

VASITIS AGUDA: LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN EN UN DIAGNÓSTICO RARO

Doctor García-Soto, Fernando¹, Banegas Illescas, Maria Eugenia¹ Rojo Trujillo, María¹, Sánchez Neila, Beatriz¹ Olinda Leiva, Beatriz¹ Agostina Protti, Ludmila¹ Lopez Beneyto, Jorge¹, Orgaz Méndez, Nazaret¹ García Selam, Marina¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real/ES.

Objetivos docentes

- Presentar el caso clínico de un varón de 51 años cuyo diagnóstico final terminó siendo el de vasitis/deferentitis aguda.
- Sobre la base de este caso clínico, realizar una revisión bibliográfica de este infrecuente diagnóstico, dando claves clínicas y radiológicas para su reconocimiento.

Revisión del tema

1. NUESTRO CASO CLÍNICO

1.1 Antecedentes personales y clínica

Se trata de un varón de 51 años con varios antecedentes clínicos de interés, siendo los más relevantes una orquiectomía bilateral por disgenesia gonadal, y una estenosis uretral que ha condicionado la aparición de infecciones del tracto urinario (ITUs) de repetición.

Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por una clínica de tres días de evolución consistente en dolor en fosa iliaca derecha, febrícula de hasta 37,8°C y malestar general. A la exploración física, se constata un dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, con dudoso Blumberg +.

1.2 Pruebas complementarias y diagnóstico diferencial

Se realizó una analítica de sangre, que demostró leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Así mismo, se realizó una analítica de orina, que demostró piuria y bacteriuria. También se realizó una radiografía de abdomen, sin hallazgos relevantes.

Así pues, se nos solicitó una prueba de imagen con un diagnóstico diferencial compuesto fundamentalmente por pielonefritis aguda (dados los hallazgos de la analítica de orina) y apendicitis aguda (dada la exploración física). Realizamos un TC de abdomen con contraste, cuyos principales hallazgos discutiremos a continuación.

