

# QUISTE GIGANTE DE EPIDÍDIMO IZQUIERDO. INFORME DE UN CASO

## GIANT LEFT EPIDIDYMAL CYST. REPORT OF A CASE

Guillermo Padrón Arredondo\*, Carlos Martínez García\*\*, Yadira Flores Álvarez\*\*\*



La ecografía muestra una imagen anecoica (líquida), quística, redondeada, bien delimitada, a veces tabicada. Sin embargo, esta imagen no es específica, sino que puede ser también observada en casos de hematomas, abscesos e incluso tumores sólidos. Generalmente en quistes pequeños la conducta es observacional pero en los casos en que sean voluminosos, se tornan dolorosos, o son motivo de pensamiento rumiante por los pacientes, se recomienda la enucleación. El quiste del paciente tuvo origen traumático con lento crecimiento hasta volverse sintomático, requiriendo manejo quirúrgico.

**Palabras clave:** epidídimo, trauma, quiste gigante.

### SUMMARY.

**Introduction.** Simple epididymal cysts are congenital or acquired cystic formations that sit on the epididymis. They are easily palpable by the patient who often confuses a testicular tumor or a “third testicle”. If they are bulky they can be confused with a hydrocele. We present a case of acquired giant left epididymis cyst in an adult.

**Presentation of the case.** A 52 year-old patient who started his condition nine months before the intervention after falling from their own height suffering testicular trauma and moderate edema without medical attention; five days before the exploration presents acute pain in left testicle accompanied by urinary retention, when performing the physical examination a non-transilluminate scrotal growth is found, and is normal to the

### RESUMEN.

**Introducción.** Los quistes simples de epidídimo son formaciones quísticas congénitas o adquiridas que se asientan sobre el epidídimo. Son fácilmente palpables por el paciente quien muchas veces los confunde con un tumor de testículo o con un “tercer testículo”. Si son voluminosos pueden ser confundidos con hidrocele. Presentamos un caso de quiste gigante de epidídimo izquierdo en un adulto.

**Presentación del caso clínico.** Paciente de 52 años de edad quien nueve meses antes de la intervención inició su padecimiento

al caer de su propia altura sufriendo trauma testicular y edema moderado sin atención médica; cinco días antes de la exploración presenta dolor agudo en testículo izquierdo acompañado de retención urinaria, a la exploración física se encuentra crecimiento escrotal que no transilumina y resto de la exploración física normal. El ultrasonido reporta: quiste epididimario izquierdo de 100 x 73 x 11 mm, con volumen de 423 cc. Se ingresa y se interviene quirúrgicamente.

**Discusión.** Los quistes simples del epidídimo suelen ser únicos, a veces, pueden estar tabicados como en este caso.

\*Cirujano General. Hospital General de Playa del Carmen. Servicios Estatales de Salud de Q Roo.

\*\*Médico ultrasonografista. Hospital General de Playa del Carmen. Servicios Estatales de Salud de Q Roo.

\*\*\*Médico General. Hospital General de Playa del Carmen. Servicios Estatales de Salud de Q Roo.

**Correspondencia:** Guillermo Padrón Arredondo. Cerrada Corales 138, Residencial Playa del Sol. Playa del Carmen, Solidaridad, Quintana Roo. C.P. 77724. Correo electrónico: gpadronarredondo@hotmail.com

## QUISTE GIGANTE DE EPIDÍDIMO IZQUIERDO

remainder of the physical examination. Ultrasound reports: left epididymal cyst of 100 x 73 x 11 mm, with a volume of 423 cc. The patient was operated surgically.

**Discussion.** Simple cyst of epididymis tend to be unique, sometimes they may be loculated as our case. Ultrasound shows an anechoic (liquid), fibrosis, rounded, well delimited, sometimes loculated image. However this image is not specific, but can be also observed in cases of hematoma, abscess and even solid tumors. Generally in small cysts behavior is observational but in cases in which they are bulky, they become painful, or are ruminant thought by patients, it is recommended enucleation. The cyst in our patient had traumatic origin with slow growth up to become symptomatic, requiring surgical management.

**Key words:** epididymis, trauma, giant cyst.

### INTRODUCCIÓN.

Los quistes simples de epidídimo son formaciones quísticas congénitas o adquiridas que se asientan sobre el epidídimo. Son fácilmente palpables por el paciente quien muchas veces los confunde con un tumor de testículo o con un “tercer testículo”. Si son voluminosos pueden ser confundidos con hidrocele. <sup>(1)</sup>

Los quistes se dividen en primarios: sin antecedente materno de ingestión de tóxicos y debido a anomalías embrionarias; y secundarios: debido a la administración de sustancias ingeridas por la madre durante el embarazo, por ejemplo, tamoxifen y dietilestilbestrol. <sup>(2)</sup> Asimismo, dependiendo del órgano del que derivan pueden ser:

- 1) Quistes derivados de anomalías embrionarias de la membrana visceral de la vagina o albuginea epididimaria.
- 2) Quistes derivados de apéndice testicular, (hidátide de Morgagni) que suelen situarse debajo de la cabeza epididimaria.
- 3) Quistes derivados de apéndice epididimario, suelen ser pedunculados, y corresponden a restos del conducto mesonéfrico de Wolff.

