



Absceso cavernoso idiopático: reporte de un caso y revisión de la literatura

Merayo-Chalico CE, Hernández-Castellanos VA, Cantellano-Orozco M, Sánchez-Turati JG, Saavedra-Briones DV, Leos-Acosta CA, Camarena-Reynoso HR, Shuck-Bello CE, Vázquez-Ortega LS, Andrade-Platas JD, Fernández-Carreño AJ, Morales-Montor JG, Pacheco-Gahbler C, Calderón-Ferro F



■ RESUMEN

Los abscesos cavernosos idiopáticos son excepcionales en los reportes de la literatura.

Esta patología es de predominio en personas inmunodeprimidas y extraordinariamente rara en pacientes sanos.

Se reporta el caso clínico de un hombre sano de 55 años que presenta esta infrecuente patología. Asimismo, se hace referencia sobre el abordaje diagnóstico, tratamiento y complicaciones secundarias a esta patología. Se realiza posteriormente, revisión de la literatura.

Palabras clave: absceso cavernoso idiopático.

Abreviaturas: TAC: tomografía axial computarizada, RM: Resonancia magnética, USG: Ultrasonido.

■ ABSTRACT

Idiopathic abscesses are not often reported on in the medical literature. They are found predominantly in immunosuppressed persons and are very rare in healthy patients.

The clinical case of a 55-year-old man presenting with this uncommon pathology is reported with reference to the diagnostic approach, treatment and secondary complications, followed by a review of the medical literature.

Key Words: Idiopathic cavernous abscess.



División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México D.F.

Correspondencia: División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4800,

Colonia Sección XVI, C.P. 14000, Delegación Tlalpan. México, D.F. Tel: 4000-3044. Correo electrónico: drclaudiomerayo@hotmail.com.

■ INTRODUCCIÓN

El absceso idiopático es una entidad patológica que se ha reportado secundaria a traumatismos, inyecciones intracavernosas, prótesis de pene, priapismo, cavernografías, cuerpos extraños y de manera infrecuente por infección de *N. gonorrhoeae* y *Mycobacterium tuberculosis*. Los abscesos idiopáticos existen, aunque son excepcionales en los reportes de la literatura internacional.¹⁻⁷

■ CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 55 años de edad, en unión libre, de ocupación comerciante y de religión católica. Antecedentes heredofamiliares con carga genética para diabetes mellitus tipo 2.

Antecedentes personales no patológicos, con tabaquismo positivo desde hace 30 años a razón de 5-10 cigarrillos al día, alcoholismo social, niega toxicomanías, inicio de vida sexual activa a los 18 años y niega promiscuidad sexual.

Antecedentes personales patológicos: hipertensión arterial de cuatro años de evolución manejado con medidas higiénico-dietéticas, herida por arma de fuego hace ocho años en brazo derecho que requirió de manejo quirúrgico por lesión vascular y transfusiones positivas durante dicho internamiento.

Inicia su padecimiento actual con aumento de volumen y dolor en pene de ocho meses de evolución, así como disminución del chorro de la orina en el último mes, asociado a tenesmo y pujo vesical, niega otros síntomas urinarios asociados, así como fiebre.

En la exploración física se trata de un hombre de edad cronológica, con signos vitales estables, bien hidratado de mucosas, sin palidez de tegumentos, la exploración cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando y depresible, sin visceromegalias ni tumoraciones.

A la exploración genital, pene con prepucio redundante no fimótico, con meato uretral central, se observa aumento de volumen a nivel de la base del pene del lado derecho de aproximadamente 2 cm de diámetro, con discreto eritema, a la palpación de consistencia dura, bien delimitado, móvil con leve aumento de la temperatura local y doloroso. Testículos en bolsas escrotales, de características normales (**foto 1**).

TACTO RECTAL:
CON PRÓSTATA GRADO II, BLANDA

A la exploración de la región inguinal con presencia a la palpación de adenomegalias del lado derecho de consistencia suave, móviles, discretamente dolorosas a la palpación.



Foto 1. Aumento de volumen en base de pene, lado derecho.



Foto 2. Imagen heterogénea en cuerpo cavernoso derecho.

Biometría hemática y química sanguínea sin alteraciones, examen general de orina en parámetros normales y urocultivo negativo.

Se realiza USG de cuerpos cavernosos, pero no concluyente para el diagnóstico.

TAC de pelvis que reporta imagen heterogénea en cuerpo cavernoso derecho a nivel de la base (**foto 2**).

Se realiza uretroscopia que concluye únicamente presencia de sitio de estrechez en uretra anterior, se realiza toma de biopsias que reportan exclusivamente infiltrado inflamatorio.

Manejo: Por la valoración clínica y de imagen, se diagnostica como un absceso cavernoso; se decide manejarlo con drenaje del mismo, por medio de incisión a nivel de base del pene en rafe; con salida de material



Foto 3. Cistourethrografía con estenosis compleja uretral.

