

S. Sanjuán Rodríguez¹, J.J. Pimentel Leo²,
C. Pedrero Campos³, J.M. Morán Penco¹

An Esp Pediatr 1996;45:302-304.

Quistes simples de epidídimo en la pubertad

Los quistes simples de epidídimo (QSE) son una patología frecuente en los adultos⁽¹⁾, sin embargo, son excepcionales en pediatría⁽²⁾. Actualmente existe una gran confusión con respecto a su origen, sus métodos de diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento^(1,2).

Presentamos 4 casos observados en nuestro Servicio.

Casos clínicos

Los datos clínicos están expuestos en la **Tabla I**.

Ninguno de los pacientes tenía el antecedente de traumatismo escrotal u otra patología previa.

A todos se les ha practicado un hemograma y análisis orina siendo normales.

Ecográficamente todos los quistes han presentado unas características similares, observándose una formación anecoica, redondeada, de paredes finas, sin tabiques en su interior (**Fig. 1**).

La ecografía testicular bilateral ha sido normal.

A todos les hemos realizado una quistectomía, mediante escrototomía (**Fig. 2**), mandando la membrana a analizar. No hemos observado alteraciones en la unión epididimotesticular.

La evolución a largo plazo ha sido satisfactoria.

Discusión

Actualmente existe un gran vacío con respecto a los QSE, en la pubertad; hemos observado que ni siquiera son analizados en tratados recientes de urología pediátrica⁽²⁾.

La definición de QSE es histológica, sirve para etiquetar un quiste que no se pueden precisar con exactitud cual es su origen. Histológicamente están recubiertos por un epitelio variable desde un epitelio cilíndrico ciliado a un epitelio aplanado, dependiendo de la tensión a la que está sometido el líquido en su interior^(3,4).

Estos hallazgos han sido encontrados en nuestros casos, e incluso, dentro de un mismo quiste podemos encontrar toda la gama de posibilidades; con estos hallazgos histológicos no podemos decir con exactitud cual es el origen de cada quiste.

Con respecto a su etiología se ha observado que pueden ser:

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Servicio de Anatomía Patológica. ³Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Materno-Infantil, Badajoz

Correspondencia: Dr. Santiago Sanjuán Rodríguez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. Avda. Damian Téllez Lafuente s/n. 06010 Badajoz

Recibido: Noviembre 1995

Aceptado: Abril 1996



Figura 1. Ecografía del quiste.

1. Secundarios a la administración de sustancias ingeridas por la madre durante el embarazo, como por ejemplo: tamoxifen y dietilestilbestrol. Se ha comprobado que algunos adultos que han padecido un QSE presentaban el antecedente de ingestión materna durante el embarazo⁽⁵⁻⁸⁾. Estas observaciones han podido confirmarse experimentalmente^(5,6).

2. Primarios: sin antecedente materno de ingestión de tóxicos, son debido a anomalías primarias embrionarias.

Dependiendo del órgano del que derivan pueden ser^(1,3,4):

1. Quistes derivados de anomalías embrionarias de la membrana visceral de la vaginal o albugínea epididimaria.

2. Quistes derivados de apéndice testicular, (hidátide de Morgagni), se suelen situar debajo de la cabeza epididimaria.

Tabla I

Caso n°	Edad	Clínica	Exploración	Lado	Localización	Tamaño	Epitelio
1	12 años	Dolor agudo	Tumoración dura quística	dcho	Cabeza epidídimo	1 cm	Cilíndrico
2	15	Masa paratesticular, crecimiento lento	Tumoración lisa, esférica, dolorosa transluminación +	dcho	“ “	1,2 cm	Cilíndrico ciliado
3	12	Dolor crónico	Tumoración lisa, encapsulada, indolora transluminación +	dcho	“ “	0,8 cm	Cilíndrico ciliado
4	13	Tumoración indolora	Dolor leve	izado	“ “	3,2 cm	Cuboideo

3. Quistes derivados de apéndice epididimario, suelen ser pedunculados, y corresponden a restos del conducto mesonefrótico de Wolff.

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

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

Los QES suelen ser únicos, a veces, pueden estar tabicados, y no se conoce porqué aparecen con mayor frecuencia en el lado derecho⁽⁹⁾, como hemos observado también en nuestros casos.

Cuando son de tamaño pequeño y múltiples se denomina enfermedad poliquística. Aunque la mayoría de estos quistes son únicos pueden aparecer asociado al síndrome de Meckel, hasta un 39%⁽⁹⁾.

La clínica que hemos observado en nuestros casos es similar a la observada en la bibliografía^(1,4). 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^(1,4,9,10).

Con respecto al diagnóstico no existe ningún examen complementario específico que nos pueda confirmar la sospecha clínica. La ecografía^(11,12) nos muestra una imagen anecoica, 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. También debe hacerse el diagnóstico diferencial con masas anecoicas, extratesticulares como hidroceles, colecciones de líquido como hematomas o abscesos^(13,14).

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 porqué 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^(11,13,14).

Por lo que en caso de duda, se recomienda practicar una PAAF^(3,11,13,15).

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con los espermatocelos y tumores. Los espermatocelos suelen apa-



Figura 2. Aspecto macroscópico de un quiste.

recer después de la pubertad, macroscópicamente y ecográficamente son similares a los QSE, sin embargo, mediante PAAF se obtiene un líquido lechoso, cremoso, que contiene espermatozoides en su interior⁽⁴⁾. Los tumores sólidos como: neurofibromas, leiomiomas, mesoteliomas, y algunos sarcomas, clínica y ecográficamente son similares a los QSE, sin embargo, suelen observarse en adultos^(1,4,12).

