

El tratamiento de elección, para los casos de litiasis pequeñas, que puedan ser trituradas con la pinza litotritora y la tracción del dispositivo intrauterino con la pinza de cuerpo extraño, es el endoscópico, ya que es mínimamente invasivo, rápido y efectivo (3,5,6,12-14). Sin embargo, en los caso como el nuestro, de litiasis grandes, la cistolitotomía suprapúbica, es la indicación. (1,7,8,15)

CONCLUSIÓN

Aunque es infrecuente, se debe sospechar la migración intravesical de un dispositivo intrauterino, en toda paciente que lo haya usado y desconozca su paradero, y más aún, si presenta sintomatología urinaria irritativa baja persistente, rebelde al tratamiento.

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

- *1. RAJAIE ESFAHANI, M.; ABDAR, A.: "Inusual migration of intrauterine device into bladder and calculus formation". Urol. J. Tehran, 4: 49, 2007.
2. HERMIDA PÉREZ, JA.; DEL CORRAL SUÁREZ, T.; CERDITAS MARTÍNEZ, G. y cols.: "Litiasis vesical formada a partir de un DIU. Un caso raro". Arch. Esp. Urol., 50: 808, 1997.
3. EL-HEFNAWY, A.S.; EL-NAHAS, A.R.; OSMAN, Y. y cols.: "Urinary complications of migrated intrauterine contraceptive device". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., [Epub ahead of print], Jul 14, 2007.
4. DEDE, F.S.; DILBAZ, B.; SAHIN, D. y cols.: "Vesical calculus formation around a migrated copper T 380-A". Eur. J. Contracept. Reprod Health Care, 11: 50, 2006.
- **5. EKE, N.; OKPANI, A.: "Extrauterine translocated contraceptive device: A presentation of five cases and revisit of the enigmatic issues of iatrogenic perforation and migration". Afr. J. Reprod Health, 7: 117, 2003.
- *6. CELISKAN, E.; OZTÜRK, N.; DILBAZ, B.O. y cols.: "Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices". Eur. J. Contracept Reprod Health Care, 8: 150, 2003.
7. ITURRALDE CODINA, A.; GOZÁ LEÓN, F.; BEYRIES TAMAYO, W. y cols.: "Double bladder lithiasis from and intrauterine device. Report on case". Arch. Esp. Urol., 57: 160, 2004.
8. RAFIQUE, M.: "Vesical calculus: A complication of intravesical migration of intrauterine contraceptive device". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 13: 380, 2002.
- **9. NOUIRA, Y.; RAKROUKI, S.; GARGOURI, M. y cols.: "Intravesical migration of an intrauterine contraceptive device complicated by bladder stone: A report of six cases". Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 18: 575, 2007.
10. REYES ACEVEDO, J.; BUSTAMANTE SARABIA, J.: "Perforación uterina y localización vesical de un dispositivo intrauterino y cistolitiasis. Comunicación de un caso y revisión de la literatura". Ginecol. Obstet. Mex., 63: 407, 1995.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 5 (643-646), 2008

QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR

Francisco M. Ramos Pleguezuelos, Joaquín Amérigo, Carlos Vidal Puga, Ghaleb Shahroui¹, Carolina Rodríguez-Arias Palomo y Bélgica Márquez Lobo.

Servicio de Anatomía Patológica y Servicio de Urología¹. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

Resumen.- OBJETIVOS: Los quistes epidermoides testiculares son muy infrecuentes y su diagnóstico preoperatorio suele plantear dificultades. Describimos un caso de quiste epidérmico testicular con el ánimo de contribuir al conocimiento clinicopatológico de esta entidad.

MÉTODOS: El caso clínico corresponde a un hombre de 24 años que consultó por una masa en testículo derecho, detectada por autopalpación, que por ecografía se etiquetó de tumor sólido. El paciente fue sometido a una orquiectomía radical.

Correspondencia | Francisco Manuel Ramos Pleguezuelos
Servicio de Anatomía Patológica
Complejo Hospitalario Torrecárdenas
Paraje Torrecárdenas s/n.
04009 Almería (España).
franpleguezuelos@gmail.com

Trabajo recibido: 3 de octubre 2007.

RESULTADOS: Macroscopicamente se identificó una lesión quística intratesticular de 1,4 cm, que histológicamente estaba tapizada por una epidermis sin anejos, con abundantes láminas de queratina intraluminales; la pulpa testicular adyacente carecía de alteraciones.

CONCLUSIONES: Si los datos preoperatorios apoyan el diagnóstico de quiste epidérmico es razonable realizar un tratamiento conservador, que debe comprender estudio anatomopatológico intraoperatorio, incluyendo examen microscópico del quiste y del parénquima anexo para descartar la coexistencia de una neoplasia germinal intratubular.

