



# CUANDO LA ECOGRAFÍA TESTICULAR TE SORPRENDE. ¿CÓMO AFRONTAR HALLAZGOS INESPERADOS?

Elena I. Jiménez Rodríguez, Laura Peñuela Ruiz, Lucía Bermá Gascón,  
Andrea Domínguez Igual, Lidia Eugenia Rojo Carmona

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga



## 1. OBJETIVOS DOCENTES

- Hacer una revisión de la patología escrotal más frecuente y de sus hallazgos ecográficos característicos.
- Dar a conocer imágenes ecográficas no habituales y poder facilitar la interpretación de éstas en la práctica diaria a través de una revisión de los hallazgos más infrecuentes encontrados en ecografías testiculares realizadas en nuestro Centro Hospitalario.

## 2. REVISIÓN DEL TEMA

En el diagnóstico de la patología escrotal es fundamental la realización de una historia clínica y la exploración física adecuadas, siendo necesario en muchas ocasiones la realización de estudios de imagen. La ecografía es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de la patología escrotal. Permite identificar estructuras y lesiones de pequeño tamaño en el escroto y tiene una sensibilidad próxima al 100% para el diagnóstico de masas escrotales.

La principal razón para el estudio ecográfico de un paciente con una masa en el escroto es determinar si se trata de un tumor testicular. Las neoplasias de testículo son las más frecuentes en pacientes jóvenes. La mayoría de las lesiones escrotales son extratesticulares y más del 95% de las lesiones intratesticulares son malignas.

El desarrollo de transductores del alta frecuencia, la incorporación del Doppler color, la tecnología de armónicos y una mayor experiencia permiten actualmente exigir a la ecografía más información y ayuda en la toma de decisiones terapéuticas de forma que la detección de una lesión intraescrotal no pase invariablemente por la exploración quirúrgica.

Además del diagnóstico de patología crónica/tumoral, la ecografía también juega un importante papel en la patología escrotal aguda la cual puede ocasionar daño irreversible testicular.



Los hallazgos de la ecografía escrotal se pueden asociar a falsos positivos de neoplasia testicular, que van a requerir habitualmente orquiectomía. Por ello, es de marcada importancia que el radiólogo conozca los hallazgos y/o variantes anatómicas normales que simulan enfermedad maligna.

Para la exploración ecográfica testicular se emplean habitualmente transductores lineales de alta resolución y alta frecuencia. Aunque con la escala de grises suele ser suficiente para el diagnóstico de la mayoría de la patología, el empleo del Doppler color puede ser de gran ayuda.

A continuación vamos a hacer un breve repaso de los principales hallazgos ecográficos según la composición de las lesiones, revisando en primer lugar los hallazgos encontrados en el testículo normal. Posteriormente presentaremos una serie de casos con hallazgos infrecuentes encontrados en ecografías testiculares realizadas en nuestro Centro Hospitalario.

## TESTÍCULO NORMAL

- ✓ Ambos testículos se localizan en la bolsa escrotal, el izquierdo más bajo que el derecho.
  - ✓ Su tamaño oscila entre 4 y 5 cm de eje mayor por 2-3 cm de ancho para un volumen normal de 30 cc.
  - ✓ Presentan un parénquima homogéneo de densidad intermedia rodeado de la túnica albugínea, habitualmente no distinguible ecográficamente aunque puede visualizarse como un engrosamiento refringente sobre todo si existe algo de hidrocele circundante.
  - ✓ Tampoco pueden visualizarse de forma independiente la túnica vaginal y el resto de las cubiertas testiculares.
  - ✓ En la cara posterior del testículo se encuentra el mediastino o cuerpo de Highmore, visible como una zona lineal e hiperecogénica.
  - ✓ Los vasos intraparenquimatosos pueden observarse ocasionalmente como pequeñas imágenes lineales hipoecoicas.
- 
- ✓ Respecto al epidídimo, su porción craneal es la de mayor tamaño con unas dimensiones de 8 a 12 mm e isoecoica respecto al parénquima.
  - ✓ El cuerpo y la cola no son siempre visibles, se situarían en posición posterolateral y su densidad es algo menor.



## IMÁGENES CÁLCICAS

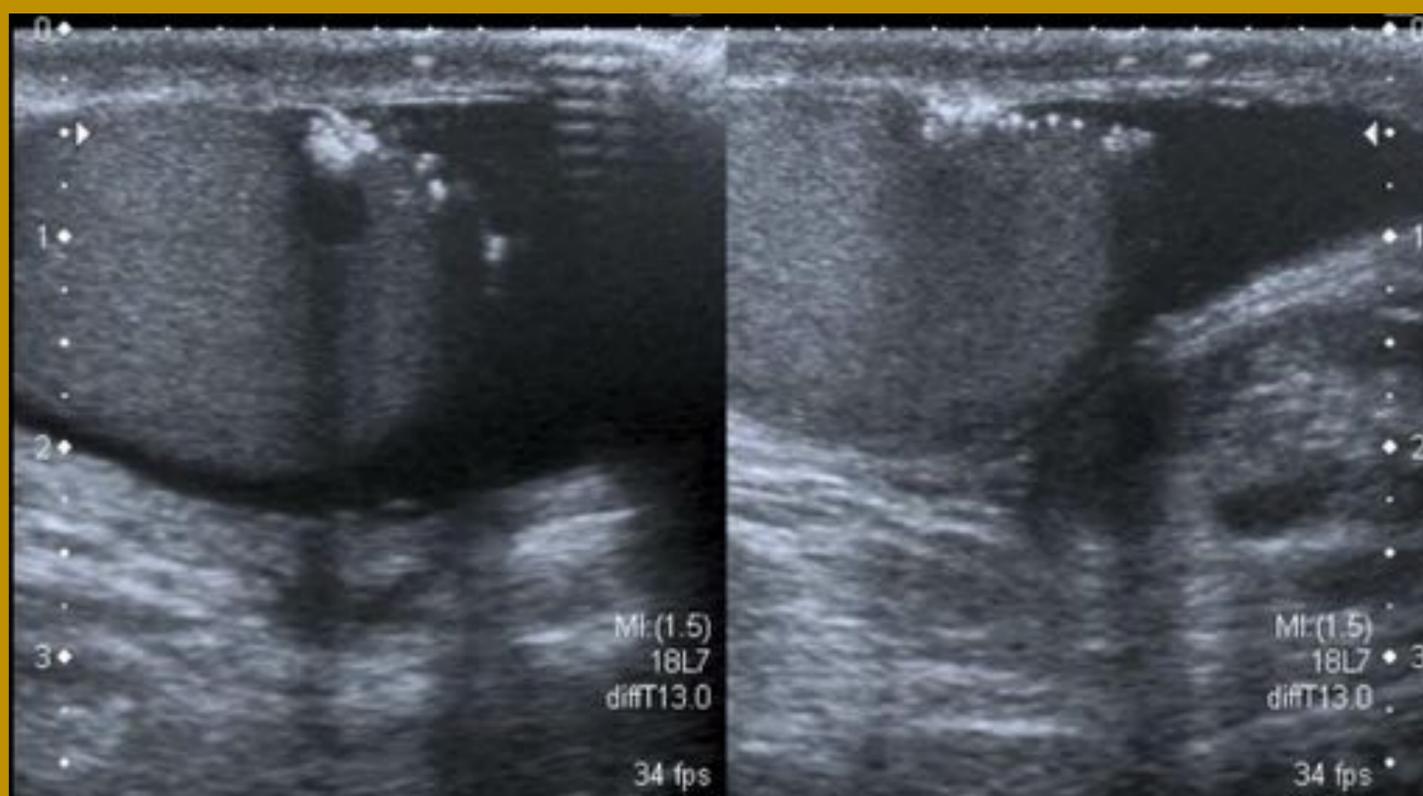
### 1. Placas de la albugínea

Engrosamientos focales de tipo fibroso que afectan a la túnica vaginalis y a la albugínea. Son secundarios a traumatismo o infección y se suelen palpar.

Recibe varios nombres: periorquitis crónica, proliferación fibrosa, fibroma, fibrosis paratesticular inespecífica, periorquitis granulomatosa, pseudotumor fibroso nodular, pseudotumor inflamatorio, periorquitis reactiva. En los casos de ausencia de calcificación y aspecto nodular pueden simular tumores.

En ecografía se manifiestan como imágenes periféricas ecogénicas, fuera del testículo, fijas. Adoptan forma lisa, de placa o bien nodular.

Su identificación ecográfica resulta muy fácil si están calcificadas, lo que ocurre en el 50% de los casos o cuando su tamaño es grande. En caso contrario, puede ser dificultosa, a pesar de su evidente palpación.

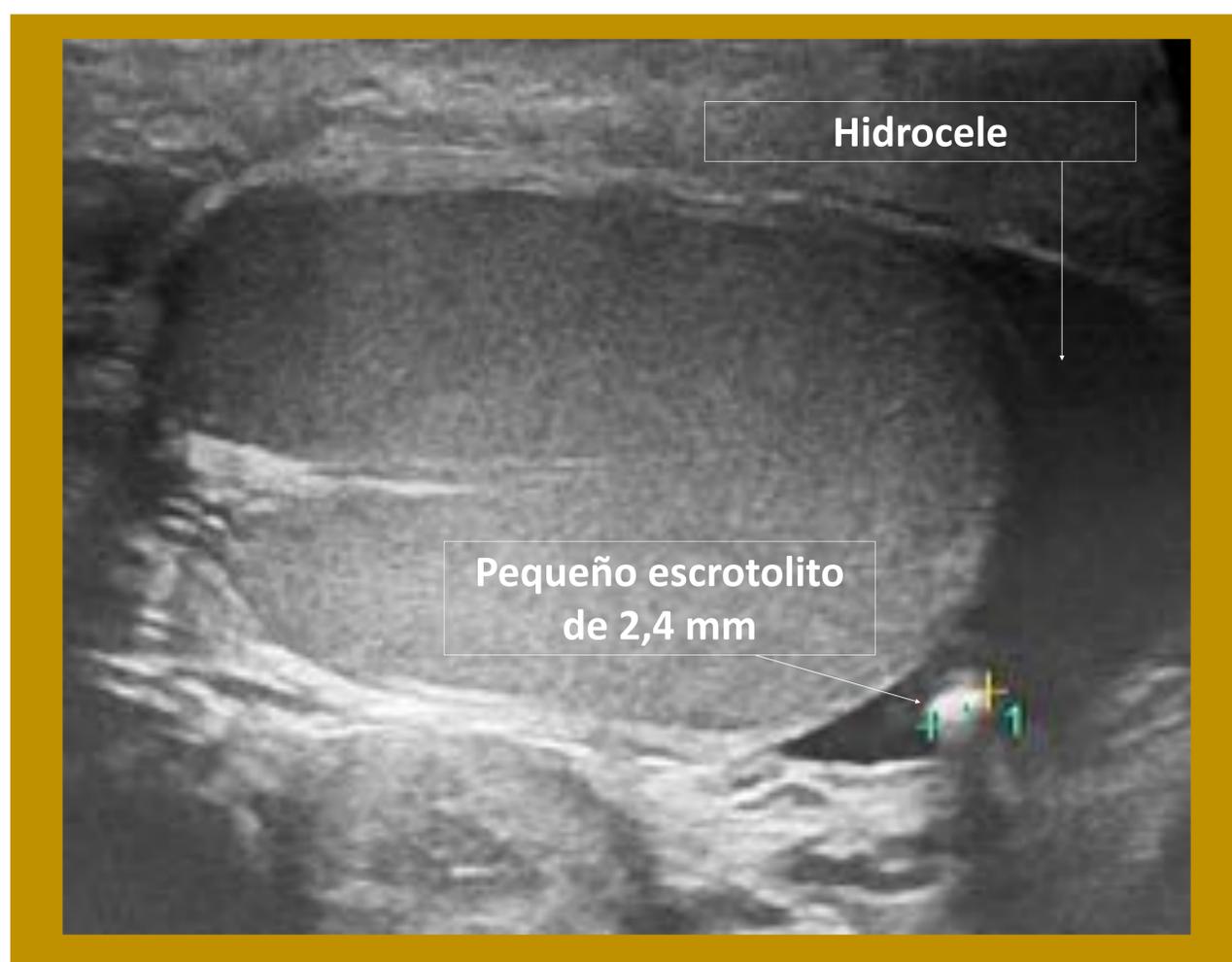


Múltiples calcificaciones periféricas extratesticulares, milimétricas, agrupadas (de aspecto grumoso/nodular) y fijas.

