



Ecografía clínica en patología escrotal y testicular de niños y adolescentes

Noviembre 2015





María Teresa Cerdán Vera. Centro de Salud Plaza Segovia. Valencia

José Antonio Fernández Merchán. Pediatra de Equipos. Área de Salud de Plasencia. Cáceres.

Pilar García Guzmán. Pediatra. CS San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. Madrid. (Coordinadora del equipo).

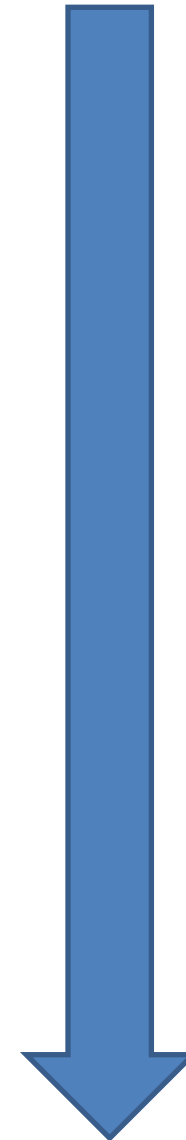
Inés Osiniri Kippes. Pediatra adjunto Hospital de Figueres y Centro de Atención Primaria La Escala. Figueres. Gerona.

María Amor Peix. Pediatra EAP Sardenya. S.I. Centro de Primaria de Barcelona.

Concepción Sánchez Pina. Pediatra. EAP San Andrés. Madrid.

- Anatomía y fisiología
- Técnica
- Hidrocele
- Criptorquidia
- Hernias
- Dolor testicular y escroto agudo
 - Orquidoepididimitis
 - Torsión de apéndice
 - Torsión testicular
 - Traumatismos testiculares
- Varicocele
- Lesiones variadas
- Quistes
- Tumores

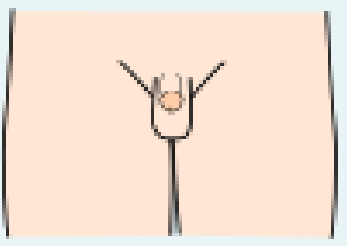
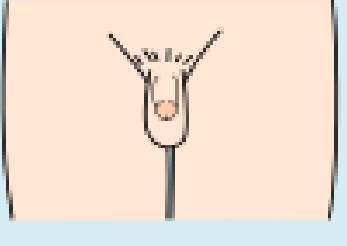
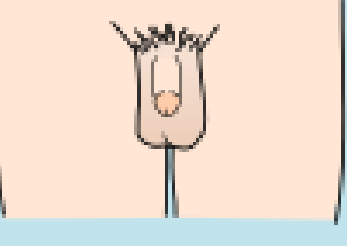
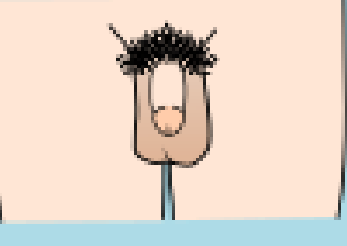

Edad mayor prevalencia



Recién nacido

Adolescente

Adulto

I		3 ↕ <2,5
II		4 ↕ 2,5-3,2
III		10 ↕ 3,6
IV		16 ↕ 4,1-4,5
V		25 ↕ >4,5

Escala de Tanner:

Estadio 1: menor de 2,5 cm diam. longitudinal
1-3 cm³ volumen.

Estadío 2: de 2,5 a 3,2 cm. Sobre 8 años

Estadío 3: unos 3 cm

Estadío 4: unos 4 cm

Estadío 5: mayor de 4,5 cm diam. y de 20 cm³



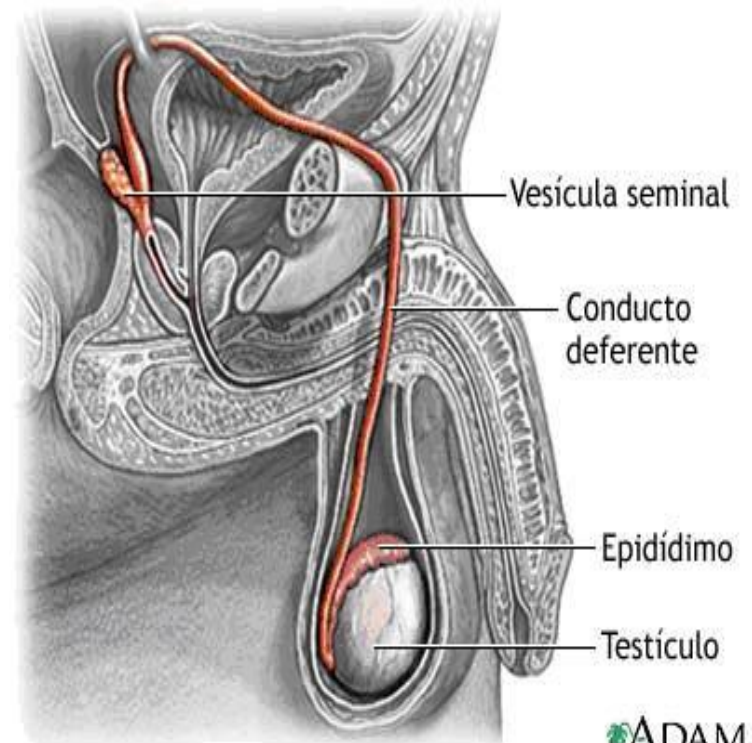
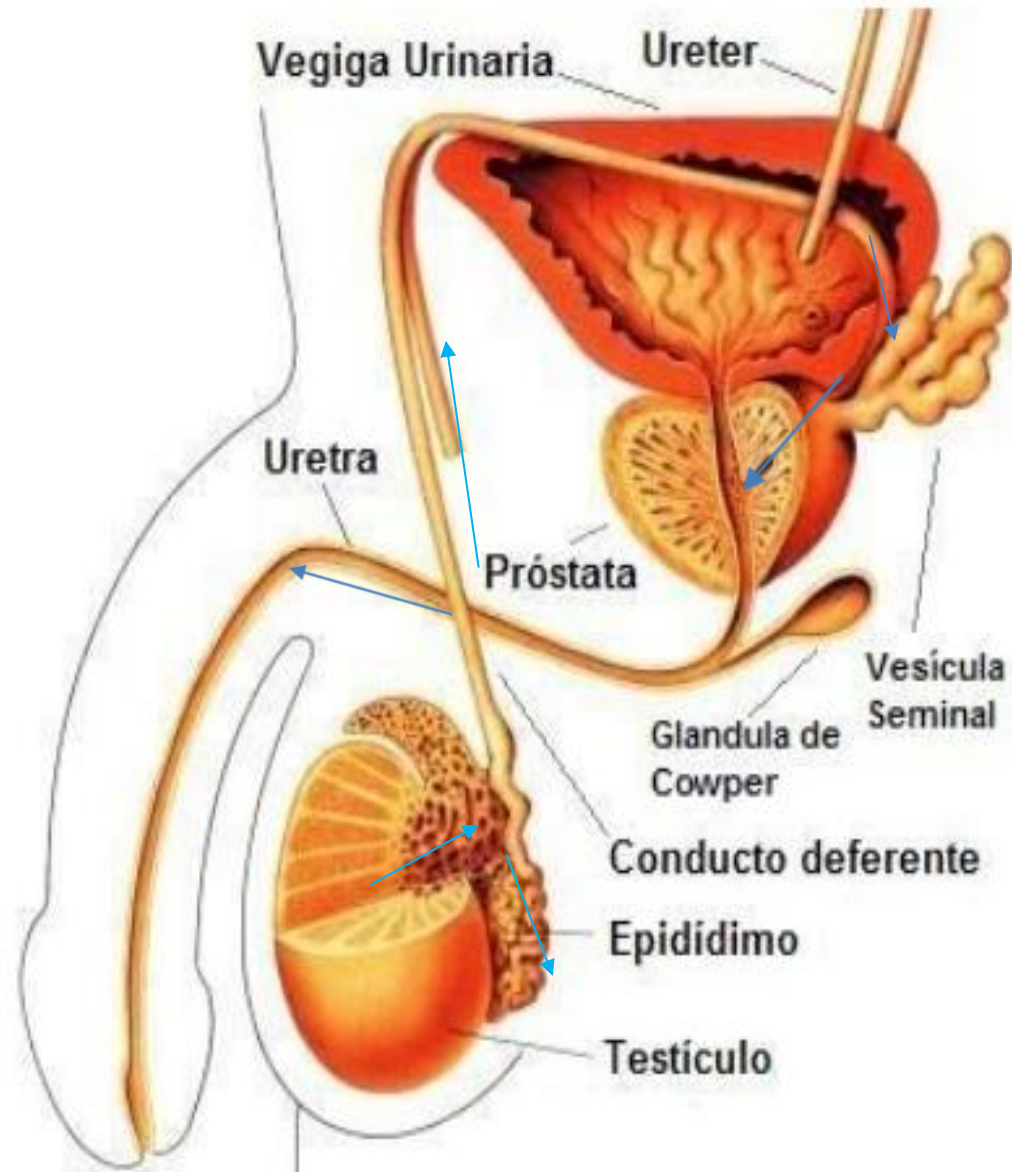
Anatomía
Fisiología
Técnica



Semen formado por

1. Espermatozoides desde testis, epidídimos y conductos deferentes
2. Líquido seminal: secreciones prostáticas y de vesículas seminales

Sale al exterior por el conducto eyaculador y uretra



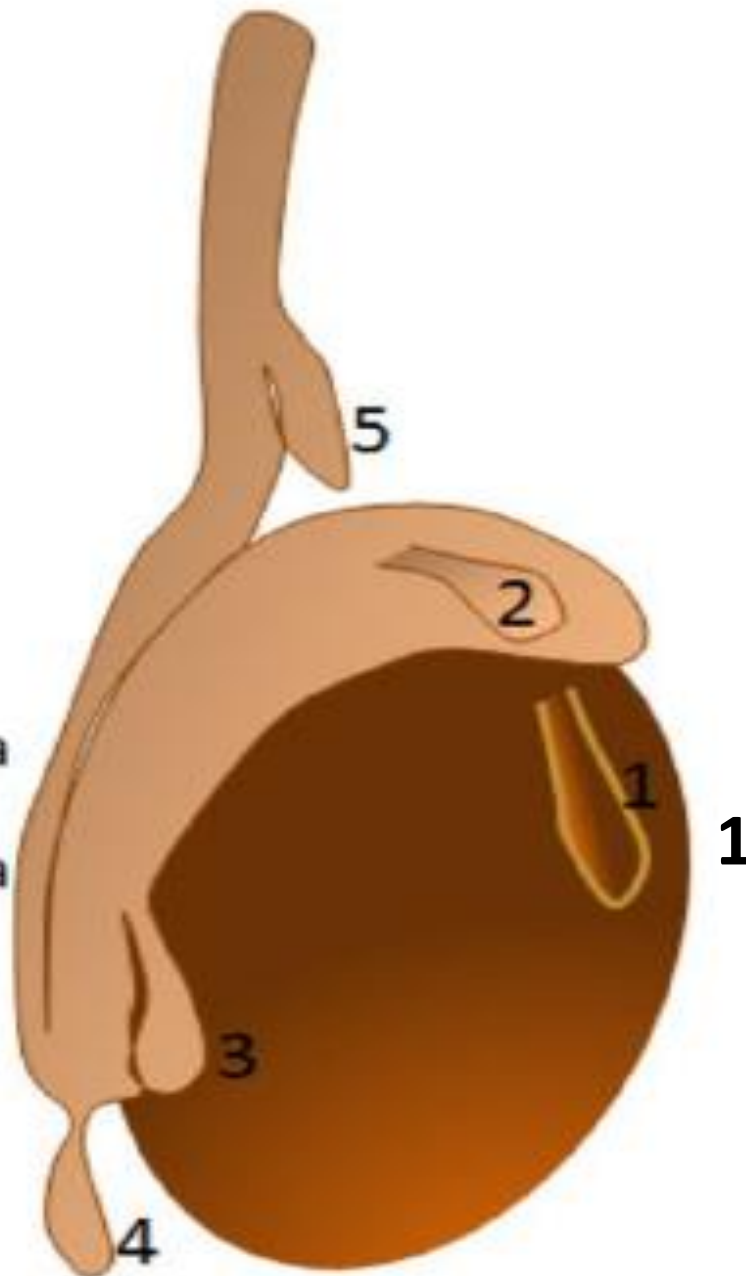
1. Hidátide de Morgagni

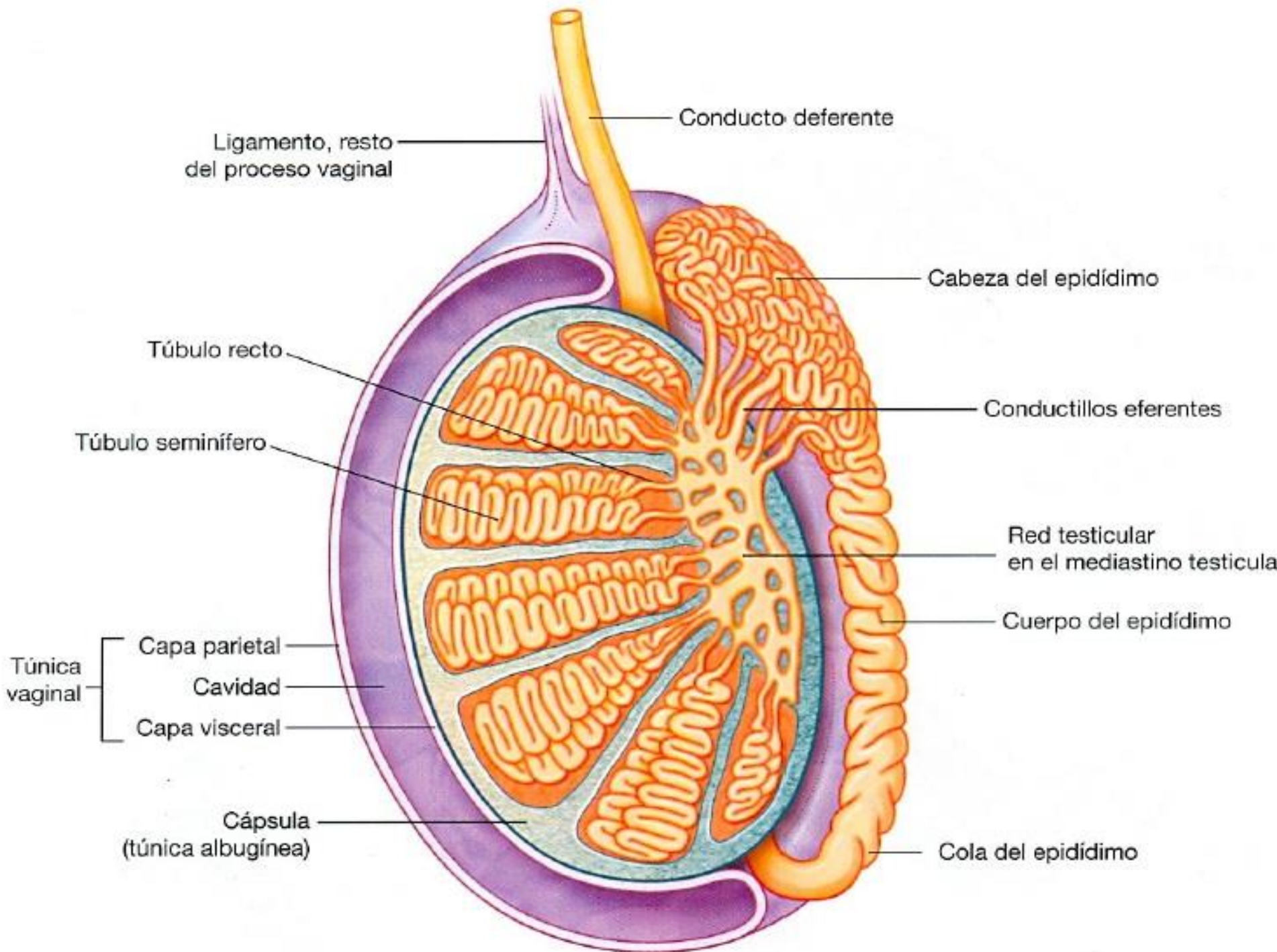
2. Apéndice Epididimario

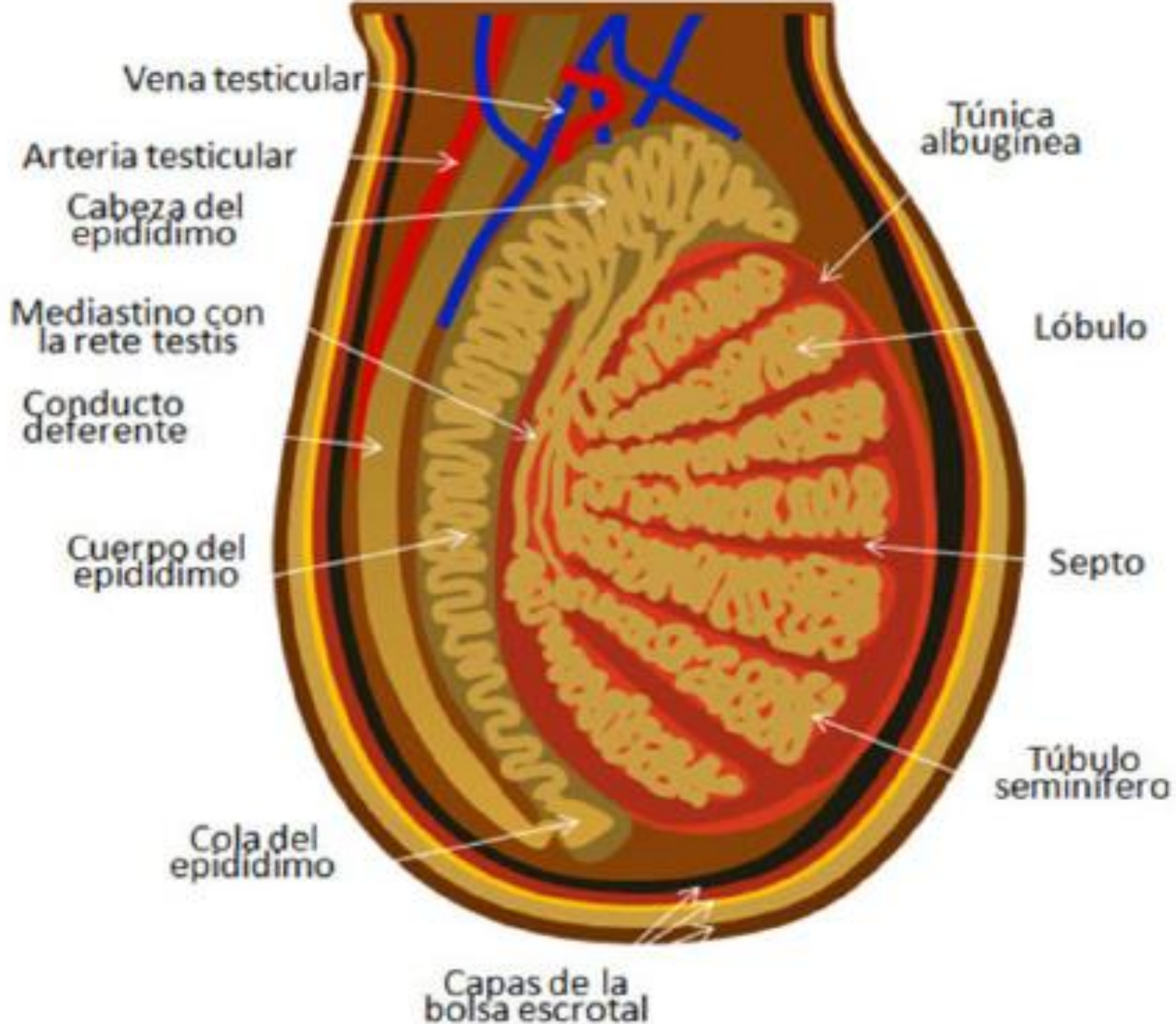
3. Vasa aberrantia superior.