Palabras clave: Quiste epidermoide. Testículo. Tumores germinales. Tratamiento conservador.

Summary.- *OBJECTIVE:* Testicular epidermoid cysts are rare and can be clinically misleading with other testicular neoplasms. We describe a case of epidermal cyst of the testis, with the aim to contribute to the clinicopathological knowledge of this entity.

METHODS: A 24-year-old caucasian man presented with a self-detected right testicular mass. Ultrasound features were consistent with solid tumor. He underwent an inguinal radical orchiectomy.

RESULTS: An intraparenchymal cyst measuring 1,4 cm was observed, covered by epidermal epithelium with no other skin components. Adnexal testicular pulp was normal.

CONCLUSIONS: When a preoperative diagnosis is made, a conservative treatment is recommendable, including frozen sections analysis of the cyst and adjacent testicular parenchyma to rule out a coexistent intratubular germ cell neoplasia.

Keywords: Epidermoid cyst. Teste. Germinal tumors. Conservative management.

INTRODUCCIÓN

El quiste epidermoide testicular (QET) comprende el 1-2% de todos los tumores testiculares (1, 2). Es una lesión de curso silente y sin potencial maligno alguno, que en la mayoría de casos aparece como una masa no dolorosa que suele detectar el propio paciente por autopalpación (1, 2). La caracterización preoperatoria de un QET conlleva serias dificultades, si bien existen datos bioquímicos (marcadores tumorales séricos normales) y radiológicos (imágenes en "diana" o en "capas de cebolla") que pueden ayudar a perfilar el diagnóstico (3, 4). El reconocimiento de un quiste intratesticular, revesti-

do por un epitelio de tipo epidérmico y con láminas de queratina intraluminales, en ausencia de cicatriz parenquimatosa y de neoplasia germinal intratubular (NGIT) adyacente, permite establecer de un modo definitorio el diagnóstico anatomopatológico de QET (1).

CASO CLÍNICO

Corresponde a un varón de 24 años, de raza blanca, aquejado de una masa no dolorosa en testículo derecho, que se notó el paciente por autopalpación. Los niveles séricos de beta-HCG y de alfa-FP fueron normales. Se realizó una ecografía cuyas imágenes se interpretaron como un tumor sólido testicular. El paciente fue sometido a una orquiectomía radical inguinal derecha, con curso postoperatorio normal.

Hallazgos Patológicos: El examen macroscópico puso de manifiesto una pieza de orquiectomía de 5,5 x 4 x 4 cm y 51 g de peso, que, en polo superior y situada en el espesor de la pulpa testicular, contenía una lesión quística de 1,4 cm, circunscrita por una cápsula, con un contenido de aspecto queratósico, consistencia deleznable y coloración blanquecina; el parénquima testicular circundante conservaba un aspecto esponjoso y blando (Figura 1). El resto de la pieza presentaba como único hallazgo relevante una formación quística en cordón espermático, de 1,2 cm de diámetro, de pared lisa y translúcida y contenido acuoso.

Microscópicamente, la lesión intraparenquimatosa, estaba representada por una formación quística tapizada por un epitelio escamoso estratificado, de escaso grosor y con capa granulosa, delimitada periféricamente por una delgada banda fibrosa, sin evidencia de anejos cutáneos, cuya luz estaba ocupada por abundante material queratósico, laminado y compacto. El parénquima testicular adyacente reflejaba unas características normales, con un adecuado gradiente madurativo de la celularidad germinal tubular (Figura 2). La lesión quística del cordón espermático correspondía a un espermatocele.

DISCUSIÓN

Los quistes epidermoides son lesiones benignas frecuentes que aparecen fundamentalmente en la piel y comparten los rasgos histológicos con los de otras localizaciones. Los criterios histopatológicos para establecer el diagnóstico de QET fueron detallados en 1969 por Price (1). Estos incluyen: localización en el parénquima testicular; presencia de material amorfo o restos de queratina en el interior del quiste; existencia de un refuerzo fibroso sobre el que asienta una cubierta de epitelio escamoso, que puede ser completa o incompleta; ausencia de anejos dérmicos o teratomatosos dentro o fuera del quiste; y por último, la ausencia de cualquier lesión cicatricial en el parénquima testicular, que sería

el reflejo de un teratoma en fase de regresión completa (5, 6). Los casos asociados a una neoplasia germinal intratubular (NGIT) son considerados como teratomas en los que solo se reconoce el componente ectodérmico diferenciado (5). **Por ello, es necesario llevar a cabo un amplio muestreo de estas lesiones para descartar componentes teratomatosos adicionales y, sobre todo, para excluir focos inmaduros.** La asociación de estructuras anexiales cutáneas, tales como pelo y glándulas sebáceas o sudoríparas, en continuidad o a distancia en el parénquima testicular, es un criterio suficiente para considerar la lesión como un quiste dermoide (5).

