

CASO CLÍNICO

Trombosis de la vena espermática derecha. Revisión de la literatura a propósito de un caso



Jorge Caño-Velasco^{a,*}, Daniel Ramírez-Martín^b, Enrique Lledó-García^a
y Carlos Hernández-Fernández^a

^a Servicio de Urología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

Recibido el 30 de septiembre de 2016; aceptado el 24 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 14 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Tromboflebitis;
Vena espermática;
Cocaína

KEYWORDS

Thrombophlebitis;
Spermatic vein;
Cocaine

Resumen La tromboflebitis aguda de la vena espermática es una dolencia de muy baja frecuencia, con afectación mayoritaria del lado izquierdo, y de etiología desconocida en la mayoría de las ocasiones. Suele ser un hallazgo inesperado en el diagnóstico diferencial del dolor testicular agudo. Se trata de un varón de 29 años con un consumo abusivo de cocaína que acude con dolor testicular agudo. Se confirma la afectación de la vena espermática derecha mediante ecografía-doppler. Se optó por manejo conservador con anticoagulación y antiinflamatorios.

La eco-doppler es la técnica con mayor especificidad y sensibilidad para diagnosticarlo, mientras que la TC puede completar su diagnóstico etiológico. El tratamiento de elección es conservador basado en la anticoagulación del paciente. Es imperativo un estudio hematológico en búsqueda de alteraciones de la coagulación.

© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Right spermatic vein thrombosis. Revision of literature regarding a specific case

Abstract Acute thrombophlebitis of spermatic vein is an unusual pathology involving, in most of the cases, the left side, and whose etiology remains uncertain. Most of them are found during a differential diagnosis in acute testicular pain. We introduce the case of a 29 years old male with abusive cocaine consumption, admitted to hospital due to severe testicular pain. Doppler-ultrasound examination was undertaken, showing right spermatic vein flux alteration. Conservative management was decided and anticoagulant and non-steroidal anti-inflammatory drugs were started.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorcavel@gmail.com (J. Caño-Velasco).

<https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.02.005>

1698-031X/© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Eco-doppler is the most specific and sensible technique for diagnosis of these cases, while TC can always confirm etiologic diagnosis. Treatment was initially conservative based on anticoagulation. Hematological study is necessary in order to determine coagulation alterations.

© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La tromboflebitis aguda de la vena espermática es una entidad clínica poco frecuente en la práctica habitual, existiendo escasos casos descritos en la literatura. Se han asociado diversas causas entre las que destaca la ileitis terminal, la realización de ejercicio físico intenso y la asociación con el síndrome del cascanueces. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se identifica un factor etiológico concreto, considerándose espontáneo o idiopático.

Caso clínico

Se trata de un varón de 29 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador habitual y con consumo abusivo de cocaína y hachís.

Como único antecedente destaca una torsión testicular izquierda a los 8 años de edad, intervenida quirúrgicamente mediante orquidopexia.

Acude a urgencias por aparición de dolor testicular derecho de 4 h de evolución. La intensidad del dolor no le permitía conciliar el sueño, presentaba febrícula y sudoración asociadas. Refería dudoso traumatismo testicular derecho 2 días antes. No presentaba signos de intoxicación aguda.

A la exploración física presentaba una tensión arterial de 142/64 mmHg y una frecuencia cardíaca de 95 lpm. Ambos testes en bolsa escrotal, normoposicionados. Testículo y epidídimo izquierdos sin alteraciones. El testículo derecho se encontraba aumentado de consistencia y tamaño, al igual que la cola del epidídimo ipsilateral, siendo ambos muy dolorosos a la palpación. Dudosa zona fluctuante en la cola de dicho epidídimo, con limitación a la exploración por el dolor.

Se solicitan pruebas complementarias. La analítica sanguínea revela una leucocitosis de 20.220 leucocitos/ μ l con un 81,6% de neutrófilos, un INR de 0,96, TP de 11,4 seg, APTT 31,2 seg, y función renal dentro de los límites de la normalidad. El informe ecográfico describe un discreto hidrocele derecho, con área hipoeoica de aproximadamente 1 cm, próxima a cola de epidídimo derecho, que podría corresponder con un hematoma traumático sin poder descartarse colección abscesificada. Se describe un aumento de la vascularización del plexo pampiniforme derecho, identificándose una vena de calibre aumentado, de aproximadamente 2,6 mm, presentando en su interior contenido ecogénico (fig. 1) coincidente con la zona más dolorosa a la exploración, que condiciona un cese del flujo sanguíneo a dicho nivel (fig. 2). Estos hallazgos indican una tromboflebitis en



Figura 1 Corte transversal de vena espermática con trombo luminal.

