



¿Qué significa una calcificación intratesticular?

Júlia Morata Alba^a, Paloma Beltrán Catalá^b

^aServicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Játiva. Valencia. España • ^bMIR-Pediatría, Hospital Lluís Alcanyís. Játiva. Valencia. España.

Publicado en Internet:
13-junio-2016

Júlia Morata Alba:
juliamorataalba@gmail.com

Palabras clave:

- Enfermedad testicular
 - Niño
- Calcificación patológica

Resumen

El dolor escrotal agudo es una entidad clínica que en un porcentaje elevado de casos va asociado a una necesidad de actuación médica urgente como es la torsión testicular. La ecografía testicular ayuda en el diagnóstico y debido a su mayor uso en las últimas décadas se están realizando hallazgos accidentales como las microlitiasis testiculares. Suele ser un proceso benigno, pero está descrita su asociación con tumores testiculares, por lo que se recomienda un seguimiento clínico y ecográfico periódico.

What does it means intratesticular calcification in Pediatrics?

Key words:

- Testicular disease
 - Childhood
 - Pathologic calcification

Abstract

Acute scrotal pain is a clinical entity that in a high percentage of cases is associated with an urgent need for medical intervention such as testicular torsion. Testicular ultrasound helps diagnosis and incidental findings, as the testicular microlithiasis, are found due to the increased use of ultrasound in recent decades. It is a benign condition, but it has been found associated with testicular tumors, so periodic clinical and ultrasound monitoring is recommended.

CASO CLÍNICO

Niño de diez años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por dolor testicular de cuatro horas de evolución. Refería que, estando previamente bien, inicia de modo progresivo molestias en el testículo izquierdo. No refería fiebre, ni traumatismo previo ni síndrome miccional. No presentaba antecedentes familiares ni personales de interés.

La exploración clínica fue normal, salvo el testículo izquierdo que mostraba un discreto aumento del

tamaño, eritematoso y molesto a la palpación, pero con alivio del dolor con el ascenso testicular. Reflejo cremastérico presente. Se palpan ambos testes normoposicionados, normoconformados, sin observarse lesiones cutáneas.

Ante el dolor escrotal agudo se solicitó ecografía Doppler testicular (**Fig. 1**) para completar el estudio, observándose imágenes compatibles con epididimitis izquierda y descartando torsión testicular. Como hallazgo casual se observó una imagen de calcificación intratesticular derecha de 1,5 mm.

Cómo citar este artículo: Morata Alba J, Beltrán Catalá P. ¿Qué significa una calcificación intratesticular? Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:e97-e99.

Figura 1. Ecografía testicular: no se observan signos de torsión testicular. Ambos testes con presencia de flujo en la ecografía Doppler color. En el teste izquierdo se visualiza un epidídimo aumentado de tamaño, engrosado y con aumento de flujo. El teste izquierdo también tiene discreto aumento del flujo en la ecografía Doppler color. Teste derecho de tamaño y ecoestructura normal. Se visualiza un pequeño quiste de 4 mm en la cabeza del epidídimo y una pequeña calcificación de 1,5 mm intratesticular



Se pautaron medidas de analgesia y recomendaciones para minimizar las molestias (elevación escrotal y reposo), explicando los signos de alarma ante los que consultar de nuevo. Evolucionó favorablemente.

Dada la imagen de calcificación intratesticular, se citó a consultas de Pediatría para el seguimiento evolutivo.

En los primeros dos años de seguimiento el paciente ha permanecido asintomático y no se han observado cambios respecto al número ni distribución de las microcalcificaciones testiculares, así como tampoco se han referido cambios en la ecogenicidad del parénquima testicular. Seguiremos realizando controles clínicos y ecográficos periódicos para valorar su evolución.

DISCUSIÓN

Se conoce con el nombre de escroto agudo al dolor escrotal de inicio brusco junto con tumefacción (calor y rubor) testicular. La etiología es variada: torsión testicular (45%), torsión de la hidátide (35%), epididimitis (15%) y edema testicular idiopático (5%).

Se considera una urgencia dada la posible asociación con la torsión testicular, que requeriría una atención urológica inmediata, pudiendo requerir cirugía urgente.