4. Vasa aberrantia inferior

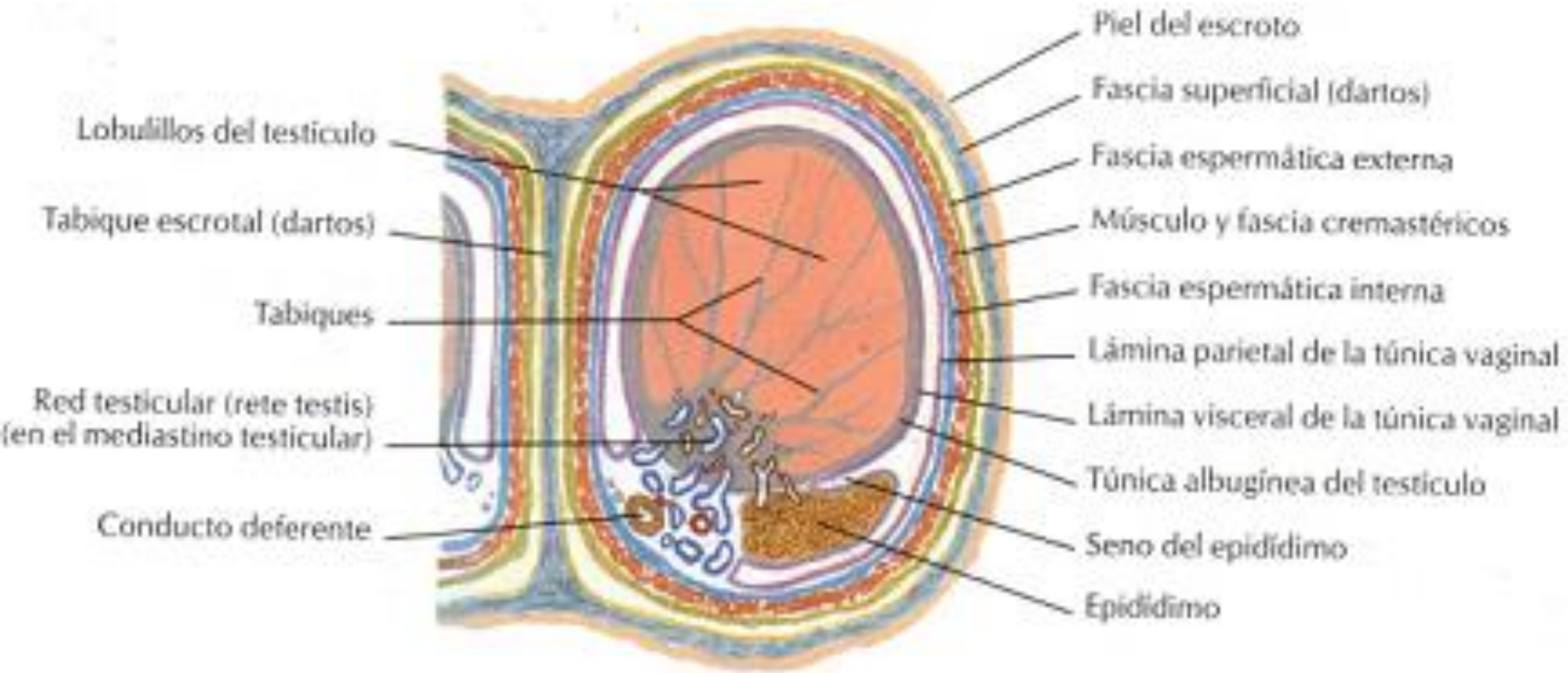
5. Paradídimo







CUBIERTAS EXTERNA



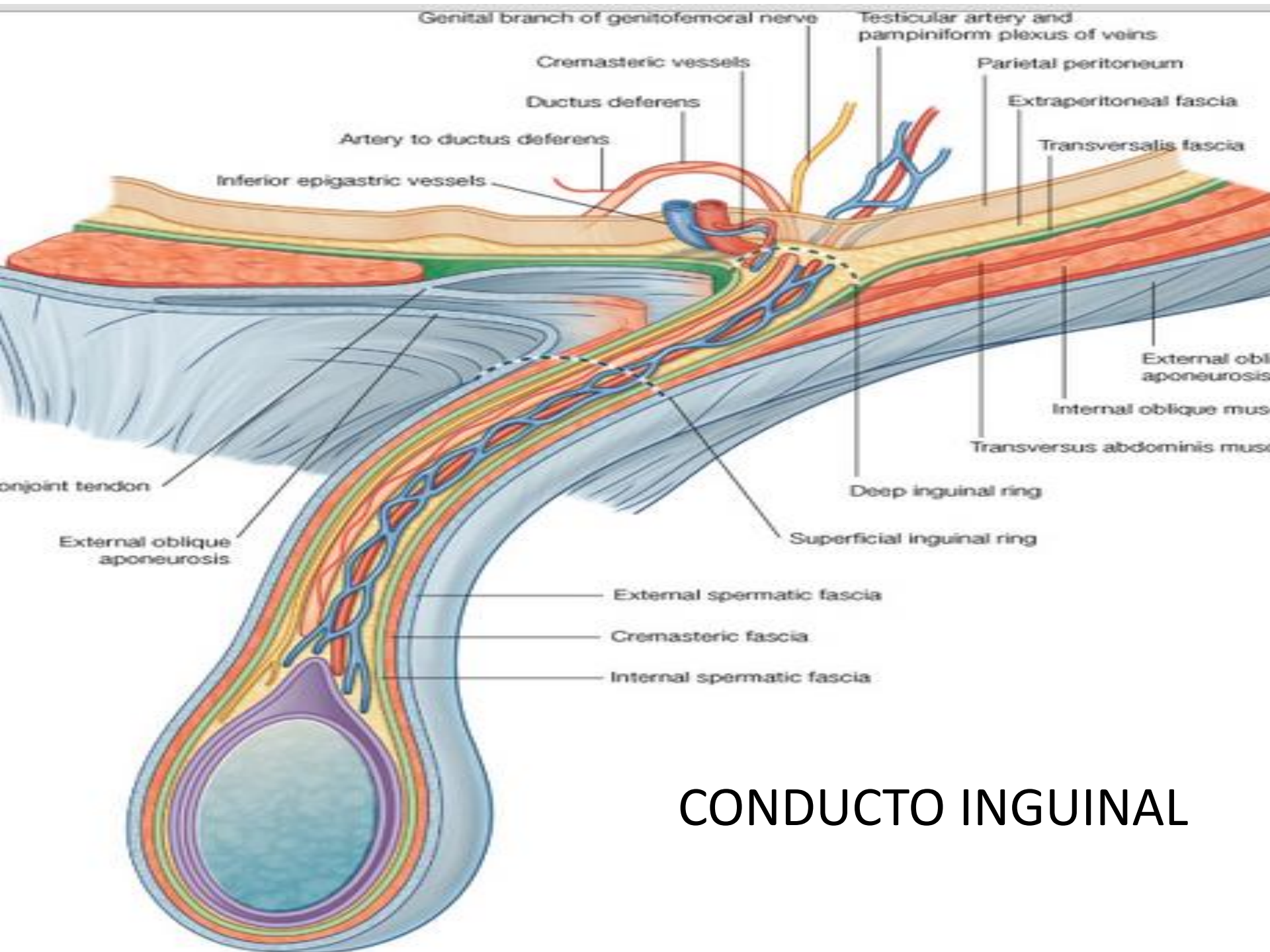
1- Piel del escroto mide 2-8 mm

2- Fascia superficial fina o **dartos** forma el tabique interescrotal

3- Fascia espermática externa, músculo **cremáster**, fascia espermática interna

4- Túnica **vaginal** parietal y visceral (con el epidídimo y donde se crea el hidrocele)

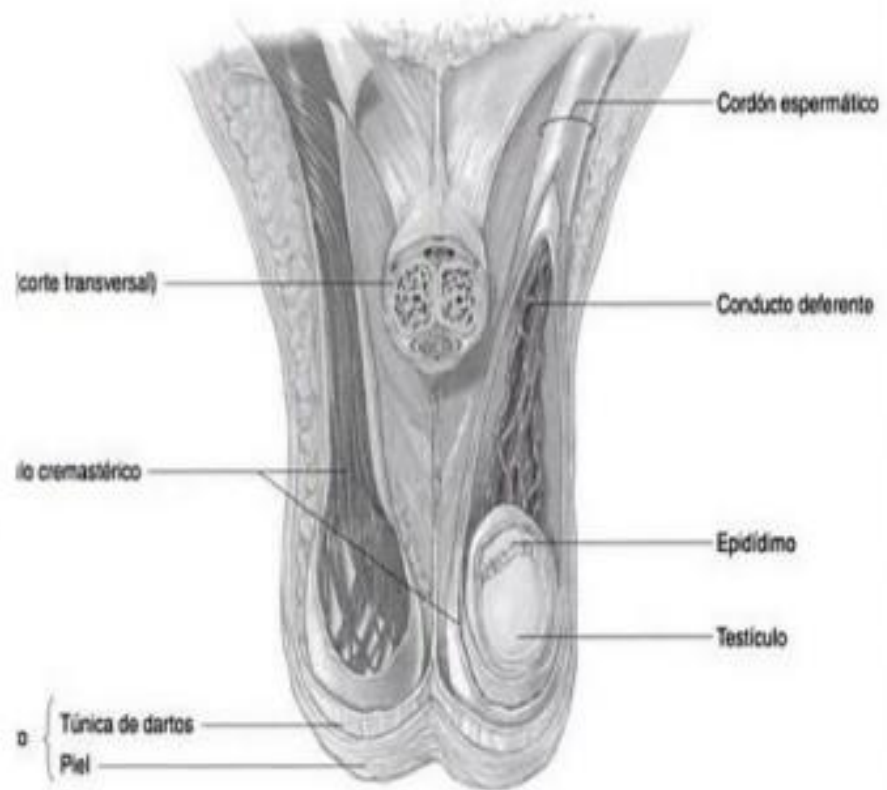
5- Túnica **albugínea** que se prolonga en la rete testis o mediastino testicular donde confluyen los tabiques que separan los tubos seminíferos



CONDUCTO INGUINAL

Cordón espermático

- Inicia. → Anillo inguinal prof.
- Termina. → Escroto
- F. Espermática interna
- F. Cremasterica
- F. Espermática externa
 - m. Cremaster → eleva el testículo - al frío
 - m. Dartos → contracción de la piel del escroto



POR: Julio David Peláez Castro.
Docente: Dr. Washinton Orellana

Técnica

- Al niño mayor se sujeta el pene con una gasa sobre el pubis
- Minimizar la presión
- Transductores del alta frecuencia
- **Barrido desde encima de zona inguinal siguiendo el trayecto del cordón espermático llegando hasta cada hemiescrotro.**
- Es útil obtener imágenes simultáneas de ambos testes para comparar
- Obtendremos el tamaño, volumen y la morfología y ecogenicidad testicular y del epidídimo en cortes longitudinales y transversales.

Ecografía modo B combinado con **Doppler color** y **Power Doppler** es la técnica más utilizada para diferenciar el tratamiento quirúrgico urgente en