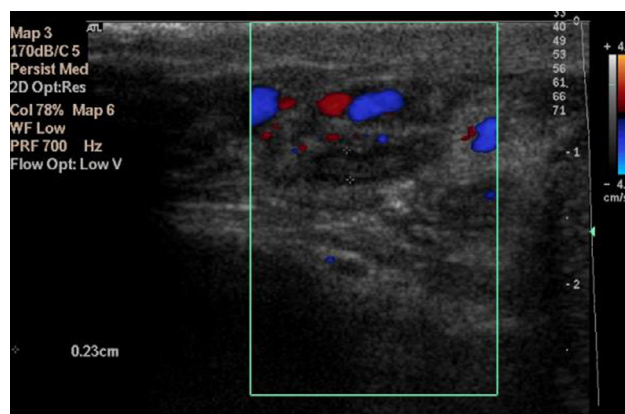


Figura 2 Ausencia de flujo con ecografía doppler-color.

el plexo pampiniforme derecho y una colección adyacente al polo inferior del testículo derecho (fig. 3).

Ante esta sospecha clínica se comenta el caso con el Servicio de Hematología y se inicia tratamiento anticoagulante con enoxaparina a dosis de 1 mg/kg/12 h y con tratamiento antiinflamatorio con dexketoprofeno 25 mg/8 h. Se inicia cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 g iv/24 h. Como medidas generales se recomienda reposo en cama, calor local y suspensión testicular.

A las 6 h el paciente experimenta mejoría del estado general, así como un descenso de la leucocitosis hasta 16.600 leucocitos/ μ l con un 77% de neutrófilos. Es dado de alta a petición del propio paciente con tratamiento

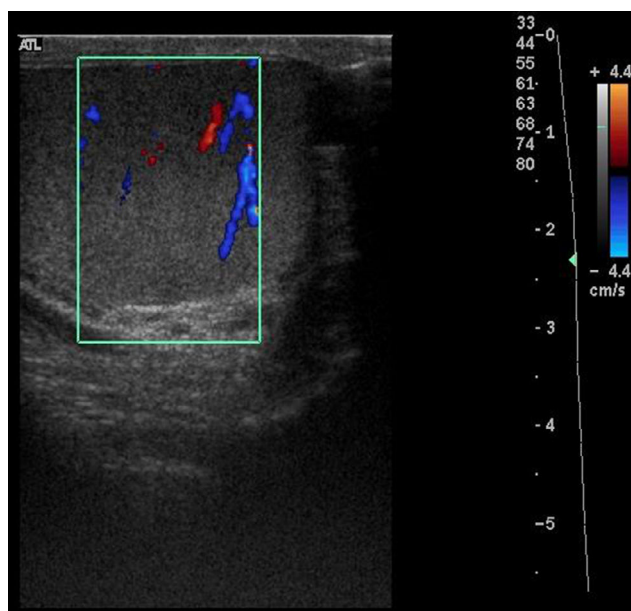


Figura 3 Colección/Hematoma en polo inferior de testículo derecho.

anticoagulante, antiinflamatorio y antibióterapia con cefixima oral 400 mg/12 h durante 10 días.

Durante el seguimiento es valorado por el Servicio de Hematología de nuestro centro que indica mantener el tratamiento anticoagulante con enoxaparina a dosis de 60 mg/12 h durante 3 meses con descenso de la misma a una dosis diaria tras el primer mes en caso de mejoría. Se solicitó estudio genético y de coagulación resultando ser homocigoto normal para el gen F2 (protrombina), homocigoto normal para el gen F5 (v Leiden), anticuerpos antifosfolípidos negativos y homocisteína total de $9,82 \frac{1}{4}$ mol/L (normal < 13). A los 4 meses tras el diagnóstico se pierde el seguimiento tanto por parte de Urología como de Hematología.