*Otros hallazgos: Pequeño quiste testicular y leve hidrocele.*

## 2. Escrotolitos

Son calcificaciones móviles en el escroto que podrían corresponder a apéndices testiculares o epididimarios torsionados. También se llaman cálculos o perlas escrotales. Pueden alcanzar hasta 1 cm de diámetro y asociarse a hidrocele. Están formados por un depósito fibrinoide alrededor de un núcleo de hidroxapatita lo que explica su semiología ecográfica.



## 3. Calcificaciones en el epidídimo

Aisladas o múltiples, se asocian a antecedentes de epididimitis. Al identificar calcificaciones en el epidídimo se debe valorar antecedentes personales de enfermedad granulomatosa, como la tuberculosis o la brucelosis, y de hematomas en el epidídimo generalmente postraumáticos.

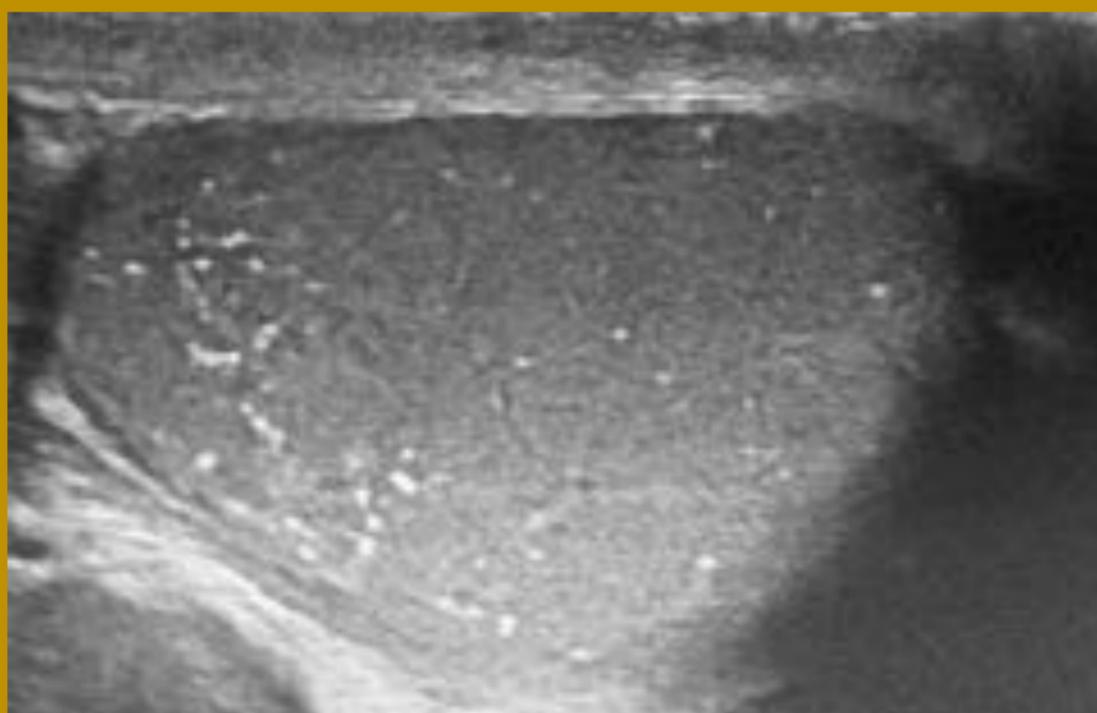


## 4. Microlitiasis testicular (MT)

Son depósitos en la luz de los túbulos seminíferos, que se traducen en puntos hiperecoicos de 1 a 3 mm sin sombra posterior en la ecografía. Se produce por degeneración del epitelio de los túbulos seminíferos que da lugar a acúmulos de glicoproteínas y capas de calcio. Su causa no es conocida.

Se ha descrito la coexistencia de MT con muchas enfermedades benignas y malignas como criptorquidia, hipogonadismo, infarto, microlitiasis alveolar, varicocele, torsión testicular, pseudohermafroditismo masculino, síndrome de Klinefelter, SIDA, carcinoma in situ, neurofibromatosis tipo I y tumores de células germinales. En ningún caso se ha podido establecer una relación causa-efecto.

La concomitancia de MT y de neoplasia intra o extratesticular es especialmente llamativa. Se da con una frecuencia que oscila entre el 6 y el 45%. Por lo tanto, en los pacientes con MT se debe prestar especial atención en descartar lesiones testiculares focales.



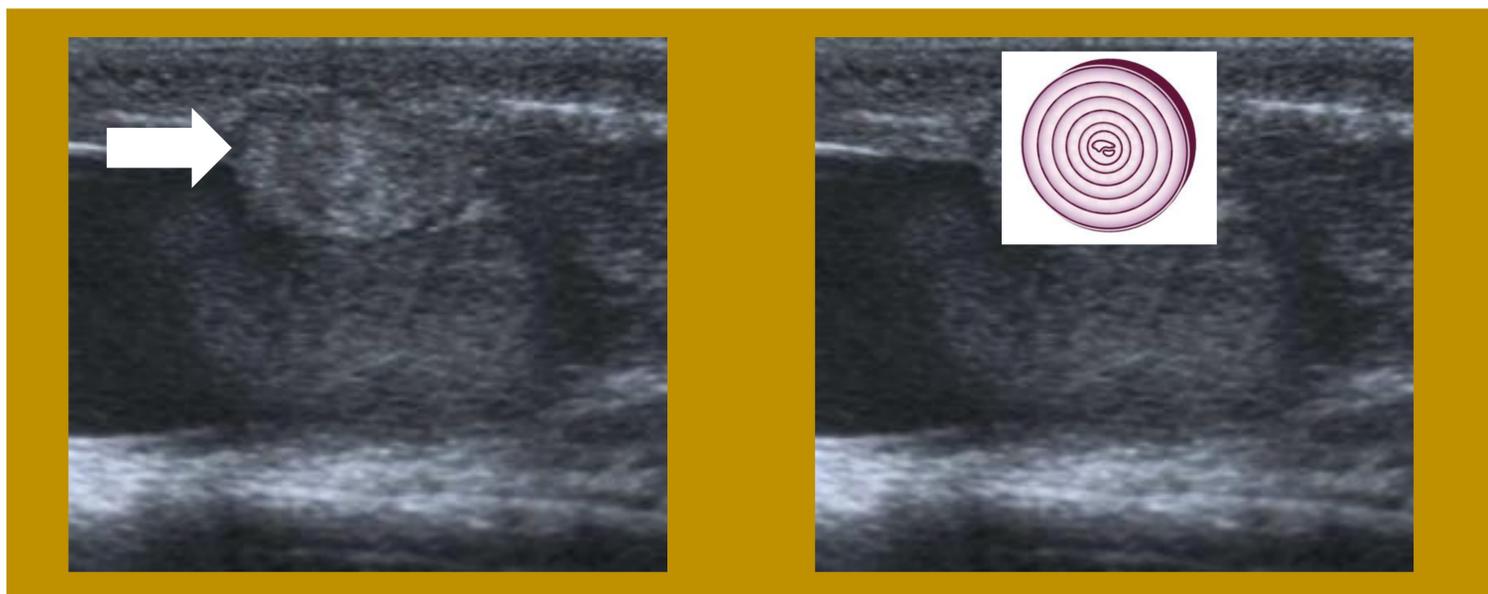
Múltiples microlitiasis testiculares difusas sin lesiones parenquimatosas asociadas.



## 5. Quiste epidermoide

Son lesiones benignas infrecuentes, derivadas del ectodermo. Suponen entre 1 y 2% de las masas testiculares resecadas.

La imagen ecográfica característica consiste en un nódulo hipoecoico con un anillo ecogénico o varios, en "capas de cebolla".



## COLECCIONES CON CONTENIDO LÍQUIDO

### 1. Varicocele

Son venas peritesticulares dilatadas más de 2 mm o con reflujo persistente más de 1 segundo en la maniobra de Valsalva. La mayoría de los varicoceles (85%) se dan en la izquierda. Esto ocurre porque el drenaje de la vena espermática izquierda a la vena renal izquierda está dificultado por la compresión que sobre ella efectúa la arteria mesentérica superior.

Se identifican en ecografía como tubos con un trayecto tortuoso de aspecto hipoecoicos o, en ocasiones, ecogénicos. Algo menos del 15% son bilaterales. Los varicoceles derechos son extremadamente infrecuentes y deben hacer sospechar patología que produzca obstrucción al drenaje venoso o situs inversus.

Una forma infrecuente es el varicocele intratesticular, que suele ser unilateral. Con frecuencia se asocia a varicocele extratesticular y en ocasiones a atrofia testicular. También es más frecuente en el lado izquierdo.



## 2. Quistes del epidídimo y espermatocelos

El quiste es la lesión escrotal más frecuente. Se observa en el 70 % de las ecografías. Los quistes están rellenos de líquido seroso y pueden asentar en cualquier porción del epidídimo.

Los espermatocelos están rellenos de líquido y espermatozoides. Estos son anecoicos o presentan algunos ecos en su interior y se localizan en la cabeza del epidídimo. Cuando son anecoicos son indistinguibles de los quistes.

## 3. Quistes de la albugínea

Su palpación es dura y fácil de reconocer. A pesar de ello, si cumplen criterios ecográficos de quiste simple no deben ser tenidos en cuenta. Son solitarios, muy periféricos y pequeños.

## 4. Quistes testiculares

Los quistes testiculares son mucho menos frecuentes (10%) que los de epidídimo. Se trata de quistes simples que no suelen ser palpables.

La mayor incidencia tiene lugar en adultos.

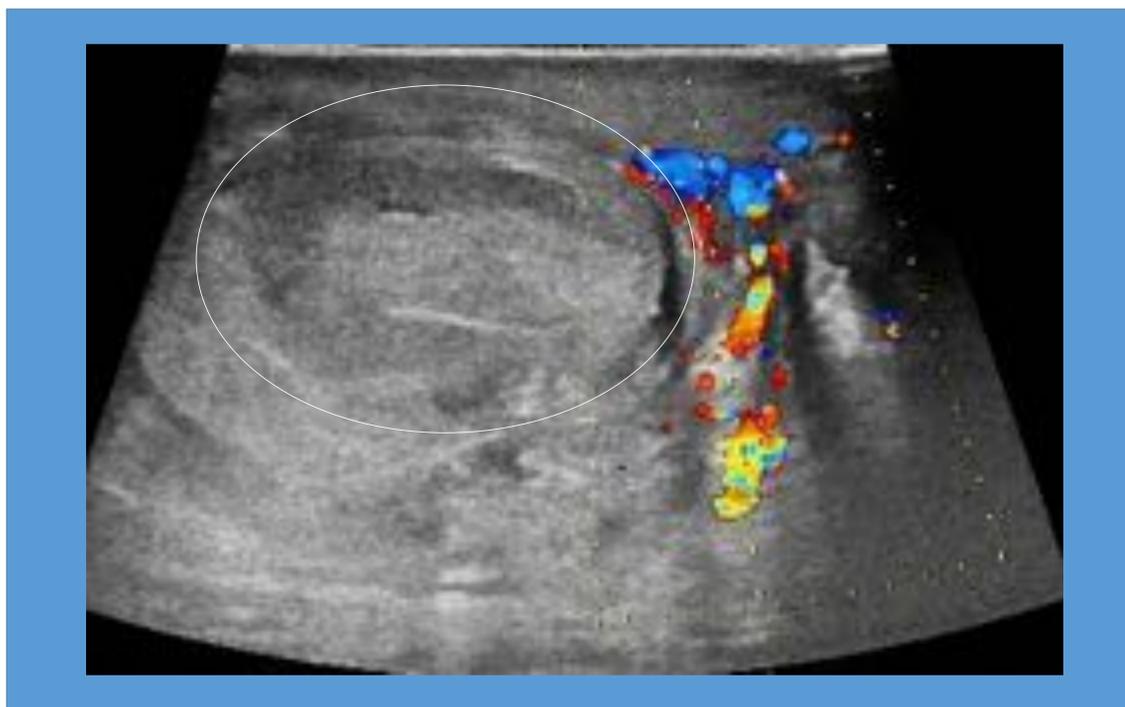
Pueden ser únicos o múltiples y asociarse a quistes o espermatocelos de epidídimo.





