

CASO CLÍNICO

Pancreatitis, una presentación inusual de aumento escrotal



Víctor Parejo^{a,*}, Arturo Domínguez^a, Neus García^b, Àngel Prera^a y Joan Prats^a

^a Servicio de urología, Hospital de Sabadell Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

^b Servicio de cirugía general, Hospital de Sabadell Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

Recibido el 16 de abril de 2016; aceptado el 17 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 4 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Pancreatitis;
Escroto;
Edema;
Espacio
retroperitoneal

Resumen El aumento de tamaño escrotal acompañado de inflamación y dolor es una consulta frecuente en la práctica clínica habitual. Sin embargo, existen causas extraurológicas capaces de mimetizar dicho cuadro que deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial. La etiología pancreática en estos casos es inusual, con poco más de 30 casos descritos en la literatura, y puede conducir a un diagnóstico y tratamientos equivocados. Presentamos el caso de un varón de 62 años que fue ingresado por una pancreatitis aguda, comenzando un mes después con un aumento del tamaño escrotal derecho que se trató de forma conservadora.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pancreatitis;
Scrotum;
Edema;
Retroperitoneal space

Pancreatitis, an unusual presentation of scrotal swelling

Abstract Scrotal swelling, soreness and tenderness is a common consultation in ordinary clinical practice. However, extra urological causes are able to mimic this situation which should be included in the differential diagnoses. Pancreatic etiology in these cases is unusual, with few more than 30 cases described in the literature, which could lead to a wrong diagnosis and treatment. We aim to present a 62-year-old male patient who was admitted with acute pancreatitis, developing within a month a right scrotal swelling, treated conservatively.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vporejocortes@gmail.com (V. Parejo).

Introducción

La extensión de una colección pancreática, absceso o pseudoquistes a nivel inguinal, comprometiendo el canal inguinal y/o escroto, es una rara complicación tras un diagnóstico de pancreatitis aguda. Pese a la baja incidencia de la misma, debe prestarse especial atención, pues puede hacernos diagnosticar erróneamente otras patologías más comunes de aumento escrotal como el hidrocele, la orquiepididimitis, la torsión e incluso el tumor testicular, conduciéndonos a un tratamiento quirúrgico innecesario.

Presentamos un caso de aumento de tamaño escrotal secundario a un cuadro de pancreatitis en un varón de 62 años.

Caso clínico

Varón de 62 años, de raza caucásica, con antecedentes de enolismo crónico (> 80 g/día), tabaquismo activo e hipertensión arterial, remitido a nuestro centro hospitalario por mala evolución de una pancreatitis crónica enólica reagudizada de 4 semanas de evolución. Al ingreso el paciente se encontraba febril (38°C) y hemodinámicamente estable. En la analítica destacó una ligera leucocitosis ($11,45 \times 10^9/\text{L}$) sin neutrofilia junto a una discreta amilaseemia (142 U/L). Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro (meropenem $1 \text{ g}/24 \text{ h}$ iv) y se amplió el estudio mediante tomografía computarizada (TC), evidenciándose múltiples calcificaciones en la cabeza pancreática junto con una voluminosa colección en la raíz del mesenterio y en las fascias pararenales anterior y posterior. Se practicó una PAAF de dicha colección guiada por TC, siendo el cultivo negativo.

Pasadas las 5 semanas del cuadro inicial, se solicitó valoración por el servicio de urología por un cuadro de dolor y aumento escrotal derecho. A la exploración destacó un abdomen globuloso, con efecto masa y empastamiento en flanco derecho, asociado a una región equimótica homolateral. A nivel testicular se evidenció un edema escrotal derecho, de consistencia dura, de $20 \times 10 \text{ cm}$, con extensión inguinal, sin objetivar fluctuación ni crepitación y con una escara necrótica cutánea caudal (fig. 1A).

Ante la sospecha de una posible gangrena de Fournier se solicitó una TC abdominal (fig. 2A-B) que mostró la persistencia de la voluminosa colección peripancreática, con extensión caudal hasta el canal inguinal derecho, descendiendo a través de la fascia lateroconal. La

ecografía testicular describió una colección hipoanecoica que se introducía en el canal inguinal derecho (fig. 2C) y que correspondía a la continuación de la colección líquida necrótica loculada de la grasa peripancreática. Se descartaron signos de torsión y afectación testicular (fig. 2D).

