



## CASO CLÍNICO

# Tumor escrotal de comportamiento incierto. Calcinosis idiopática

Priego Niño A,<sup>1</sup> López Gallegos M,<sup>1</sup> Morales Covarrubias JA,<sup>1</sup> Díaz de León Nevárez CA,<sup>1</sup>  
Velarde Carrillo A,<sup>1</sup> Cortez Betancourt R<sup>1</sup> y Cortés Arcos Y<sup>1</sup>

### RESUMEN

Los tumores escrotales tienen una incidencia muy baja. Son tumores raros que pueden tener variedades benignas o malignas, siendo estos últimos agresivos, y por su baja incidencia, que no es posible tener un conocimiento amplio para el manejo de estas lesiones.

**Caso clínico:** Masculino de 38 años de edad, inició su padecimiento hace 2 años al percatarse de un aumento de volumen a nivel escrotal, el cual ha sido progresivo. A la exploración física se encuentra en bolsa escrotal a nivel del rafe, 2 lesiones, la primera ubicada a 1 cm de la base del pene, bien delimitada de consistencia dura y otra lesión en la parte más inferior del rafe, con las mismas características.

Se sometió al paciente a una exploración quirúrgica, encontrando la primera lesión fibrosa encapsulada con alta vascularidad, la segunda lesión en la parte del rafe inferior. Se disecciona en su totalidad. Ambas piezas fueron remitidas al servicio de patología, reportando calcinosis idiopática.

### SUMMARY

*Scrotal tumors have a very low incidence. They are rare tumors who have benign or malignant varieties, being these last ones very aggressive, and with an incidence so low that is not possible to have a wide knowledge for the handling of these masses.*

**Case report:** 38 years old male with history of 2 years of evolution, when he realizes an increment of volume in the scrotum, progressive and painless. Physical exploration reveals at median raphe 2 masses; first one is located near to the penis base, well confined, hard, without coetaneous alterations and the second one is in a lower position with the same characteristics. A surgical exploration was performed with the complete removal of both lesions. Pathology report was idiopathic calcinosis. The patient has been followed for six months with no farther eventualities.

**Key words:** idiopathic calcinosis, scrotal tumors.

1 Hospital General de Zona 1 A, Venados. IMSS

Correspondencia: Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE. Servicio de Urología. Félix Cuevas Núm. 540, Col. Del

Valle, Delegación Benito Juárez. México D.F., C.P. 03100. Teléfono: 5200-5003, exts. 14209 y 14280, fax: 5559-3812. Correo electrónico: alexuroclo@hotmail.com.

El paciente ha tenido seguimiento de 6 meses sin presentar al momento ninguna alteración.

**Palabras clave:** calcinosis idiopática, tumor escrotal.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores escrotales tienen una incidencia muy baja. Son tumores raros que pueden tener variedades benignas o malignas, siendo estos últimos, agresivos y por su baja incidencia que no es posible tener un conocimiento amplio para el manejo de estas lesiones.<sup>1</sup> La mayoría de estos tumores poseen un componente mesenquimatoso mixto.

La calcinosis tisular es una entidad de presentación rara y mucho más el hecho de su aparición testicular. Su presentación es más frecuente en forma de pápulas o nódulos, con cambios a nivel cutáneos visibles, de aspecto blanquecino, consistencia dura, se reporta un caso con una presentación atípica de calcinosis escrotal.<sup>2,3</sup>

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 38 años de edad que como antecedentes de importancia, refiere el consumo de antidepresivos por desorden psiquiátrico maniaco depresivo.

Inició su padecimiento hace 2 años al percibirse de un aumento de volumen a nivel escrotal, indoloro, el cual ha sido progresivo. Refiere que se palpa 2 masas a nivel escrotal de consistencia dura no dolorosas. Ocasionalmente siente la sensación de dolor muy leve esporádico autolimitado que no amerita manejo médico. Niega antecedentes de traumatismos.