## 5. Hematomas testiculares

Tienen un aspecto hipoecoico o heterogéneo. Suelen ser consecuencia de traumatismos y es importante tratar de identificar si existe integridad de la albugínea, siendo esto criterio de tratamiento conservador.



### LESIONES NODULARES SÓLIDAS DEL TESTÍCULO

#### 1. Neoplasias testiculares

En pacientes jóvenes aproximadamente el 95% de los cánceres testiculares son tumores de células germinales y el 5% restante son tumores estromales de los cordones sexuales. Aproximadamente el 50% de los tumores de células germinales son seminomas y el otro 50% tumores de células germinales no seminomatosos (TCGNS). Dentro de los TCGNS el 33% son tumores mixtos de células germinales, 10% carcinomas embrionarios puros, 4% teratomas, 1% tumores del saco vitelino y 0,3% coriocarcinomas.

Los tumores de los cordones sexuales incluyen tumores de células de Leydig, tumores de células de Sertoli, tumores de células de la granulosa, y tecomas.



En varones mayores de 60 años, el linfoma es el tumor testicular maligno más frecuente, se trata normalmente de un Linfoma No Hodgkin y tiene un peor pronóstico.

Otros tumores más raros que afectan al testículo son los sarcomas, leiomiomas, tumores vasculares, fibromas y neurofibromas.

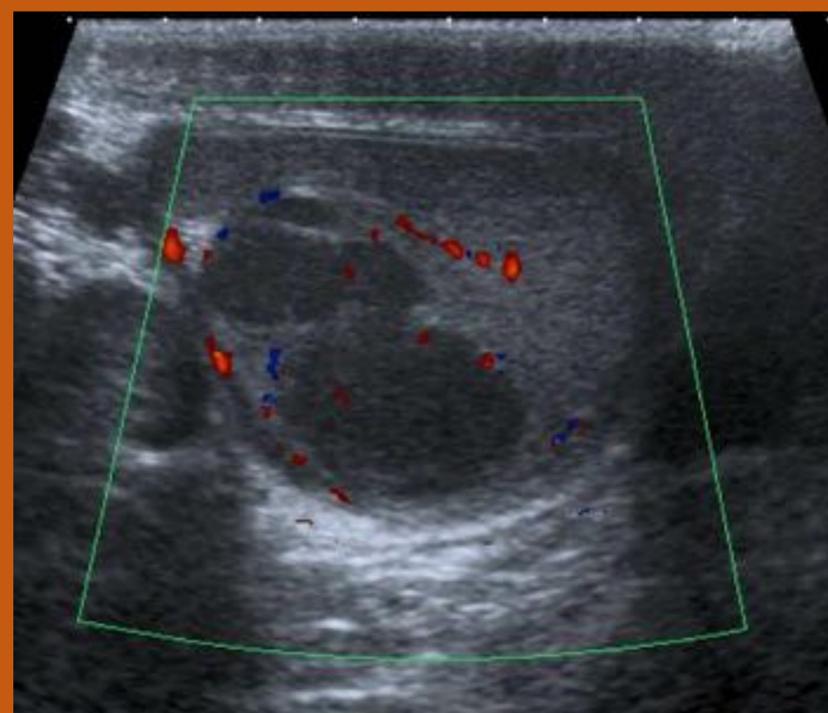
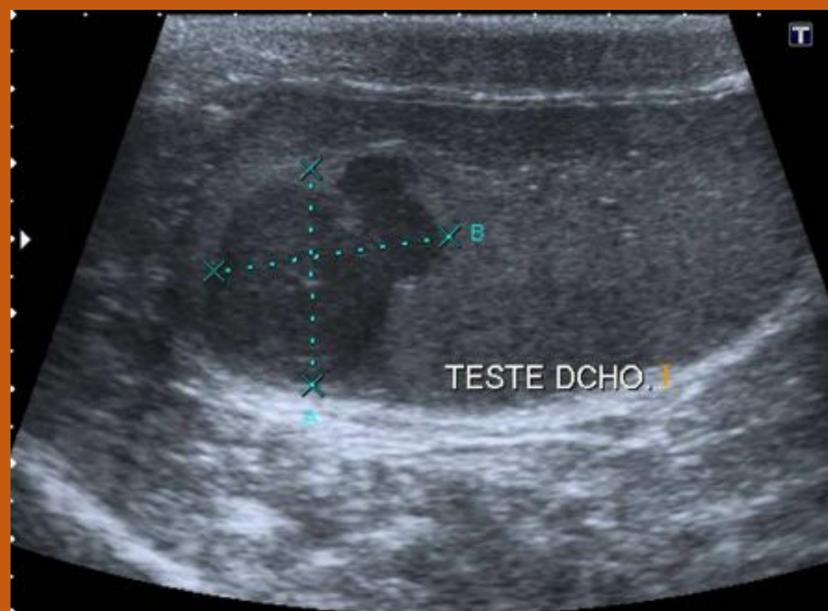
Las metástasis testiculares son infrecuentes, la principal edad de presentación es en torno a los 55 años y son bilaterales en aprox. 815% de los casos; Los tumores que más frecuentemente metastatizan a testículo son el cáncer de próstata, pulmón, riñón, colon, melanoma y leucemia.

Pasos a seguir durante el estudio ecográfico ante la presencia de una masa escrotal:

1. Discernir si estamos ante una lesión intra o extratesticular. Las masas extratesticulares son normalmente benignas, mientras que las intratesticulares suelen ser malignas.
2. Diferenciar la masa sólida intratesticular (frecuentemente maligna) de lesiones quísticas, normalmente benignas.
3. Valorar las características ecográficas de la lesión → Las masas sólidas normalmente aparecen hipoecogénicas con respecto al parénquima adyacente y con vascularización interna.

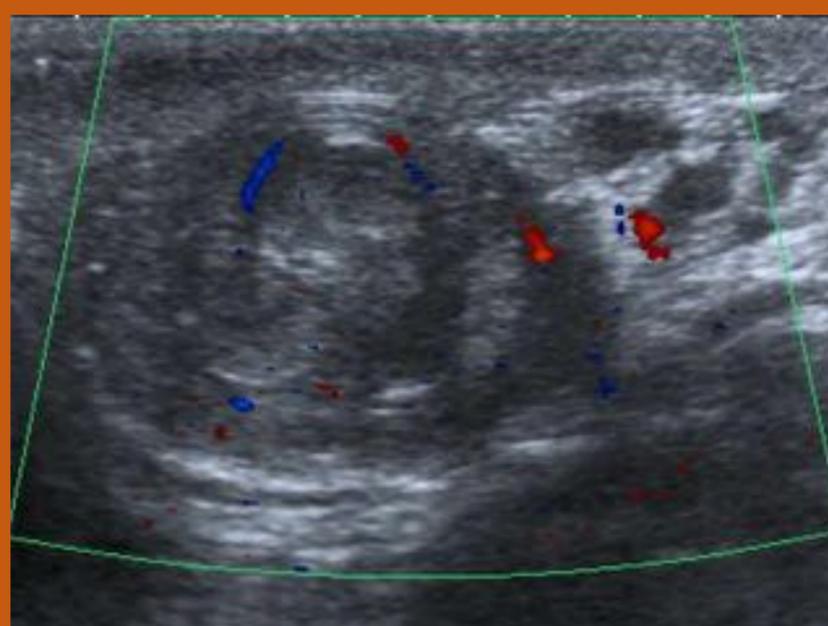
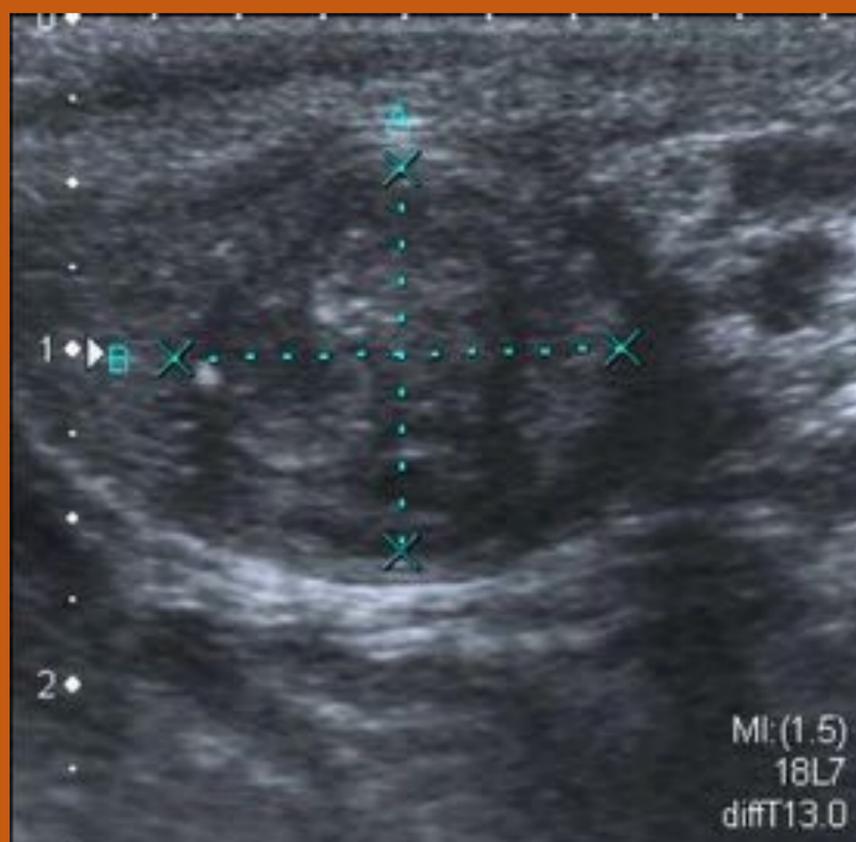
Aunque la ecografía no es precisa para predecir el tipo histológico, si que existen algunos hallazgos que pueden orientarnos. Hacemos hincapié de forma general en las características ecográficas que nos pueden orientar hacia tumores seminomatosos y los no-seminomatosos:

- **SEMINOMAS:** Normalmente se presentan como una masa hipoecoica y homogénea, aunque pueden aparecer como una masa heterogénea cuando el tumor ocupa todo el testículo. Pueden ser lobulados o multinodulares, pero en estos casos los nódulos se encuentran próximos. Es muy infrecuente encontrarnos con calcificaciones o espacios quísticos internos.
- **NO SEMINOMAS:** son frecuentemente de ecoestructura heterogénea, y la presencia de espacios quísticos y calcificaciones es mucho más frecuente en este grupo.

**DIAGNÓSTICO:**

**TESTÍCULO DERECHO (orquiectomía radical):**

**TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES DERIVADO DE NEOPLASIA GERMINAL IN SITU/GCNIS (Nueva Clasificación de la OMS, 2016), TIPO SEMINOMA PURO.**

**TESTÍCULO (orquitectomía izquierda):**

**-TUMOR GERMINAL DERIVADO DE NEOPLASIA DE CÉLULAS GERMINALES IN SITU/GCNIS (Nueva clasificación de la OMS), DE TIPO MIXTO, COMPUESTO POR TERATOMA POSTPUBERAL (60%) Y SEMINOMA (40%).**

## 2. Infartos

Una de las lesiones ecográficas nodulares que simulan un tumor es el infarto focal. El infarto focal espontáneo es infrecuente, sin clínica, y muy difícil de diferenciar de una neoplasia.

