseras externas, hallazgos que se correlacionan con la ecografía.

DISCUSIÓN

Los hematoceles se definen como el acúmulo de sangre en la cavidad vaginal. Son considerados como tumora-ciones extratesticulares benignas. Es una patología infrecuente, sobre todo cuando hablamos de hematoceles crónicos (5).

Según el tiempo de evolución, hay dos tipos de hematoceles, agudos o crónicos.

Desde el punto de vista etiológico pueden ser idiopáticos, o secundarios a traumatismos, cirugía, tumores testiculares, hidroceles, varicoceles, diabetes y trastornos de la coagulación. Entre los mecanismos de producción recogidos en la literatura se han descrito que son debidos a pequeños desgarros o perforaciones de la propia túnica vaginal, aunque lo más frecuente son roturas en la túnica albugínea testicular, únicas o múltiples.

Desde un punto de vista clínico se caracterizan por cursar de manera asintomática y la forma más característica de presentación es el aumento del tamaño testicular, sensación de peso y efecto de masa. Cuando se acompañan de dolor es porque hay una torsión testicular o epididimitis. Si alcanzan gran tamaño, el acúmulo de sangre a tensión provoca una compresión de las estructuras adyacentes que da lugar a una isquemia-infarto testicular (6). También se puede llegar a producir una sobreinfección del contenido hemático lo que conlleva una reagudización del proceso con malestar general, fiebre, dolor, e incluso fistulización y supuración a través de la piel del escroto.

El diagnóstico de presunción se realiza a través de la ecografía- doppler testicular y el diagnóstico definitivo

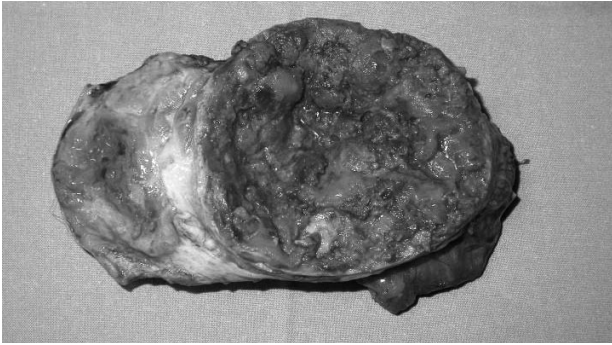


FIGURA 4. Imagen macroscópica de la anatomía patológica.

siempre lo dará la anatomía patológica. La TC no parece proporcionar más información que la que nos aporta la ecografía y no está indicada su realización de forma rutinaria.

La imagen que nos da la ecografía dependerá si el proceso es agudo o si es crónico. Se caracteriza por la presencia de una masa extratesticular, heterogénea con septos y tabiques en su interior, y en los casos crónicos, con zonas más ecogénicas, con o sin sombra, que indican la presencia de fibrosis y calcificación. No suelen tener flujo doppler (7). La TC no ha sido considerada en la literatura como método diagnóstico.

El tratamiento varía si el proceso es agudo, en el que hay que intentar una terapia médica conservadora, o si es crónico o asociado a otros procesos como infarto testicular o sobreinfección, donde cabría plantear la cirugía (orquiectomía con resección de la tumoración).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. WOODWARD, P.J.; SCHWAB, C.M.; SESTERHENN, I.A.: "From the Archives of the AFIP: Extratesticular Scrotal Masses: Radiologic-Pathologic Correlation". *RadioGraphics*, 23: 215, 2003.
2. PASCUAL REGUEIRO, D.; GARCIA DE JALON MARTINEZ, A.; TRÍVEZ PONED, M.A. y cols.: "Idiopathic superinfected giant hemocele". *Actas Urol. Esp.*, 27: 645, 2003.
- **3. WOODWARD, P.J.; SOHAAY, R.; O'DONOGHUE, M.J. y cols.: "From the Archives of the AFIP: Tumors and Tumorlike Lesions of the Testis: Radiologic-Pathologic Correlation". *RadioGraphics*, 22: 189, 2002.
4. GREBENC, M.L.; GORMAN, J.D.; SUMIDA, F.K.: "Fibrous pseudotumor of the tunica vaginalis testis: imaging appearance". *Abdom. Imaging.*, 20: 379, 1995.

5. VIKRAM, S.; DOGRA, R.H.; GOTTLIEB, M.O. y cols.: "Sonography of the Scrotum". *Radiology*, 227: 18, 2003.
6. SHAMSA, A.; KADKHODAYAN, A.; FEIZ-ZADEH, B. y cols.: "Testicular hemocele mimicking a testicular tumor: a case report and review of literature". *Transplant Proc*, 34: 2141, 2002.
- *7. DAMBRO, T.J.; STEWART, R.R.; CARROLL, B.A.: "Escroto". Rumack CM, Wilson SR, Charbonneau JW. Eds. *Diagnóstico por ecografía*. Marbán 2ª ed., 791-821, 2004.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 3 (306-309), 2007

CARCINOMA MIXTO DE UROTELIO Y CÉLULA PEQUEÑA DE VEJIGA URINARIA: METÁSTASIS DE LA HISTOLOGÍA NEUROENDOCRINA SOLA. COMUNICACIÓN DEL CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Jaume Capdevila, Pablo Maroto, Ferran Algaba¹, Enrique Lerma² y Humberto Villavicencio¹.

Servicios de Oncología Médica y Anatomía Patológica¹, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Fundació Puigvert². Barcelona. España.

Correspondencia

J. Capdevila
Servicio de Oncología Médica
Hospital de Sant Pau
C/ Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona. (España)
36995jcc@comb.es

Trabajo recibido: 30 de agosto 2006