A pesar de su naturaleza benigna, los QETs pueden plantear problemas clínicos que impliquen decisiones terapéuticas comprometidas. La mayoría de tumores intratesticulares en el adulto suelen ser neoplasias malignas, lo que unido a la escasa frecuencia de los QETs, puede hacer aún más difícil su diagnóstico. La mayor incidencia de esta lesión se da en la tercera década de la vida, en varones de raza blanca; son más raros en la edad pediátrica y generalmente se presentan de forma unilateral (2). El diagnóstico preoperatorio del QET puede establecerse mediante pruebas radiológicas, fundamentalmente por ecografía y en menor medida por resonancia magnética. Existen signos radiológicos que sustentan el diagnóstico de QET, tales como la observación de un nódulo bien circunscrito, con un refuerzo ecogénico en la periferia y una zona central "en capas de cebolla" o "en diana" o la típica imagen en "ojo de buey" demostrada por RM (3), aunque, por un lado, no es raro que un QET incluya signos ecográficos superponibles a los de un tumor sólido maligno, y, por otro, los teratomas con un importante componente ectodérmico pueden exhibir una imagen "en diana", simulando un

quiste epidermoide (7). En definitiva, el dato más constante y significativo, presente en los casos de QET, es la normalidad de los valores séricos de beta-HCG, alfa-FP y LDH (3, 4).

No existe un consenso generalizado acerca del tratamiento del QET. Algunos autores consideran la orquiectomía como el tratamiento electivo (2, 6), argumentando que posibilita la estricta aplicación de los criterios de Price (1), a la vez que garantiza descartar la presencia de una NGIT u otros componentes tumorales germinales. Otros autores, por el contrario, preconizan la realización de un tratamiento quirúrgico conservador (3-5, 7-9), consistente en la escisión del quiste con el suficiente parénquima testicular circundante para corroborar mediante el examen intraoperatorio de varias muestras, la ausencia de cualquier componente teratomatoso y de una NGIT (5, 8). Obviamente, esta última opción quirúrgica requiere que los datos clínicos, bioquímicos y radiológicos refuerzan conjuntamente el diagnóstico preoperatorio de QET. Ante una duda razonable o la existencia de signos discordantes debe realizarse una orquiectomía (4, 5, 9), tal como se ha procedido en el presente caso, debido a que en el examen ecográfico se consideró el diagnóstico de tumor sólido testicular.

Se ha señalado la conveniencia de establecer controles evolutivos periódicos en los pacientes sometidos a cirugía conservadora, a partir de la publicación de un caso de un paciente que desarrolló un seminoma a los 5 años de la enucleación de un QET (10). Este planteamiento, además de estar basado en un caso aislado, es biológicamente inconsistente, porque el tiempo transcurrido entre la aparición de las dos lesiones apoya netamente un evento casual.

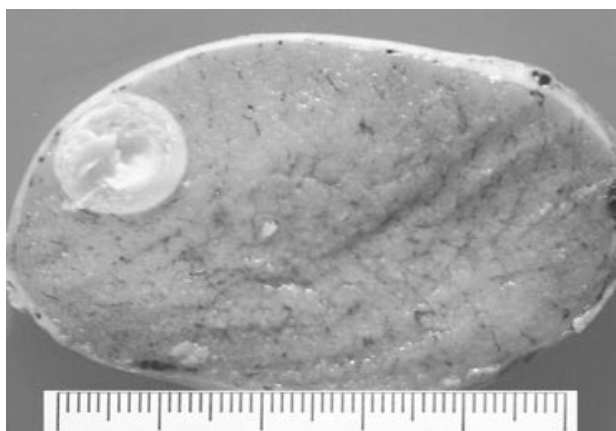


FIGURA 1. Pieza de orquiectomía que muestra en uno de los polos una lesión quística, netamente delimitada del parénquima testicular anexo y ocupada por un material blanquecino y laminado, de aspecto queratósico.