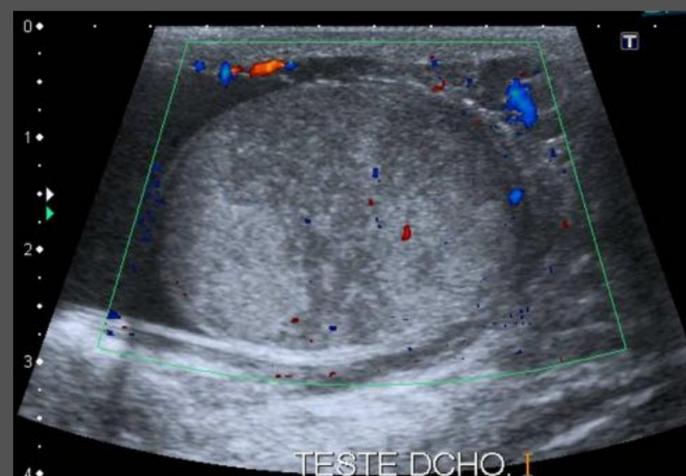
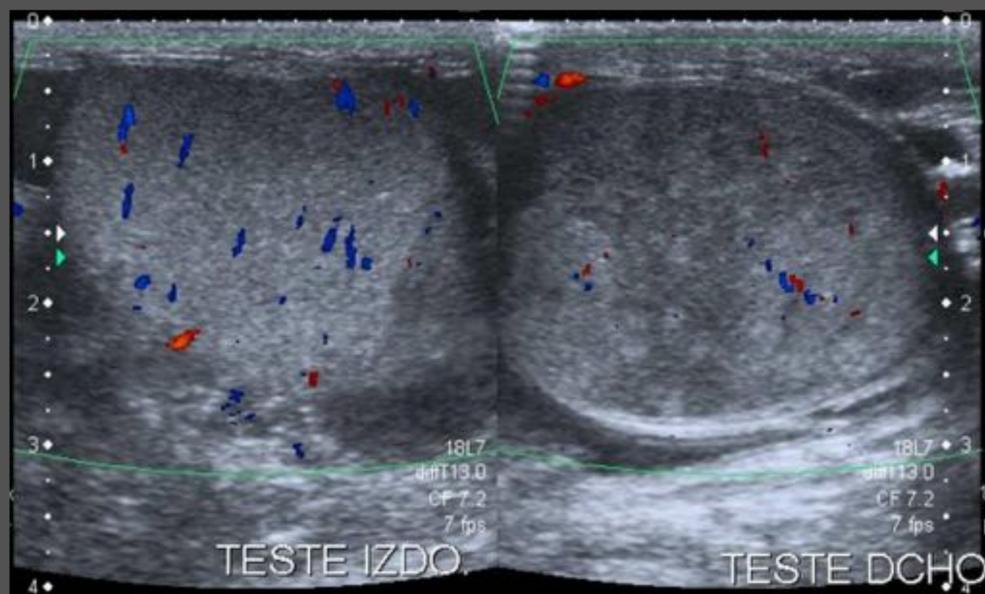
Algunos autores han señalado que habitualmente las neoplasias presentan abundante vascularización, y el Doppler color es útil en el diagnóstico diferencial con los infartos focales, aunque esto no ocurre siempre.

Son factores predisponentes para padecer infartos focales testiculares la policitemia, la anemia de células falciformes, la angeitis por hipersensibilidad, la displasia de la íntima en la arteria espermática y el traumatismo, aunque la mayoría de las veces son idiopáticos.

### LESIONES DIFUSAS DEL TESTÍCULO

Las lesiones testiculares que se manifiestan con este patrón son los linfomas, la leucemia, las orquitis, la sarcoidosis y la fibrosis, entre otros.

La afectación difusa puede manifestarse como un patrón difuso hipoecoico heterogéneo o estriado, en cebra, con bandas hiperecoicas e hipoecoicas alternativamente inespecífico.



**Linfoma No Hodgkin.** Testículo derecho de tamaño normal con patrón ecográfico heterogéneo con zonas mal definidas hiperecoicas y con patrón vascular anómalo, existiendo zonas de disminución vascular y otras de aumento.



## CASOS CLÍNICOS: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS INFRECUINTES

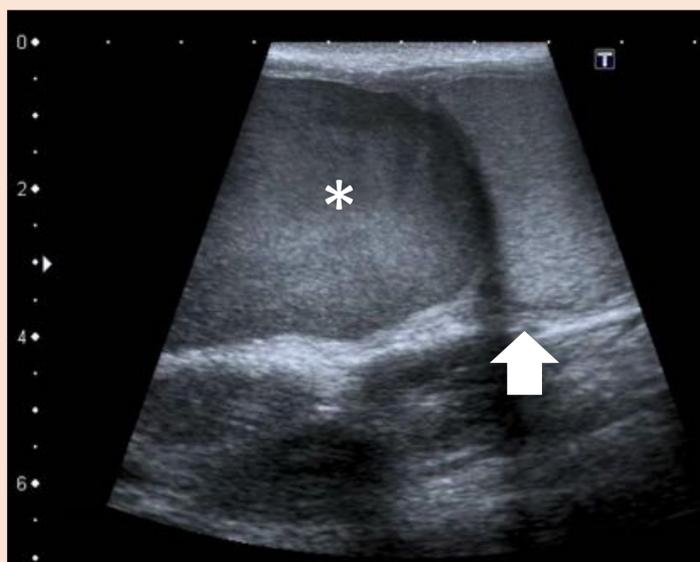
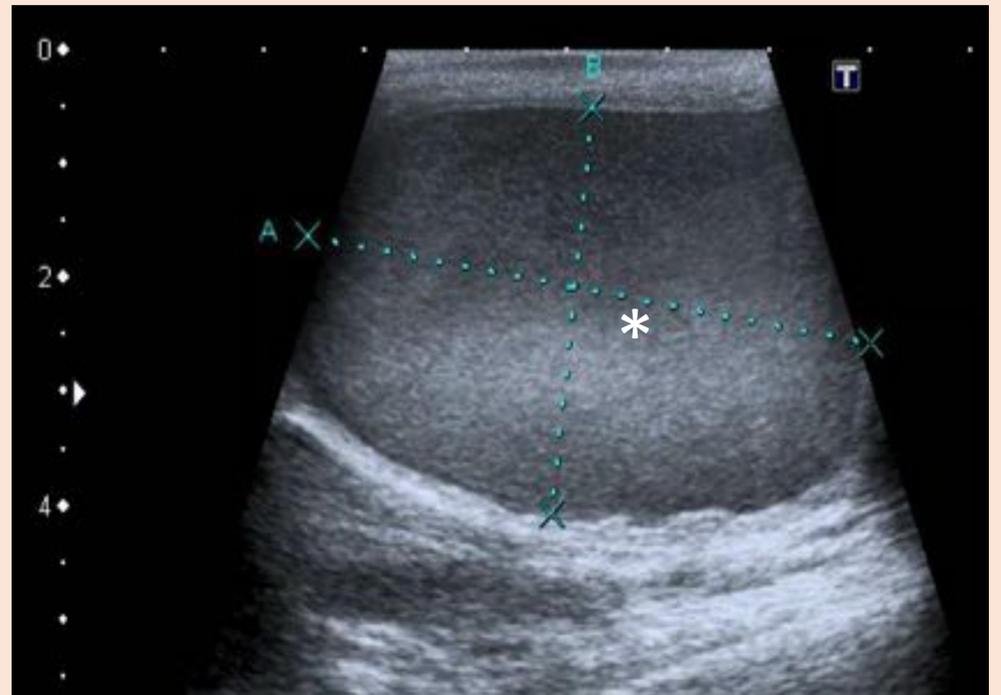
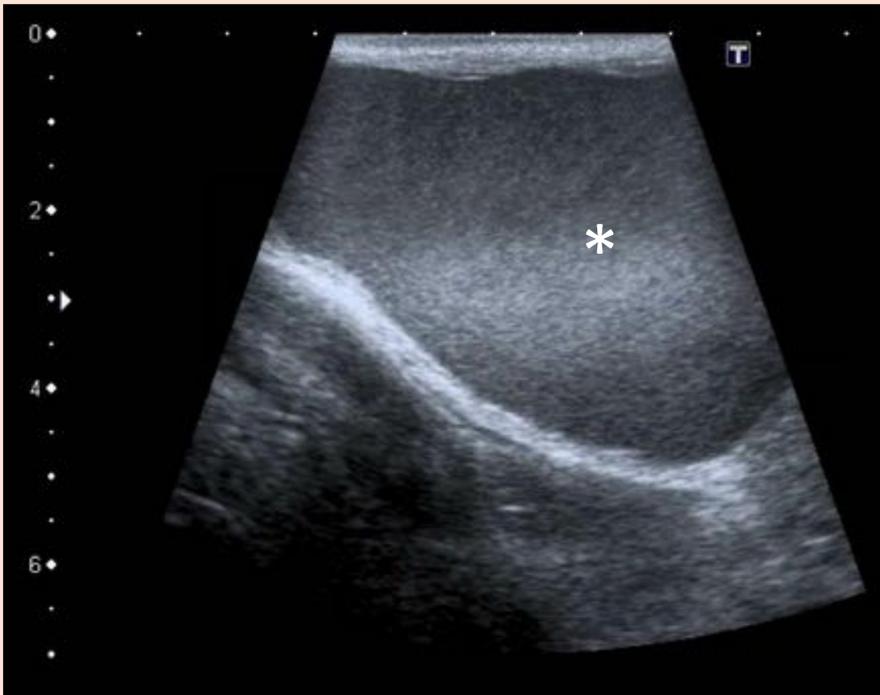
A continuación exponemos una serie de casos que ofrecen imágenes ecográficas no habituales de pacientes de nuestro Centro Hospitalario, bien por el tamaño o la apariencia ecográfica de las lesiones o por la rareza de las mismas, entre otras. Un ejemplo de ello sería la coexistencia de lesiones tumorales de diferente estirpe en el mismo testículo, como veremos en uno de los casos.

En la mayoría de las ocasiones los pacientes son derivados a nuestra Unidad para la realización de ecografía por la presencia de tumoraciones testiculares, bien palpadas por el propio paciente o por el Urólogo. En muchas de estas ocasiones la tumoración palpada no es intratesticular sino que se encuentra situada en epidídimo, cordón espermático, cubiertas escrotales, etc. Como veremos en nuestros casos, es de marcada importancia la realización de una ecografía completa valorando las diferentes estructuras intra y extratesticulares.

El objetivo principal es compartir estos hallazgos no tan habituales para poder facilitar la interpretación ecográfica en caso de aparición de los mismos en nuestra práctica diaria.

## CASO 1: GRAN ESPERMATOCELE GIGANTE DE LA CABEZA DEL EPÍDIDIMO

Paciente de 58 años que consulta por aumento del tamaño testicular izquierdo, indoloro, de un año de evolución. Se realiza ecografía testicular con hallazgos que sugieren gran **espermatocele de la cabeza del epidídimo** (*ver imágenes*).