- torsión testicular
- rotura
- tumores

del tratamiento conservador

- orquiepididimitis
- torsión de apéndice

Pueden artefactarse ambas en los niños pequeños con el movimiento





C.S. GRINON

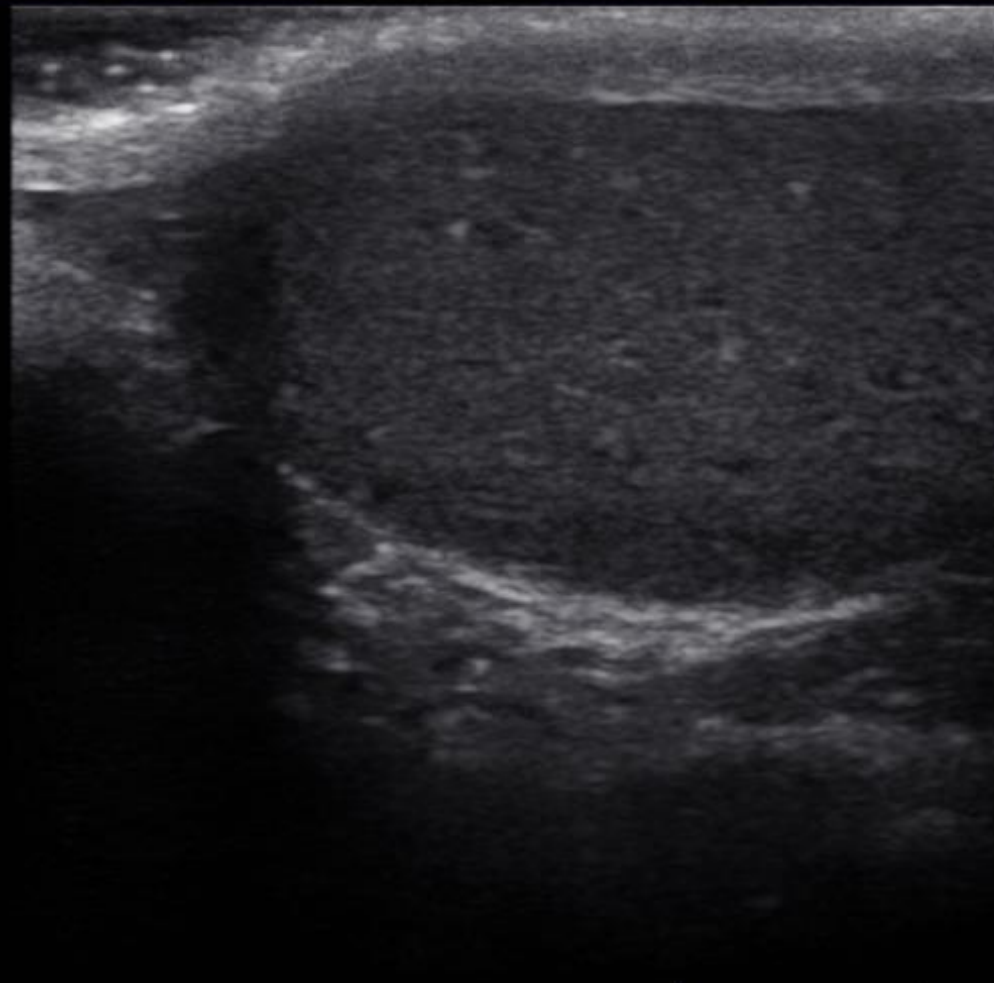
13/01/2015 10:07:54

7L4A

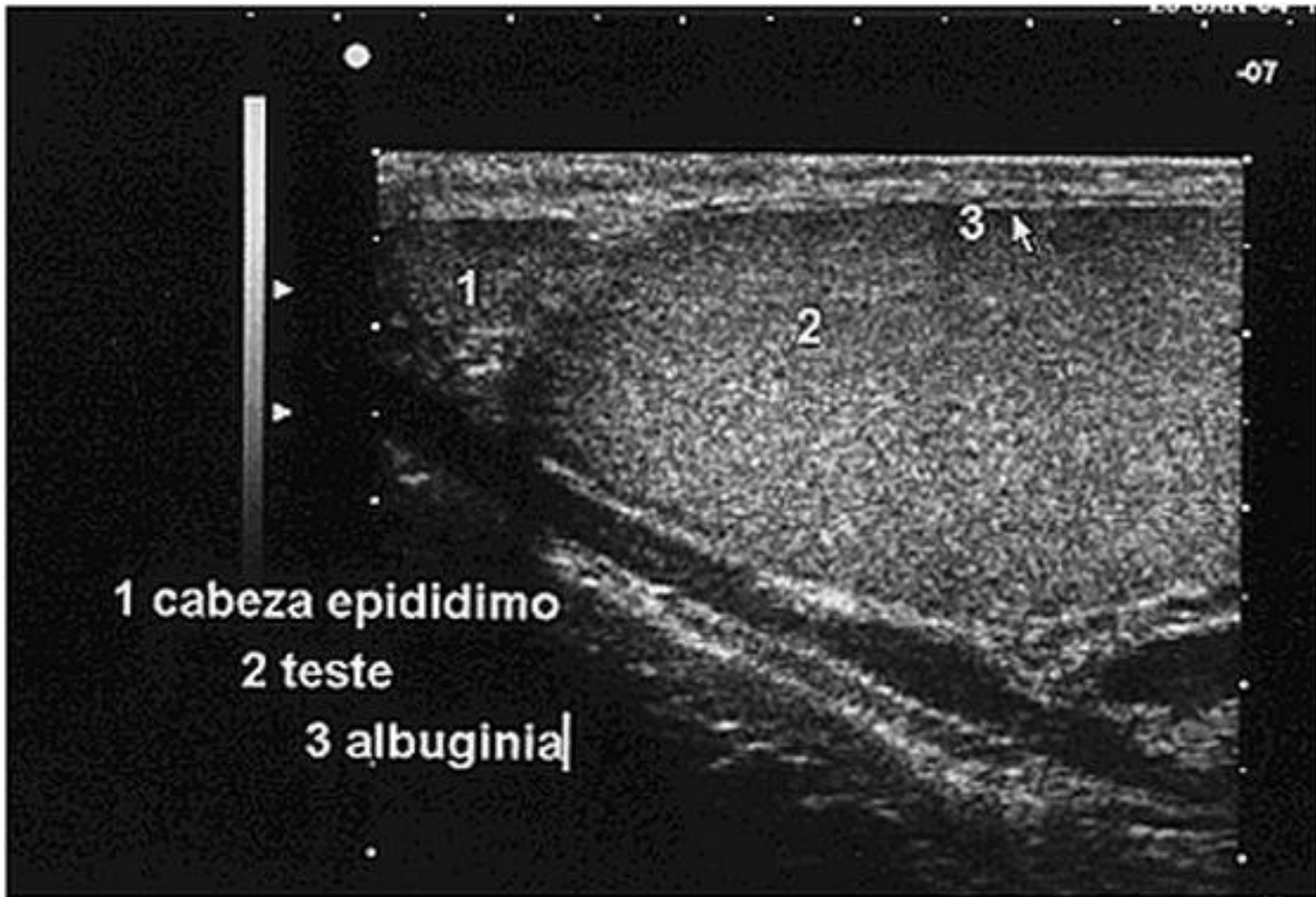
Testicle

B1 F10 D3.5 G69
FR32 IP8 DR80

M

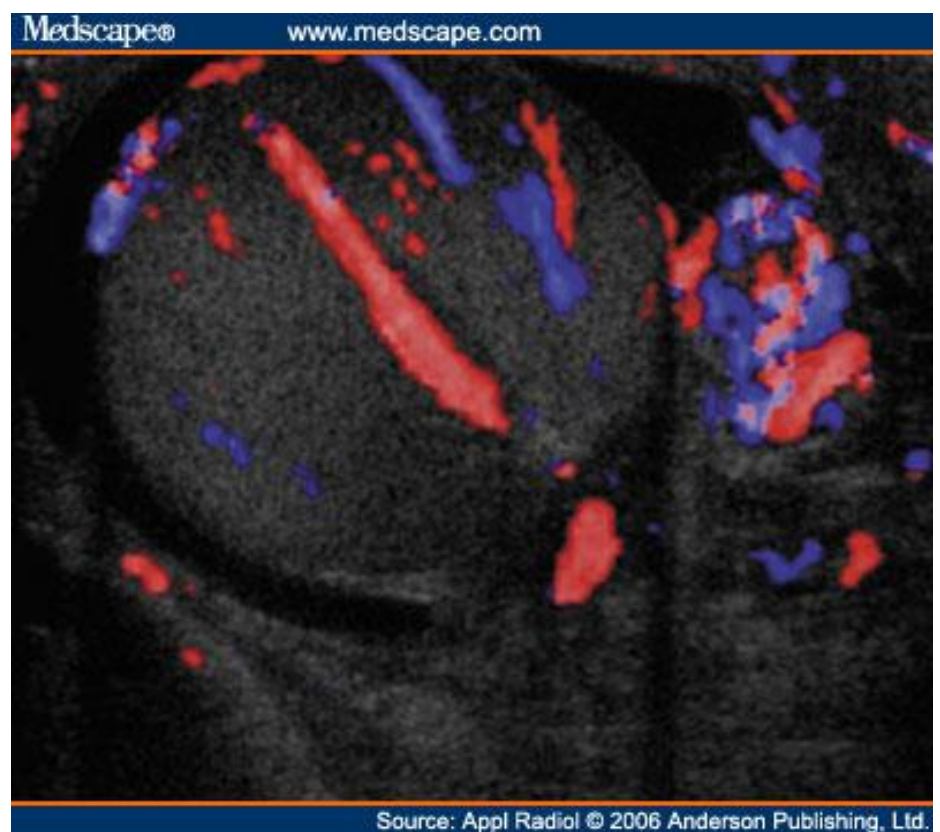
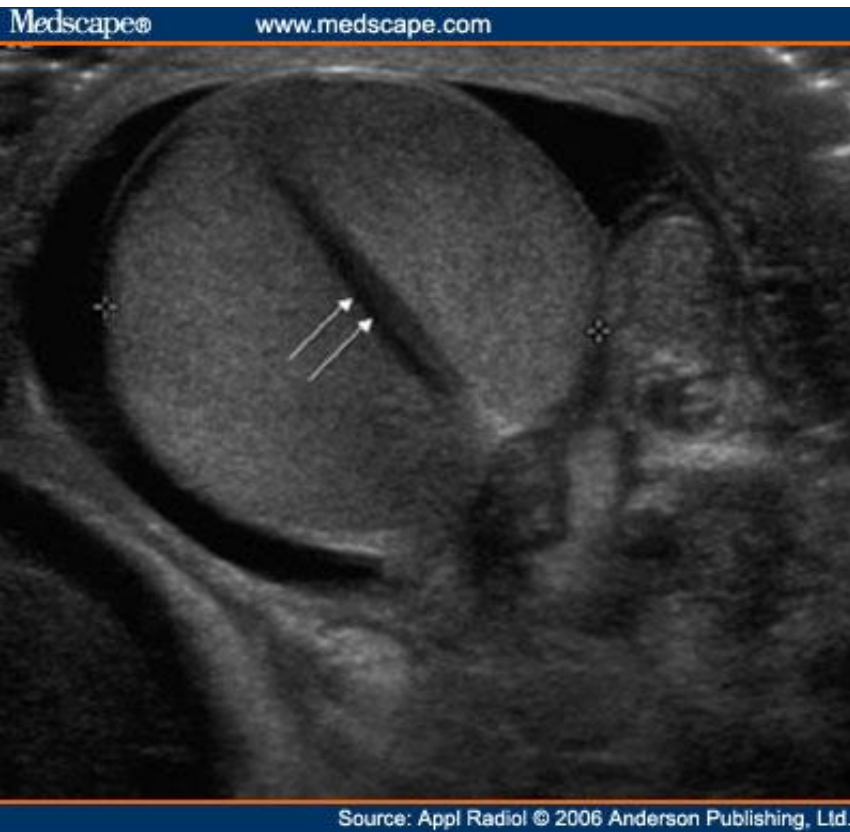


1/1

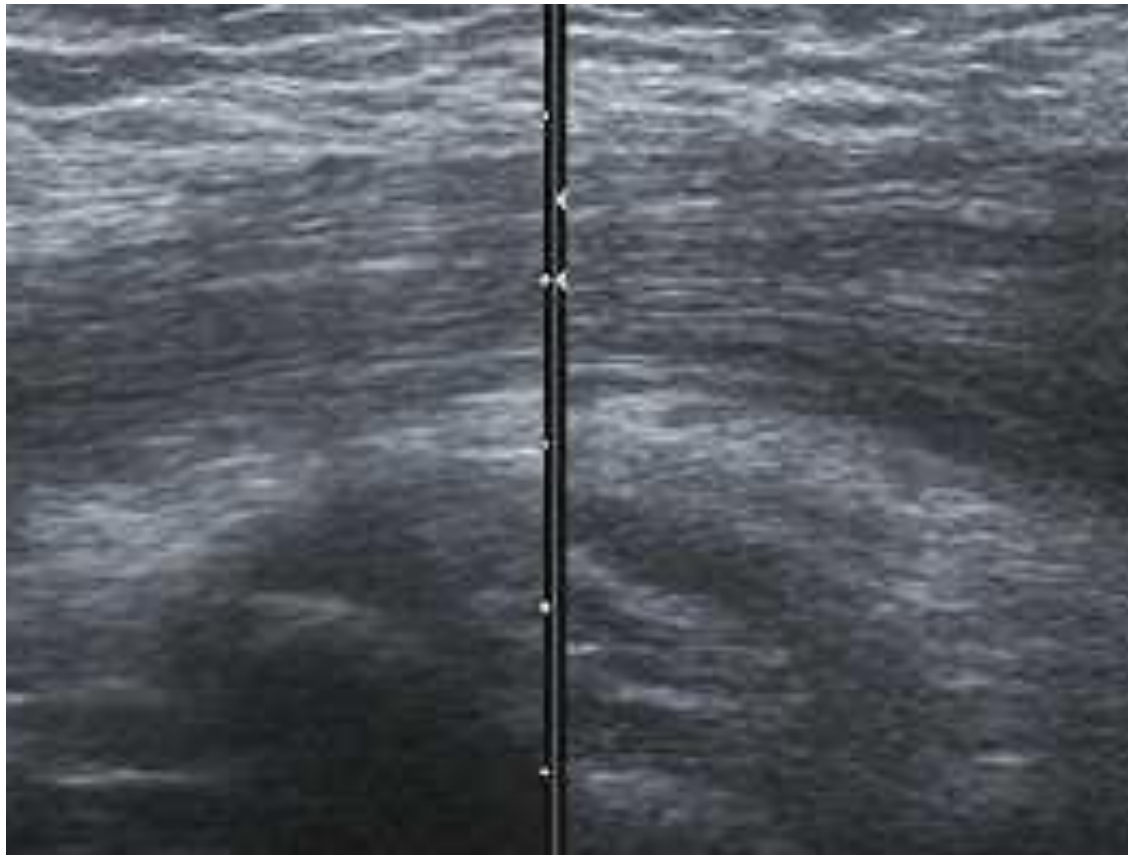




Cabeza del epidídimo normal, testículo y mediastino testicular (rede tesis)



Arteria transmediastina. Una estructura tubular prominente puede verse atravesando el mediastino testicular (flechas), lleva el flujo a la periferia del teste. Se ve en 10-50% de testes normales



Cordón espermático

Estructura lineal limitada por bandas ecogénicas

Plano transversal es estructura ovoidea de márgenes ecogénicos

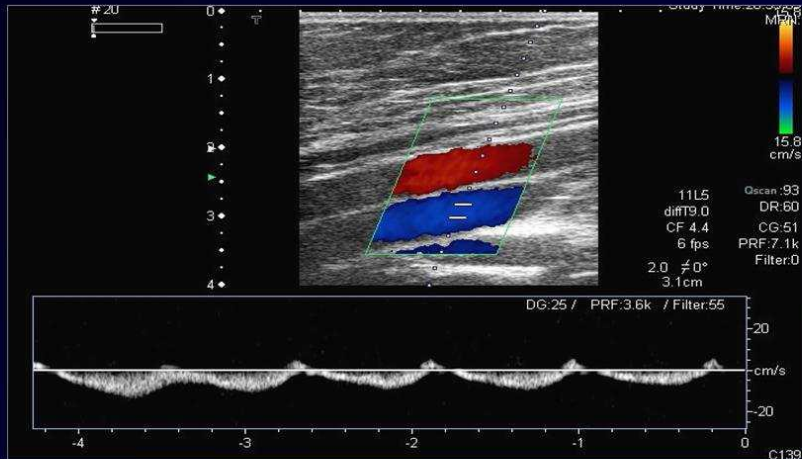
Está en el canal inguinal y se sigue por margen posterosuperior del teste

Contiene arterias testicular, deferencial, cremastérica, plexo venoso pampiniforme, vasos linfáticos y el conducto deferente

La ecografía Doppler:

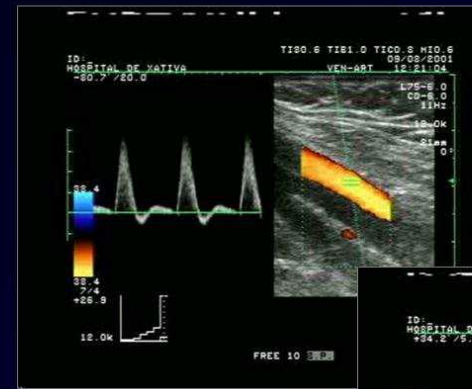
- Permite caracterizar el vaso: distingue una arteria de una vena por el tipo de flujo característico
- el tipo de flujo arterial: de alta resistencia (propio de las arterias musculares del cordón) y flujo de **baja resistencia** (propio de las arterias que irrigan parénquimas como el **testículo**). En niños menor resistencia que en adultos.

Sistema venoso:

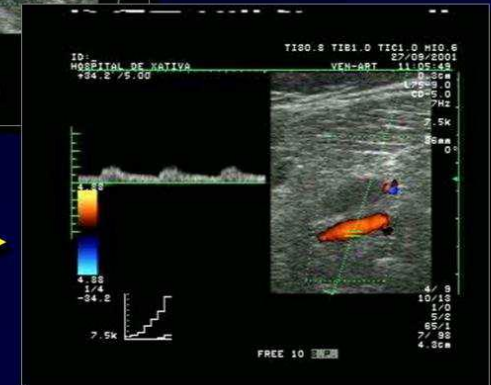


Sistema arterial:

← Alta resistencia
Onda trifásica



Baja resistencia
Onda monofásica →



El Doppler energía o “**power Doppler**”, constituye otra técnica del Doppler que analiza el cambio en la amplitud de los ecos, en lugar del cambio de frecuencia. Valora la densidad de los hematíes en la muestra, no su velocidad. Suele ser más sensible para detectar flujos lentos y débiles. Valora mejor los contornos de la luz del vaso y la vascularización tisular.

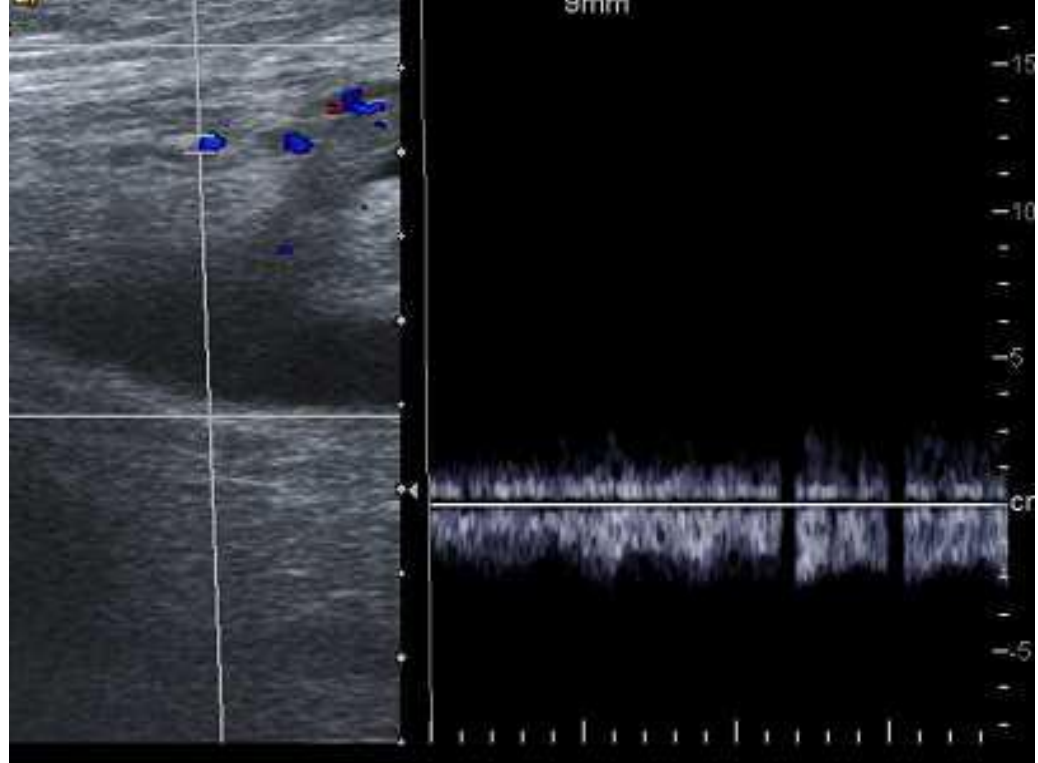
¿Cuándo utilizamos el Doppler color?