Tras valorar la opción quirúrgica en una primera instancia, ante la estabilidad de la escara escrotal y del estado clínico, se optó por un tratamiento conservador con levofloxacino $500 \text{ mg}/24 \text{ h}$ y antiinflamatorios durante 21 días. El paciente presentó una favorable evolución posterior, siendo dado de alta a los 11 días de iniciar el tratamiento. En el control realizado a los 3 meses el paciente cursó con desaparición completa del aumento escrotal, paralelamente a la resolución del cuadro inflamatorio pancreático (fig. 1B).

Discusión

Robert et al., en su estudio realizado a 137 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, describen la aparición de colecciones líquidas en 3 o más áreas anatómicas en el 24% de los casos¹. Precisamente, el cambio más importante en la actual clasificación de Atlanta reside en la categorización de las distintas colecciones pancreáticas, etiquetando nuestro caso en un WON estéril que no siempre requerirá ser drenado. La decisión dependerá de la severidad del cuadro junto con la presencia o no de infección, que desencadene repercusión clínica. Reafirmandonos en la actual revisión de la clasificación Atlanta mediante TC, esta aportará herramientas útiles para el manejo y tratamiento satisfactorio del episodio².

El aumento escrotal debido a un episodio de pancreatitis aguda es una presentación atípica, con muy pocos casos publicados en la literatura³⁻⁹, siendo el primer caso publicado por Zimin et al. en el año 1979. El hecho de que el parénquima testicular no suela verse afectado en la etiología pancreática es debido a que está recubierto por la fibrosa túnica albugínea y la capa vaginal⁸, manteniéndose así protegido de las enzimas proteolíticas pancreáticas.

Para poder entender la explicación de esta inusual presentación es imprescindible conocer las características anatómicas del espacio retroperitoneal. Este se sitúa por detrás del peritoneo parietal y por delante de la fascia transversal, con regiones que se separan mediante fascias, siendo posible la conexión entre la cavidad peritoneal y la pelvis, de acuerdo con la teoría de la comunicación intersfacial¹⁰. En este caso, la patogénesis se explica presumiblemente



Figura 1 A) Efecto masa en flanco derecho, asociado a región equimótica homolateral junto con edema escrotal de unos $20 \times 10 \text{ cm}$, sin fluctuación ni crepitación. B) Práctica resolución del aumento escrotal a los 3 meses.