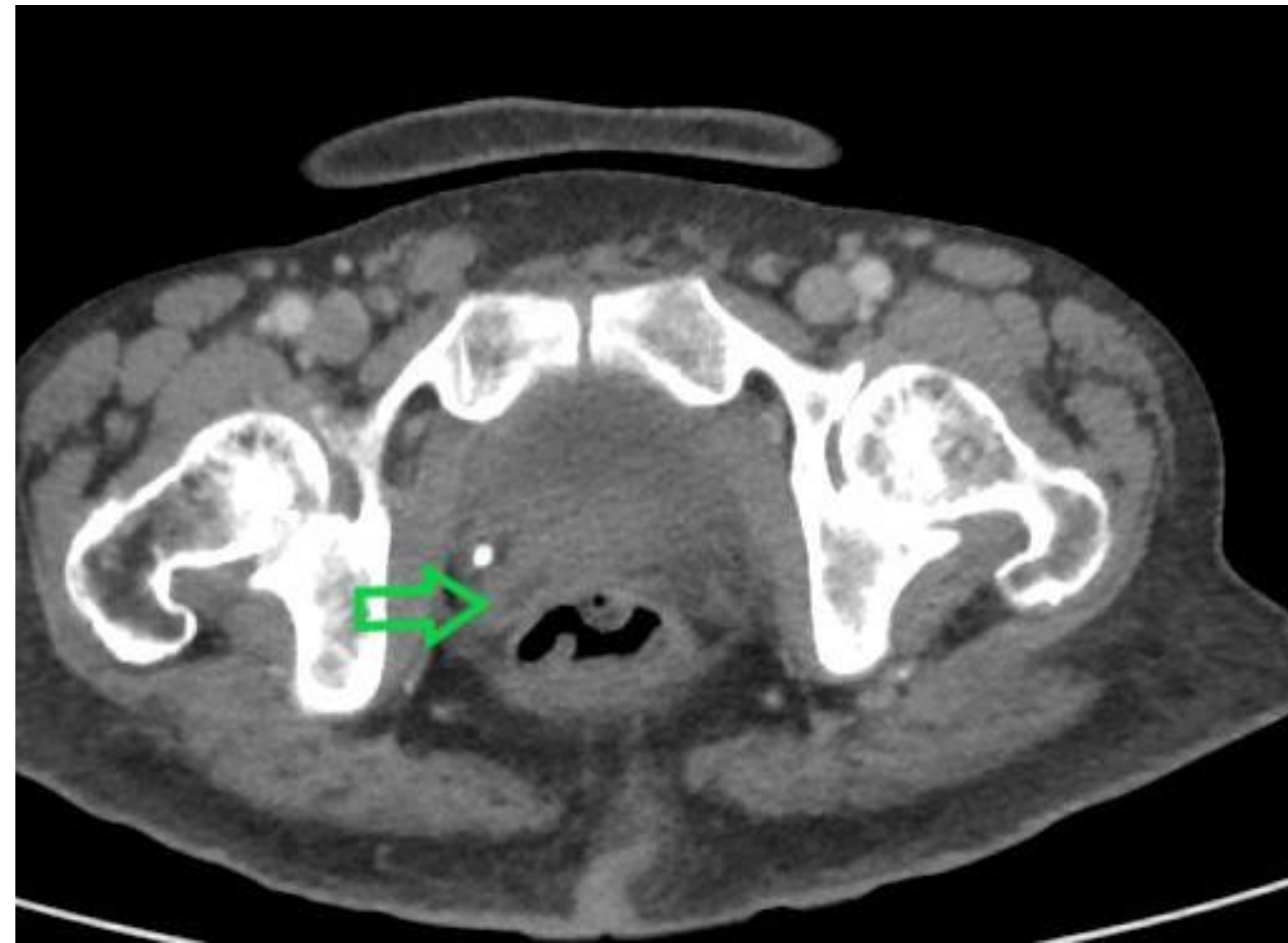


Figura 1. Corte axial de TC de abdomen con contraste. Se observa una estructura de centro hipodenso y paredes hipercaptantes en la teórica localización de la vesícula seminal derecha (flecha verde). Durante las próximas 3 figuras, seguiremos el recorrido de esta estructura, demostrando su morfología tubular y su introducción en el canal inguinal derecho.

© Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real (SESCAM)-Ciudad Real/ES