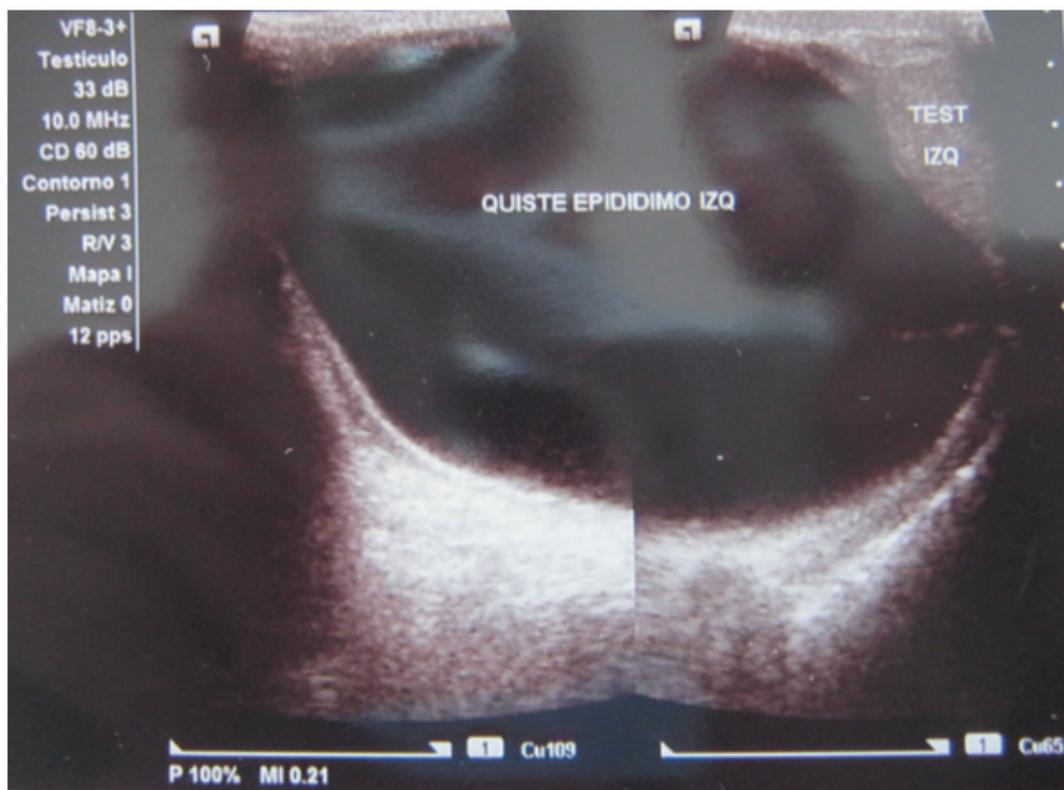


Figura 1. Ultrasonido de quiste de epidídimo intervenido.

4) Paradídimo u órgano de Giraldeés, que son restos de Wolff y están situados en la parte superior de la cabeza del epidídimo.

5) Órgano de Haller, o deferente aberrante craneal o caudal que pueden localizarse en cabeza o cola del epidídimo.

Los quistes suelen ser únicos, a veces, pueden estar tabicados, y no se conoce por qué aparecen con mayor frecuencia en el lado derecho. Cuando son pequeños y múltiples se denominan *enfermedad poliquistica*. Aunque la mayoría de estos quistes son únicos pueden aparecer asociados con el síndrome de Meckel, hasta casi 40%.

Estos quistes muchas veces se descubren en una exploración rutinaria y, otras veces, pueden mostrarse por dolor escrotal leve, continuo. En casos de complicación como torsión o hemorragia, pueden manifestarse como un cuadro escrotal agudo equiparable a un episodio de torsión testicular. Los hay asintomáticos, y posiblemente sean los más frecuentes, generalmente diagnosticados por ecografía. <sup>(1,2)</sup>

Con respecto al diagnóstico no existe ningún examen complementario específico que nos pueda confirmar la sospecha clínica. La ecografía nos muestra una imagen anecoica (líquida), quística, redondeada, bien delimitada, a veces tabicada; sin embargo, esta imagen no es específica, ya que puede ser también observada en casos de hematomas, abscesos e incluso en tumores sólidos.