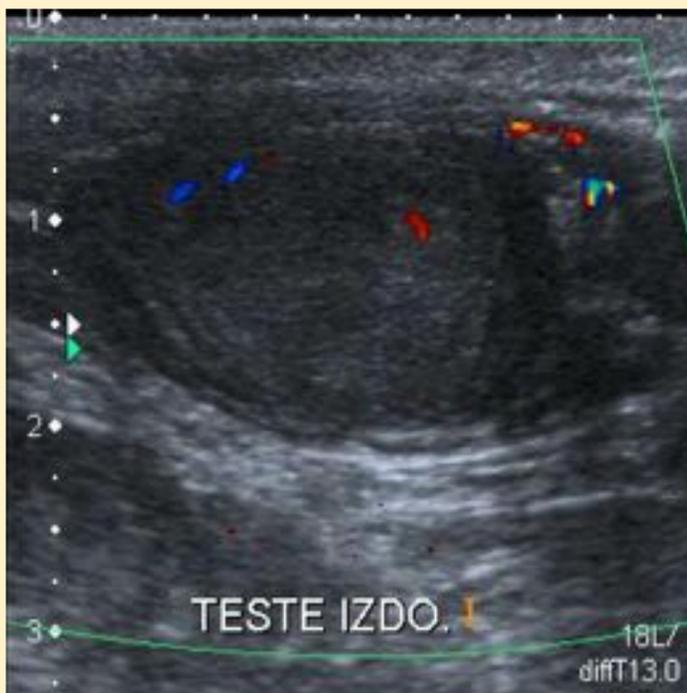
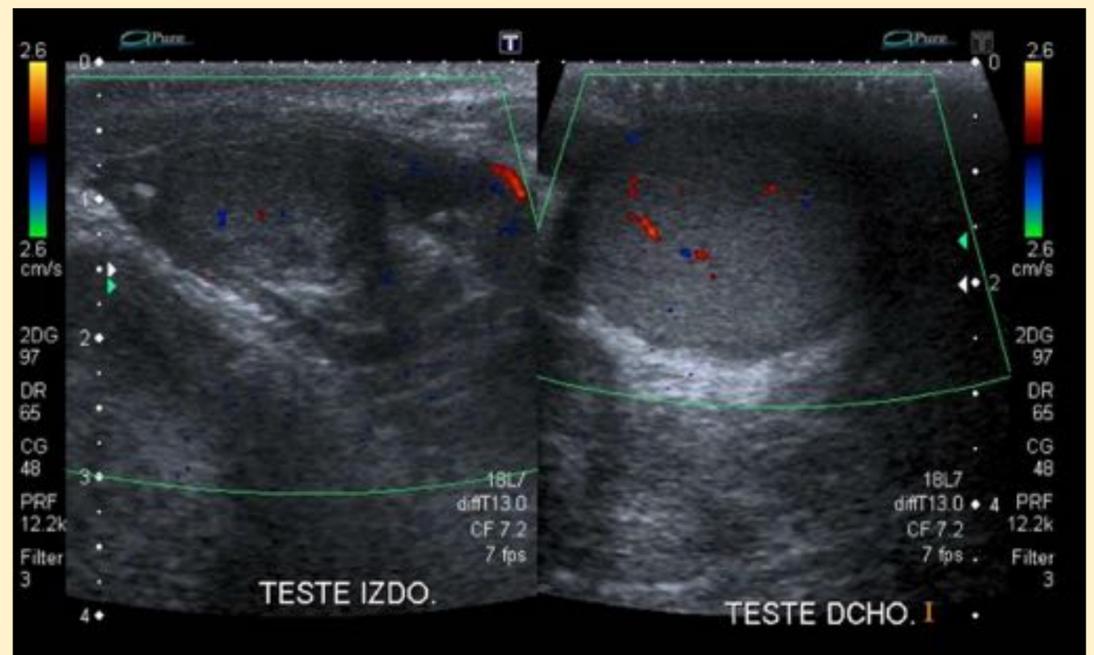
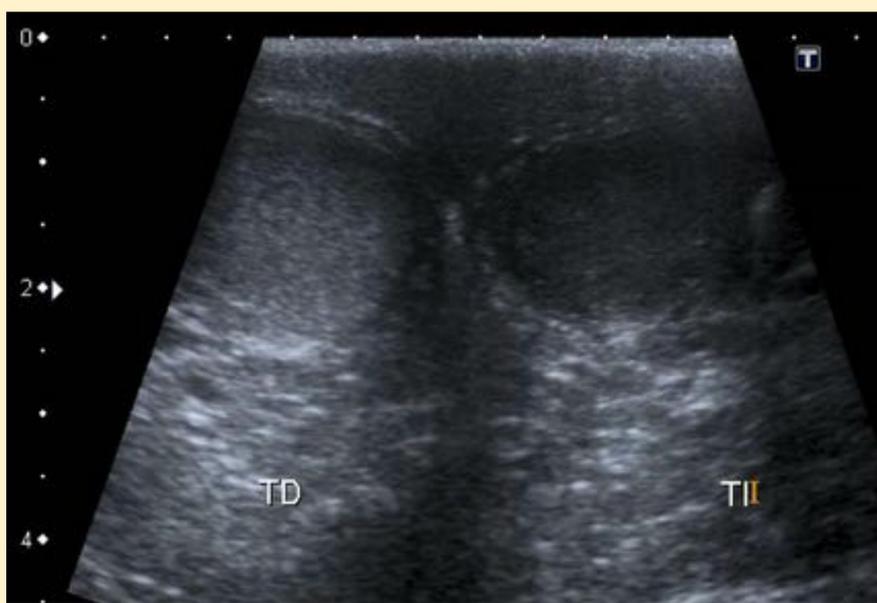
En la cabeza del epidídimo se identifica gran lesión (*asterisco*) de 56x35x78 mm, bien delimitada, de aspecto homogéneo e isoecoico con el teste, que presenta ecos finos en su interior y ausencia de vasos. Provoca desplazamiento caudal del teste (*flecha*) así como de la cabeza del epidídimo.

No presenta septos en su interior ni áreas en diferente estadio de evolución que indiquen la posibilidad de hematoma.



## CASO 2: ISQUEMIA TESTICULAR POST-HERNIORRAFIA

Paciente de 52 años intervenido de hernia inguinal hacía 8 días que acude a Centro Privado por febrícula y dolor testicular homolateral de 48 horas de evolución, con signos en ecografía urgente de isquemia testicular evolucionada y cambios inflamatorios asociados. Es derivado a nuestro Centro para realización de ecografía de control tras un mes, visualizando los siguientes hallazgos:



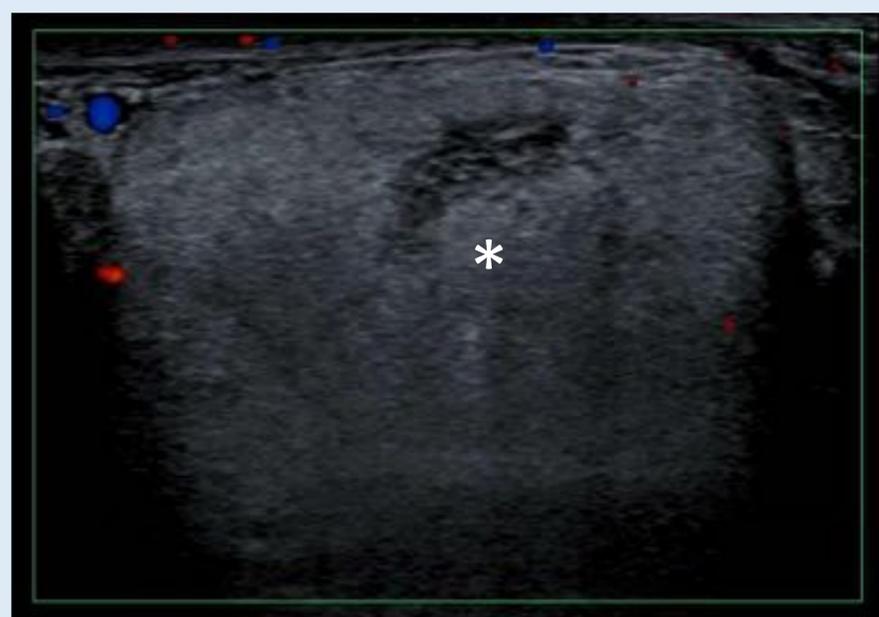
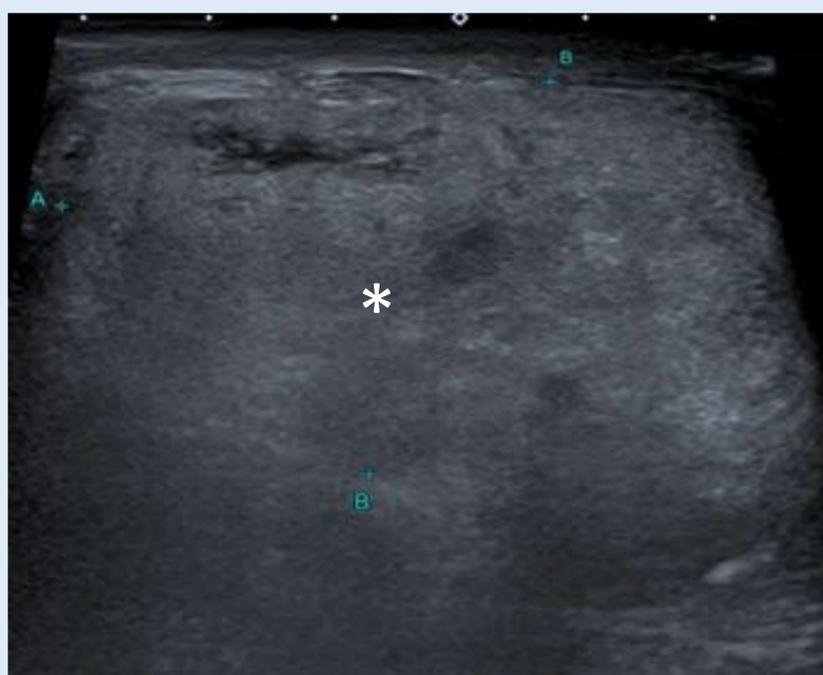
Teste izquierdo disminuido de tamaño con patrón ecográfico heterogéneo y con algunos vasos en su interior irregulares, aunque sin patrón vascular normal. Hallazgos en relación con **isquemia testicular crónica con mínima revascularización**.

Epidídimo izquierdo difusamente engrosado con calcificaciones focales en cuerpo y cola con discreto aumento del patrón vascular, **sugestivo de cambios inflamatorios subagudos o flujo de compensación**.



### CASO 3: LIPOMASARCOMA PARATESTICULAR

Paciente de 70 años que consulta por aumento indoloro del tamaño testicular izquierdo. Ante la sospecha en un primer lugar de proceso infeccioso el paciente inicia antibioterapia pero no presenta mejoría alguna. Se realiza ecografía (*ver imágenes*) y ante los hallazgos se decide cirugía. Se realiza orquiectomía y el estudio histológico de la pieza es compatible con **liposarcoma paratesticular bien diferenciado**.



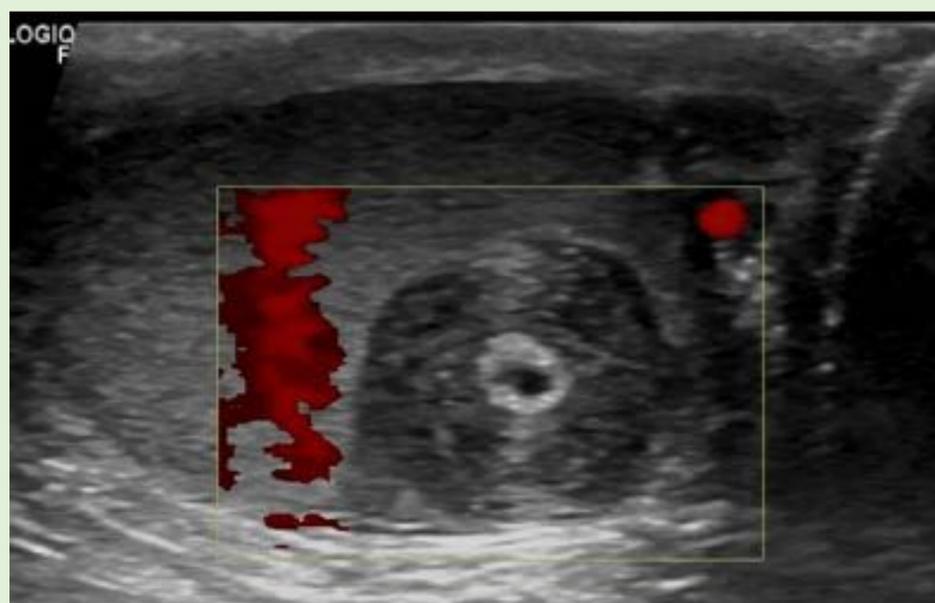
- ✓ Ambos testículos y epidídimos son normales. Los flujos intratesticulares están conservados.
- ✓ No existe hidrocele ni varicocele.

A nivel medial, caudal y posterior del escroto izquierdo se visualiza una lesión (*asterisco*) hiperecogénica, ligeramente heterogénea y lobulada, de 65 x 48 mm aproximadamente, que no capta señal Doppler color, desplaza al teste en sentido medial y craneal y sugiere **lesión de estirpe lipomatosa**. Asocia además, engrosamiento de las cubiertas escrotales ipsilaterales (*flechas*).

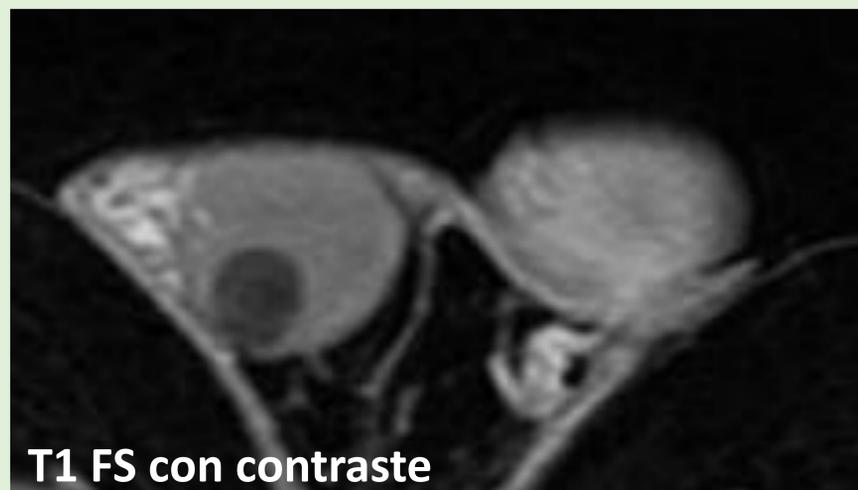


## CASO 4: QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR

Paciente de 23 años que consulta por autopalpación de bultoma testicular derecho sin otra sintomatología asociada. Se realiza ecografía testicular y ante hallazgos se decide completar estudio con RM. A continuación se exponen dichos hallazgos, los cuales son compatibles con **quiste epidermoide testicular**.