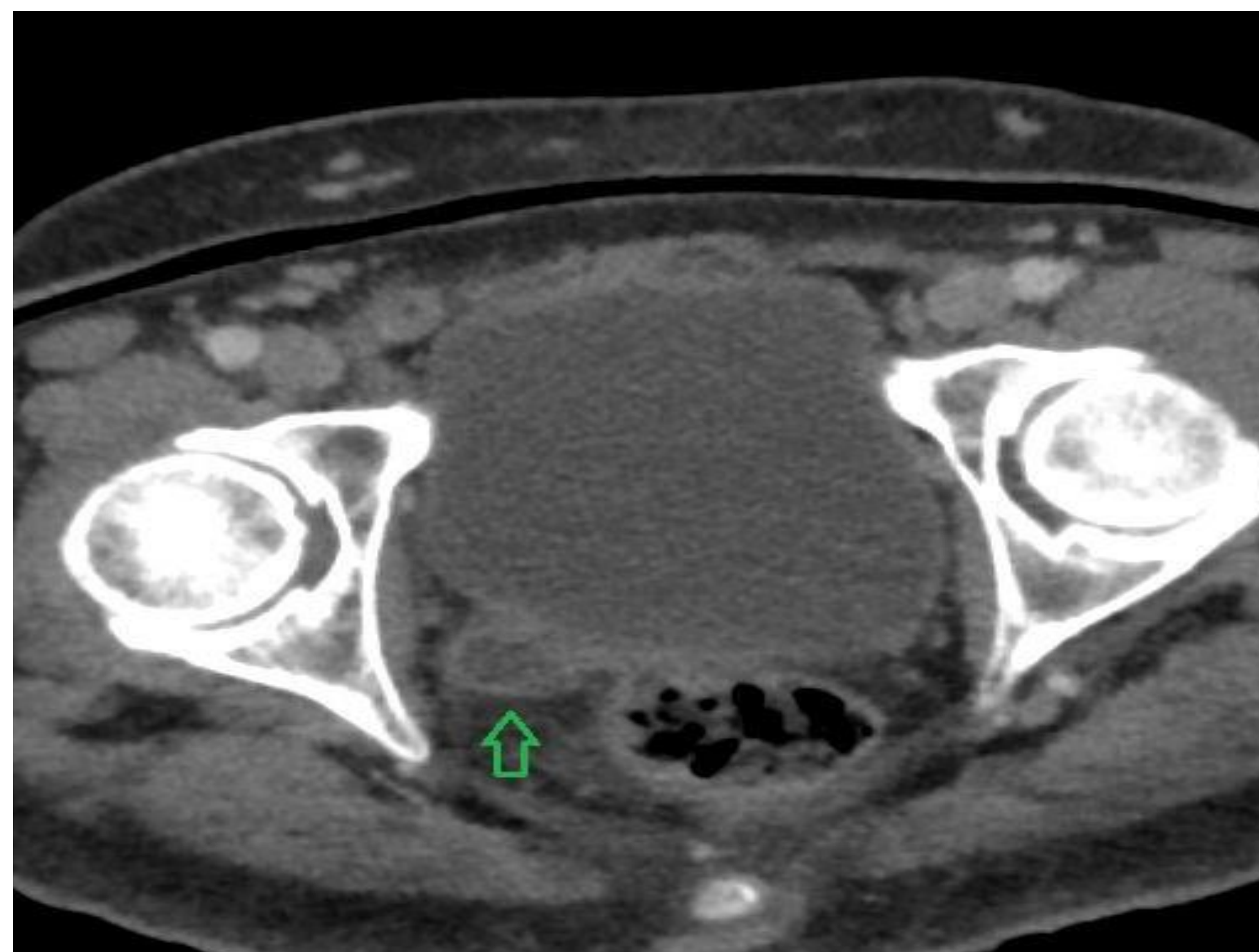


Figura 2. Corte axial más craneal con respecto al anterior, con el objetivo de seguir la estructura hipodensa de paredes hipercaptantes (flecha verde) que partía de la vesícula seminal derecha en la Figura 1.

© Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real (SESCAM)-Ciudad Real/ES