También debe hacerse el diagnóstico diferencial con masas anecoicas extratesticulares como hidroceles. Además se ha observado que los quistes grandes no solamente comprimen o desplazan al testículo, sino que alteran su ecoestructura, lo cual puede confundir con respecto al diagnóstico. No se conoce por qué pueden originar estos cambios ecográficos, originando falsos diagnósticos, pero parece ser que están relacionados con las compresiones vasculares, mejorando después de la extirpación del quiste. Por lo que en caso de duda, se recomienda



**Figura 2.** Quiste gigante de epidídimo izquierdo exteriorizado.

practicar una ecografía doppler testicular y una punción aspiración con aguja fina (PAFF).

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con los espermatocelos y tumores. Los espermatocelos suelen aparecer después de la pubertad; macroscópicamente y ecográficamente son similares a los quistes simples, sin embargo, mediante PAFF se obtiene un líquido lechoso, cremoso, que contiene espermatozoides en su interior.

Los tumores sólidos como neurofibromas,

leiomiomas, mesoteliomas, y algunos sarcomas, clínica y ecográficamente son similares, sin embargo, suelen observarse en adultos. Presentamos un caso clínico de quiste gigante de epidídimo izquierdo postraumático tardío en un adulto.

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO.**

Se trata de paciente de 52 años de edad quien nueve meses antes de la intervención inició su padecimiento al caer de su propia altura sufriendo trauma testicular y edema moderado sin atención médica; cinco

días antes a la exploración presenta dolor agudo en testículo izquierdo acompañado de retención urinaria, a la exploración física se encuentra crecimiento escrotal que no translumina y resto de la exploración normal. Se ingresa como probable hernia inguinoescrotal y se solicita ultrasonido (Fig. 1) que reporta: quiste epididimario izquierdo de 100 x 73 x 11 mm, con volumen de 423 cc. El paciente se ingresa al servicio de cirugía general y se interviene quirúrgicamente obteniendo quiste gigante del epidídimo (Fig. 2), siendo dado de alta sin ninguna complicación. No se realiza estudio histopatológico por carecer de este recurso tanto la institución como el propio paciente.

#### **DISCUSIÓN.**

Se ha sugerido que los quistes testiculares se forman alrededor de remanentes de los conductos Müllerianos, o de Wolff o mesonéfricos, de ahí que éstos hayan sido reportados desde edades tempranas.<sup>(1)</sup> Otras posibles etiologías incluyen el traumatismo -como en este caso- y otros procesos inflamatorios, lo cual puede causar oclusión de los conductos espermáticos con la subsecuente ectasia y la alteración quística en la *rete testis*.

Los quistes intratesticulares continúan siendo poco frecuentes y solamente debido a la utilización masiva del ultrasonido es que se han reportado con mayor frecuencia. A pesar del gran conocimiento de éstos, su manejo sigue siendo controversial, desde la simple enucleación hasta una orquiectomía radical debido a la posibilidad de presentar un cáncer asociado.

Del mismo modo, se ha recomendado por algunos autores un manejo conservador con seguimiento por ultrasonido seriados, si existe una clara distinción en que éste sea un proceso benigno o maligno, si es o son pequeños o si son múltiples. Sin embargo, en virtud de la naturaleza benigna de la mayoría de estos quistes, también se sugiere que este seguimiento no es estrictamente indispensable.<sup>(2)</sup>

## QUISTE GIGANTE DE EPIDÍDIMO IZQUIERDO

Los quistes simples del epidídimo congénitos muchas veces se descubren en una exploración rutinaria y, otras veces, pueden mostrarse por dolor escrotal leve, continuo. En casos de complicación como torsión o hemorragia, pueden manifestarse como un cuadro escrotal agudo equiparable a un episodio de torsión testicular. Los hay asintomáticos, y posiblemente sean los más frecuentes.<sup>(2, 3, 4)</sup> Muchas condiciones pueden presentarse con la inflamación escrotal y éstas incluyen torsión del conducto espermático, torsión del testículo y apéndice epididimal, torsión de quiste del epidídimo, epididimitis, orquitis, hidrocele, edema escrotal y la púrpura de Henoch-Schönlein.<sup>(5)</sup>

Leung et al.<sup>(6)</sup> al realizar ultrasonido escrotal en voluntarios sanos encontraron solamente en 8% de los casos quistes simples, y Gooding et al.<sup>(7)</sup> hasta en 9.8% cuando se utilizó ultrasonido de alta resolución, lo cual no establece una diferencia importante entre ambos tipos de ultrasonidos.

