

El tratamiento quirúrgico estaría indicado cuando se detecten complicaciones y en casos de esquistosomiasis ectópica tratando el órgano afecto.

En caso de presentar uropatía obstructiva, el tratamiento incluye desde ablación o resección de lesiones sospechosas a reconstrucción de lesiones estenóticas, reimplante ureteral, sustitución ileal del uréter, cistectomía parcial y cistoplastia de ampliación (2-5,7,10).

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

1. WHO Expert Committee. Prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. Technical report series. Geneva: World Health Organisation, 2002.
- **2. BICHLER, K. H.; SAVATOVSKY, I. y the Members of the Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Guidelines Office of the European Association of Urology (EAU): Naber KG, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE y cols. EAU guidelines for the management of urogenital schistosomiasis. Eur Urol.; 49:998, 2006.
- **3. GRYSEELS, B.; POLMAN, K.; CLERINX, J. y cols.: "Human schistosomiasis". Lancet.; 368:1106, 2006.
- *4. DONATE MORENO, M.J.; PASTOR NAVARRO, H.; GIMENEZ BACHS, J.M. y cols.: "Vesical schistosomiasis, case report and Spanish literature review. Actas Urol Esp.;30:714, 2006.
5. ROSS, A.G.; BARTLEY, P.B.; SLEIGH, A.C. y cols.: "Schistosomiasis". N. Engl. J. Med.;346:1212, 2002.
6. HODDER, S.L.; MAHMOUD, A.A.; SORENSON, K. y cols.: "Predisposition to urinary tract epithelial metaplasia in Schistosoma haematobium infection". Am. J. Trop Med Hyg.; 63:133, 2000.
7. DAWAM, D.; KALAYI, G.D.; OSUIDE, J.A. y cols.: "Haematuria in Africa: is the pattern changing?". BJU Int.; 87:326, 2001.
- *8. PIERAS AYALA, E.; SALVADOR, J.; VICENTE, J.: "Bilharziasis, clinical course of the disease: acute and chronic phase. Two clinical cases". Arch. Esp. Urol.; 53:834, 2000.
9. SQUIRES, N.: "Intervenciones para el tratamiento de la esquistosomiasis por S. haematobium" (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). 2006.
10. ALVAREZ KINDELAN, J.; ALAMEDA ARAGONESES, V.; CARMONA CAMPOS, E. y cols.: "Bilharziasis and bladder cancer. A case report". Review. Actas Urol Esp.; 23:60, 1999.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 7 (799-802), 2007

EDEMA DEL ESCROTO AGUDO IDIOPÁTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Jorge Planelles Gómez, Jose Ramón Beltrán Armada, Manel Beamud Cortés, Teresa Pastor Navarro, Aleixandre Vergés Prósper, Ignacio Rubio Tortosa y Carlos San Juan de Laorden.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentar dos casos de edema de escroto agudo idiopático.

MÉTODOS: Describimos los casos de dos varones de 12 años que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando dolor, edema y eritema en un hemiescroto sin recordar antecedente traumático previo.

RESULTADOS: A la exploración de ambos pacientes se puede observar los hemiescrotos enrojecidos y aumentados de tamaño pero con testes y epidídimos normales. Con el diagnóstico de escroto agudo se les efectuaron unas ecografías en las que se pudo ver un edema heterogéneo en piel escrotal con flujo Doppler aumentado y testes ecográficamente normales.

CONCLUSIONES: El edema de escroto agudo idiopático es una patología autolimitada que afecta básicamente a

Correspondencia

Jorge Planelles Gómez
Avda. Ramón y Cajal, 5 pta. 21
46007 Valencia. (España)
jorge_planelles@yahoo.es

Trabajo recibido: 1 de diciembre 2006.

niños prepúberes que debe ser incluida en el diagnóstico diferencial del escroto agudo para evitar intervenciones más agresivas innecesarias.

Palabras clave: Escroto agudo. Edema escrotal idiopático.

Summary.- *OBJECTIVE:* To report two cases of acute idiopathic scrotal edema.

METHODS: We describe the cases of two 12-year-old male patients presenting at the emergency department of our hospital with pain, edema and erythema in one hemiscrotum without history of trauma.

RESULTS: On physical examination both patients showed red hemiscrotum skin and increase of the size with normal testicles and epididymis. With the diagnosis of acute scrotum testicular ultrasound were performed and showed heterogeneous edema of the scrotal skin with increased in Doppler flows and normal testicles.