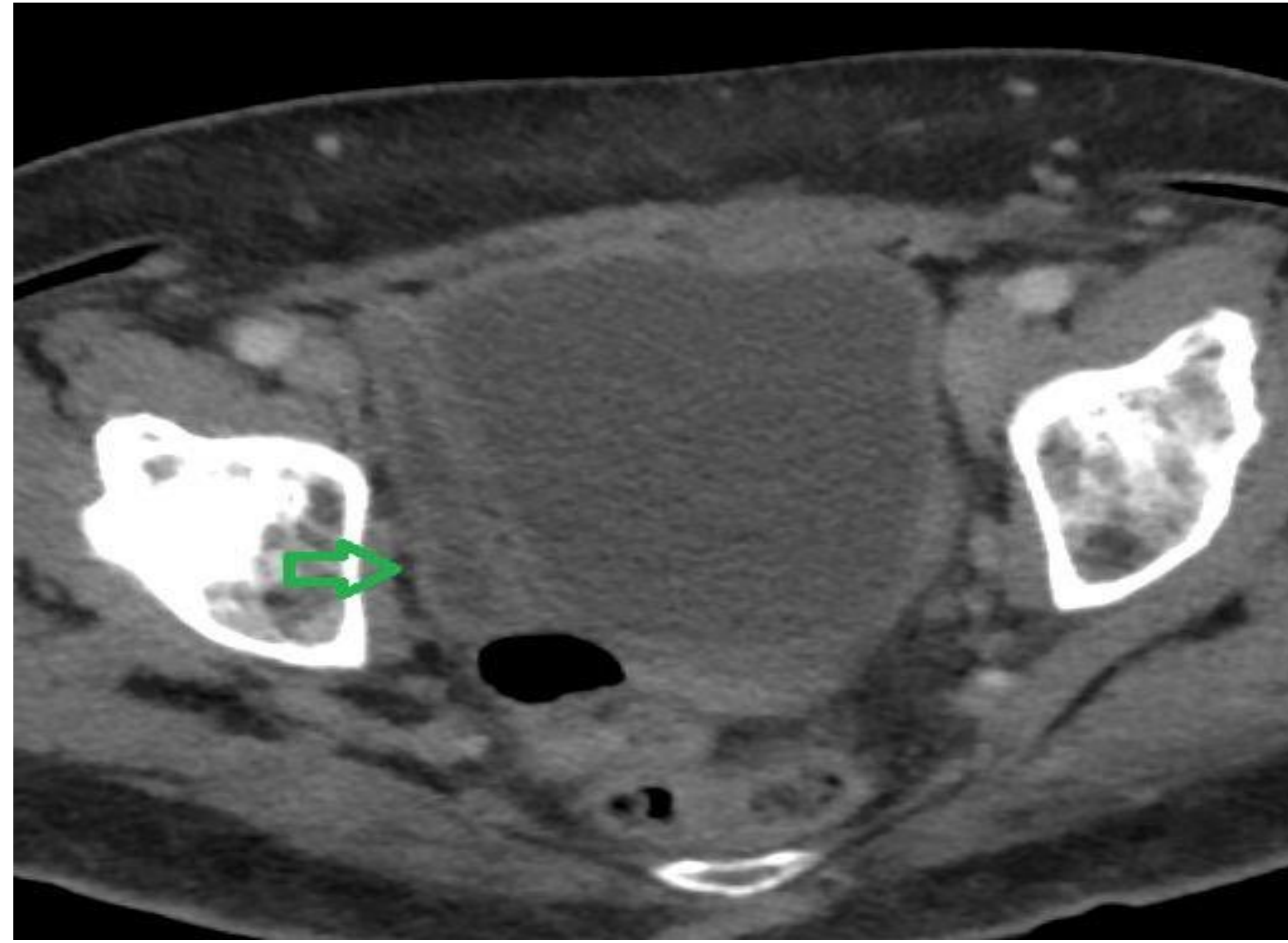


Figura 3. Continuamos siguiendo la estructura que partía de la vesícula seminal derecha, y observamos que adquiere una morfología tubular a nivel paravesical derecho.

© Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real (SESCAM)-Ciudad Real/ES