Para valorar cualitativamente la vascularización extratesticular y la perfusión testicular.

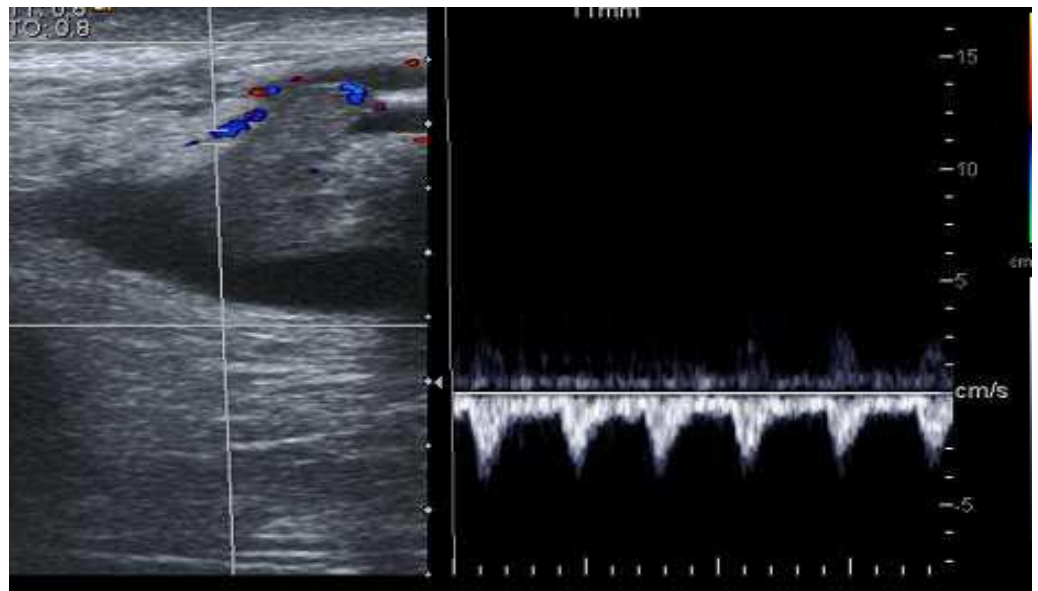
Nos dará información de la velocidad y la dirección del flujo sanguíneo y nos permitirá diferenciar entre arterias y vena del cordón espermático.

Flujo venoso monofásico (**A**) y flujo arterial de alta resistencia (**B**) en el cordón espermático normal

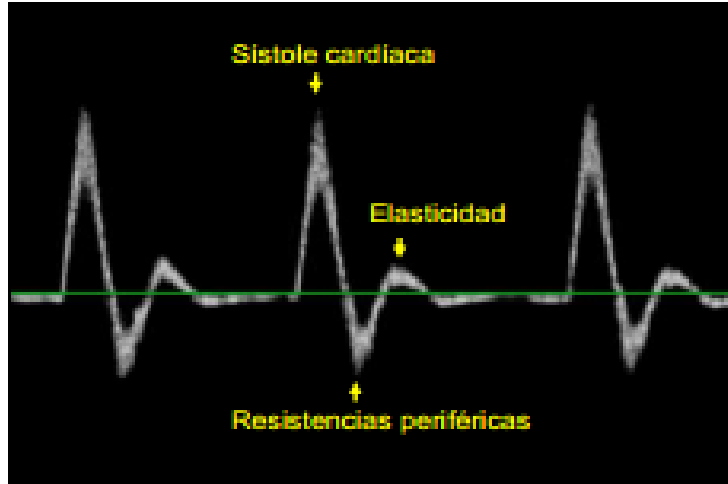
A



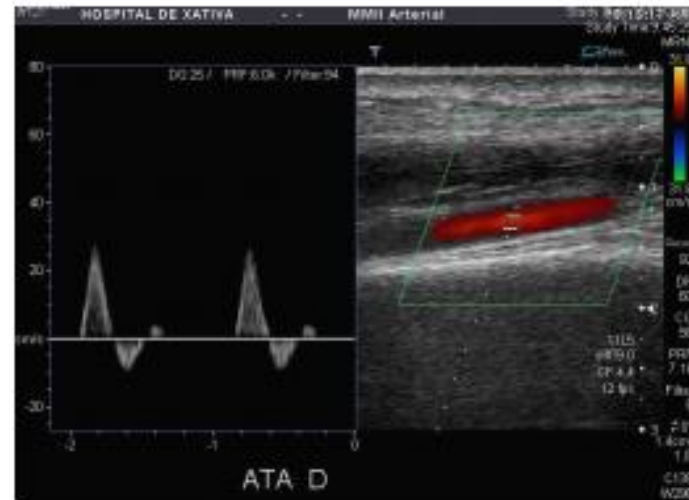
B



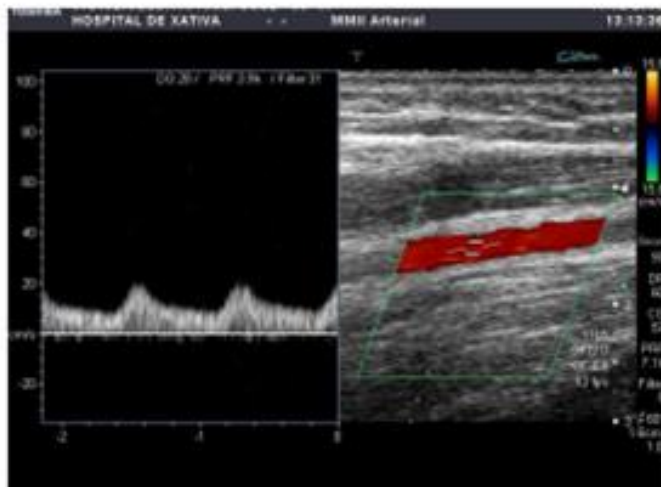
Morfología de la curva espectral



Onda espectral trifásica normal



Flujo normal trifásico de tibial anterior



Flujo tardus-parvus en tibial anterior por oclusión proximal

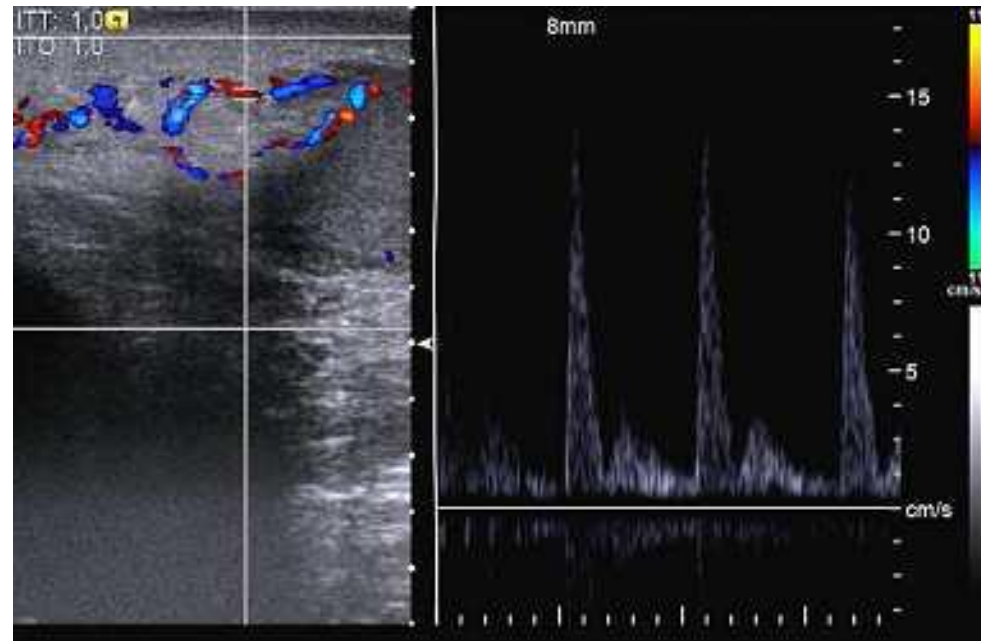
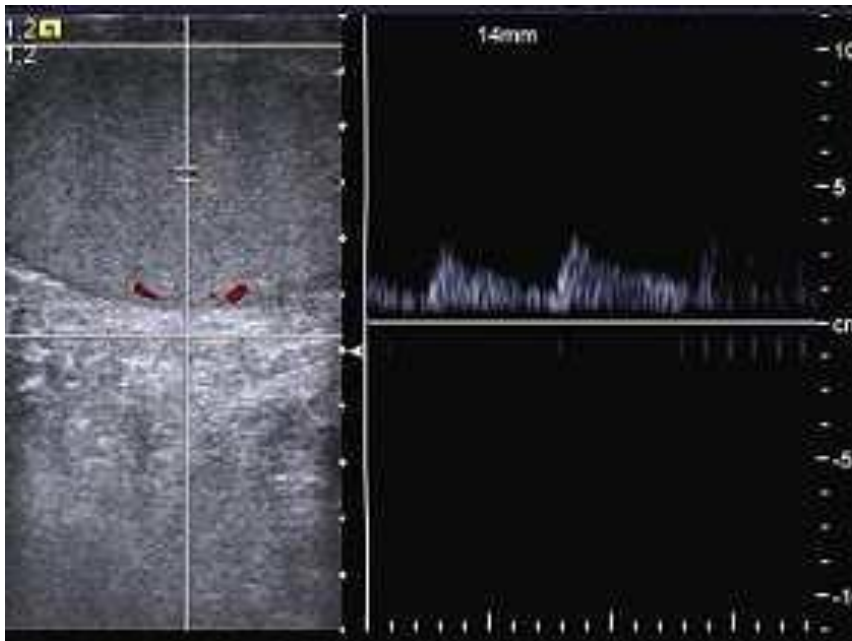
Curva de alta resistencia trifásica:
1- Primer componente sístole cardiaca
2- Breve inversión de diástole precoz que depende de las resistencias periféricas
3- Pequeña onda positiva de arterias elásticas, puede perderse con la edad

El interés del Eco Doppler radica en la posibilidad de diagnosticar la **isquemia testicular** con seguridad y rapidez.

Los procesos que cursan con isquemia testicular presentan un patrón doppler avascular o bien hipovascular característico de **alta resistencia**, consistente en una ausencia, disminución o inversión del **flujo arterial diastólico intratesticular**

Ello les diferencia claramente del patrón vascular de baja resistencia del teste sano normalmente perfundido y de la hiperemia de los procesos inflamatorios.

Por otra parte, la Eco Doppler puede valorar la perfusión de las lesiones focales o difusas intra o extratesticulares, distinguiendo fácilmente los hematomas (avasculares) de las epididimoorquitis (hipervasculares).



La morfología de la curva espectral característica en las arterias testiculares es de baja resistencia (IR de 0,62) aunque en los niños prepúberes puede no detectarse flujo diastólico.

El patrón de curva espectral en el epidídimo (arteria testicular y arteria cremasterina) es habitualmente de alta resistencia.



Criptorquidia
Hidrocele
Quiste de cordón
Hernias

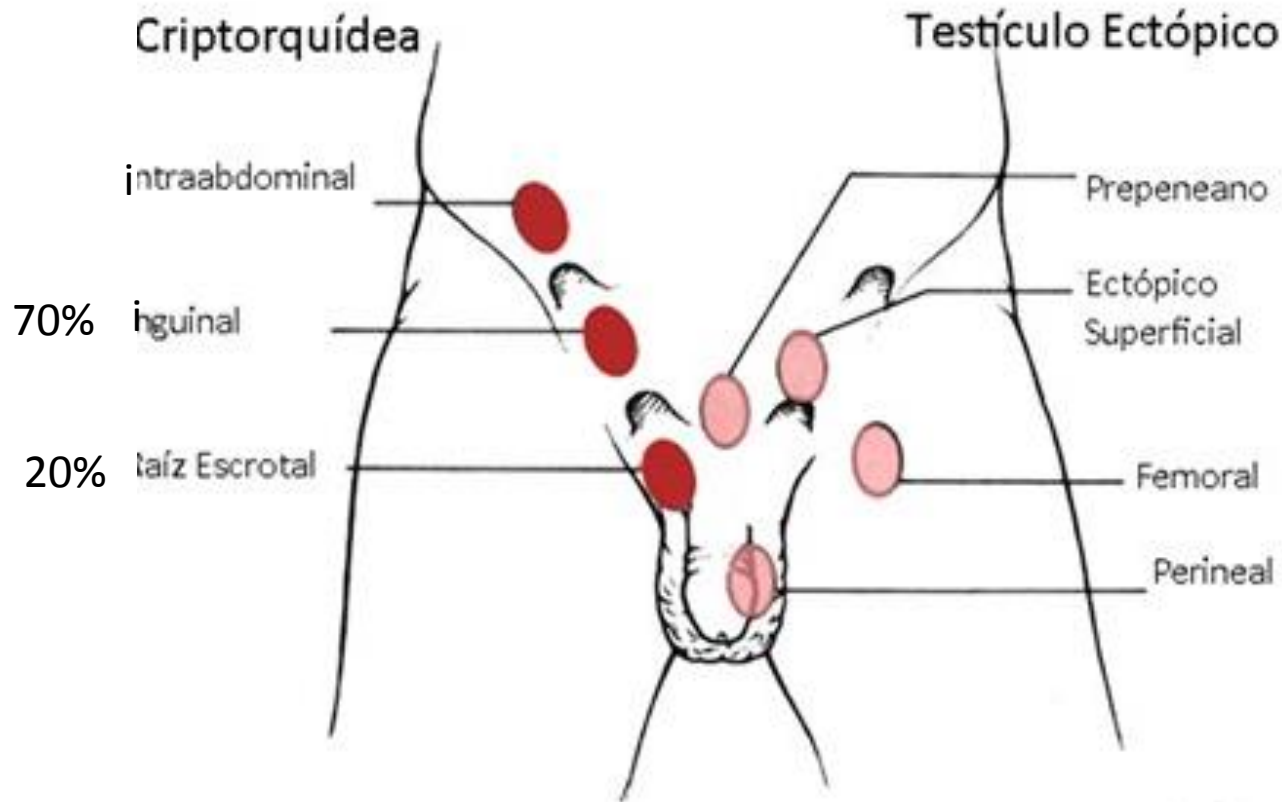


Criptorquidia

- Anomalía genitourinaria más común en varones
- Unilateral 65% bilateral 10%
- No se conoce la causa. Es un factor impte la insuficiencia de andrógenos
- Los hombres con antecedentes de criptorquidia tienen un 20-44% de riesgo de tener cáncer de testículos



Criptorquidia



Prematuros 9-30%

RN 3,4% al 5,8% RN

Testes intraabdominales difíciles de visualizar

Criptorquidia

- Ecografía es útil para visualizar el testículo alto en canal inguinal
- Poco útil para la localización abdominal, mejor resonancia magnética.
- Testículo no descendido es más pequeño y menos ecogénico. Puede parecer un ganglio linfático.