CONCLUSIONS: Acute idiopathic scrotal edema is a self-limited pathology which basically affects children before puberty and should be included in the differential diagnosis of acute scrotum to avoid aggressive interventions.

Keywords: Acute scrotum. Idiopathic scrotal edema.

CASO CLÍNICO I

Varón de 12 años que acude al servicio de Urgencias con dolor en testículo derecho de 48 horas de evolución, de aparición súbita, sin antecedente traumático, y que ha disminuido de intensidad aunque persistiendo actualmente el dolor.

Como antecedentes personales generales destaca el no tener alergias medicamentosas o de cualquier otro tipo y estar apendicectomizado hace 4 años. Como antecedentes urológicos: intervenido de testículo derecho en ascensor en la infancia, y padeció un episodio similar al actual hace un año diagnosticándosele entonces de orquiepididimitis aguda derecha.

A la exploración física se observa: cicatriz de incisión de McBurney, cicatriz en hemiescroto derecho, reflejos cremastéricos bilaterales conservados, pene normal con meato uretral normal y retracción de prepucio sin problemas. Teste y epidídimo izquierdos de tamaño y consistencia normales no dolorosos, teste y epidídimo derechos de tamaño y consistencia normales. Ligero aumento de tamaño del hemiescroto derecho con leve eritema que, además, resulta doloroso a palpación, sobre todo en la zona del polo superior del teste, siendo

difícil valorar si está relacionado o no con el testículo. Maniobra de Prehn negativa, transluminación negativa, no se evidencia mancha azul y no tiene fiebre.

En el estudio ultrasonográfico con eco-Doppler se observa, ambos testes de tamaño y forma normales, sin aumento del flujo Doppler, y aumento del grosor de las cubiertas testiculares derechas (Figura 1).

Con el diagnóstico de edema de escroto agudo idiopático, se le prescribieron AINES como analgésicos y se le remitió al domicilio.

En revisión posterior a los 7 días se puede apreciar la desaparición de toda tumefacción en hemiescroto derecho y a la palpación, el niño no refiere dolor.

CASO CLÍNICO II

Niño de 12 años que acude a Puertas de Urgencias por aumento del volumen escrotal dolor en hemiescroto izquierdo de horas de evolución y sin antecedente traumático conocido. No fiebre. No síndrome miccional.

Sin alergias medicamentosas, no tiene antecedentes personales de interés.

A la exploración física, se detecta edema y enrojecimiento de la piel escrotal, más acusado en el hemiescroto izquierdo ligeramente doloroso a palpación. Cordón y testículos de tamaño y consistencia normales no dolorosos.

No aparece hidrocele a la transluminación y la maniobra de Prehn es negativa. Reflejos cremastéricos conservados.

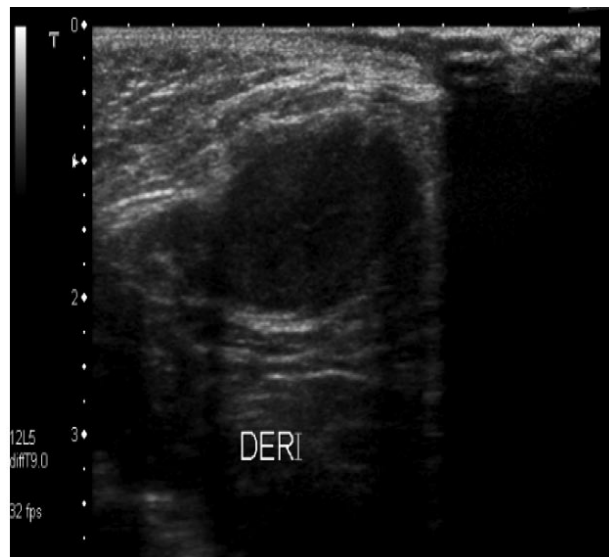


FIGURA 1. Aumento de grosor de las cubiertas testiculares con teste normal.

Se solicitó estudio ultrasonográfico que informó de: testículo y epidídimos bilaterales de tamaño normales sin signos de inflamación y sin aumento de el flujo al Eco-Doppler. Cubiertas testiculares y tejido celular subcutáneo de hemiescrotó izquierdo engrosados con aumento del flujo Doppler (Figura 2).

Se le diagnosticó de edema de escroto agudo idiopático, se le recetaron AINES y se le cito para revisión a los 5 días, donde se pudo observar que el edema, el eritema y el dolor habían desaparecido casi por completo.