A la exploración física, presenta en bolsa escrotal, a nivel del rafe y en plano profundo, 2 lesiones; la primera ubicada a 1 cm de la base del pene de predominio derecho de 2 cm de diámetro aproximadamente, bien delimitada de consistencia dura y la segunda, en la parte inferior del rafe de 3 cm de longitud con las mismas características.

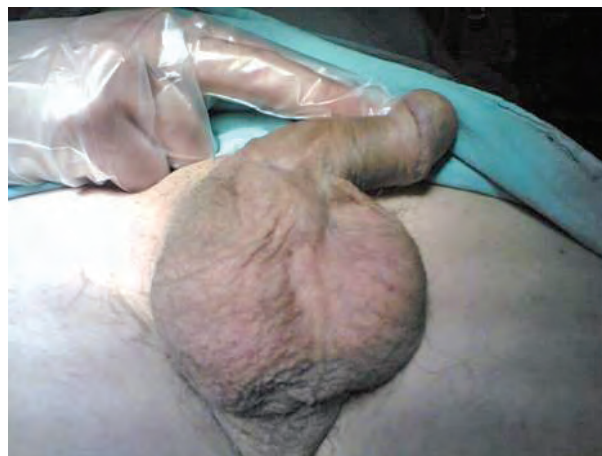


Figura 1. Masas escrotales a nivel de rafe sin alteraciones cutáneas visibles.

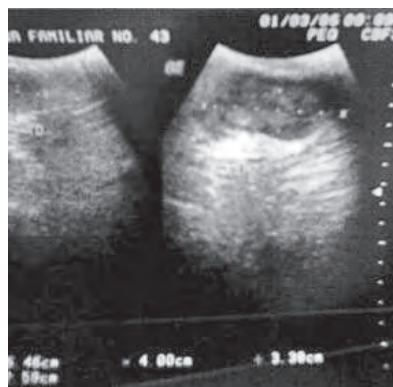


Figura 2. Imagen por ultrasonido de las masas escrotales en estudio.



Figura 3. Exploración quirúrgica, resección de la lesión cercana a la base del pene.

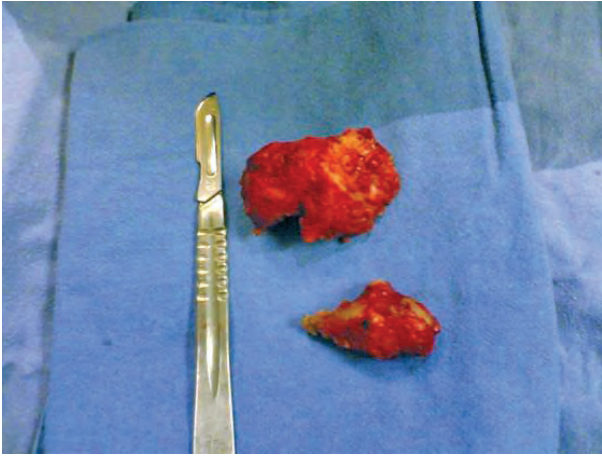


Figura 4. Aspecto macroscópico de ambas masas escrotales ya resecadas.

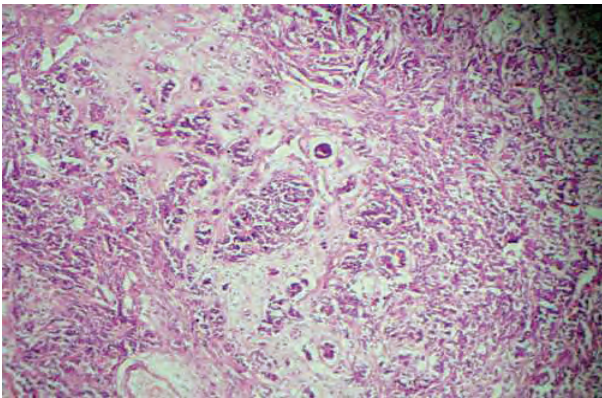


Figura 5. Corte de tejido celular subcutáneo donde se encuentra infiltrado inflamatorio crónico de predominio mononuclear, reacción fibroblástica y depósitos dispersos de calcificaciones distróficas.

