

# Orquitis Sifilítica. Reporte de un caso

## *Syphilitic orchitis. Case report*

Villalba Bachur Roberto F., Chemi Joaquin, Spagnuolo Juan Ignacio,

Santarelli Maximiliano, Longo Emilio

*Complejo Médico Policial Churruca – Visca.*

### INTRODUCCIÓN:

El aumento de tamaño testicular se trata de una consulta habitual en el ámbito de la Urología. Existen muchas etiologías probables, entre las que podemos sospechar de entidades infecciosas específicas e inespecíficas, tumorales benignas o malignas, entre otras.

Se presenta a continuación el caso clínico de un paciente con orquitis sifilítica remedando un tumor testicular. Hasta 2015, una búsqueda exhausta en la literatura reveló solo 11 casos en los últimos 59 años<sup>1</sup>.

### CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino de 25 años de edad sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de relevancia, consulta refiriendo dolor constante (4/10) y sensación de pesadez en testículo derecho de 2 semanas de evolución. Al interrogatorio dirigido niega síntomas irritativos urinarios, traumatismos, lesiones genitales o relaciones sexuales de riesgo. Al examen físico se constata testículo derecho aumentado de tamaño, con zona indurada en el polo superior en

contacto con epidídimo homolateral, testículo izquierdo sin particularidades, sin adenopatías inguinales a la palpación. Se solicita ecografía testicular que evidencia en testículo derecho, en polo superior, estructura heterogénea con 2 imágenes hipoeogénicas de 14 mm, de contornos irregulares y de aspecto sólido con señal doppler color periférico. Se solicitan marcadores tumorales obteniendo valores dentro de parámetros normales.

Ante la sospecha de tumor testicular, se decide exploración quirúrgica por vía inguinal con clampeo precoz de cordón espermático. Se constata en el intraoperatorio, lesión indurada, intraparenquimatoosa que no altera la morfología testicular. Se realiza biopsia por congelación informando tejido inflamatorio, sin poder descartar malignidad. Se decide realizar orquiectomía radical derecha. Se recibe anatomía patológica por diferido concluyendo en orquitis crónica por espiroquetas (Sífilis). Se solicitan serologías con resultados de VDRL negativo y FTA abs (Ig G) positivo. Se realiza interconsulta con Servicio de Infectología y se indica tratamiento antibiótico

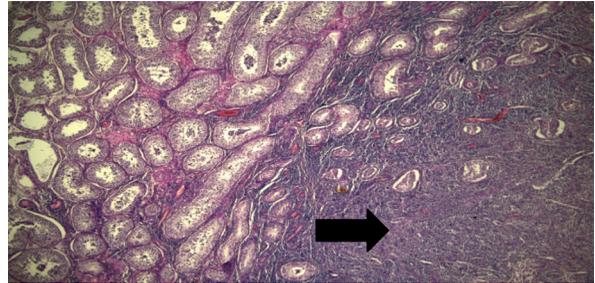
con Penicilina G benzatinica 2.4 millones 1 dosis semanal durante tres semanas consecutivas. El paciente continúa controles, con Servicio de Urología, actualmente asintomático y controles analíticos de VDRL con servicio de Infectología.

## DISCUSIÓN:

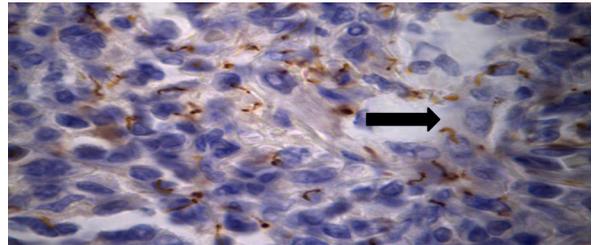
La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa producida por la espiroqueta *Treponema Pallidum*. Se divide en diferentes etapas superpuestas que se utilizan como guía para el tratamiento y seguimiento<sup>2</sup>. La sífilis temprana transcurre dentro del primer año de adquirida la enfermedad y abarca los periodos primario, secundario y latente temprano. La sífilis latente tardía es aquella que se evidencia posterior al año de la infección<sup>3</sup>. Un mes posterior a la infección, se evidencia la lesión primaria, el chancro sifilítico, junto a la linfadenopatía satélite<sup>4</sup>. La sífilis secundaria se manifiesta típicamente entre 2 a 3 meses posterior a la infección. Entre las lesiones más frecuentes se encuentran el rash palmo-plantar maculopapuloso, adenopatías generalizadas, fiebre, condiloma lata y malestar generalizado<sup>5</sup>. Estos síntomas se resuelven espontáneamente al cabo de algunos meses, entrando posteriormente a una fase de latencia<sup>5</sup>. La sífilis terciaria ocurre entre 10 a 25 años posterior a la primoinfección<sup>4</sup>. Existen en esta etapa dos tipos básicos de lesiones tisulares: goma sifilítica e inflamación de pequeños vasos<sup>4</sup>. La presencia de endarteritis obliterante con manguito plasmocitario confirma el diagnóstico de lues<sup>7</sup>. Se puede manifes-

tar en cualquier órgano o tejido, incluyendo testículos provocando inflamación y dolor, que puede ser interpretado como un tumor testicular<sup>6</sup>.

H&E 40X: Distorsión de la estructura histológica testicular por denso infiltrado linfoplasmocitario intersticial que simula masa.



Inmunoperoxidasa contra *Treponema pallidum*, 400X: La inmunomarcación pone en evidencias numerosas espiroquetas inmersas en el infiltrado linfoplasmocitario.



Se presenta un caso clínico inusual ya que se trata de un paciente que no presentaba conductas de riesgos para enfermedades de transmisión sexual, y con sintomatología de corto tiempo de evolución. Es importante tener en cuenta a la orquitis sifilítica como diagnóstico diferencial de tumor testicular, sobre todo en caso de síntomas e imágenes atípicas y ante la presencia de marcadores tumorales negativos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. H. Mackenzie, W. Mahmalji, A Raza. The gumma and the gonad: syphilitic orchitis, a rare presentation of testicular swelling.
2. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR 2010;59 (No. RR-12).
3. Primer Consenso de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Octubre 2011. Pag 22.
4. Woolf N. Some specific granulomatous disorders. In: Woolf N, eds. Pathology. Basic and Systemic. London: W. B. Saunders Company Ltd, 1998:157-72.
5. Forbes BA, Sahm DF, Weissfeld AS. The Spirochetes. In: Forbes BA, Sahm DF, Weissfeld AS, eds. Bailey and Scott's Diagnostic Microbiology. 11th edn. Philadelphia: Elsevier Science Limited, 2002: 595-8.
6. Al-Egaily S. Gumma of the testis and penis. Br J Venereal Dis 1977; 53:257-9.
7. J. Calleja Escudero, M. De La Cruz Ruiz, J. Rivera Ferro. Orquitis Granulomatosa. Actas Urol Esp. 2000. 24 (8): 682-684.