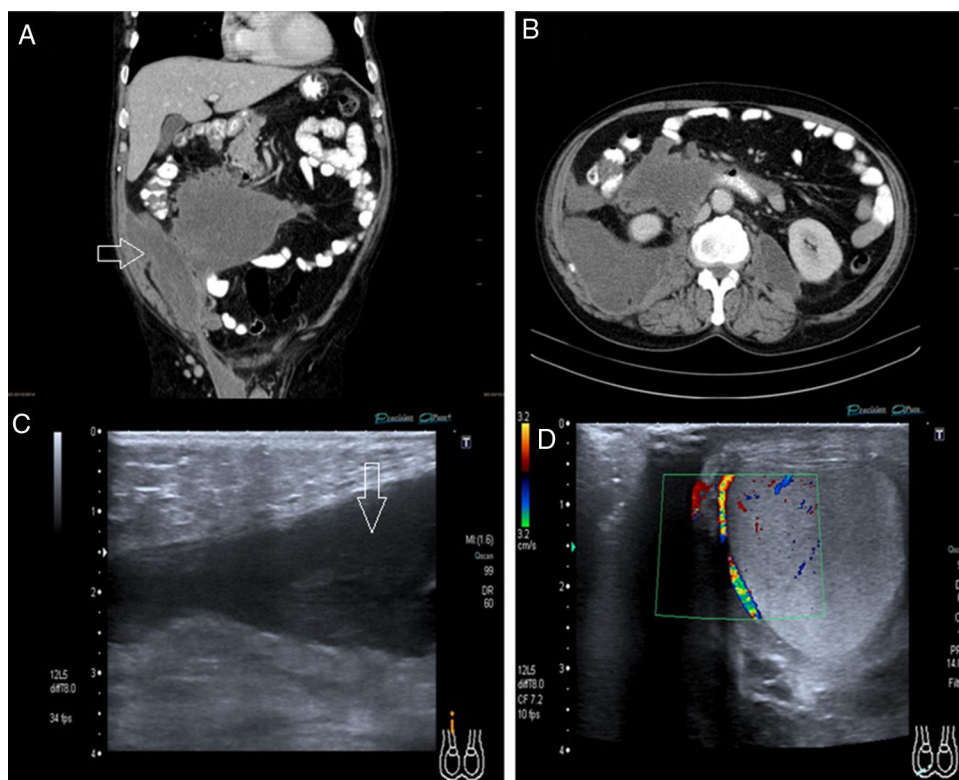


Figura 2 A) TC abdominal en corte axial apreciándose una voluminosa colección peripancreática (flecha). B) TC en corte coronal donde se visualiza la extensión caudal de la colección hasta el canal inguinal derecho, descendiendo a través de la fascia lateroconal homolateral. C) Ecografía testicular que muestra colección hipoanecoica introduciéndose en el canal inguinal derecho, que se correlaciona con la continuidad de la colección necrótica loculada de la grasa retroperitoneal. D) Teste derecho de tamaño y morfología normal, homogéneo y de bordes regulares, con correcta señal doppler.

por 2 razones principalmente⁹: en primer lugar, el líquido peripancreático retroperitoneal y el pélvico se extienden hacia el canal inguinal llegando al escroto a través de su capa vaginal. Por otra parte, el propio líquido peripancreático acaba desencadenando una vasculitis y una linfangitis local con implicación directa del sistema vascular y linfático, impidiendo un óptimo drenaje del teste afectado.

En cuanto al tratamiento, existen diversos artículos que proponen realizar un manejo conservador con tratamiento sintomático en estos pacientes^{5,7}, permitiendo la resolución espontánea de la colección inguinoescrotal, como el descrito en nuestro caso. Sin embargo, si el paciente no respondiera a las medidas descritas o presentase signos claros de infección a nivel de la colección, un drenaje tipo pigtail podría ser una opción a considerar.

Ante la escasa incidencia de estos casos, recomendamos tener en cuenta esta entidad en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda que refieran dolor escrotal, malestar testicular o una exploración testicular anormal tras 3-4 semanas del inicio del episodio. Los estudios por ecografía y TC abdominal pueden ser de utilidad para evitar diagnósticos erróneos y un manejo quirúrgico innecesario.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Naim Hannaoui y al Dr. Andreu Romaguera la contribución que han realizado en el presente artículo.

Bibliografía

1. Robert JH, Frossard JL, Mermillod B, Soravia C, Mensi N, Roth M, et al. Early prediction of acute pancreatitis: Prospective study comparing computed tomography scans, Ranson, Glasgow, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

- scores, and various serum markers. *World J Surg.* 2002;26: 612–9.
2. Thoeni RF. The revised Atlanta classification of acute pancreatitis: Its importance for the radiologist and its effect on treatment. *Radiology.* 2012;262:751–64.
3. Atiq M, Budhanil I, Snyder S, Safdar K, Khan A, Chauhan S. Pancreatic hydrocele: An usual manifestation of severe acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:393–5.
4. Kalia S, Gupta R, Shenvi S, Kumar H, Kang M, Singh R, et al. Inguinoscrotal region as an unusual site of extra-pancreatic collections in infected pancreatic necrosis. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2015:1–5.
5. Lee AD, Abraham DT, Agarwal S, Perakath B. The scrotum in pancreatitis: A case report and literature review. *J Pancreas.* 2004;5:357–9.
6. Martinez Bengoechea JJ, Ortega Villar F, Mengod Guillen Y, Lazaro Maisanava J. Scrotal digestion caused by pancreatic ascites. *Actas Urol Esp.* 1995;19:320–1.
7. Choong KK. Acute penoscrotal edema due to acute necrotizing pancreatitis. *J Ultrasound Med.* 1996;15:247–8.
8. Zimin AF, Satsukevich VN, Molchanov NP. Acute pancreatitis with hemorrhagic flow into the scrotum. *Vestn Khir Im I IGrek.* 1979;122:47–8.
9. Chen W, Wang X, Zhang J. Left scrotal swelling caused by severe acute pancreatitis in a 38-year-old Chinese male. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8:8194–6.
10. Delamarre J, Descombes P, Grillot G, Deschepper B, Deramond H. Hydrocele of pancreatic origin. X-ray computed tomographic study of an intraescrotal collection in a acute outbreak of chronic pancreatitis. *J Radiol.* 1988;69:689–90.