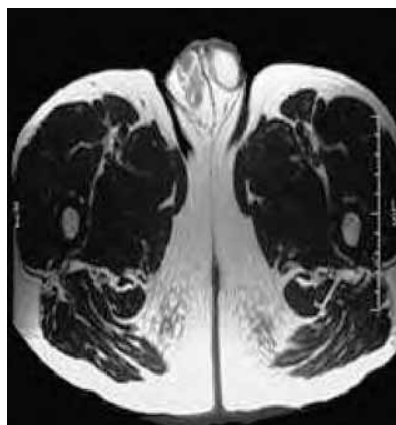


Foto 4. RM: Lesión de cuerpo cavernoso sin otra patología asociada.



Foto 5. Posoperatorio inmediato del primer tiempo de Johansson.



Foto 6. Meato uretral perineal, 4 meses posterior al Johansson.

purulento, no fétido, aproximadamente 40 mililitros, se coloca drenaje tipo Penrose por cinco días. El paciente es cubierto con ceftriaxona por 10 días, con evolución favorable y cultivo de material negativo.

Quince meses posteriores al drenaje, presenta un nuevo cuadro de dolor e induración a nivel de la base del pene que evoluciona rápidamente asociado a retención aguda de orina, sin otros síntomas asociados al interrogatorio dirigido, por lo que requirió de un nuevo drenaje del cuerpo cavernoso ipsilateral, realizándose una incisión longitudinal en cara ventral del pene con salida de material purulento, no fétido, aproximadamente 50 mililitros con colocación de drenaje tipo Penrose y sonda de cistostomía.

Se realizan nuevos cultivos para hongos y micobacterias, así como ELISA para VIH que fueron negativos.

Se solicita RM de pelvis, observándose en fase T1 y T2 que no existe presencia de fistulas o abscesos residuales, así como cistourethrografía que confirma la presencia de estenosis uretral (**fotos 3 y 4**).

Debido a la estenosis compleja de uretra se decide realizar seis meses después primer tiempo de Johansson, actualmente el paciente está asintomático y pendiente del segundo tiempo quirúrgico de la plastia uretral (**fotos 5 y 6**).

■ DISCUSIÓN

Como se comentó previamente, esta patología es de predominio en diabéticos e inmunodeprimidos y extraordinariamente rara en pacientes sanos.³⁻⁵

Para el diagnóstico la ultrasonografía nos permite sospechar el diagnóstico, pero la tomografía axial computarizada y resonancia magnética son de mayor sensibilidad y especificidad, por tanto, son los estudios de elección para el diagnóstico.^{2,8}

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con el carcinoma de uretra y la trombosis de cuerpos cavernosos principalmente.^{5,6}

El tratamiento consiste en drenaje quirúrgico y cobertura con antibióticos de amplio espectro.⁴⁻⁶

■ CONCLUSIONES

Esta infrecuente patología se debe tener presente como un diagnóstico diferencial con tumores de uretra y trombosis de cuerpos cavernosos principalmente; por ello, es una patología que se debe de tener presente por los urólogos,^{3,5} así como el abordaje diagnóstico y principalmente sobre el terapéutico.

En nuestro caso presentamos a un paciente con absceso idiopático de cuerpo cavernoso que es el de los

más excepcionales que se han reportado en la literatura. Además de presentar una de las complicaciones secundarias a esta etiología como es la estenosis uretral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murali TR, Raja NS. Cavernosal cold abscess: a rare cause of impotence. *Br J Urol* 1998;82(6):929-30.
2. Pretorius ES, Siegelman ES, Ramchandani P, Banner MP. MR Imaging of the penis. *RadioGraphics* 2001;21 spec No. S283-98.
3. Seftel AD, Herbener TE, Becker M, Aron D, Resnick MI. Focal inflammation of the corpus cavernosum in a diabetic man due to acute occlusion of the cavernous artery. *J Urol* 1995;153(5):1622-4.
4. Köksal T, Kadio lu A, Tefekli A, Usta M, Be i ik A, Erol B. Spontaneous bacterial abscess of bilateral cavernosal bodies. *BJU Int* 1999;84(9):1107-8.
5. Frank I, Lieber M. Gas containing cavernous abscess secondary to an intra-abdominal abscess. *J Urol* 1999;162(4):1382-3.
6. Yoon H, Kim DS, Lim JS, Chung WS, Park YY. Intracavernosal injection of sildenafil citrate: Misapplication of the drug. *J Urol* 2001;165(4):1218-9.
7. Nalesnik JG, Jones L, Kraus SR. Group B streptococcal septicemia following intracavernous injections therapy for erectile dysfunction. *J Urol* 2004;172(1):151-2.
8. Joudi FN, Kuehn DM, Williams RD. Maximizing clinical information obtained by CT. *Urol Clin North Am* 2006;33(3):287-300.