Ambos testículos y cordones se encuentran de características normales. Resto de la exploración normal (figura 1).

La ecografía testicular reporta testículos y cordones sin alteraciones, 2 lesiones de 2.3 y 3.4 cm en su diámetro mayor con ecogeneidad homogénea bien delimitada sin ninguna otra alteración. Se tomaron exámenes de laboratorio, para protocolo preoperatorio y todos los resultados se reportaron dentro de parámetros normales. Se incluyeron marcadores tumorales para cáncer testicular, siendo normales (figura 2).

Se sometió al paciente a una exploración quirúrgica tranescrotal, encontrando la primera lesión fibrosa encapsulada, con alta vascularidad sin comprometer túnica vaginal, realizando su disección completa. La segunda lesión, en la parte del rafe inferior, se disecciona en su totalidad. Esta última estaba firmemente adherida a la túnica vaginal izquierda, también se encontraba con alta vascularidad (figura 3).

Ambas piezas fueron remitidas al servicio de patología, reportando calcinosis idiopática (figuras 4 y 5).

El paciente se ha mantenido en seguimiento durante 6 meses, sin presentar al momento ninguna recidiva o alteración.

## CONCLUSIONES

La calcinosis escrotal es un desorden idiopático benigno, que se presenta de consistencia dura, como roca, o como pápulas blandas y lisas o nódulos en el escroto. Pueden infectarse o presentar inflamación posterior al trauma y muy rara vez afecta el pene. El diagnóstico diferencial es el quiste epidermoide.<sup>4</sup>

Hutchinson en 1888 fue el primero en describirlo, posteriormente Shapiro en 1970 reportó 13 casos, y revisó nueve en la literatura, describiéndolos como calcinosis escrotal idiopática. No se ha determinado si proviene de los quistes epidermoides, ductos ecrinos, o de una distrofia del músculo dartos. Otras etiologías que se han discutido son: trauma o presencia de cuerpos extraños, o bien, por una calcificación distrófica del dartos propuesto por King en 1979, pero sin demostrar la presencia de músculo. Por lo anterior, se cree que la piel del escroto es más propensa a esta afección y está en controversia que quizá, la menor temperatura local o la disposición de la naturaleza de sus capas sean determinantes. Su tratamiento es la incisión completa de la lesión.<sup>5,6,7</sup>

Este caso en particular, se manifestó como lesiones intraescrotales sin presentar alteraciones cutáneas como es su forma habitual, se buscaron reportes previos con esta presentación inusual no encontrando datos previos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jamaledine FN, Salman SM, Shbaklo Z, Kibbi AG, Zaynoun S. Idiopathic vulvar calcinosis: the counterpart of idiopathic scrotal calcinosis. *Cutis*. 1988; 41(4):273-5.

2. Lucke T, Fallowfield M, McHenry P. Idiopathic calcinosis cutis of the penis. *Br J Dermatol*. 1997; 137(6): 1025-1026.
3. Shapiro L, Platt N, Torres-Rodriguez VM. Idiopathic calcinosis of the scrotum. *Arch Dermatol*. 1970; 102(2):199.
4. Fisher BK, Dvoretzky I. Idiopathic Calcinosis of the scrotum. *Arch Dermatol*. 1978;114:957.
5. Veress B, Malik MO. Idiopathic scrotal calcinosis. A report of six cases from the Sudan. *East Afr Med J*. 1975;52:705-710.
6. Swinehart JM, Golitz LE. Scrotal Calcinosis. *Arch Dermatol*. 1982;118(12):985-8.
7. King DT, Brosman S, Hirose FM, Gillespie LM. Idiopathic calcinosis of scrotum. *Urology*. 1979;14(1): 92-4.