DISCUSIÓN

El edema de escroto agudo idiopático (Acute Idiopathic Scrotal Oedema-AISO) es un tipo de escroto agudo que aparece sobre todo en niños y que cuya verdadera incidencia actualmente es desconocida.

Fue descrita por primera vez por Quist en 1956. Él informó de que representaba el 20% de todos los casos de escroto agudo en niños (1). Actualmente la bibliografía recoge una media del 20%-30% de todas las admisiones con patología aguda escrotal, aunque existen series como la de Najmaldin y Burge que apuntan que el AISO representa la causa más frecuente en menores de 10 años, llegando incluso al 69% de todos los casos (2), y otras en cambio, la definen como una causa poco común dentro del diagnóstico diferencial del escroto agudo (3).

El rango de edad más frecuentemente afectado es el de niños prepuberales de entre 5 a 11 años. No obstante, existe literatura que describe casos en pacientes que van desde los 4 meses hasta los 18 años e incluso, más adultos, pero siempre con las mismas características (1-6).

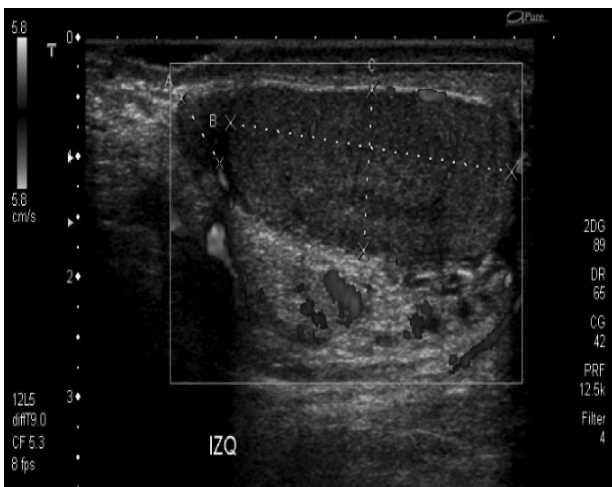


FIGURA 2. Cubiertas testiculares y tejido celular subcutáneo engrosados con flujo Doppler aumentado con teste normal.

Esta patología se caracteriza por la aparición súbita de edema y eritema de intensidad variable en escroto, con más o menos dolor, sin recordar antecedente traumático. Este edema se puede extender a pared abdominal anterior y periné. La aparición del edema es unilateral o bilateral, variando la proporción según las series (2,5,7), aunque en la mayoría de los casos suele ocurrir es que empiece en un hemiescrotó y termine envolviendo a todo el saco escrotal.

A la exploración física cuidadosa se observan unos testes y epidídimos de tamaño y consistencia normales no dolorosos, y una piel escrotal caliente, aumentada de grosor y que puede doler a la palpación.

Los pacientes se presentan afebriles o, como mucho con febrícula, y las analíticas de sangre y orina están dentro de los parámetros de la normalidad destacando, en el 2% al 4% de los casos, una discreta eosinofilia (2,6).

El AISO es una patología autolimitada que se resuelve espontáneamente en 2 a 4 días sin dejar secuelas simplemente con la administración de AINEs para aliviar las molestias. Sin embargo en la mayoría de los casos suele caracterizarse por la recurrencia de sus episodios (1-10).

El diagnóstico se basa en criterios fundamentalmente clínicos, y, a menudo, se hace por exclusión. No obstante, la ultrasonografía con Doppler nos puede ayudar mucho en el diagnóstico diferencial. Lo característico, aunque no patognomónico, es la aparición de, una piel escrotal engrosada con edema heterogéneo, flujo Doppler peritesticular aumentado y un pequeño hidrocele reactivo. De la misma manera la ecografía también nos desvelará unos testes y epidídimos no aumentados de tamaño sin signos inflamatorios y con un flujo Doppler normal (9-10).

La etiología del AISO es desconocida y a lo largo de la literatura se han propuesto múltiples mecanismos, entre ellas destacan la causa infecciosa, sobre todo de la piel parineal y el periné tal y como defiende Nicholas y cols. (7), o la inflamación de las criptas de Morgagni (8).