Hidrocele

Colección anómala de líquido entre las capas de la vaginal

1-2 ml es normal, no debe diagnosticarse de hidrocele

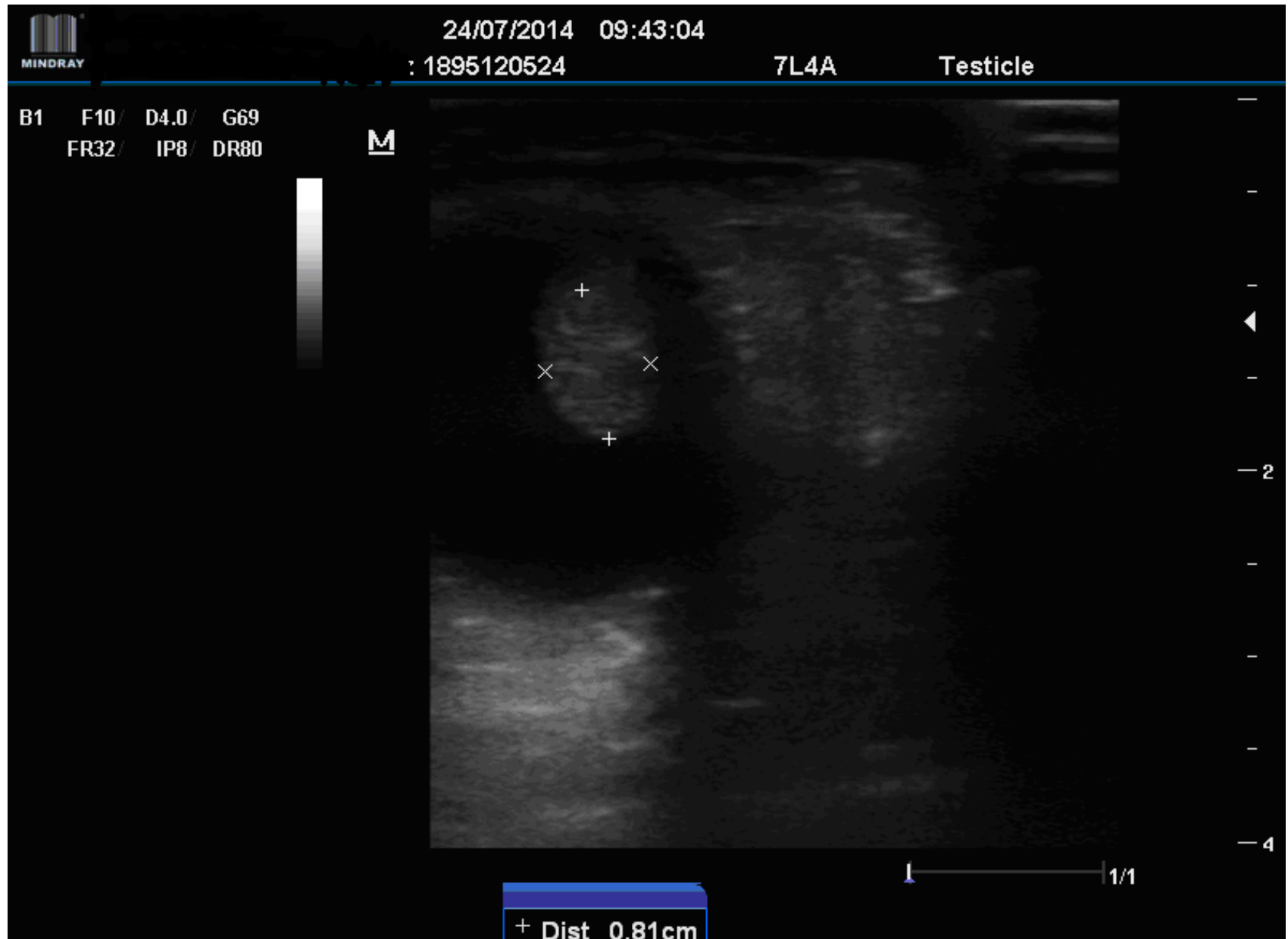
Causa más frecuente de tumefacción no dolorosa en niños

Congénito: hay un fallo del cierre del proceso vaginal

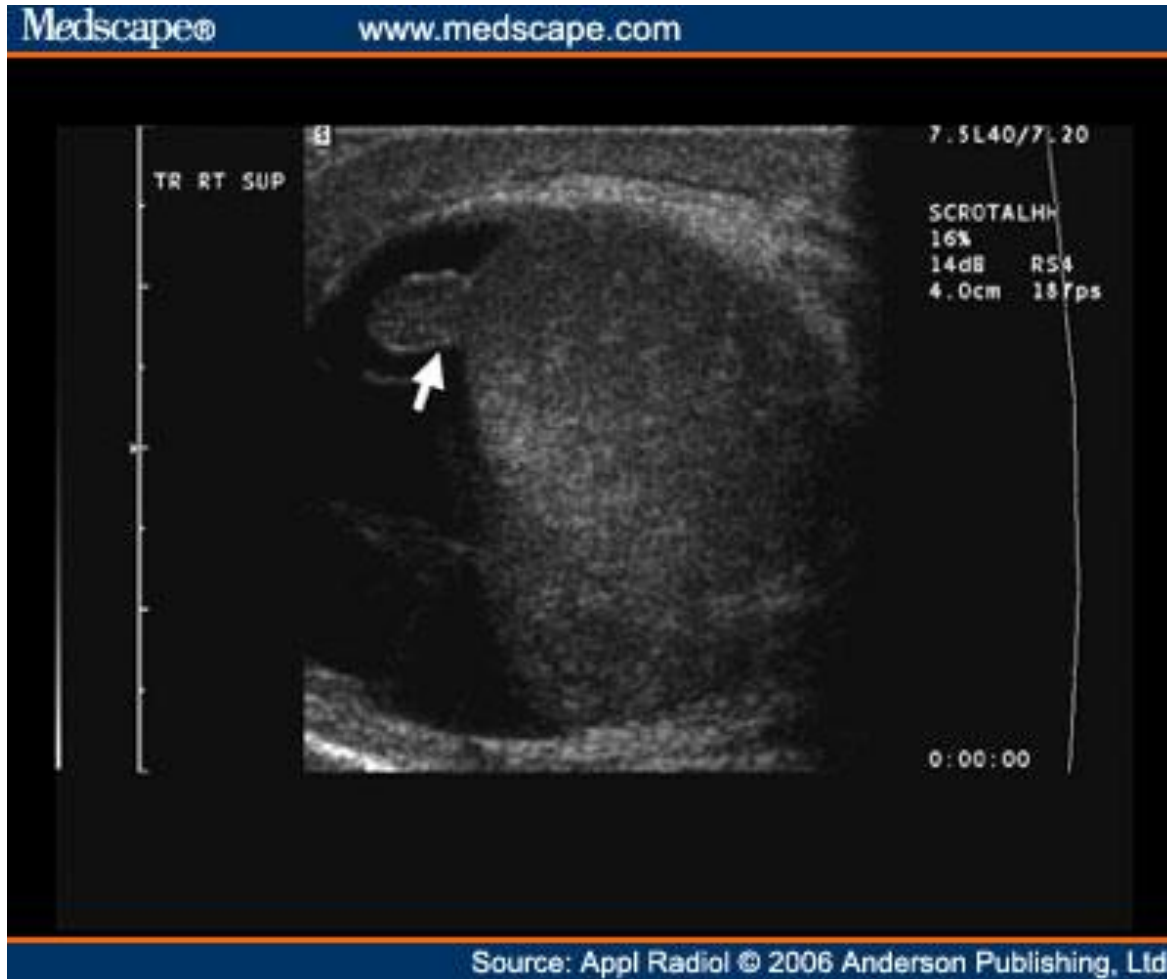
Se ve líquido anecoico rodeando el margen anterolateral del testículo puede tener ecos internos



Hidrocele



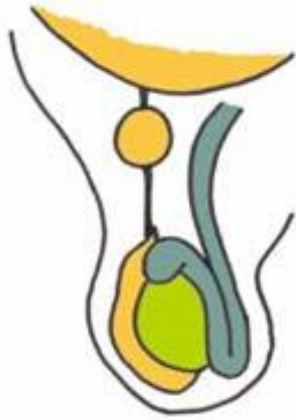
Hidrocele



Cuando hay hidrocele puede visualizarse el apéndice testicular normal.



Quiste de cordón



Quiste del cordón espermático.



Quiste del cordón espermático con hidrocele distal.



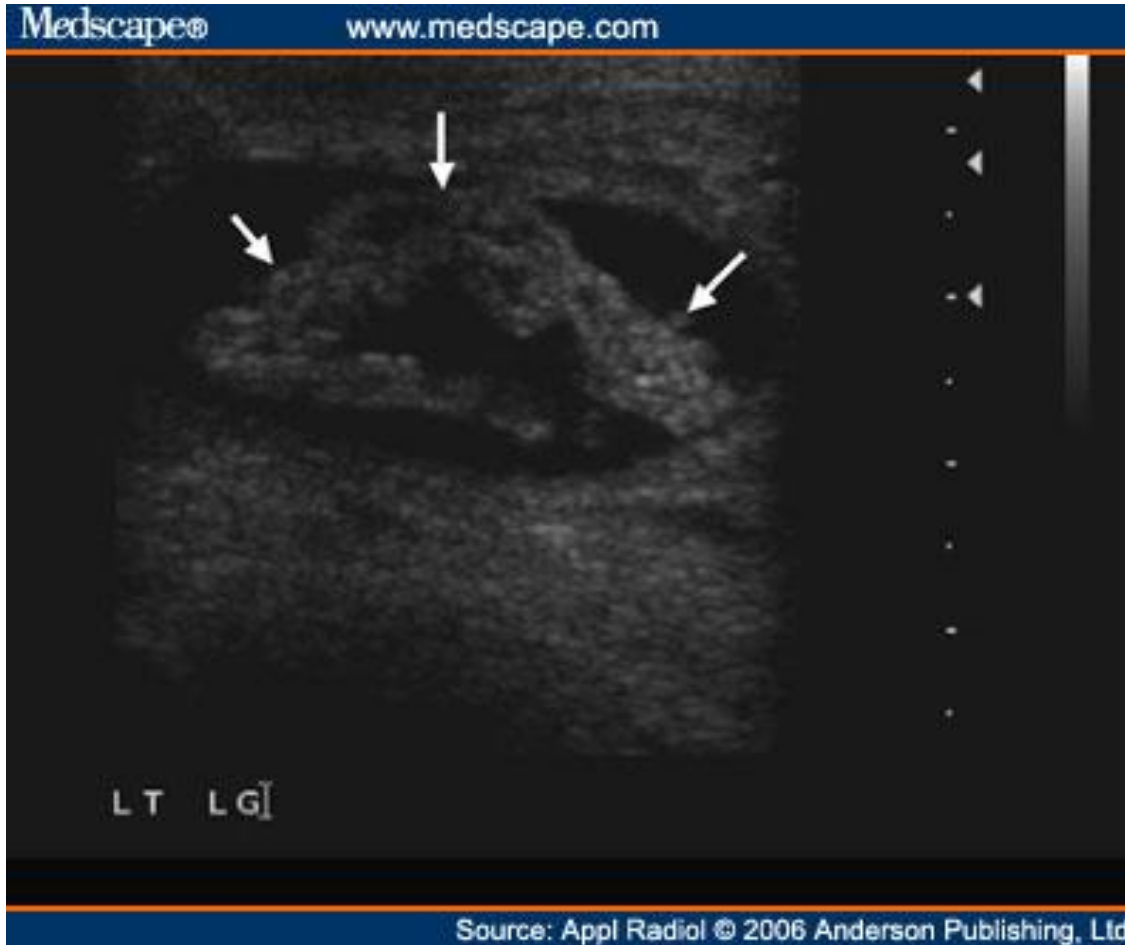
Hidrocele comunicante.

El quiste de cordón es el cierre del proceso vaginal por encima del testículo y por debajo del anillo inguinal

El **tratamiento quirúrgico** está indicado en los quistes de cordón, hidrocele funicular e hidrocele abdominoescrotal



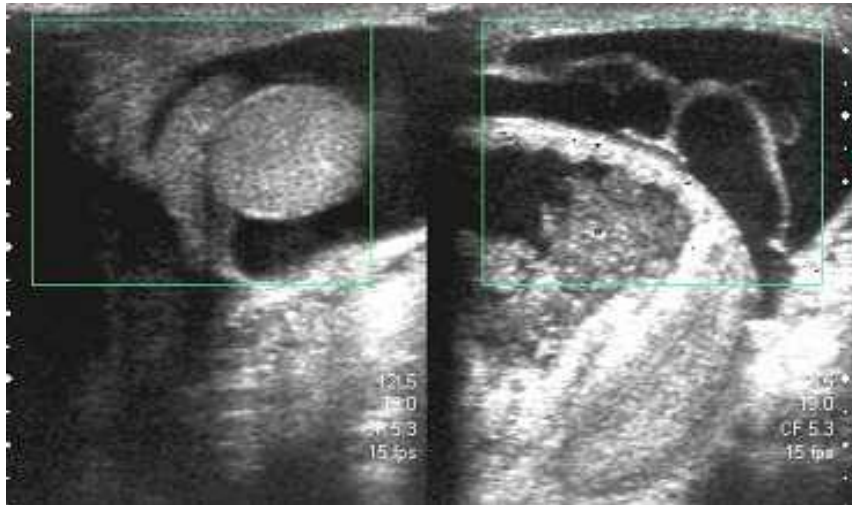
Hernia inguinal



Esta imagen ecográfica irregular en escala de grises revela una hernia inguinal, un asa intestinal sin dilatar y sin obstruir en el escroto

Hernia inguinoescrotal

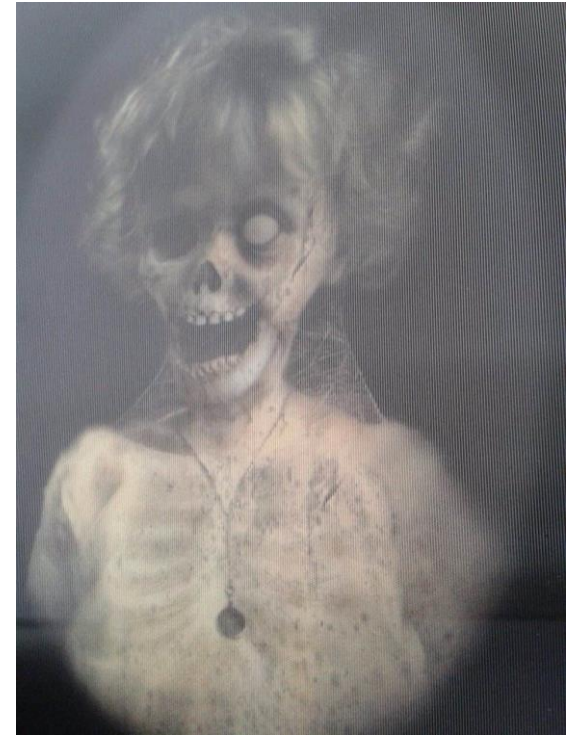
- Más frecuente en pretérminos
- Más frecuente en el lado derecho (60%) y bilaterales 10%. Puede parecer un hidrocele tenso o una torsión testicular.
- El Doppler color valorará la perfusión intestinal y testicular. La disminución de la perfusión testicular unilateral o la presencia de un asa intestinal dilatada, acinética, es indicación **de cirugía urgente** con una especificidad y sensibilidad del 90%



Hernia inguinoescrotal :
asa dilatada, aperistáltica,
sin señal de flujo en
pared ni en teste en
Doppler color. Hidrocele
septado



Orquidoepididimitis
Torsión de apéndice
Torsión testicular
Traumatismos



Síndrome de escroto agudo

Las causas de escroto infantil dilatado y muy doloroso son traumatismo, torsión, torsión del apéndice, epididimitis, hidrocele agudo, hernia incarcerada, tumor, vasculitis, edema idiopático del escroto...

La masa escrotal dolorosa es una urgencia quirúrgica y hasta que no se demuestre lo contrario se considera torsión testicular. Para conservar la viabilidad testicular hay que realizar la intervención en las primeras 24 horas.

Síndrome de escroto agudo

95% de los casos de síndrome de escroto agudo son por:

- Torsión testicular
- Torsión de apéndices
- Orquiepididimitis aguda

Es esencial el diagnóstico diferencial entre torsión y orquiepididimitis. En ambos casos suele existir fiebre y piuria.

En el primer año de vida y en la adolescencia es más frecuente la torsión y en los adultos es más frecuente la orquiepididimitis

Orquidoepididimitis

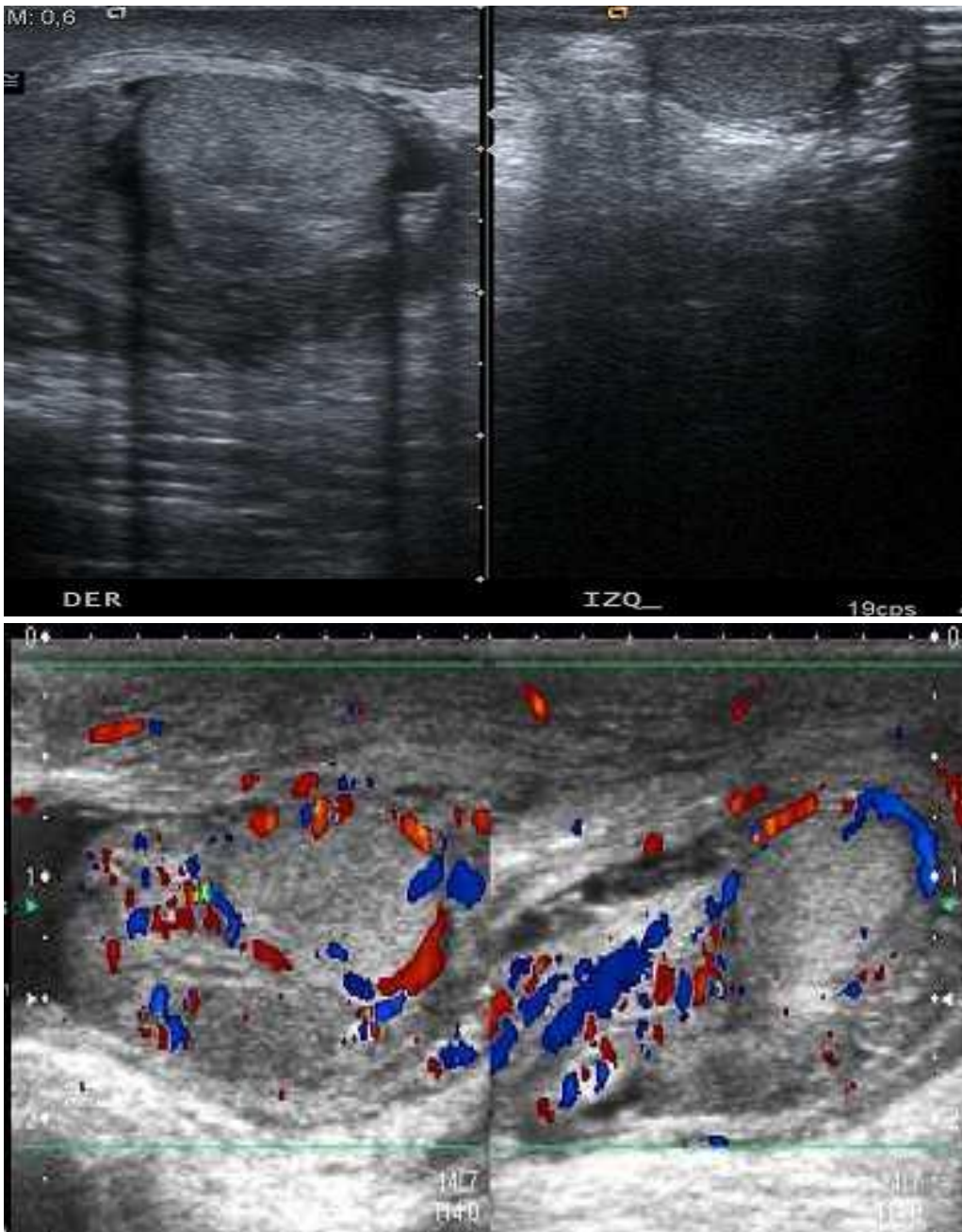
Etiología infecciosa desde la vejiga a través del conducto deferente y de los linfáticos del cordón espermático.