Nódulo en tercio medio de testículo derecho bien delimitado, heterogéneo, predominantemente hipoecogénico, con zona central hiperecogénica en anillo y área quística en su interior. Presenta bandas hiperecogénicas como "en rueda de carro" así como otras de morfología más concéntrica. No se observan áreas sugestivas de calcificaciones y no se detecta en estudio Doppler.

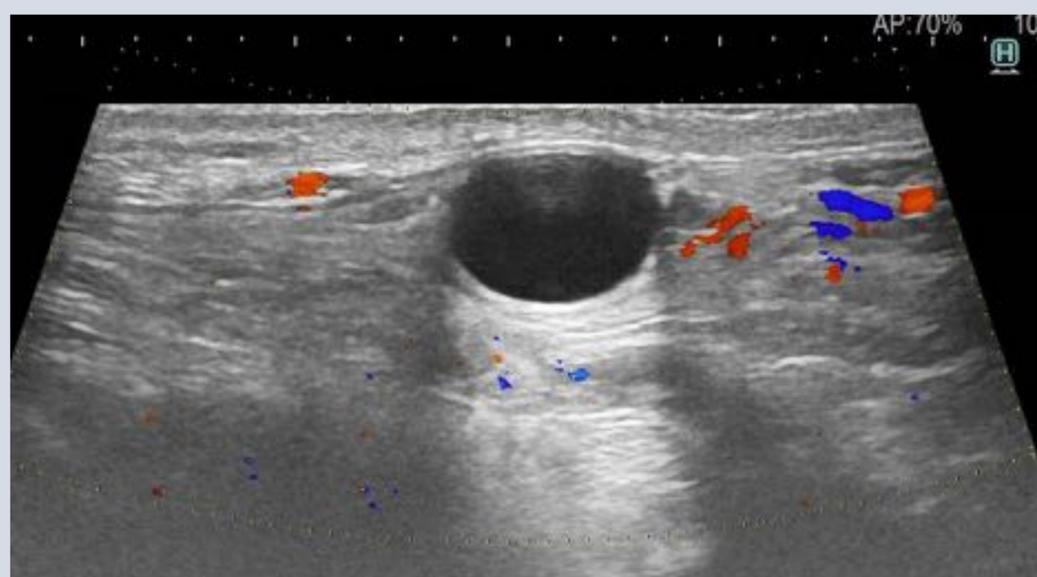


Lesión nodular intratesticular derecha de unos 12 mm de eje mayor, de morfología redondeada, bordes bien definidos y con aspecto en "diana", que no presenta captación de contraste en el estudio dinámico.



## CASO 5: QUISTE DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

Paciente de 18 años que consulta por tumoración indolora testicular izquierda de meses de evolución. Se realiza ecografía (*ver imágenes*) con hallazgos compatibles con **quiste del cordón espermático** que durante la bipedestación se desplaza en sentido caudal y se dispone adyacente a la cabeza del epidídimo.

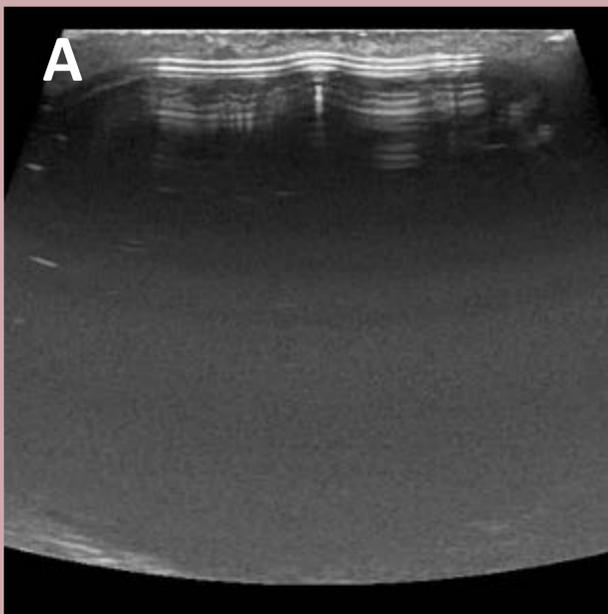


Se observa lesión quística de 9.9x7.4 mm de tamaño a nivel del tercio medio del cordón espermático izquierdo.

→ Durante la exploración se constata que en bipedestación, condicionado por la gravedad, se desplaza caudal en el canal y se dispone adyacente a la cabeza de epidídimo, sin que dependa de ella.

## CASO 6: GRANULOMA CICATRICIAL

Paciente de 33 años intervenido mediante orquiectomía izquierda hacía 2 años por tumor germinal testicular no seminomatoso. Se solicita ecografía testicular ante la presencia de nódulo cicatricial en zona de orquiectomía izquierda que crece de forma progresiva. En estudio ecográfico (*ver imágenes*) se identifica en región cicatricial imagen compatible con **granuloma**.

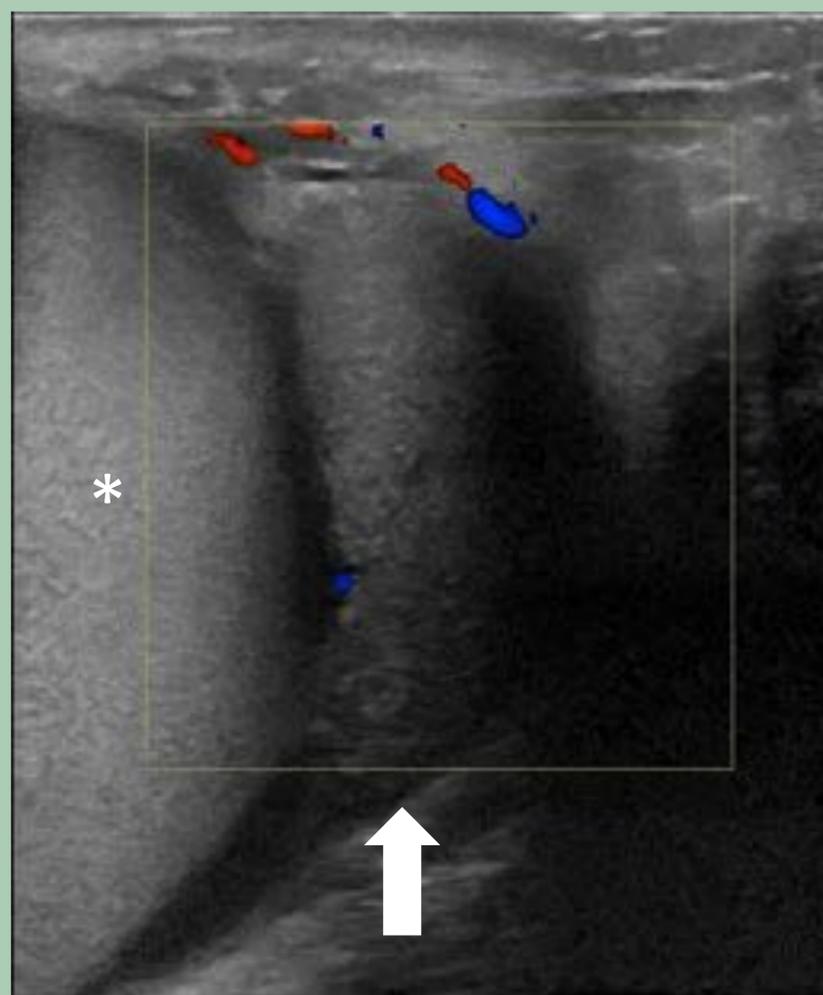
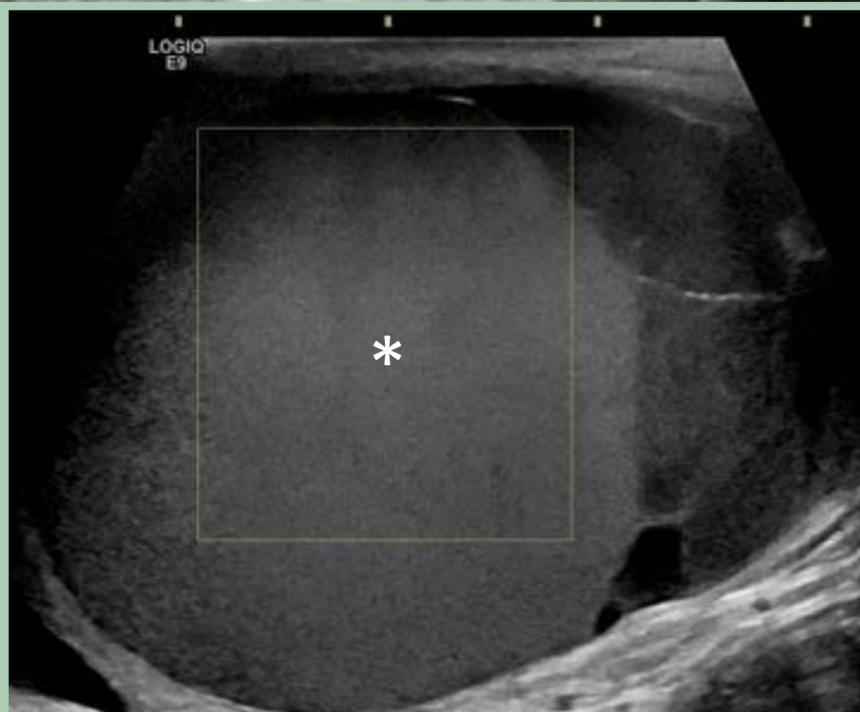


**A.** Orquiectomía izquierda con prótesis en bolsa escrotal izquierda.

**B. y C.** En zona de cicatriz de orquiectomía izquierda se visualiza, subyacente a la cicatriz cutánea, un nódulo ovoide hipocóico con material ecogénico con sombra posterior en su interior. Presenta un tamaño aproximado de 15 x 7.6 mm y no capta señal Doppler color. Estos hallazgos son sugestivos de **granuloma cicatricial** que se mantiene estable con respecto a estudios previos (**D**).