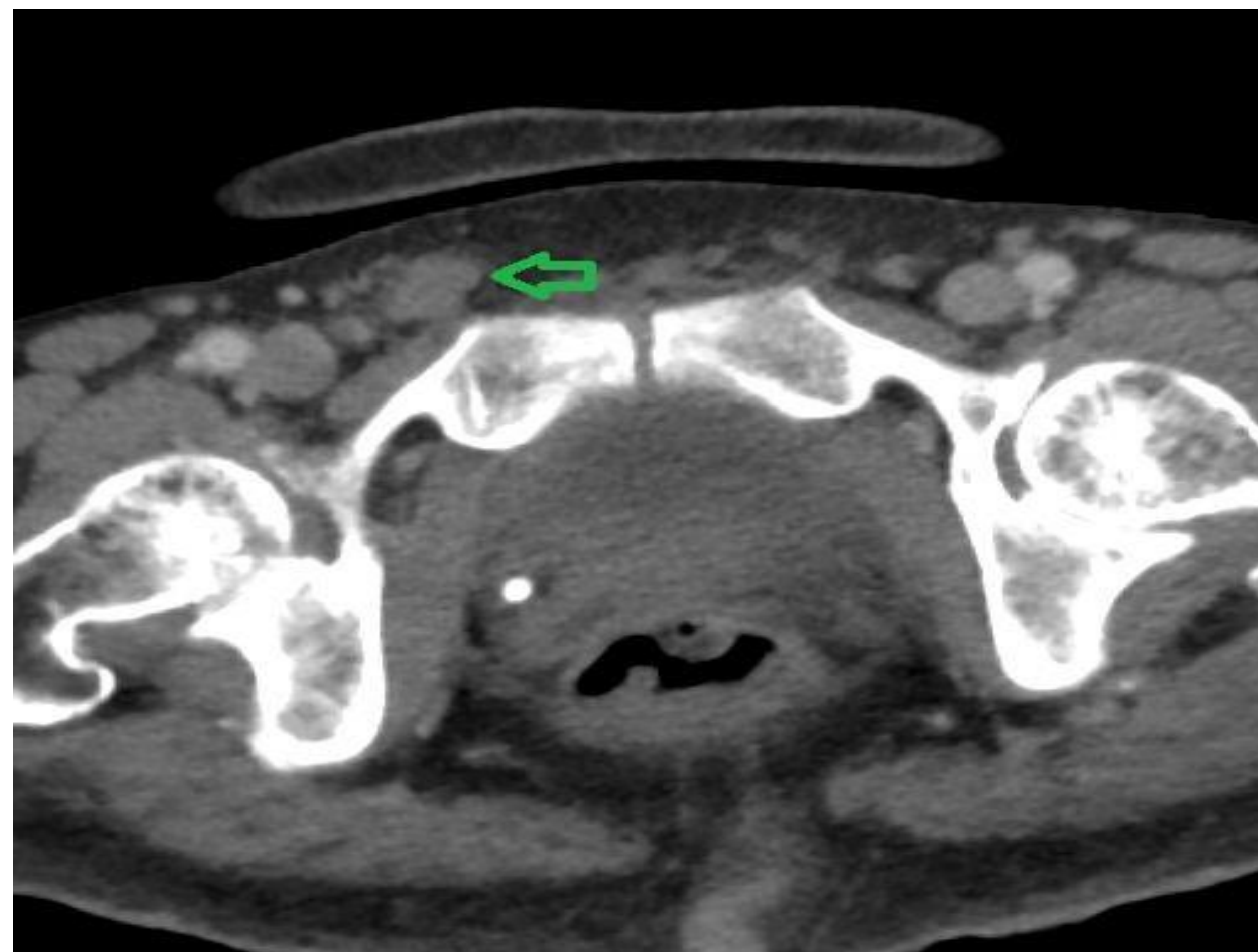


Figura 4. Finalmente, dicha estructura tubular se introduce en el canal inguinal derecho (flecha verde), mostrando una captación más heterogénea, así como rarefacción de la grasa adyacente y pequeños ganglios reactivos. Por tanto, esta estructura sugiere corresponder con un cordón espermático con cambios inflamatorios, en relación con vasitis aguda.

© Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real (SESCAM)-Ciudad Real/ES