Más frecuente en menores de dos años con malformaciones urogenitales o mayores de 6 años. Asociada a ITU en niños y ETS adolescentes y adultos. Trat. conservador con antibióticos.

Clínica: Elevar el escroto disminuye el dolor. Combur: leucocitosis
La cabeza del epidídimo es la estructura más afectada, la orquitis aislada es rara.

Puede asociar hidrocele moderado, aumento de la ecogenicidad de la grasa periepididimaria y de la grasa que rodea al cordón espermático por edema y engrosamiento de cubiertas testiculares.

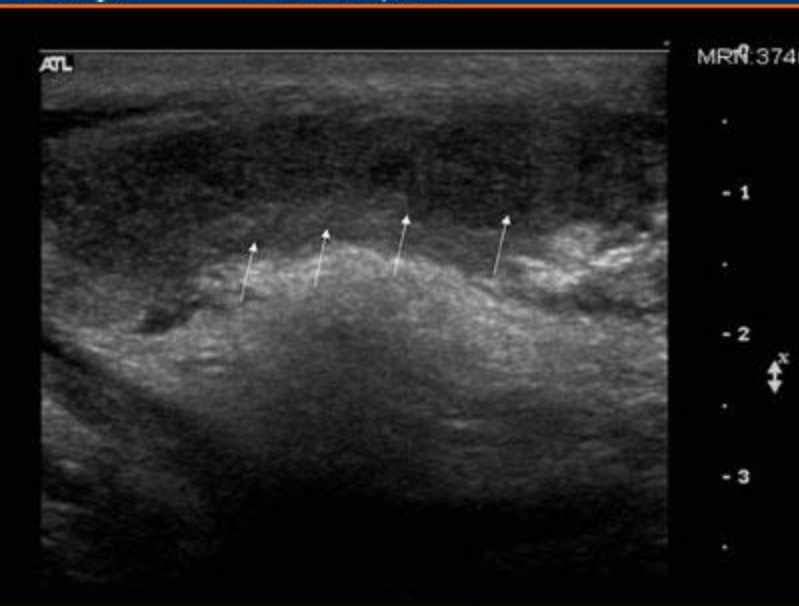
Teste más grande o más pequeño en función del tiempo de evolución, ecogenicidad heterogénea, con aumento del flujo en estudio Doppler color (**infierno testicular**).



Orquidoepididimitis

- engrosamiento del epididimo
- hidrocele moderado
- aumento marcado del flujo en estudio Doppler color





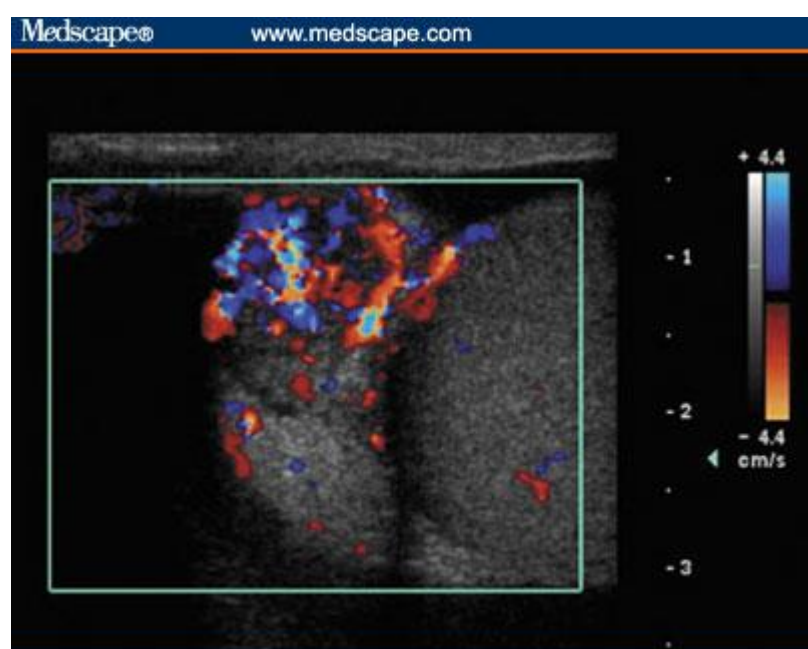
Source: Appl Radiol © 2006 Anderson Publishing, Ltd.

Epididimitis

Epididimitis:

A: el epididimo inflamado está aumentado de tamaño e hipoecoico (flechas).

B: vascularidad aumentada en el epididimo inflamado y un pequeño hidrocele reactivo.



Source: Appl Radiol © 2006 Anderson Publishing, Ltd.





Source: Appl Radiol © 2006 Anderson Publishing, Ltd.



Source: Appl Radiol © 2006 Anderson Publishing, Ltd.

Orquitis

A: el teste inflamado es **no homogéneo** en ecoestructura

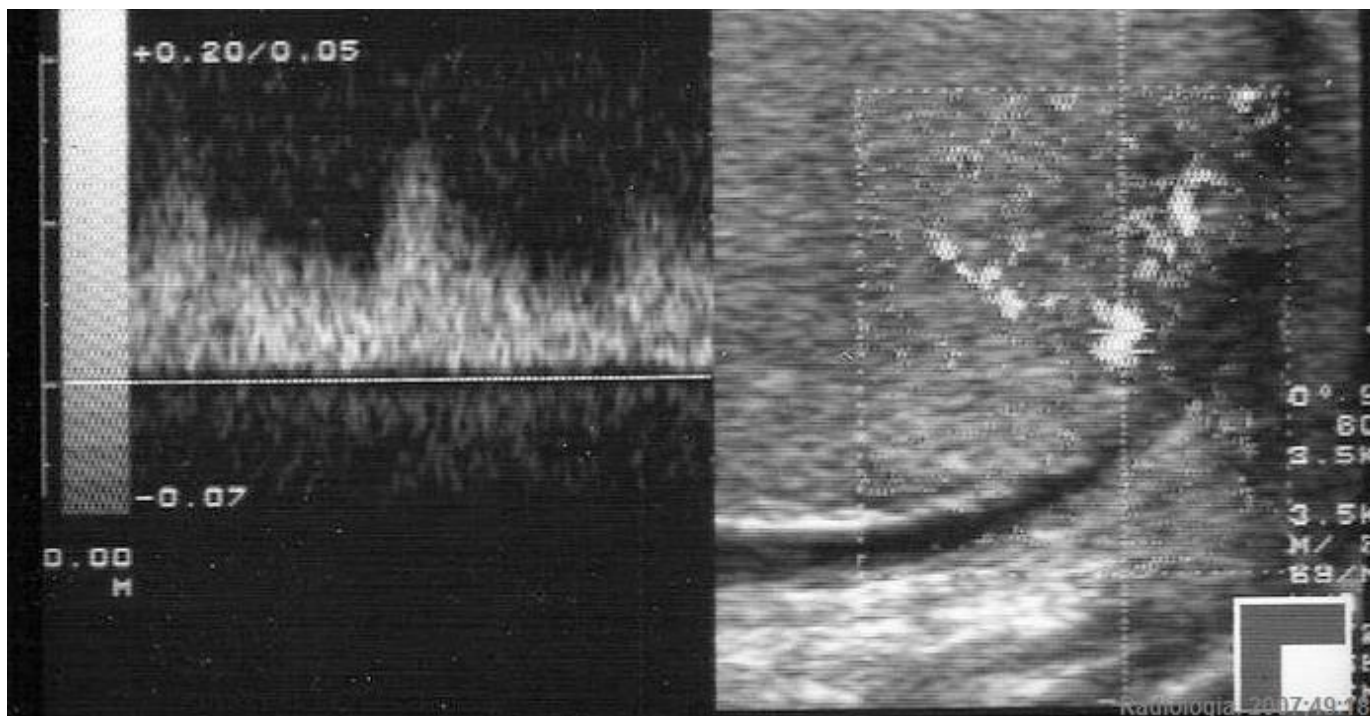
B: hipervascularidad anormal apoya el diagnóstico de orquitis. Pequeño hidrocele asociado

Diagnóstico diferencial orquidoepididimitis

Los procesos infiltrativos malignos como **leucemia y linfoma** pueden presentar una ecogenicidad similar a una orquitis difusa. Es fundamental la historia clínica para el diagnóstico diferencial

Una imagen de infarto local (nódulo de ecogenicidad disminuida o heterogéneo de contornos bien definidos) puede plantear confusión con una **neoplasia intratesticular** por lo que es muy importante reconocer la naturaleza avascular del infarto local. Es una complicación rara.

Un índice de resistencia elevado en arterias testiculares (normalmente es bajo) puede ser un signo de compromiso de drenaje venoso, responsable de un área de infarto testicular.



Orquitis focal. Dúplex- Doppler color.

Área hipoecoica intratesticular mal definida, con marcada hiperemia inflamatoria e intenso flujo de baja resistencia.

Torsión de apéndices testiculares

Clínica: dolor polo superior con reflejo cremastérico conservado, nódulo palpable y mancha azul

Más frecuente afectado apéndice testicular

Más incidencia de 7-14 años

Ecografía: nódulo hipoecoico, hiperecogénico o de ecogenicidad mixta dependiendo del tiempo de evolución.

Puede haber engrosamiento de cabeza del epidídimo, hidrocele reactivo y engrosamiento de cubiertas escrotales.

Con Doppler hay ausencia de señal en el apéndice torsionado y aumento de la vascularización reactiva en el epidídimo testículo y tónicas.

El diagnóstico diferencial es con orquideoepididimitis aguda pero no es esencial ya que el manejo es conservador en ambos casos.

Torsión testicular

Intenso dolor unilateral del escroto. Piel escroto violácea, hemiescroto afectado edematoso y duro. Náuseas y vómitos.



Masa escrotal firme y dura que no trasilumina con edema y enrojecimiento escrotal.
Palpación del epidídimo en posición anterior.
Palpación de las vueltas de cordón reflejo cremastérico ausente

Torsión testicular

Primero obstrucción del drenaje venoso y posteriormente del flujo arterial. El grado de isquemia depende del grado de torsión (desde $\frac{1}{4}$ de vuelta 90° , hasta tres vueltas completas) y de la duración.

Extravaginal: intraútero en neonatos, al nacimiento el teste esté necrosado. Se torsiona el teste, el epididimo y la vaginal. Deterioro irreversible. No suelen operarse..

Intravaginal a cualquier edad, más frecuente en la adolescencia.

Fase aguda precoz (seis primeras horas): normal (1-3 horas), o leve aumento de tamaño testicular por la progresión de la congestión venosa, ecogenicidad disminuye de manera no uniforme , se asocia a hidrocele, engrosamiento de pared escrotal .

Epidídimo en posición anterior. Cordón espermático se visualiza como masa ecógena que desplaza el testículo anteriormente

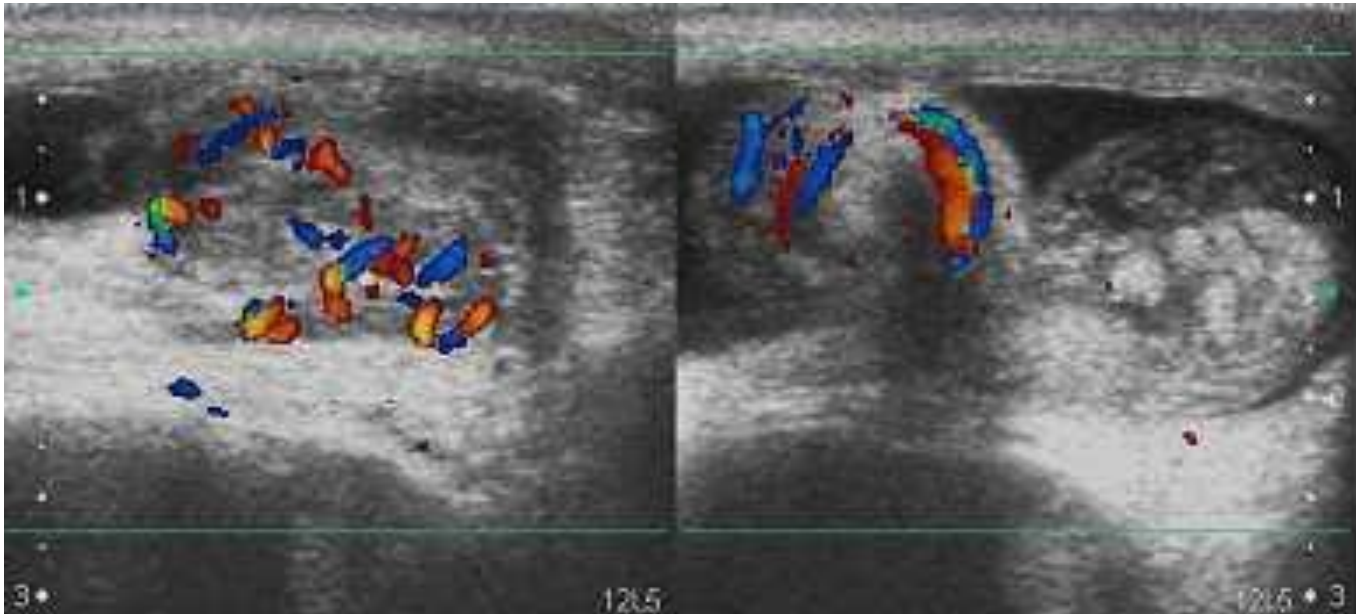
Fase aguda tardía: 6-24 hrs: se acentúan hallazgos previos

Fase subaguda (primer al décimo día): continúa incrementándose el tamaño testicular y la hipoecogenicidad, signo de pérdida de viabilidad. Epidídimo permanece con incremento de dimensiones y ecogenicidad.

Crónica: evolución de mas de 10 días: masas extra-testiculares complejas debido a hemorragias en túnica vaginal y epidídimo

Torsión testicular

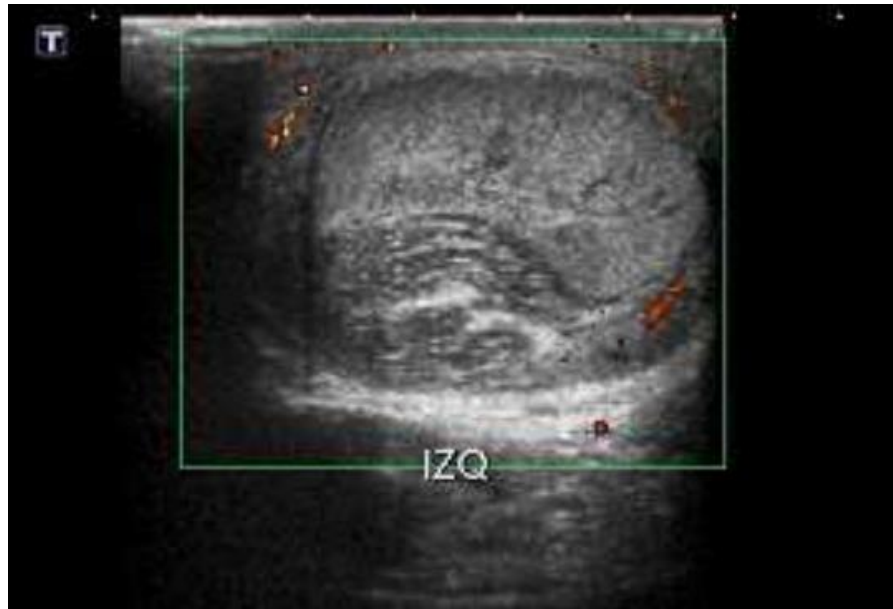
Es esencial la valoración ecográfica del cordón espermático. A veces se puede identificar el punto de torsión en el orificio inguinal externo. La porción intraescrotal del cordón edematoso se verá como una masa extratesticular ecogénica, redondeada u ovalada.