## CASO 7: HIDROCELE COMPLICADO

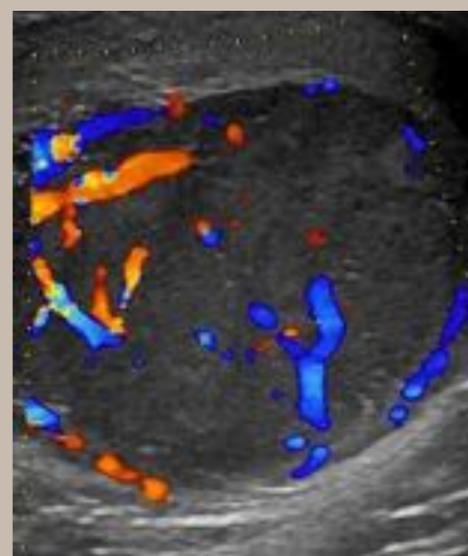
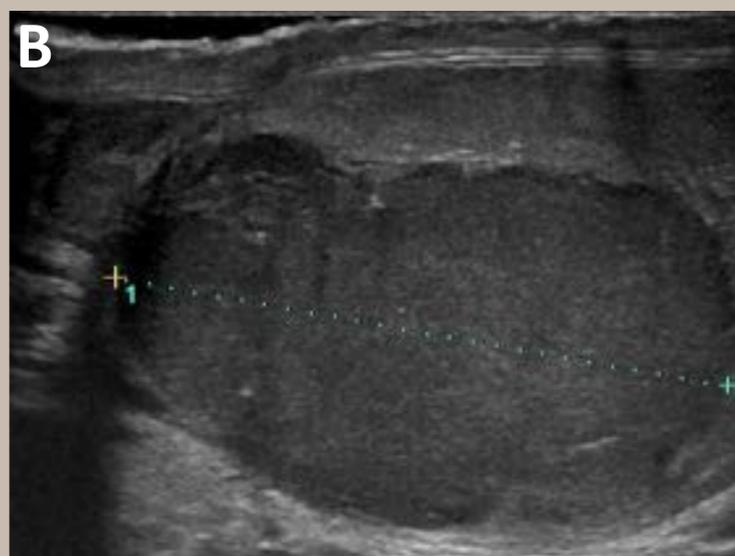
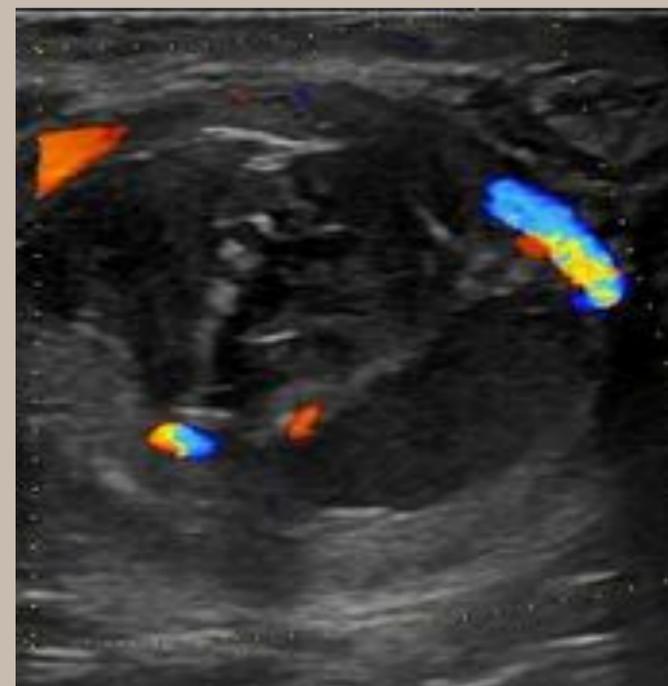
Paciente de 73 años en seguimiento en consultas de Urología por disfunción eréctil que refiere aumento del tamaño testicular izquierdo. Se realiza ecografía en donde se identifica un **gran hidrocele izquierdo** son signos de complicación. *En la actualidad se encuentra pendiente de hidrocelectomía.*



**Gran hidrocele** con contenido ecogénico y tabicado (*asterisco*), que mide aproximadamente 8.6x 4.8cm y desplaza y comprime el testículo ipsilateral (*flecha*).

## CASO 8: TUMOR SEMINOMATOSO Y NO SEMINOMATOSO TESTICULAR IPSILATERAL

Paciente de 33 años remitido a consultas de Urología por sensación de aumento de consistencia del testículo derecho desde hacía unos 3 años. Desde hace 2 meses comienza con dolor sin fiebre ni otros síntomas asociados. Se realiza ecografía testicular en donde se observan dos lesiones, una de tipo seminomatoso y otra no seminomatoso. Se realiza orquiectomía con hallazgos histológicos que confirman los ecográficos: 1. Tumor de células germinales derivado de neoplasia germinal in situ **tipo seminoma**; 2. Lesión **tipo teratoma quístico**, constituido por epitelio escamoso y glandular maduro.



Testículo derecho con aumento tamaño, en el que se observan 2 lesiones focales:

**A.** Una lesión en polo inferior de aspecto quístico con calcificaciones y septos de aprox. 1.5 x 1.7 x 1.3 cm, con escasa vascularización, compatible con **lesión neoplásica tipo no seminomatoso**.

**B.** Lesión de situación craneal, sólida, hipoecogénica y homogénea, de bordes lobulados, de aprox. 3.3 x 2 x 2.2 cm. Presenta hipervascularización y es compatibles con **lesión neoplásica tipo seminomatoso**.



## CASO 9: VARICOCELE INTRATESTICULAR

Paciente de 40 años en estudio por infertilidad al que se le realiza por protocolo ecografía testicular con hallazgos de **varicocele intratesticular**.



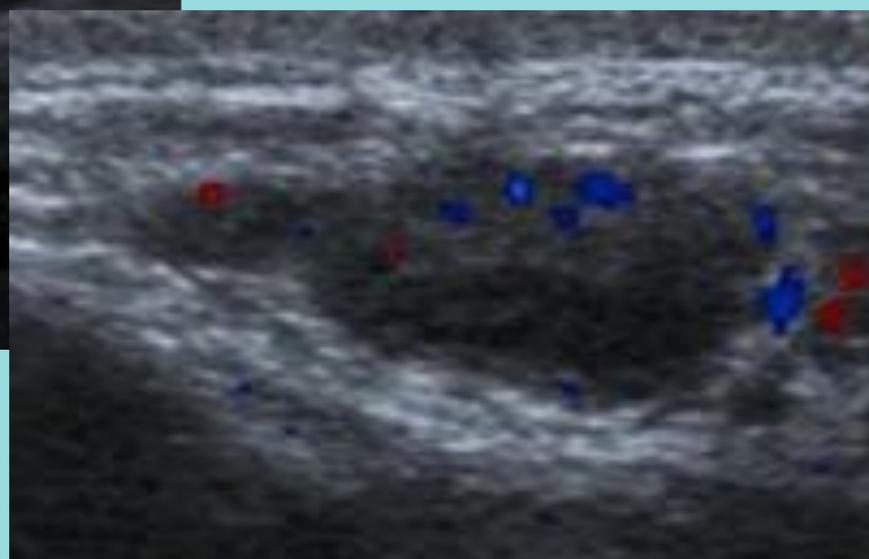
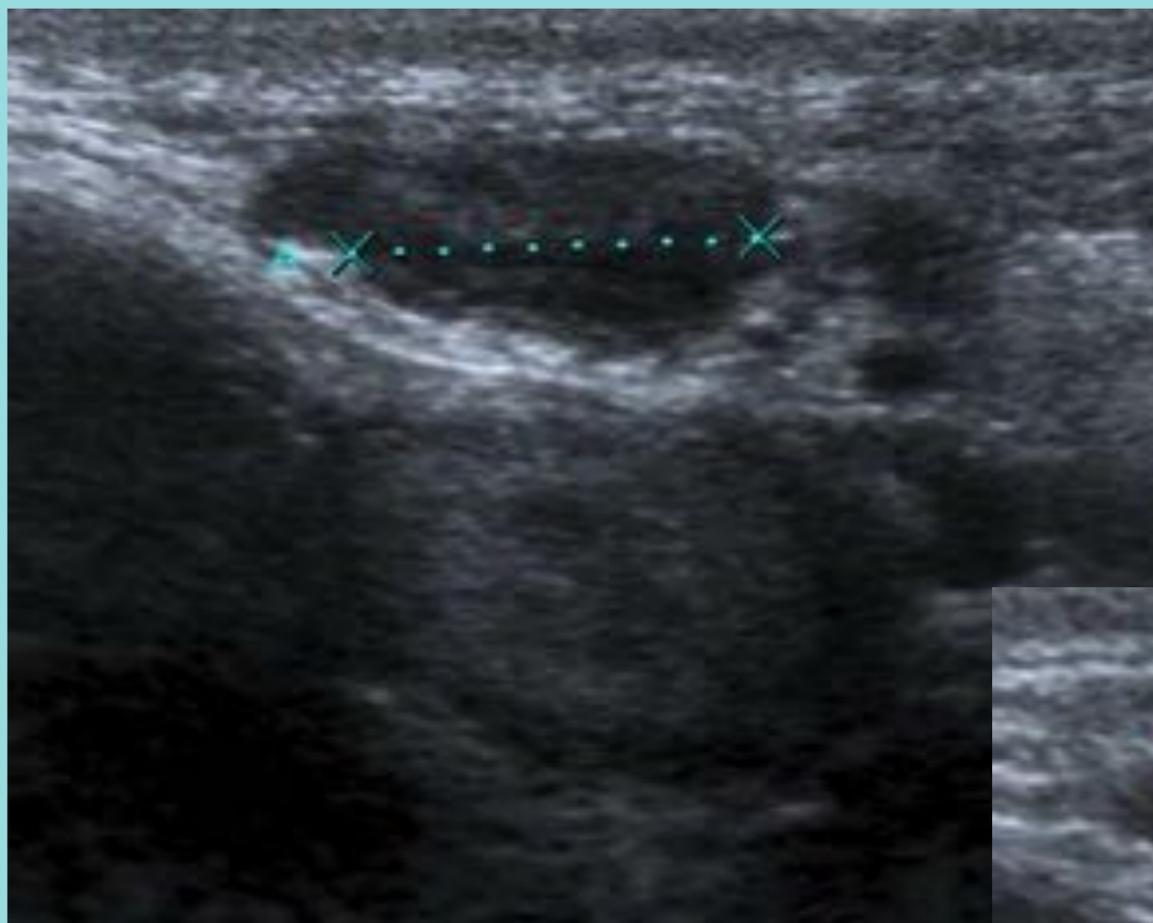
Se visualizan venas del plexo pampiniforme derecho con calibre  $> 3$  mm con relleno y aumento de calibre en Valsalva indicativo de varicocele grado I. Se introducen en parénquima testicular derecho a nivel de polo inferior, provocando **varicocele intratesticular**.



## CASO 10: DEFERENTITIS NODOSA

Paciente de 46 años con antecedentes de vasectomía que consulta por bultoma paratesticular izquierdo. Se realiza ecografía en donde se observa imagen nodular que está en relación con el conducto deferente (*ver imágenes*). Estos hallazgos, junto con los antecedentes vasectomía, son sugestivos de **deferentitis nodosa**.

*La inflamación de los conductos deferentes se denomina vasitis o deferentitis, mientras que la inflamación del cordón espermático se conoce como funiculitis. La deferentitis descrita con mayor frecuencia es la vasitis nodosa, que suele ocurrir tras la realización de vasectomía. Es un proceso benigno que ocasiona una pequeña tumoración en el conducto deferente.*