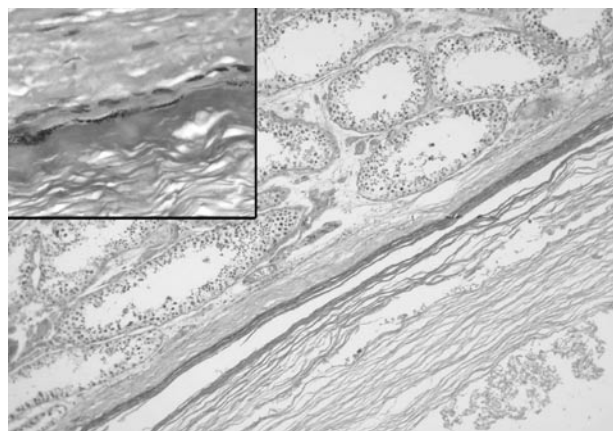


FIGURA 2. Estructura quística con abundantes láminas de queratina en la luz, tapizada por un delgado epitelio escamoso estratificado, con capa granulosa (recuadro). El epitelio germinal de los túbulos adyacentes conserva sus características normales.

CONCLUSIONES

Si los datos preoperatorios (clínicos, bioquímicos y radiológicos) sustentan el diagnóstico de QET es razonable realizar un tratamiento conservador, consistente en la enucleación de la lesión con márgenes quirúrgicos suficientes, que permitan efectuar un estudio anatómopatológico intraoperatorio, que debe comprender un muestreo microscópico de la pared del quiste para excluir elementos teratomatosos y especialmente del parénquima testicular anexo para descartar la coexistencia de una neoplasia germinal intratubular.

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

- **1. PRICE, E.B.: "Epidermoid cysts of the testis: A clinical and pathological analysis of 69 cases from the testicular tumour registry". *J. Urol.*, 102: 708, 1969.
- **2. SHAH, K.H.; MAXTED, W.C.; CHUN, B.: "Epidermoid cysts of the testis: A report of three cases and an analysis of 141 cases from the world literature". *Cancer*, 47: 577, 1981.
- *3. LANGER, J.E.; RAMCHANDANI, P.; SIEGELMAN, E.S. y cols.: "Epidermoid cysts of the testicle: Sonographic and MR imaging features". *Am. J. Roentgenol.*, 173: 1295, 1999.
- *4. WALSH, C.; RUSHTON, H.G.: "Diagnosis and management of teratomas and epidermoid cysts". *Urol. Clin. North. Am.*, 27: 509, 2000.
- *5. DIECKMANN, K.P.; LOY, V.: "Epidermoid cyst of the testis: A review of clinical and histogenetic considerations". *Br. J. Urol.*, 73: 436, 1994.
6. JHONSON, J.W.; HODGE, E.E.; RADWIN, H.M.: "Epidermoid cyst of testis: A case for orchiectomy". *Urology*, 29: 23, 1987.
- *7. MAIZLIN, Z.V.; BELENKY, A.; BANIEL, J. y cols.: "Epidermoid cyst and teratoma of the testis: Sonographic and histologic similarities". *J. Ultrasound. Med.*, 24: 1403, 2005.
8. HEIDENREICH, A.; ENGELMANN, U.; VIETSCH, H.V. y cols.: "Organ preserving surgery in testicular epidermoid cysts". *J. Urol.*, 153: 1147, 1995.
9. MARTÍNEZ SILVA, V.M.; CRUCEYRA BETRÍU, G.; PIEDRA LARA, J.D. y cols.: "Quiste epidermoide testicular: A propósito de un nuevo caso y revisión de la literatura". *Arch. Esp. Urol.*, 57: 641, 2004.
10. WOO, L.L.; CURTIS, M.R.; COHEN, M.B. y cols.: "Development of seminoma following conservative treatment of testicular epidermoid cyst". *J. Urol.*, 165: 1635, 2001.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 61, 5 (646-649), 2008

EL INFARTO RENAL EN LA VALORACIÓN DE DOLORES LUMBARES

Alfonso Barbagelata López, Patricia Lado Lema¹, José Lorenzo², Cristina Barbagelata López, Andrés Rodríguez Alonso, German Suárez Pascual² y Alfonso González Blanco.

Servicio de Urología. Hospital Arquitecto Marcide.

¹*Urgencias. Hospital Modelo.*

²*Servicio de Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. España.*

Resumen.- OBJETIVO: Presentamos un caso clínico de dolor cólico hacia fosa lumbar ocasionado por infarto renal en un paciente joven sin antecedentes de riesgo tromboembólicos conocidos.

MÉTODOS: Existen procesos poco habituales que se deben incluir en el diagnóstico diferencial del dolor cólico lumbar. Realizamos una revisión en el conocimiento actual.

RESULTADO/CONCLUSIONES: La mayor dificultad para el diagnóstico de esta patología radica en su sospecha

Correspondencia

Alfonso Barbagelata López
Arquitecto Marcide (Ferrol)
Ribeira Sacra, 7 – 9º H
15190 La Coruña (España).
barbage2004@yahoo.com

Trabajo recibido: 4 de octubre 2007.