

### Caso clínico

#### Dolor testicular

María Santano Amores, Ana Isabel Rodríguez Juárez, Antonio Cabrera Majada, Diego Ruiz López

Centro de Salud Daroca. Madrid

Varón de 18 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al centro de salud por dolor en el testículo izquierdo de 4 días de evolución; no se queja de disuria.

Durante la exploración no se observa inflamación ni aumento de la temperatura. El testículo izquierdo es de tamaño normal, alojado en la bolsa escrotal y sin masa palpable; presenta dolor con la palpación de la región inguinal; no se palpa orificio herniario.

El análisis de orina mediante tira reactiva es normal.

Se le cita en el centro de salud para realizar una exploración ecográfica testicular. Utilizamos un transductor lineal, con el paciente en decúbito supino y una toalla bajo el escroto para facilitar el apoyo. Detectamos microcalcificaciones y un varicocele izquierdo (figuras 1 y 2).

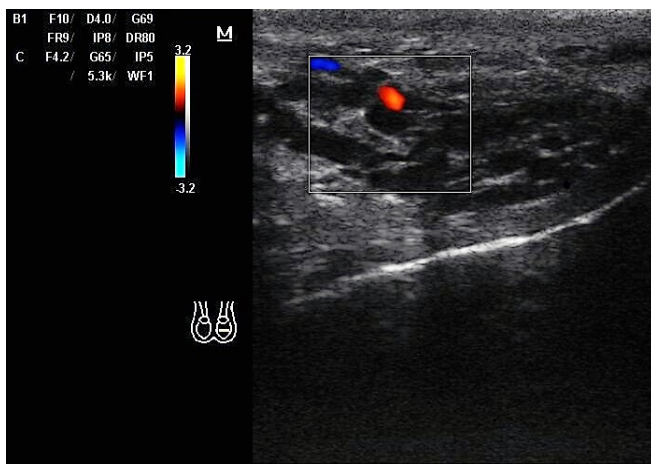


Figura 1.

Con estos hallazgos recomendamos seguimiento ecográfico y exploración física anual, así como autoexploración.

#### COMENTARIO

El testículo adulto es una glándula ovoide, que mide 3-5 x 2-4 cm. La superficie está formada por la túnica albugínea, de la que surgen numerosos tabiques finos testiculares, que crean lobulillos con forma de cono que

contienen los túbulos seminíferos. En la cara posterior del testículo se encuentra el epidídimo que se compone de cabeza cuerpo y cola.

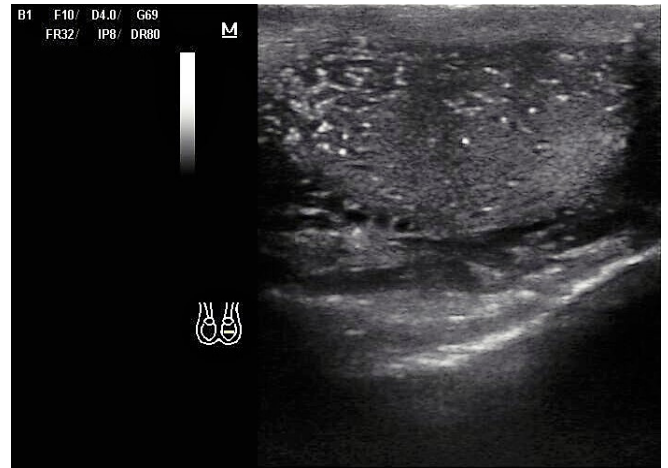


Figura 2.

La microlitiasis testicular se conforma a partir de concentraciones laminares en la luz de los conductos seminíferos. Con ello aparecen pequeñas imágenes hiperecóticas sin sombra acústica posterior en el parénquima testicular.

La microlitiasis se denomina "difusa" cuando se observan más de cinco microlitos en una de las imágenes del testículo, y "limitada" cuando el número es menor. Se cree que se debe a fagocitosis defectuosa de las células tubulares degeneradas por parte de las células de Sertoli, que se calcifican dentro de los túbulos seminíferos.

Se asocia a neoplasias de células germinales intratubulares. Su detección debe hacer sospechar una probable malignización futura. No obstante, no existe consenso sobre el tipo de seguimiento apropiado de este hallazgo, aunque se recomienda una exploración ecográfica anual en los pacientes con factores de riesgo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Gorman B. Escroto. En: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW (eds). *Diagnóstico por ecografía*. 4ª edición. Madrid: Marban 2014; cap 21, pág 753-70.
- Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Aparato genitourinario. En: Middleton WD (eds). *Ecografía*. 2ª edición. Madrid: Marban 2005; cap 6, pág 166.
- Pozniak MA. *Ecografía doppler del escroto*. En: Allan PL, Dubbins PA, Pozniak MA, McDicken WN. *Ecografía clínica doppler*. 2ª edición. Barcelona: Elsevier 2008; cap 12, pág 267.
- Velasco Ruiz M, Parra Gordo ML, Pena Fernández I, Bandrés Carballo B, González Sendra FJ, Caba Cuevas M, Peláez Suárez

- rez D. Evaluación ecográfica de la patología testicular más frecuente. *EuroEco* 2010;1(3):49-54.
- Cañones Garzón PJ, Del Río Martín ML, Jimeno Sanz I, Puyó Rodríguez N. Dolor e inflamación de testículo. *EuroEco* 2010;1(4):82-84.