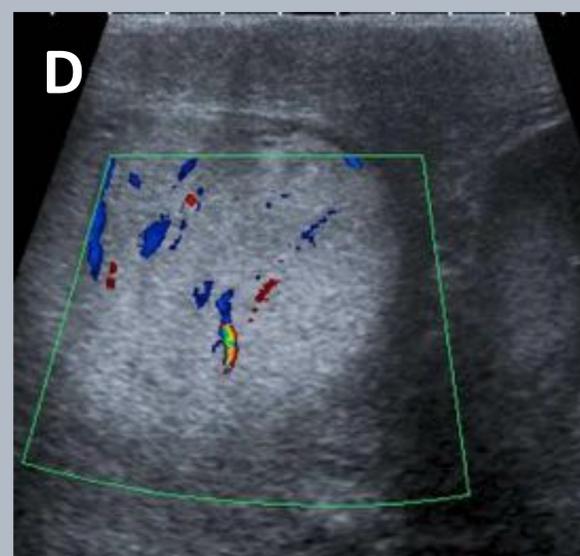
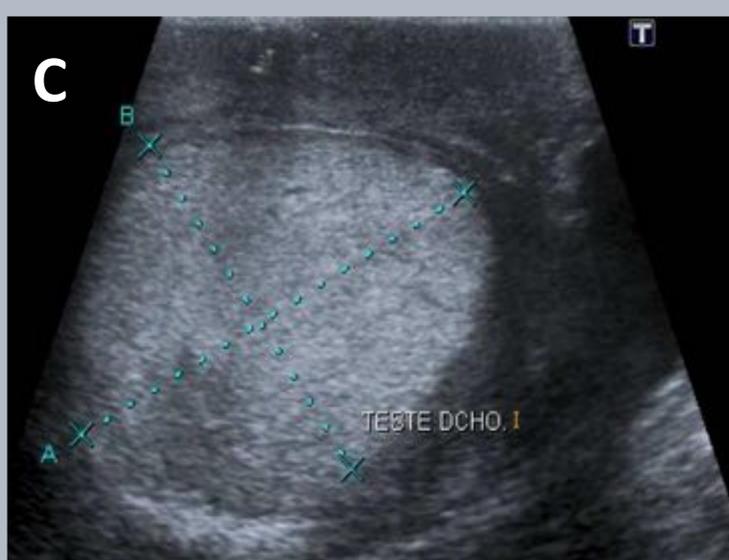
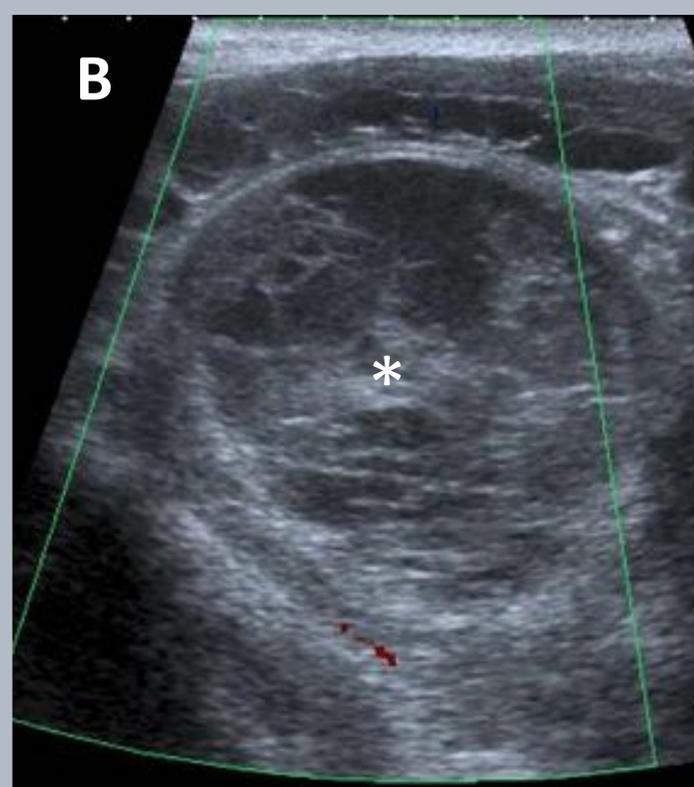
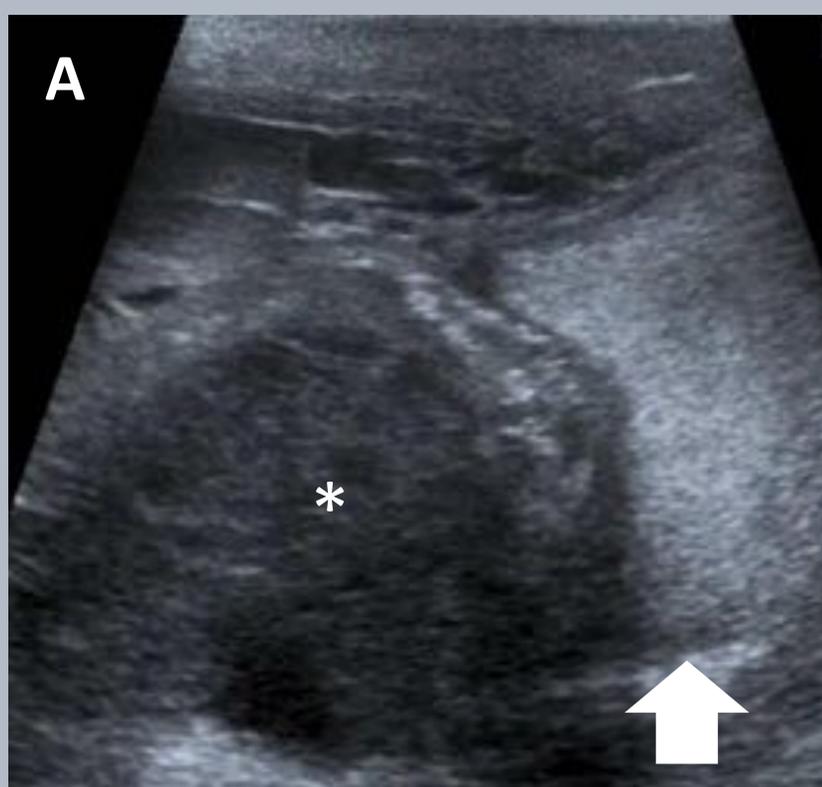


Se identifica en localización lateral izquierda a la base del pene, un nódulo sólido, hipoecogénico y de 10x5 mm, que presenta vascularización periférica y que contacta y está en relación con el conducto deferente.

No impresiona por su morfología nodular de que corresponda a vena superficial trombosada.

## CASO 11: GRAN HEMATOMA INTRAESCROTAL

Paciente de 63 años intervenido de hernia inguinal hacía varios días que consulta en Urgencias por aumento del tamaño derecho. Se realiza ecografía en donde se **identifica gran hematoma intraescrotal**.

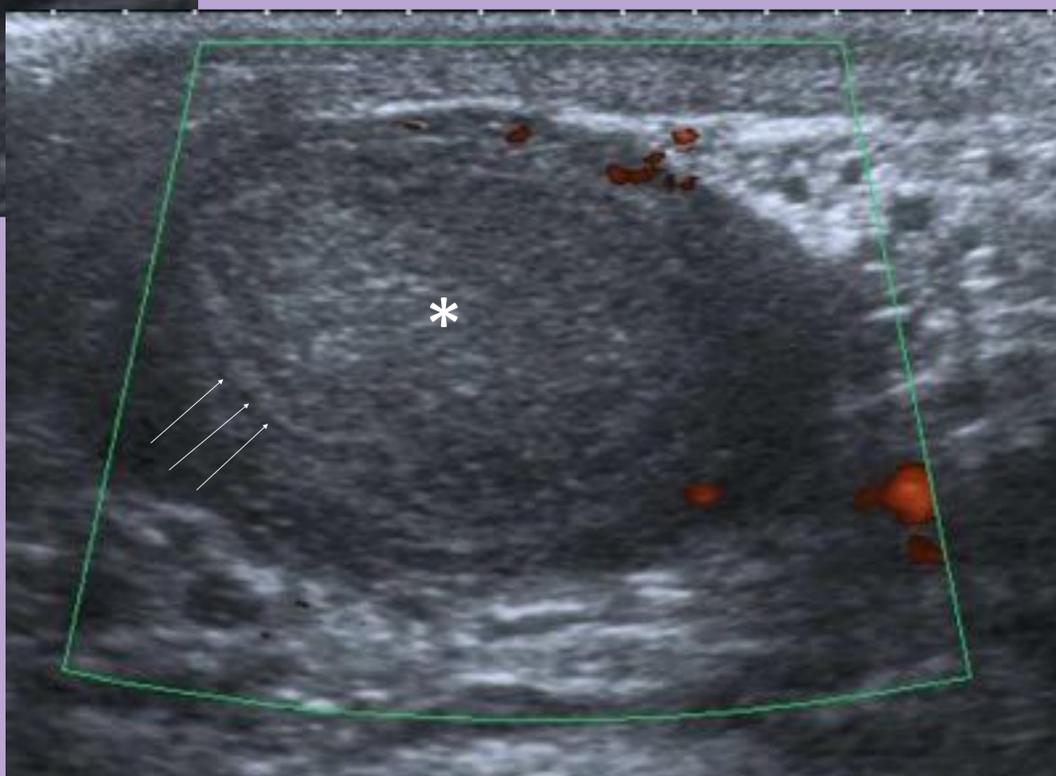
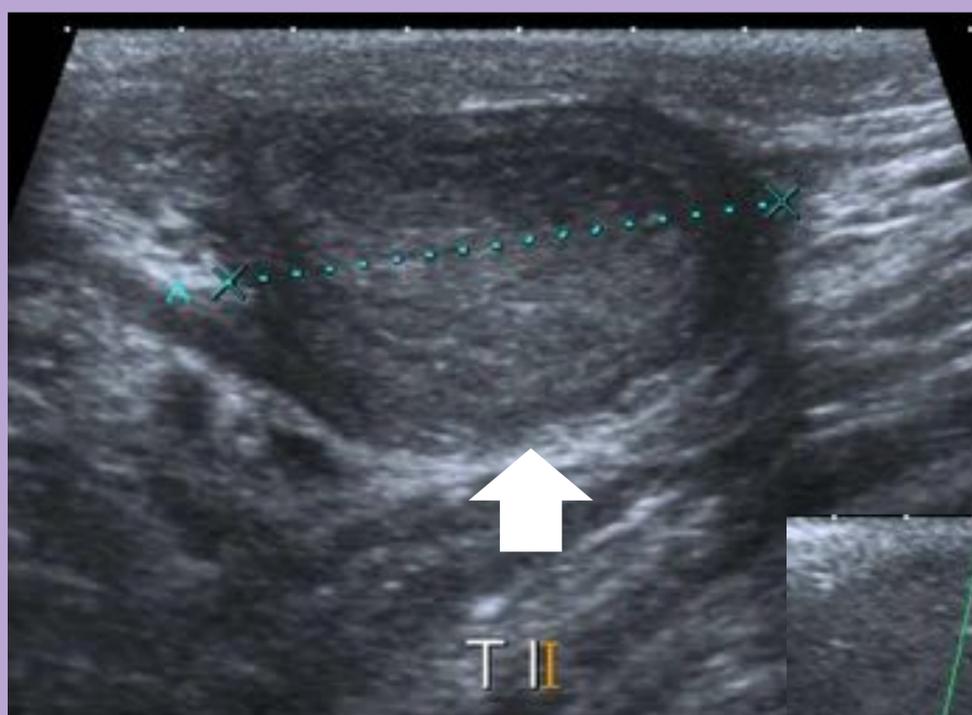


**A y B.** Testículo derecho relegado en la bolsa escrotal medial y caudal (*flecha*), estando ésta ocupada por material de ecoestructura compleja que no capta señal Doppler color y que está en relación con **hematoma en evolución** (*asterisco*).

**B y C.** Testículo derecho de características normales con flujo intratesticular presente y dentro de la normalidad.

## CASO 12: INFARTO TESTICULAR EXTENSO

Paciente de 73 años intervenido de forma reciente de hernia inguinal e hidrocele, con aumento y empastamiento de testículo izquierdo. Se realiza ecografía en donde se observa imagen compatible con **infarto testicular extenso**.



Teste izquierdo de tamaño disminuido (*flecha*). Presenta aspecto ecográfico heterogéneo de predominio hipoecoico. Se visualiza en su interior una zona central (*asterisco*) que ocupa gran parte del volumen testicular de ecogenicidad grosera y delimitada por un fino halo ecogénico (*flechas*). Dicho área en el estudio Doppler es avascular, visualizando tan solo algunos vasos con flujo en la periferia del parénquima testicular. **Hallazgos ecográficos son indicativos de infarto testicular segmentario extenso.**



### 3. CONCLUSIONES

El conocimiento de la anatomía ecográfica normal así como de los diferentes patrones de presentación de las lesiones intra y extratesticulares es esencial para llegar a un correcto diagnóstico, evitando así cirugías innecesarias.

Si bien es cierto que lo habitual es la aparición de hallazgos ecográficos comunes en relación con las entidades más frecuentes, en ocasiones podemos encontrar imágenes incidentales o inesperadas que nos hacen plantear dudas diagnósticas. Es por ello, que el conocimiento de un abanico amplio de hallazgos inusuales podría solventar dudas y facilitar un adecuado enfoque diagnóstico cuando nos encontremos ante imágenes no tan habituales en nuestra práctica diaria.

### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Luis Pastor E, Villanueva Marcos A, Zudaire Díaz-Tejeiro B et al. Ecografía escrotal: perlas, patrones y errores. Actas Urol Esp. 2007;31(8):895-910.
2. Rodríguez-Patrón Rafael, Mayayo Dehesa T, Lennie Zuccarino A et al. Ecografía testicular. Arch. Esp. Urol. 2006; 59, 4 (441-454).
3. Moreno C, Small W, Camacho JC et al. Testicular Tumors: What Radiologists Need to Know-Differential Diagnosis, Staging, and Management. Radiographics 2015; 35:400-415.
4. Studniarek M, Skrobisz-Balandowska K, Modzelewska E. Scrotal imaging. Journal of Ultrasonography 2015; 15: 245–258.
5. Romero Pérez P, Merenciano Cortina FJ, Rafie Mazketli W et al. La vasectomía: estudio de 300 intervenciones revisión de la literatura nacional y de sus complicaciones. Actas Urol Esp. 2004; 28 (3): 175-214.