



262/114 - DOLOR TESTICULAR EN PACIENTE VIH POSITIVO

M. Peinado Reina^a, N. Gordo Sánchez^a, M. Viana Granchinho Bispo^b, F. López Rodríguez^c, M. Gallardo Murillo^b y A. Palmerín Donoso^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Badajoz. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Valdelacalzada. Badajoz. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años con VIH en tratamiento antiretroviral, diabetes mellitus 1 en seguimiento por endocrinología, polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante con susceptibilidad a la presión. Alérgico al cleboril. Tratamiento habitual levemir y novorrapid. Acude a urgencias por dolor en testículo izquierdo desde hace 3 días y que se ha visto incrementado. No fiebre. No traumatismo. El dolor aumenta con la palpación y la marcha. Ha mantenido relaciones sexuales de riesgo. No secreciones ni escozor al orinar.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, exploración física completa sin hallazgos significativos. No adenopatías inguinales, pene sin restos de secreciones. A la inspección se aprecia testículo izquierdo hipotrófico. A la palpación y movilización del testículo el dolor aumenta. Se palpa un endurecimiento en la vertiente posterior de unos 2 cm de consistencia pétreo. Reflejo cremastérico presente. Analítica general y orina sin hallazgos patológicos. Ante la duda diagnóstica se consulta con el urólogo de guardia que coincide en la exploración. Se solicita ecografía de urgencia: defecto de vascularización testicular en relación con torsión incompleta, masa intratesticular de polo superior con calcificaciones groseras y microcalcificaciones. Por el dolor y el incierto diagnóstico ecográfico con sospecha de masa patológica se decide exploración quirúrgica de urgencia que finaliza en orquiectomía. El paciente tiene pendiente TC cuello-tórax-abdomen-pelvis.

Juicio clínico: Tumor paratesticular izquierdo. Seminoma.

Diagnóstico diferencial: Torsión testicular y apendicular. Orquiepididimitis. Tumor testicular.

Comentario final: En pacientes con VIH debemos tener en cuenta que presentan mayor predisposición a la aparición de tumores. Según algunos estudios hay mayor tendencia al desarrollo de tumores germinales de tipo seminoma por lo que en presencia de patología testicular hay que tenerlos presentes en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, no hay relación con tumores no seminomatosos. Es por ello que la ecografía y su manejo son importantes a la hora de discernir entre patología inflamatoria versus tumoral. En pacientes VIH es necesario hacer un seguimiento estrecho dada la amplitud de complicaciones.

Bibliografía

1. Lyter D, Bryant J, Thackeray R et al. Incidence of human immunodeficiency virus-related and nonrelated malignancies in a large cohort of homosexual men. *J Clin Oncol.* 1995;13:2540-6.
2. Goedert J, Cote T, Virgo P, et al. Spectrum of aids-associated malignant disorders. *Lancet.* 1998;351:1833-9.