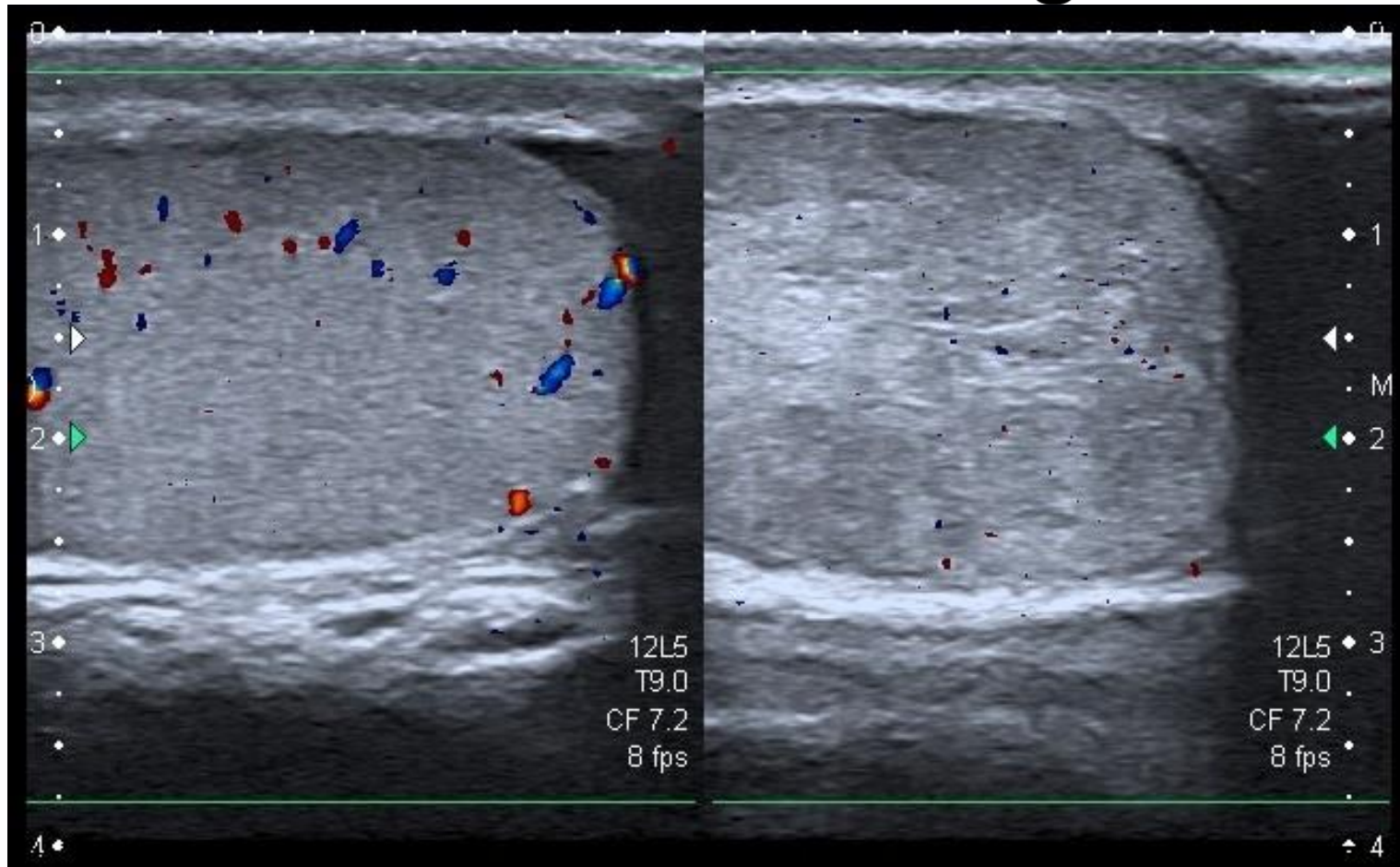
Torsión incompleta de cordón espermático; masa ecogénica supratesticular con imagen vascular espiral típica “en caracola”-

Torsión testicular completa

- El diagnóstico definitivo se hace con los registros del flujo vascular utilizando el teste contralateral de referencia de la normalidad: teste sano en el estudio Doppler es normal.
- Esencial pericia ecografista valorar flujo doppler arteria testicular y testículo. Flujo difícil valorar teste prepuberal
- Teste afectado tiene ecogenicidad heterogénea y flujo vascular ausente. Hay que detectar el flujo en epididimo e intratesticular.



Torsión testicular fase aguda

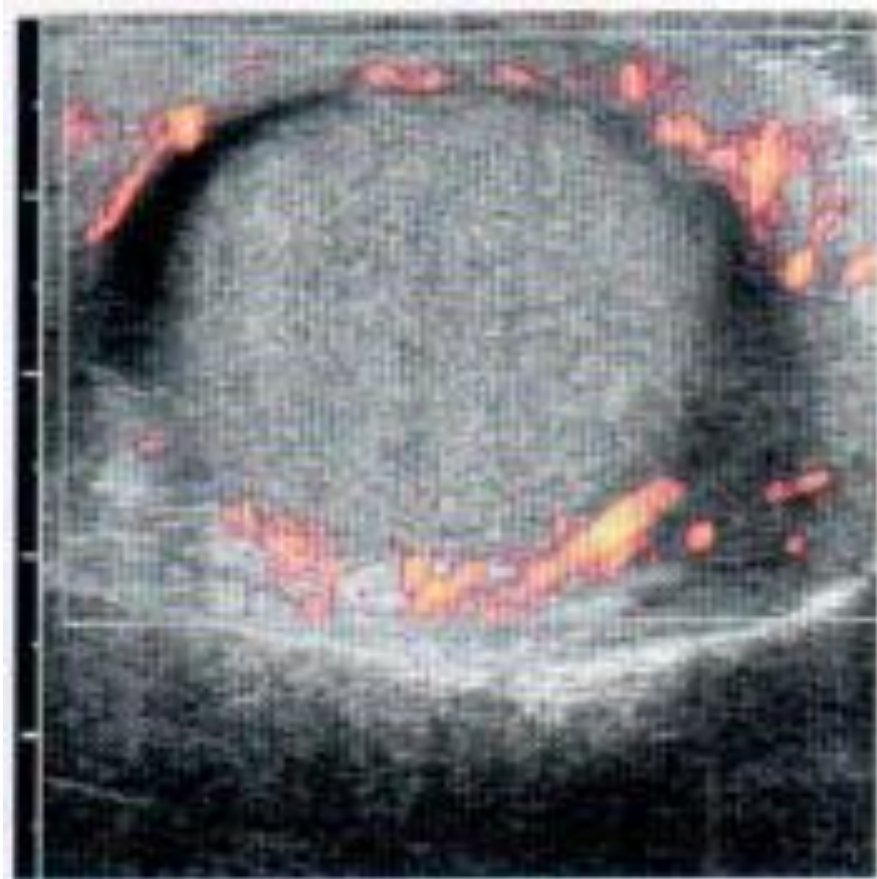


Teste normal

Teste torsionado sin flujo vascular

http://www.geyseco.es/sedia2014/comunicaciones_online/index.php?seccion=posters&idcomunicacion=18102

Torsión testicular fase subaguda



Fase subaguda (primer al décimo día): continúa incrementándose el tamaño testicular y la hipoecogenicidad.

Epidídimo permanece con incremento de dimensiones y ecogenicidad

Torsión testicular

- Cuando el testículo se vuelve heterogéneo va perdiendo viabilidad.
- Puede haber señal de flujo vascular en el testículo si la torsión es incompleta. Por tanto, la presencia de señal de flujo vascular NO excluye la torsión; el cordón espermático ha de ser evaluado meticulosamente en todos los niños con clínica de escroto agudo o con un aumento del flujo testicular.
- Algunos niños normales pueden no tener flujo vascular demostrable en los testes por ecografía Doppler
- Si hay una detorsión espontánea el doppler puede ser normal
- En ocasiones es una torsión de bajo grado o intermitente puede tener hiperemia, igual que la orquidoepididimitis.

Traumatismos

Hipoecogenicidad anómala debida a la isquemia tras el traumatismo directo.

El dolor limita la exploración física por lo que la ecografía es muy útil.

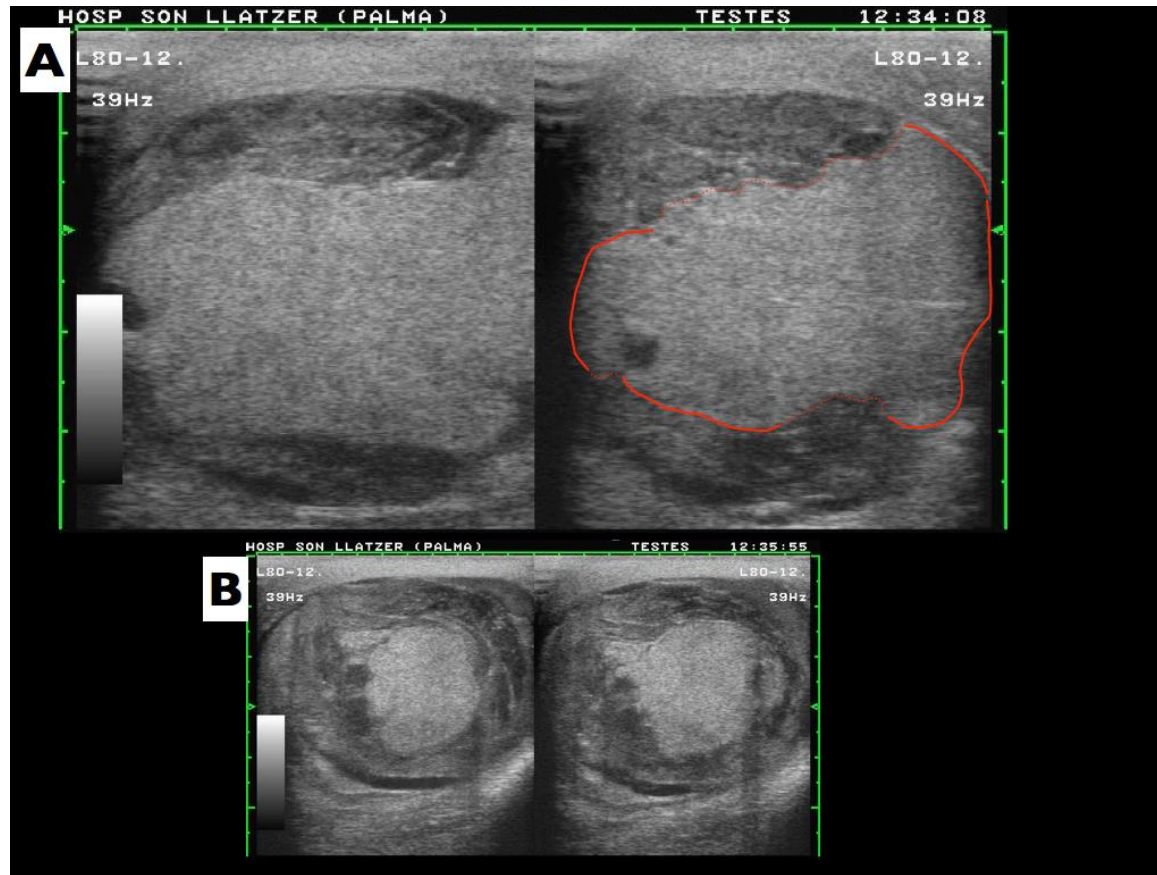
La lesión puede ir desde un hematoma extratesticular hasta la rotura testicular.

El hematoma extratesticular seria ecogénico en la fase aguda y anecoico posteriormente.

Tratamiento conservador excepto si en el estudio Doppler hay signos de compromiso vascular (disminución o inversión de la diástole).



Rotura testicular



Más del 50% son por golpes inguinales directos haciendo deporte.

Rotura testicular: discontinuidad de la túnica albugínea: cirugía urgente.

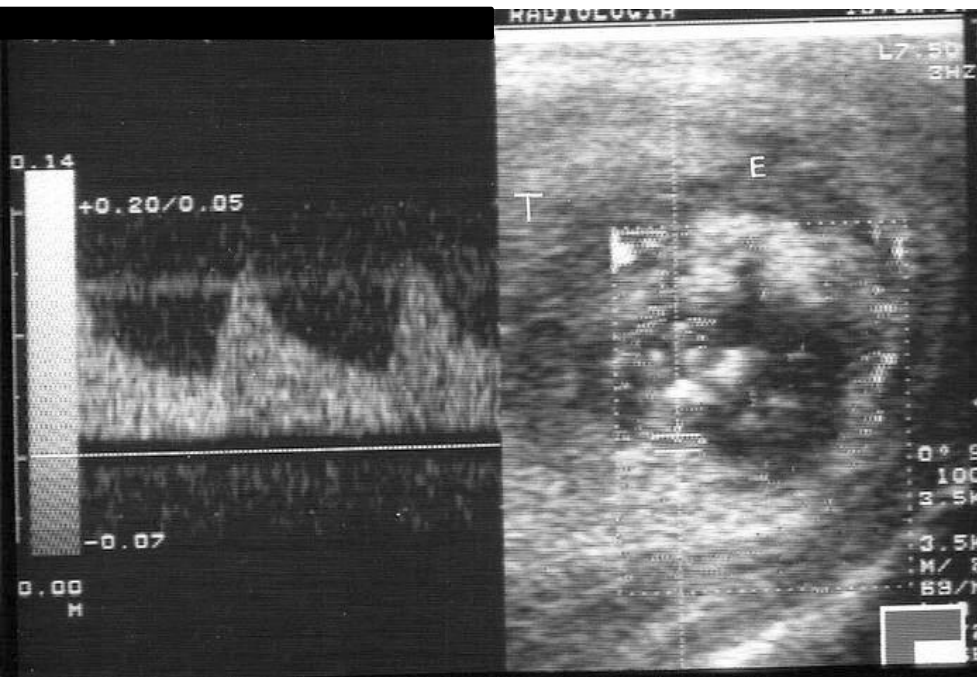
Teste con márgenes mal definidos, ecogenicidad heterogénea con áreas focales hipo o hiperecogénicas .

Engrosamiento de cubiertas escrotales y hematocele.

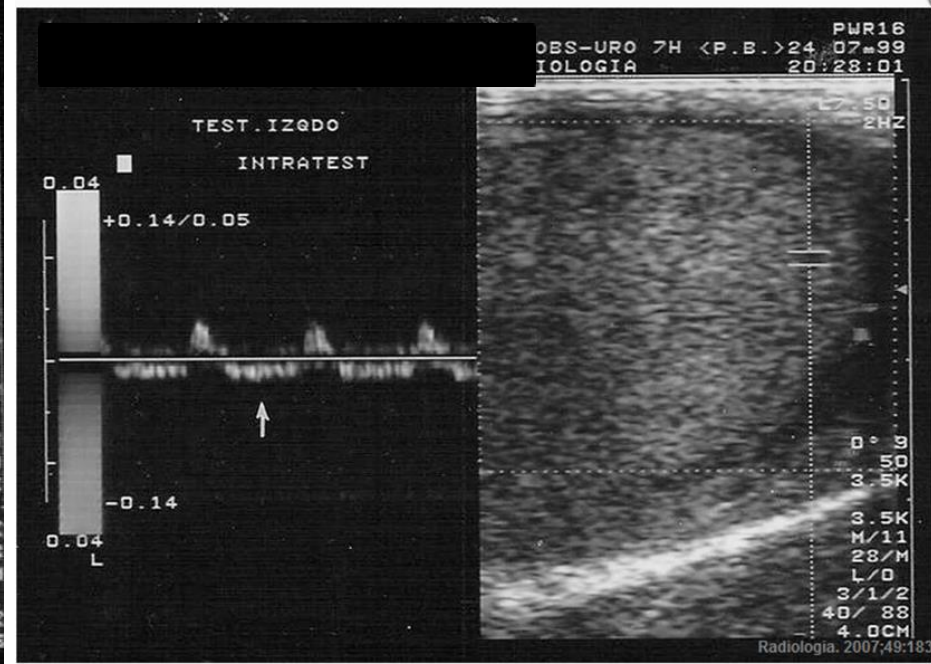
Doppler color con disminución o ausencia de vascularización.

Las rupturas testiculares son emergencias quirúrgicas con buen pronóstico si se tratan las primeras 72 horas

Rotura testicular: A. en línea continua los segmentos íntegros de la capa albugínea y en línea discontinua los segmentos de interrupción de la albugínea; B. hematocele alrededor del teste.



Hematoma intratesticular. Dúplex-doppler color. Imagen nodular sonoluciente y avascular (H) bien circunscrita, en el tercio inferior del testis. Flujo normal: señales arteriales de baja resistencia (flujo pulsátil, con diástole alta y mantenida) en el centro del testis se consideran una evidencia de perfusión testicular normal en el parénquima sano restante (T) lo que descarta el compromiso



Isquemia testicular secundaria a compresión extrínseca de hematocele a tensión. (A) Ecografía modo B. (B) Dúplex-doppler color. Ocupación del espacio vaginal por abundante líquido denso con testículo oprimido y rechazado, cuyo flujo débil de alta resistencia y diástole invertida (flecha) indica sufrimiento vascular.

Traumatismo testicular

La ecografía es la primera técnica de imagen para la valoración testicular tras un traumatismo. Permite distinguir situaciones que requieren cirugía urgente de las que se pueden controlar con tratamiento conservador.

Hay que determinar la integridad de la túnica albugínea y la vascularización testicular.

10-15% de tumores se manifiestan tras un traumatismo y pueden parecer un traumatismo , por lo que siempre hay que hacer seguimiento ecográfico de las lesiones.