Discusión

La tromboflebitis aguda del plexo pampiniforme es una entidad clínica con escasas alusiones en la literatura. Se han descrito menos de 25 casos¹, de los cuales en 2 se trata de una afectación bilateral². Son numerosas las referencias bibliográficas que explican la mayor frecuencia de afectación izquierda de esta dolencia^{2,3}. La predilección de esta entidad por dicho lado, al igual que ocurre con los varicoceles, tendría su explicación en la diferencia anatómica que existe entre los dos plexos, ya que el plexo pampiniforme izquierdo desemboca en la vena renal izquierda, mientras que el plexo derecho desemboca directamente en la vena cava.

La mayoría de los casos descritos se producen de forma espontánea^{2,3}. Las inflamaciones gastrointestinales, en concreto la ileítis terminal, ha sido descrita como posible etiología^{4,5}. El síndrome del cascanueces¹, consistente en la compresión de la vena renal entre la arteria mesentérica superior y la aorta, que provoca un aumento de presión en la vena renal izquierda que favorece la formación o progresión de varicocele ipsilateral, puede ser otro posible

desencadenante. Los tumores renales izquierdos pueden ser causa de trombosis de la vena espermática izquierda⁶. La realización de ejercicio físico intenso⁷ y los traumatismos abdominales⁸ producen un aumento de la presión intraabdominal y consecuentemente un incremento de la presión venosa que favorece el desarrollo de varicoceles y trombosis asociadas. El consumo de drogas de abuso, como la cocaína entre otras, puede justificar un estado protrombótico que favorezca la aparición de este cuadro clínico. El uso de cocaína tiene como resultado una aceleración de la aterosclerosis, un aumento de los niveles plasmáticos del factor de von Willebrand y un incremento de la formación trombótica por interacción plaquetaria con dicho factor. Es imperativo un estudio hematológico en búsqueda de alteraciones de la coagulación.

Un dolor testicular agudo e intenso, acompañado de inflamación del cordón espermático que se puede extender al epidídimo y al propio testículo, representan los síntomas urgentes de esta afección. Puede asociarse con fiebre y cortejo vegetativo. En nuestro caso la febrícula asociada puede estar en relación con la propia tromboflebitis o la presencia de una posible colección abscesificada objetivada en la ecografía.

A la exploración se manifiesta con eritema y congestión venosa del hemiescrotó afecto. A la palpación se puede apreciar aumento de la consistencia y tamaño del cordón espermático, elevación de la temperatura local y cambios en la posición del testículo ipsilateral, que podrían confundirse con un cuadro de torsión testicular. La exploración abdominal ha de realizarse de forma sistemática y ha de descartarse la presencia de hernias inguinales^{3,7,9}.

La producción de tromboembolismo pulmonar secundario a una trombosis de la vena espermática izquierda fue descrita por Castillo et al.¹⁰.

La ecografía-doppler es la prueba de imagen con mayor sensibilidad y especificidad⁹ para el diagnóstico de esta entidad, además de tratarse de una técnica barata, reproducible y no invasiva. Es importante realizarla de forma precoz tras la instauración del dolor para la exclusión de un cuadro de torsión testicular, principal entidad clínica a tener en cuenta como diagnóstico diferencial. La imagen característica de la tromboflebitis de la vena espermática es una elongación tubular, no compresible e hipoeoica de la misma, sin señal doppler en su interior (a pesar de maniobra de Valsalva). En ocasiones puede identificarse un trombo hiperecogénico endoluminal, más fácilmente detectable en el corte transversal de dicha vena.

La ampliación del estudio de imagen mediante tomografía computarizada^{1,5} permite valorar si la trombosis queda limitada al territorio espermático o se extiende más allá del anillo inguinal externo. De la misma forma puede ser útil en el diagnóstico etiológico de dicha afección. De forma anecdótica, en 1980 B. Coolsaet y R. Weinberg describieron 3 casos de trombosis de la vena espermática en niños, siendo demostrados con venografía, técnica prácticamente abandonada en el momento actual.