Por otra parte, Dogra, et al.<sup>(9-10)</sup> y Bhatt, et al.<sup>(11)</sup> han encontrado una gran correlación de la ecografía en estas patologías las cuales pueden dirigir los tratamientos, desde el conservador con punciones repetidas hasta la enucleación quirúrgica. Generalmente cuando los quistes son pequeños la conducta es observacional pero en los casos en que sean muy voluminosos, se tornan dolorosos debido a isquemia por torsión, o son motivo de pensamiento rumiante por los pacientes y se recomienda la enucleación como fue en este caso.

Últimamente en jóvenes y adultos, se



**Figura 3.** Pieza quirúrgica obtenida por enucleación.

está utilizando la punción aspiración con excelentes resultados pero debido a la escasa frecuencia de esta patología no se ha experimentado esta conducta. En algunos pocos casos se realiza la epididimectomía parcial, sobre todo en aquellos secundarios a torsión y que se acompañan de necrosis parcial del epidídimo.

Si bien los quistes simples de epidídimo no entrañan riesgo alguno, es menester del cirujano realizar el diagnóstico correcto. Shergill IS, et al.<sup>(12)</sup> recomiendan en su experiencia de 11 años, el manejo conservador con vigilancia ultrasonográfica, sin embargo en este caso no se aplicó debido al tamaño del quiste.

Srisajjakul S.<sup>(13)</sup> y Al-Jabri T, et al.<sup>(14)</sup> recomiendan que en pacientes asintomáticos con quistes simples y sin características asociadas que sugieran malignidad pueden ser dados de alta sin necesidad de seguimiento adicional. Por otra parte, los quistes benignos son incidentales y en muchos casos no son palpables y son quistes simples que tienen una pared imperceptible con centro enecoico.<sup>(15)</sup>

### CONCLUSIÓN.

El quiste del paciente tuvo origen traumático con lento crecimiento hasta volverse sintomático requiriendo manejo quirúrgico con evolución satisfactoria.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- García CJ, Zúñiga S, Rosenberg H, Arce JD, Zúñiga F. Simple intratesticular cysts in children: preoperative sonographic diagnosis and histological correlation. *Pediatr Radiol.* 1999; 29: 851-855.
- Kang SM, Hwan DS, Lee JW, Chon WH, Park N Ch, Park HJ. Multiple intratesticular cysts. *World J Mens Health.* 2013; 31(1): 79-82.
- Rabinowitz R, Hulbert WC Jr. Acute scrotal swelling. *Urol Clin North Am.* 1995; 22: 101-105.
- Yilmaz E, Ozdogan O, Batislam E, Ba Ar HL, Ba Ar MM. Torsion of an epididymal cyst. *Int J Urol.* 2004; 11: 182-183.
- Yilmaz E, Batislam E, Bozdogan O, Başar H, Murad

- Başar M. Torsion of an epididymal cyst. *Int J Urol.* 2004; 11(3):182-183.
- Leung ML, Gooding GA, Williams RD. High-resolution sonography of scrotal contents in asymptomatic subjects. *AJR Am J Roentgenol.* 1984; 143: 161-164.
- Gooding GA, Leonhardt W, Stein R. Testicular Cyst: US findings. *Radiology.* 1987; 163: 537-538.
- Dogra, VS, Gottlieb RH, Rubens DJ, Liao L. Benign intratesticular cystic lesions: US features, Radiographics. 2001; 21 Spec No: S273-281.
- Dogra V, Bhatt S. Acute painful scrotum *Radiol Clin North Am.* 2004; 42: 349-63.
- Dogra VS, Rubens DJ, Gottlieb RH, Bhatt S. Torsion and beyond: new twists in spectral Doppler evaluation of the scrotum. *J Ultrasound Med* 2004; 23: 1077-85.

- Bhatt S, Rubens DJ, Dogra VS. Sonography of benign intrascrotal lesions. *Ultrasound Q* 2006; 22: 121-136.
- Shergill IS, Thwaini A, Kapasi F, Potluri BS, Barber C. Management of simple intratesticular cysts: a single institution 11 year experience. *Urology.* 2006; 67(6): 1266-8.
- Srisajjakul S. Ultrasound Findings of benign intratesticular cystic lesions. *Siriraj Med J.* 2010; 62(6): 268 - 71.
- Al-Jabri T, Misra S, Maan ZN, Khan K, Cocker C, Thompson P. Ultrasonography of simple intratesticular cyst: a 13 year experience in a single centre. *Diagnostic Pathology* 2011; 6 (1):24-6.
- Bhatt S, Zafar HJS, Wasserman N, Dogra VS. Imaging of non-neoplastic intratesticular masses. 2011; 17 (1): 52-63.