Sin embargo, la teoría que tiene más adeptos es la que define la AISO como una especie de reacción alérgica. Esta teoría justificaría su similitud con un edema angioneurótico, la presencia de eosinofilia periférica en algunos casos, los cultivos estériles, la nula eficacia de los antibióticos y la ocasional respuesta a los antihistamínicos. Además, en algunas series informan de una relación con algún tipo de desorden alérgico en hasta el 60% de los pacientes con AISO en comparación con el 28% de los casos controles. Pese a todo, ningún alérgeno ha podido ser identificado (2,3,5,6).

Al ser autolimitada, el tratamiento con AINEs suele bastar para reducir las molestias propias del proceso. No obstante, no existe un criterio uniforme en cuanto al tra-

tamiento y, por supuesto, si existen dudas diagnósticas, está indicada la exploración quirúrgica.

CONCLUSIÓN

El edema de escroto agudo idiopático es una patología autolimitada que afecta fundamentalmente a niños pre-púberes que se caracteriza por la presencia de edema y eritema, de aparición brusca, en el escroto sin antecedente traumático y con testes y epidídimos normales. Su etiología es desconocida, y el diagnóstico es, básicamente clínico, en la mayoría de las veces por exclusión, aunque nos puede ayudar la realización de un estudio ultrasonográfico con flujo Doppler para determinar el engrosamiento de la piel y tejido subcutáneo del escroto sin alteraciones en los testículos.

Es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial del escroto agudo ya que su correcta identificación nos evitará actuaciones quirúrgicas y tratamientos antibióticos innecesarios.

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

- **1. QUIST, O.: "Swelling of the scrotum in infants and children, and nonspecific epididymitis. A study of 158 cases". Acta. Chir. Scand., 110:417, 1956.
- **2. NAJMALDIN, A.; BURGE, D.M.: "Acute idiopathic scrotal oedema: incidence, manifestations and aetiology". Br. J. Surg., 74:634, 1987.
- *3. KLIN, B.; LOTAN, G.; EFRATI, Y. y cols.: "Acute idiopathic scrotal edema in children-revisited". J. Pediatr. Surg., 37:1200, 2002.
- 4. SHAH, J.; QURESHI, I.; ELLIS, B.W.: "Acute idiopathic scrotal oedema in an adult: a case report". Int. J. Clin. Pract., 58:1168, 2004.
- 5. SASSO, F.; NUCCI, G.; PALMIOTTO, F. y cols.: "Acute idiopathic scrotal oedema: rare disorder or difficult diagnosis?". Int. Uro. Nephrol., 22:475, 1990.
- 6. KAPLAN, G.W.: "Acute idiopathic scrotal oedema". J. Pediatr. Surg., 12:647, 1977.
- *7. NICHOLAS, J.L.; MORGAN, A.; ZACHARY, R.B.: "Idiopathic edema of scrotum in young boys". Surgery, 67:847, 1970.
- 8. VAN LANGEN, A.M.; GAL, S.; HULSMANN, A.R. y cols.: "Acute idiopathic scrotal oedema: four cases and a short review". Eur. J. Pediatr., 160:455, 2001.
- **9. HERMAN, T.E.; SHACKELFORD, G.D.; McALISTER, W.H.: "Acute idiopathic scrotal edema: role of scrotal sonography". J. Ultrasound Med., 13:53, 1994.
- 10. THOMAS, A.C.; CAIN, M.P.; CASALE, A.J. y cols.: "Ultrasound findings of acute idiopathic scrotal edema". ScientificWorldJournal, 7 (Suppl 1):9, 2004.

ONCOCITOSIS RENAL DE PACIENTE EN HEMODIALISIS.

Raquel González Resina, Enrique Argüelles Salido, David Marcilla Plaza, Pedro Campoy Martínez, Belén Congregado Ruiz y Rafael Medina López.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Resumen.- OBJETIVO: La oncocitosis renal es una patología infrecuente. Presentamos el primer caso publicado de paciente diagnosticado de esta patología y sometido posteriormente a trasplante combinado riñón-páncreas.

MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente en el que, en una revisión rutinaria por Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) y tratamiento con hemodiálisis, en espera de trasplante renal, se diagnostican de forma incidental dos oncocitomas renales y focos de oncocitomatosis microscópica. Se realiza nefrectomía radical derecha y tras el estudio anatómico-patológico, con masas dominantes caracterizadas como oncocitomas renales (OR), se sometió a trasplante combinado reno-pancreático nueve meses después.

Correspondencia

Raquel González Resina
Cardenal llundain, 24. esc 4 - 2º c.
41013. Sevilla. (España).
raqgores@yahoo.es

Trabajo recibido: 5 de diciembre 2006