Para un correcto diagnóstico en todo caso de dolor testicular agudo se debe realizar una anamnesis detallada y ordenada incluyendo el modo de inicio del dolor (brusco o progresivo), las horas de evolución y la sintomatología acompañante (vómitos, clínica miccional, afectación del estado general...). Se debe acompañar de una exploración clínica completa y centrada en el abdomen y el área genital (testes, bolsa escrotal y pene).

Con una correcta anamnesis y una exploración clínica adecuada podemos llegar a un diagnóstico correcto, pero además una ecografía testicular Doppler es importante para valorar el flujo vascular y así descartar lesiones urgentes como la torsión testicular.

- En la torsión testicular el inicio del dolor es brusco, el teste está en una posición fija, horizontalizado y doloroso al tacto, con ausencia de reflejo cremastérico. La ecografía con Doppler completa el diagnóstico y valora la vascularización testicular.
- En la torsión de hidátide, el dolor suele ser también de inicio agudo y en la exploración se observa una lesión negruzca en la porción superior del escroto. La ecografía también nos confirma el diagnóstico.
- En la epididimitis/orquiepididimitis, el inicio del dolor es más insidioso, con tumefacción y aumento del tamaño testicular (orquiepididimitis), pero los testes están normoposicionados, con reflejo cremastérico presente.
- En el edema escrotal idiopático, el edema y el dolor está localizado a nivel de la bolsa escrotal, siendo los testes normales a la exploración.

Respecto al hallazgo ecográfico de una microcalcificación intratesticular en un niño de diez años, debemos remarcar la importancia de su seguimiento evolutivo, aunque en general su evolución suele ser asintomática.

Se trata de una entidad radiográfica infrecuente en la edad pediátrica, con una incidencia en la población general del 0,5 al 9% y del 2% en la edad pediátrica¹. Su frecuencia ha aumentado como hallazgo casual dado el uso más ampliado de la ecografía y su mejoría técnica. Se describen como lesiones hiperecogénicas de 1-3 mm sin sombra acústica posterior en el parénquima testicular y en su mayoría se localizan en los túbulos seminíferos^{2,3}.

Se clasifican según el número en: 1) microlitiasis clásica, con más de cinco microlitiasis por campo, y 2) microlitiasis limitada, con menos de 5 microlitiasis por campo. Y según su distribución, en focal (central o periférica) o difusa.

Se recomienda un seguimiento clínico y ecográfico periódico cada seis meses o anual para controlar el número y distribución de las microlitiasis.

Solo se debe realizar biopsia de la lesión en casos de alteración de la ecogenicidad del parénquima testicular y cambio en el número o distribución de las lesiones.

En revisiones amplias queda claro que no hay evidencia de que estas lesiones deban ser consideradas premalignas por sí mismas, pero sí existe asociación entre microlitiasis y tumores testiculares (presente en el 74% de los casos de tumores testiculares malignos)⁴. Está descrita su asociación con

criptorquidia, dolor testicular, varicocele, torsión testicular o de hidátide, infertilidad... También se han descrito en algunos síndromes genéticos como Down, “maullido de gato”, Klinefelter, fibrosis quística, calcificaciones alveolares pulmonares y cerebrales, etc., pudiendo por tanto estar implicados procesos inmunológicos o genéticos. Se desconoce si estas asociaciones son causales o coincidentes.

CONCLUSIÓN

Resaltar la importancia de un correcto diagnóstico ante un dolor escrotal agudo, dada la posible necesidad de una actuación quirúrgica urgente. Remarcar la utilidad de la ecografía Doppler testicular en esta entidad.

Ante el hallazgo de calcificaciones intratesticulares en la edad pediátrica, se debe realizar un seguimiento evolutivo clínico y ecográfico para descartar malignidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trindade Soares AT, Cabral MJ, Carmona L, Vieira I. Testicular microlithiasis and the importance of follow-up. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82:e195-6.
2. Lim B, Song SH, Song G, Kim KS. Changes of calcific density in pediatric patients with testicular microlithiasis. *Korean J Urol*. 2015;56:318-23.
3. Domínguez Hinarejos C, Bonillo García MA, Sangüesa C, Serrano Durbá A, García Ibarra F. Calcificaciones intratesticulares en la edad pediátrica. *Actas Urol Esp*. 2007;31:33-7.
4. Sharmeen F, Rosenthal MH, Wood MJ, Tirumani SH, Sweeney C, Howard SA. Relationship between the pathologic subtype/initial stage and microliths in testicular germ cell tumors. *J Ultrasound Med*. 2015; 34:1977-82.