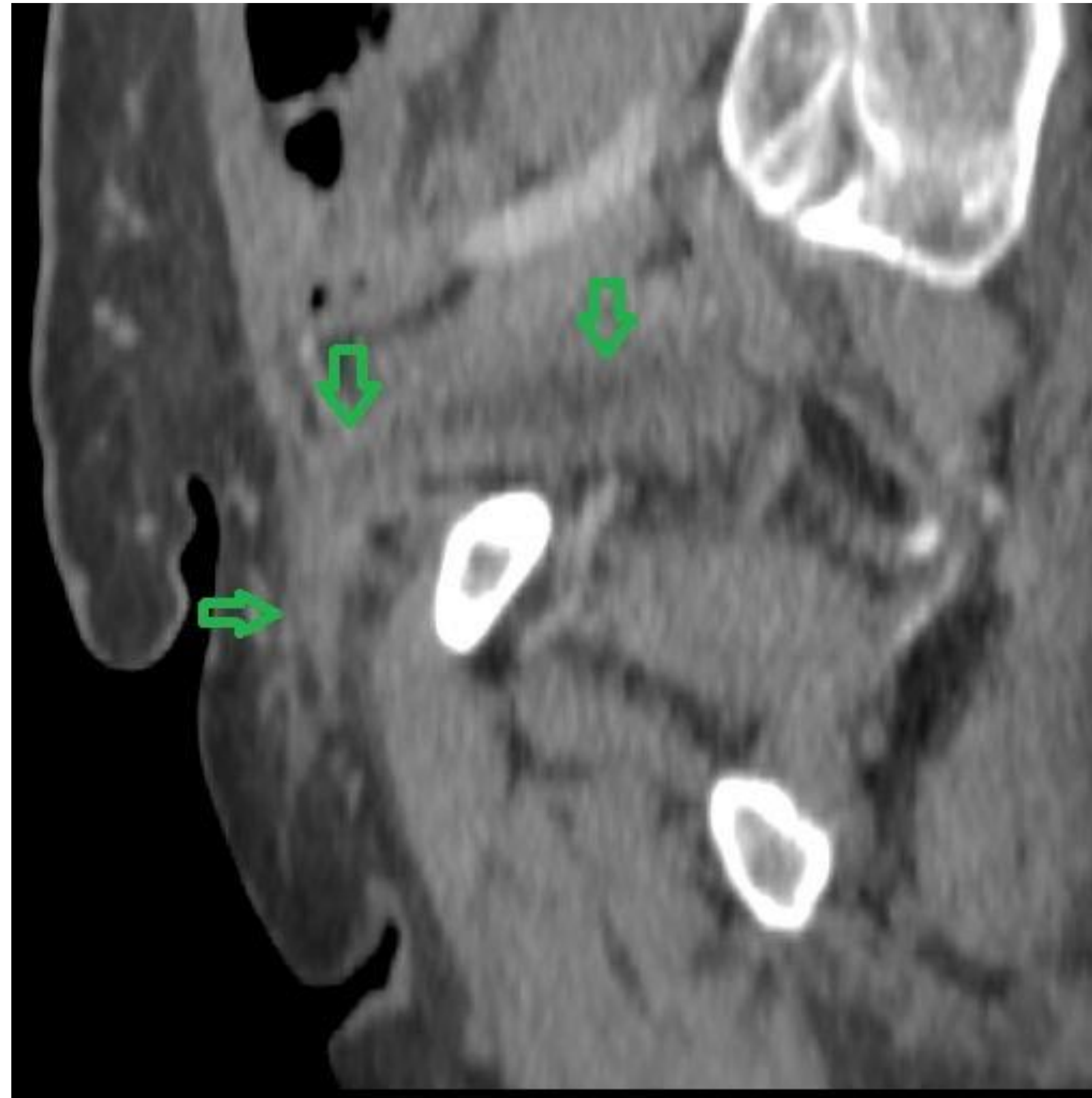


Figura 5. Reconstrucción sagital en la que se muestra el cordón espermático distendido, con hipercaptación y cambios inflamatorios de vecindad a nivel inguinal, en relación con vasitis aguda. El apéndice vermiforme y ambos riñones y uréteres no mostraron hallazgos relevantes.

2.SOBRE LA VASITIS AGUDA

2.1 Introducción y etiología

La inflamación del cordón espermático (vasitis aguda) es una condición poco frecuente dividida en 2 categorías: La vasitis nodosa (que se muestra asintomática, con lesiones nodulares en el cordón espermático, generalmente en pacientes con historia de vasectomía) y la vasitis aguda infecciosa, que es la que mostró nuestro paciente y a la que nos referiremos en esta sección.

La vasitis aguda infecciosa se produce por diseminación retrógrada de patógenos urinarios, siendo E.Coli y H.Influenzae los más frecuentes, aunque los cultivos a menudo son negativos. Aunque son pocos los casos descritos en la literatura, en la mayoría de casos los pacientes muestran antecedentes quirúrgicos próximos al cordón afectado, habiéndose descrito tras procedimientos tales como herniorrafías, prostatectomías o fistulectomías perianales.

2.2 Clínica y diagnóstico diferencial

Clínicamente, produce dolor (con o sin masa palpable) a nivel inguinal o escrotal, que puede acompañarse de fiebre y elevación de reactantes de fase aguda.

Así pues, puede plantear un diagnóstico diferencial con patologías más frecuentes que pueden dar una clínica similar, tales como orquitis/orquiepidimitis, torsión testicular, hernia inguinal, apendicitis o cólico renal. Por tanto, las pruebas de imagen resultan fundamentales para evitar exploraciones quirúrgicas innecesarias.

2.3 Hallazgos radiológicos

- Ecografía: Encontraríamos un cordón espermático de aspecto heterogéneo, hipoecoico, con aumento de ecogenicidad de la grasa adyacente. No obstante, resulta difícil establecer un diagnóstico diferencial con una hernia inguinal, por lo que son más recomendados el TC o la RM.
- TC: Encontraríamos un cordón espermático distendido e hipercaptante, con rarefacción de la grasa tanto dentro como fuera del canal inguinal. También pueden asociarse abscesos en las vesículas seminales, e hidrocele.
- RM: Poco empleada, aunque demostraría edema del canal inguinal y del cordón espermático.

2.4 Manejo y conclusión de nuestro caso clínico

A diferencia de algunas de las patologías más frecuentes que entran en el diagnóstico diferencial, el manejo de la vasitis aguda es conservador, con administración de antibioterapia y antiinflamatorios. La cirugía entraría en una segunda línea, siendo muy poco frecuente recurrir a la misma.

Por tanto, nuestro paciente fue diagnosticado de vasitis aguda, y los urocultivos demostraron la presencia de Escherichia Coli en orina, confirmando un origen urinario ascendente del cuadro. El paciente recibió tratamiento con antibioterapia y antiinflamatorios, mostrando una adecuada resolución de la sintomatología.



Conclusiones

- La vasitis aguda es una patología muy poco frecuente, pero que puede sorprendernos dentro de diagnósticos de sospecha mucho más comunes. Conocer su existencia y sus claves diagnósticas por imagen es fundamental para evitar tratamientos innecesarios.

Bibliografía

- Patel K, Lamb B, Pathak S, et al. Vasitis: the need for imaging and clinical acumen. Case Reports 2014;2014:bcr2014206994.
- Chen, CW., Lee, CH., Huang, TY. et al. Vasitis: a rare diagnosis mimicking inguinal hernia: a case report. BMC Urol 19, 27 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0460-x>