Actualmente, en los casos descritos en adultos, el tratamiento más practicado es punción aspirativa e inyección con diferentes tipos de sustancias⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, sin embargo, muchos autores^(16,17) coinciden que este tratamiento no es válido para los niños, debido a su alta morbilidad y, sobre todo, a las grandes posibilidades de originar esterilidad, como consecuencia del alto porcentaje de epididimitis.

En los niños, debido a que no existe un diagnóstico de certeza y ningún tratamiento exacto, se recomienda:

1) quistectomía, como hemos realizado en todos nuestros casos, 2) epididimectomía parcial, en los casos complicados, secundarios a torsión y que se acompañan de necrosis parcial del epidídimo^(1,3).

A pesar de que todos nuestros niños han evolucionado favorablemente, sin embargo, persiste la duda de si estos quistes pueden acompañarse de una obstrucción total del conducto epididimario, lo cual originaría la existencia de espermatocelos al llegar la edad adulta y la posibilidad de esterilidad, como

consecuencia de un proceso autoinmune. Por todo lo anterior, consideramos que estos pacientes precisan un seguimiento clínico, ecográfico y seminográfico al llegar a la edad adulta.

La observación de estos quistes, próximos a la llegada de la pubertad, consideramos que no es un hecho fortuito, sino que posiblemente, son quistes congénitos que se desarrollan con los cambios hormonales aparecidos durante la pubertad.

En trabajos prospectivos realizados en varones, sanos, asintomáticos, con edades diferentes, se ha observado que estos quistes aparecen en un 20-40%, y un 29% contienen uno o más quistes, con un diámetro de 2 mm a 2 cm^(11,13,19).

Por todo lo anterior, consideramos que sería conveniente realizar estudios prospectivos ecográficos a niños sanos, de edades diferentes, con el fin de conocer la incidencia real de este tipo de patología en la infancia.

Bibliografía

- 1 Flores N, Unda M. Tumores paratesticulares. En: Jiménez Cruz JF y Rioja Sanz: Tratado de urología. JR Prous Editores, Barcelona, 1993;1311-1318.
- 2 Bloom DA, Wan J, Key D. Disorders of the male external genitalia and inguinal canal. En: Clinical Pediatric Urology. P.Kelalis, LR King, A Barry Belman, eds, Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1992,1015-1049.
- 3 Alvarez González E. Masas paratesticulares. En Andrología, teoría y práctica. Ediciones Díaz de Santos S.A.,Madrid, 1989;292-300.
- 4 Arvis G, Constancis P. Les tumeurs de l'épididyme. En: Gabriel Arvis: Andrologia. Editeur Maloine, Paris, 1987;401-404.
- 5 Taguchi O. Reproductive tract lesions in male mice treated neonatally with Tamoxifen. *Biol Reprod* 1987;**37**:113-116.
- 6 Niculescu AM. Effects of In Utero exposure to DES on male progeny. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1985;**12**:468-470.
- 7 Conley GR, Grannum RS, Ucci AA, Mitcheson D. Seminoma and epididymal cysts in a young man with diethylstilbestrol exposure in utero. *JAMA* 1983;**249**:1325-1326
- 8 Kirk KS, Stenchever MA, Karp LE. et al. Genital tract examinations and zona-free hamster egg penetration test from men exposed in utero to diethylstilbestrol. *Fertil Steril* 1984;**42**:772-778.
- 9 Rapola J, Salonen R. Visceral anomalies in the Meckel Syndrome. *Teratology* 1985;**31**:193-201.
- 10 Hedelin H, Eddeland A, Johansson et al. Torsion of a large epididymal mass. *Br J Urol* 1986;**58**:560-561.
- 11 Rifkin MD, Kurtz AB, Goldberg BB. Epididymis examined by ultrasound. *Radiology* 1984;**151**:187-190.
- 12 Finkelstein MS, Kotlus Rosenberg H, McCrum Snyder H, Duckett J. Ultrasound evaluation of scrotum in pediatrics. *Urology* 1986;**27**:1-9.
- 13 Leung ML, Gooding GAW, Williams RD, High-resolution sonography of scrotal contents in asymptomatic subjects. *AJR* 1984;**143**:161-164.
- 14 Rifkin MD, Brownstein PK. Abnormal echogenicity of the testicle caused by epididymal cysts. *J Ultrasound Med* 1983;**2**:539-541.
- 15 Whitley Vick C, Klein FA, Scheneider V. Adenomatoid tumor of epididymis simulating benign cyst on scrotal ultrasound. *Urology* 1991;**4**:369-371.
- 16 Péres-Guillermo M, Thor A, Löwhagen T. Paratesticular adenomatoid tumors. *Acta cytológica* 1989;**33**:6-10.
- 17 Honnens de Lichtenberg M, Miskowiak J, Krong J. Tetracycline sclerotherapy of hidrocles and epididymal cysts. *Acta Chir Scand* 1990;**156**:439-440.
- 18 Hellström P, Tammela T, Kontturi M. et al. Ethanolamine oleate as a sclerosant for testicular hydroceles and epididymal cysts. *Br J Urol* 1988;**62**:445-448.
- 19 Freedman D. A lovely bunch of coconuts: *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1991;**138**:227-229.