El diagnóstico diferencial desde el punto de vista clínico incluye las diferentes causas de dolor escrotal agudo, entre las que se encuentran la torsión testicular, torsión de las hidátides testiculares, epididimitis, orquitis, traumatismos testiculares e infarto idiopático testicular entre otros, así como con cuadro de hernia inguinal encarcerada,

hidrocele, espermatocele, abscesos, tromboangeítis obliterante o tumores. El diagnóstico diferencial ecográfico de imágenes hipoecoicas en el testículo incluyen varicoceles y quistes intratesticulares, ectasias tubulares de la rete testis, hematomas, infecciones focales y neoplasias intratesticulares⁹.

Respecto al tratamiento, Yoko et al. indican que en caso de que la afectación quede localizada fuera del anillo inguinal externo (plexo pampiniforme) se podría optar por tratamiento conservador¹¹.

El manejo de esta entidad clínica es conservador² incluyendo el tratamiento anticoagulante (p. ej. enoxaparina o warfarina⁵) a dosis terapéuticas asociado con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (dexametopreno), así como calor local, suspensión escrotal y reposo en cama. Se ha descrito el uso de diosmina, agente venotónico y vasoprotector, así como la oxerutina⁸. La asociación de antibioterapia se justifica en nuestro paciente por la presencia de leucocitosis, fiebre y el hallazgo de una colección adyacente.

El tratamiento quirúrgico queda reducido a casos en los que no se ha conseguido excluir otras dolencias mediante pruebas complementarias o si el tratamiento conservador no ha sido efectivo⁹ o en el caso de aparición de complicaciones¹⁰. Consistente en la escisión de la vena espermática o varicocele trombosados o ligadura de dicha vena. Martino et al. proponen realizar tratamiento quirúrgico diferido con el fin de evitar recaídas⁸.

En los casos en los que se asocia con trombo en el interior del anillo inguinal externo y posible extensión hacia vena renal ipsilateral se ha propuesto tratamiento quirúrgico de inicio con el fin de prevenir un cuadro de embolismo pulmonar secundario¹¹.

Existen descritos casos de ligadura de la vena espermática por vía laparoscópica en caso de asociación del cuadro con tromboembolismo pulmonar¹⁰.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mallat F, Hmida W, Ahmed KB, Mestiri S, Mosbah F. Spontaneous spermatic vein thrombosis as a circumstance of discovery of the nutcracker syndrome: An exceptional entity. *Int J Case Rep Images*. 2014;5:519–23.
2. Kayes O, Patrick N, Sengupta A. A peculiar case of bilateral, spontaneous thrombosis of the pampiniform plexi. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010;92:W22–3.
3. Hashimoto L, Vibeto B. Spontaneous thrombosis of the pampiniform plexus. *Scand J Urol Nephrol*. 2006;40:252–4.
4. Jain KA, Jeffrey RB Jr. Gonadal vein thrombosis in patients with acute gastrointestinal inflammation: Diagnosis with CT. *Radiology*. 1991;180:111.
5. Schwartz JH, Sclafani SJA, Glass TA, Sewell PE. Acute gonadal vein thrombosis secondary to terminal ileitis and thrombophilia. *Urol*. 2008;180:1124.
6. Girolami A, Treleani M, Bonamigo E, Tasinato V, Girolami B. Venous thrombosis in rare or unusual sites: A diagnostic challenge. *Semin Thromb Hemost*. 2014;40:81–7.
7. Isenberg JS, Ozuner G, Worth MH, Ferli G. Effort-induced spontaneous thrombosis of the left spermatic vein presenting clinically as a left inguinal hernia. *J Urol*. 1990;144:138.
8. Martino G, Torcasio A, Pontone P, Bogliolo G, Cardarelli A, Monti M. Thrombophlebitis of pampiniform plexus: Diagnostic and therapeutic considerations. *Case report. Chirurgia*. 2005;18:501–6.
9. Hany M, Hennawy E, Abuzpur ME, Bedair ESM. Surgical management of spontaneously thrombosed extratesticular varicocele presented with irreducible inguinal swelling: A case report. *Eur J Surg Sci*. 2010;1:99–101.
10. Castillo OA, Diaz M, Vitagliano GJ, Metrebian E. Pulmonary thromboembolism secondary to left spermatic vein thrombosis: A case report. *Urol Int*. 2008;80:217–8.
11. Yoko Kyono, Tatsuya Takayama, Seiichiro Ozono. Spontaneous Remission of idiopathic Thrombosis of the Spermatic Vein. *BJUI*. 2009.