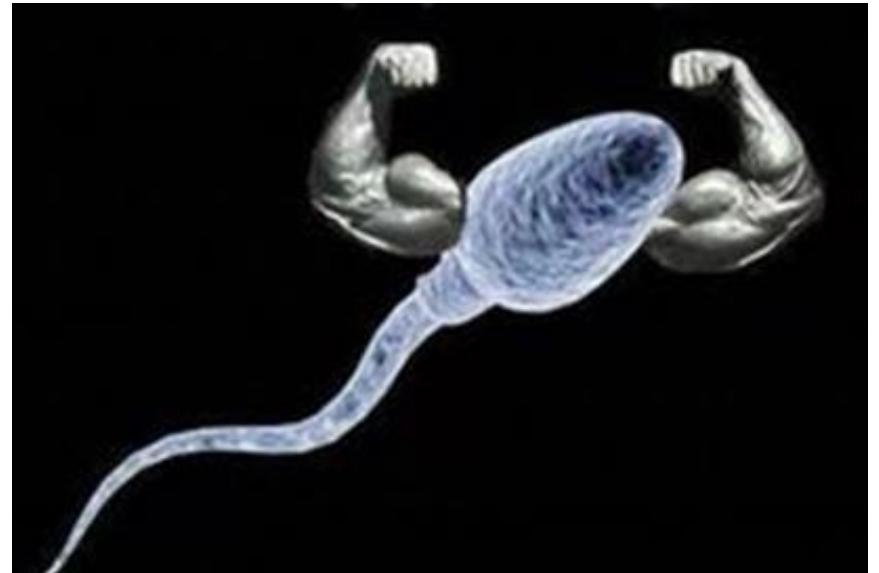


Varicocele

Lesiones variadas

Quistes

Tumores

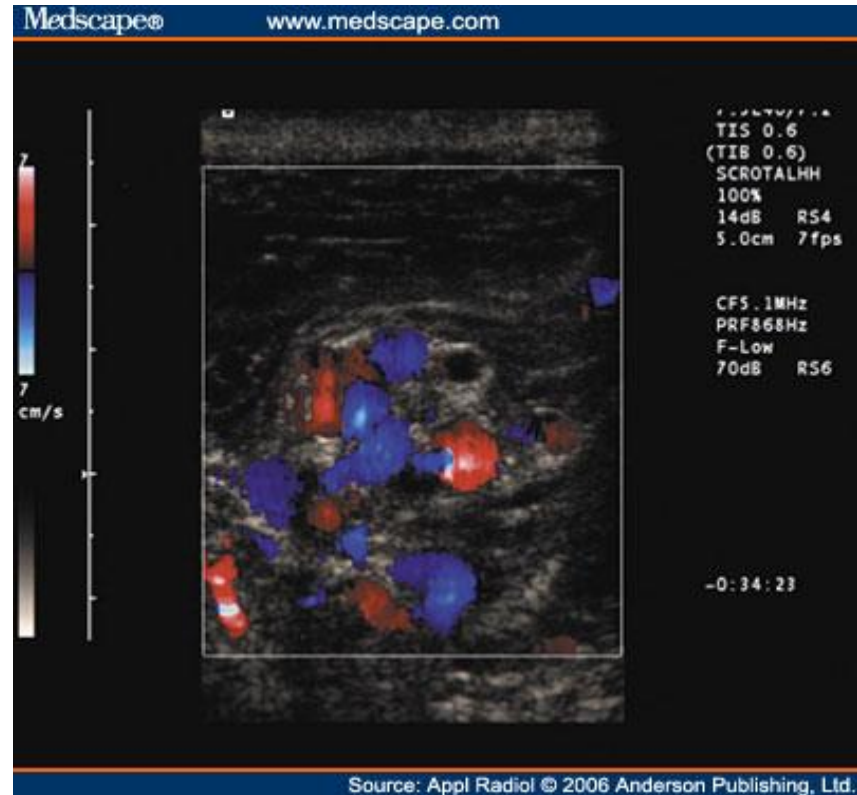
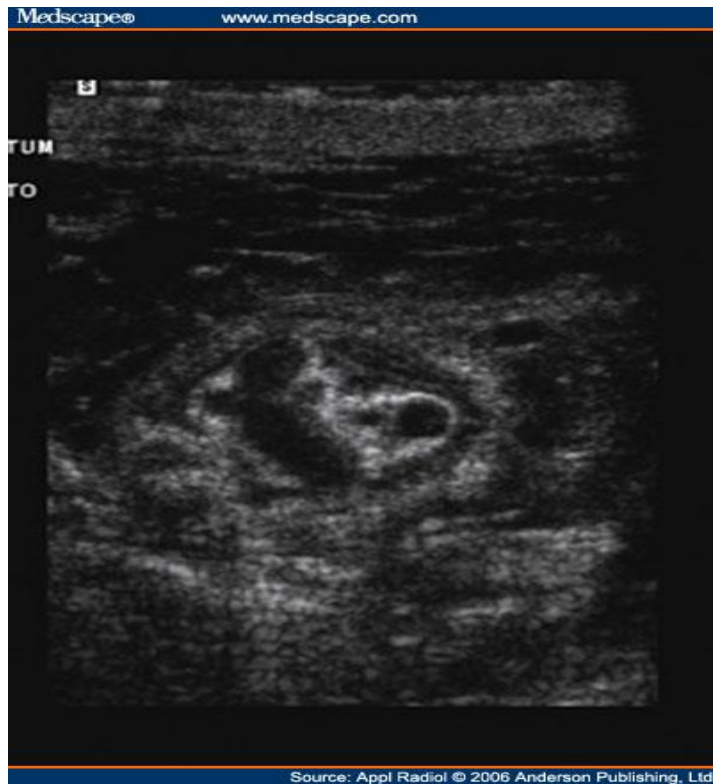


Varicocele

- Causa curable más frecuente de infertilidad masculina. 15% población general, 20-40% en varones con infertilidad masculina. Más frec. Izquierdos en 85-90%. Teste crece menos
- Es la tortuosidad y dilatación anómala de las venas testiculares y del plexo pampiniforme situadas superiores y laterales al testículo de más de 2 mm de diámetro. Más de 2 mm en posición supina son anormales.
- Las venas testiculares salen de la parte posterior del testículo formando el plexo pampiniforme que pasa por el conducto inguinal como parte del cordón espermático. Está estrechamente relacionado con el epidídimo.
- Más evidente con maniobra de Valsalva o en bipedestación
- Exploración física especificidad 70%. Eco Doppler color sensibilidad diagnóstica 97%

De Bruyn R. Ecografía Pediátrica. Cómo, por qué y cuándo. 2ª ed.
Barcelona: Elsevier España, S.L. ; 2012

Varicocele



Múltiples estructuras tubulares anecoicas que rodean al epidídimo, aumentan claramente de tamaño en bipedestación o con Valsalva, principal criterio diagnóstico. Son venas con flujo de baja velocidad

Lesiones variadas extratesticulares

- **Quistes de epidídimo:** son las lesiones endidimarias más frecuentes. Anecoicos o hipoecóicos.
- **Quistes de la albugínea** de 2-5 mm, palpables con frecuencia, extratesticulares, únicos o múltiples, riesgo de neoplasia,
- **Cálculos o perlas escrotales:** pueden alcanzar 1 cm de diámetro y asociarse a hidrocele. Son móviles y pueden corresponder a apéndices testiculares o epididimarios torsionados
- **Placas de albugínea** engrosamientos locales fibrosos de la vaginal y de la albugínea. Son imágenes lineales, periféricas, ecogénicas fijas localizadas fuera del testículo.
- **Calcificaciones del epidídimo** puede haber antecedentes de epididimitis, hematomas, o enf granulomatosa

Lesiones variadas intratesticulares

- **Quistes testiculares** quistes simples anecóicos no palpables de aspecto estable a lo largo del tiempo. Únicos o múltiples. Asociados a quistes endidimarios
- **Microlitiasis testicular** microcalcificaciones dentro de los túbulos seminíferos. 5 o más focos pequeños ecogénicos dentro del testículo sin sombra acústica y de 1-3 mm. Asociadas a causas varias.

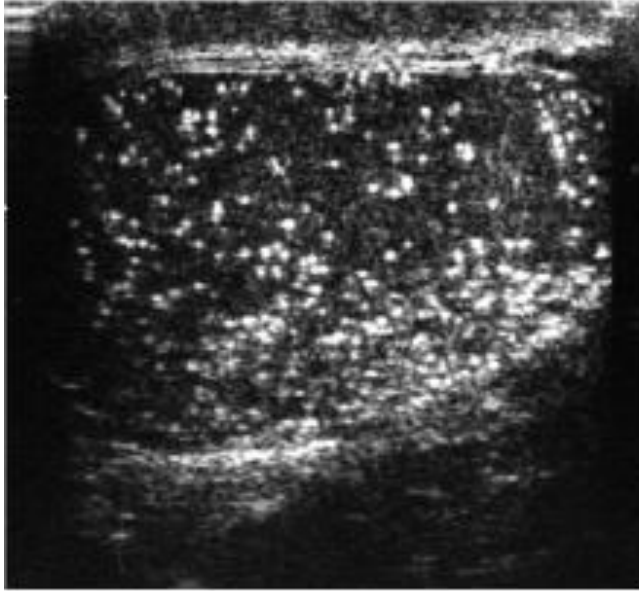
A.Ocete Ocete, E,Doménech Abellán, C. Serrano García y cols. Patología escrotal en edad pediátrica. Revisión de la patología más frecuente y papel de la ecografía para su diagnóstico. [Consultada el 04/08/2015] [Disponible en www.seram.es/www.seram2012.com]

Quistes

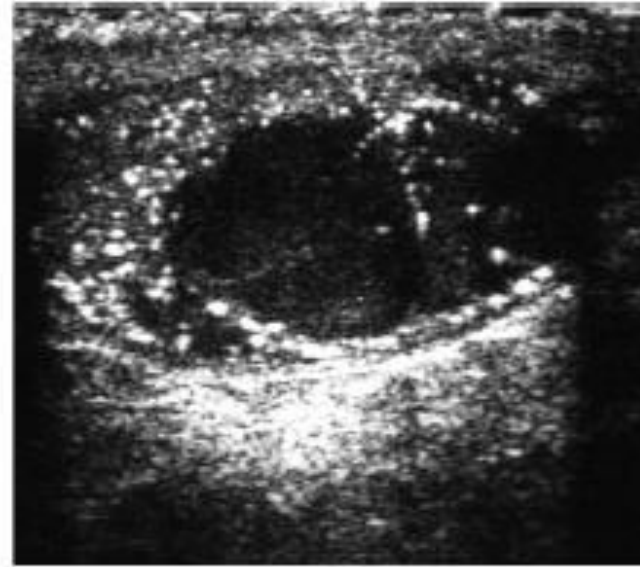


Quistes en cabeza y cola del epidídimo y otro pequeño quiste intratesticular benignos

Microlitiasis testicular



Microlitiasis testicular

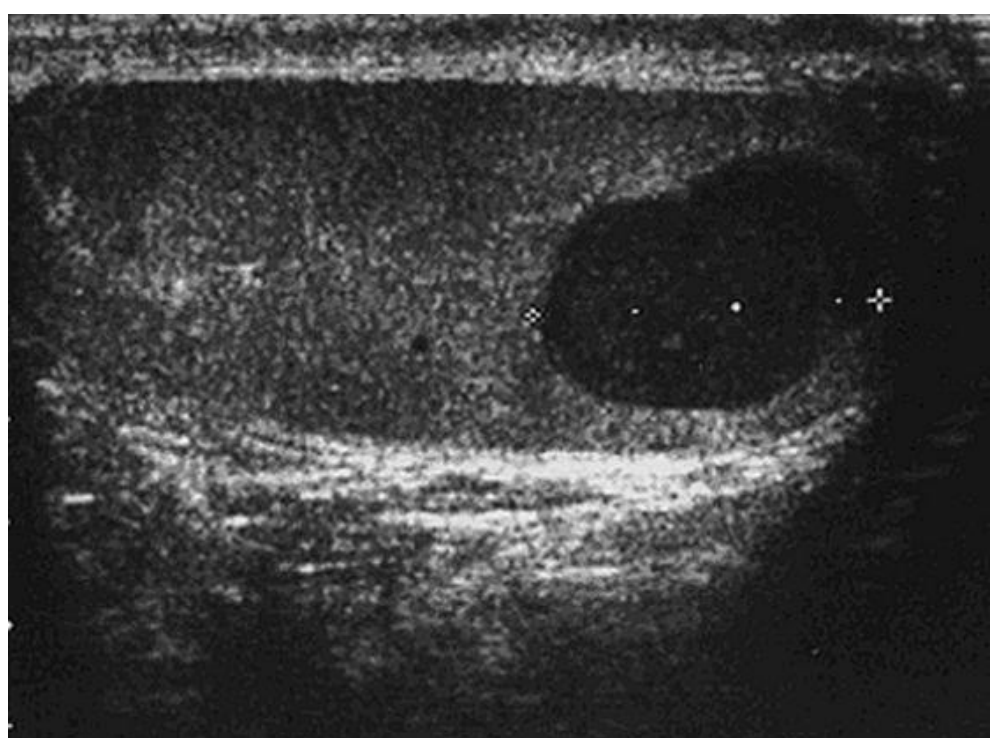
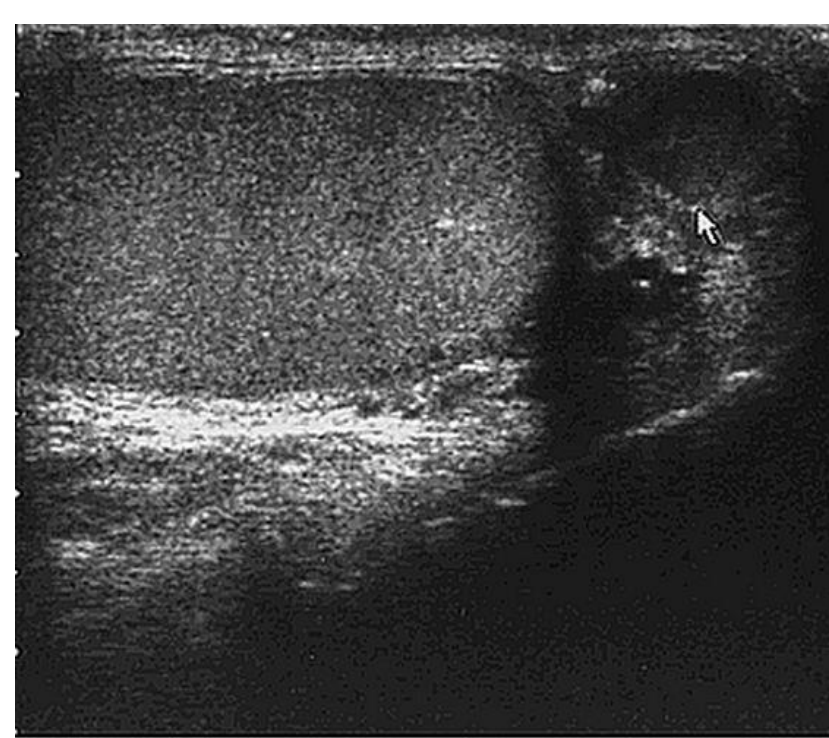


Microlitiasis en testículo criptorquídeo atrófico con tumor coexistente

Su incidencia oscila del 0,6 al 2%. Bilaterales en el 75-100% de los casos . Asociadas a múltiples patologías testiculares y sistémicas principalmente tumores en el 36-40%, infertilidad, necrosis testicular post-torsión, orquiepididimitis, pseudohermafroditismo, síndrome de Klinefelter, neurofibromatosis o SIDA. A pesar de su asociación con neoplasias testiculares los estudios en los que se ha realizado un seguimiento de pacientes con microcalcificaciones no han conseguido demostrar un riesgo aumentado de aparición posterior

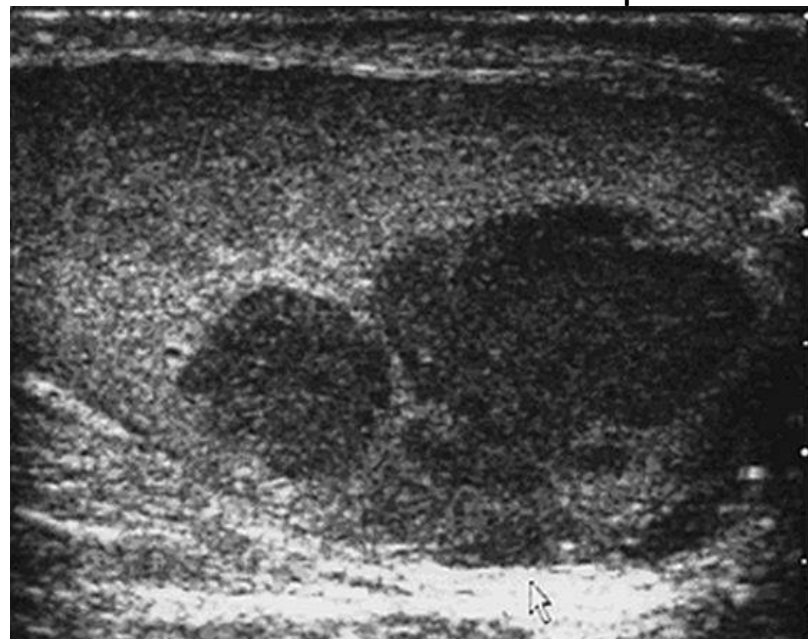
Tumores testiculares

- La principal razón para el estudio ecográfico de un adolescente con una masa en el escroto es determinar si se trata de un tumor testicular. Las neoplasias de testículo son las más frecuentes en pacientes jóvenes.
- La mayoría de las lesiones escrotales extratesticulares son benignas. Más del 95% de las lesiones intratesticulares son malignas.
- De manera orientativa las lesiones con un tamaño mayor de 1 cm. en ecografía y palpables suelen ser malignas. Las lesiones con un tamaño mayor de 1 cm. en ecografía y no palpables suelen ser benignas.
- El cáncer de testículo supone el 1% de las neoplasias en los hombres. Sin embargo en el grupo de edad entre los varones de 20 a 35 años es la neoplasia más frecuente.
- En cáncer testicular más frecuente es el seminoma. El tumor extratesticular más frecuente es el hamartoma benigno de la cola del epidídimo. En niños es el rabdomiosarcoma.



Tumor adenomatoso cola del epidídimo (flecha blanca)

Seminoma testicular



Seminoma de mayor grado

<http://www.ecodigest.net/atlas>



FIN



Gracias por vuestra atención

