

# Notas cortas

## Panarteritis nodosa con afectación del testículo

A.J. Márquez-Moreno<sup>1</sup>, A. Rojas-Parra<sup>2</sup>, M. Sánchez-Chaparro<sup>2</sup> e I. González-Gor<sup>1</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Anatomía Patológica y <sup>2</sup>Medicina Interna, Hospital Clínico de Málaga.*

**E**l término vasculitis engloba a un grupo heterogéneo de procesos cuya base histológica es la inflamación de los vasos sanguíneos, pudiendo dar lugar a la necrosis de la pared vascular. La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrosante sistémica que afecta principalmente a las arterias musculares de pequeño y mediano calibre. El riñón es el órgano más frecuentemente afectado (85% de los casos), seguido por el corazón (78%), el hígado (65%), el aparato gastrointestinal (55%), etc. La PAN clásica no suele afectar a los vasos pulmonares ni esplénicos. Su incidencia se estima entre 4 y 10 casos por millón de habitantes. Suele afectar más a varones (2,5:1), y la edad de presentación oscila entre los 40 y 60 años.

Se presenta el caso de un paciente joven, con afectación del estado general, dolor, tumefacción e impotencia funcional en los miembros inferiores. En la exploración se apreció un nódulo epididimario que se biopsió. Las pruebas complementarias pusieron de manifiesto una anemia de procesos crónicos y una velocidad de sedimentación elevada.

Macroscópicamente, el material remitido consistía en un fragmento irregular de tejido de 1,7 cm de diámetro mayor, sonrosado, carnoso y con pequeñas áreas hemorrágicas. El material se fijó en formol y se incluyó en parafina de la forma habitual.

El estudio histológico mostró una afectación de los vasos arteriales de pequeño y mediano calibre (Fig. 1) que consistía en la presencia de un infiltrado inflamatorio constituido por polimorfonucleares neutrófilos, eosinófilos y células mononucleares en y alrededor de la pared vascular, con áreas de necrosis fibrinoide que la afectaban de forma total o parcial (Fig. 2). Algunos vasos mostraban trombosis y obliteración de sus luces. Estos hallazgos corresponden a una vasculitis de tipo poliarteritis nodosa en actividad. Junto a estos vasos con lesión aguda se encontraban otros que mostraban infiltrados más ricos en células plasmáticas y macrófagos. Con tinciones para fibras elásticas (van Gieson) se observó que algunos de los vasos que con las tinciones habituales (hematoxilina-eosina) parecían engrosados pero sin claros signos inflamatorios, presentaban fragmentación y pérdida de fibras elásticas en su membrana limitante interna.

Se desconoce la etiología de la PAN y del resto de las vasculitis, aunque existen datos que apoyan un posible mecanismo inmunológico en su génesis. El antígeno de superficie de la hepatitis B está presente en un 30% de los pacientes con PAN.

El proceso inflamatorio sistémico da lugar a la aparición de síntomas generales, como pérdida de peso, fiebre y sudoración. Los síntomas locales (1), propios de una afectación visceral, están producidos por la isquemia o el infarto de los territorios dis-



**Figura 1.** Poliarteritis nodosa: afectación de vasos próximos al conducto deferente (original, hematoxilina-eosina  $\times 60$ ).

tales a los vasos afectados. Clínicamente, la afectación del testículo por PAN ocurre hasta en un 18% de pacientes con formas sistémicas; sin embargo, en las autopsias la frecuencia se eleva hasta un 70% a 86% de los casos (2). Por otro lado, se ha de distinguir entre aquellos casos de PAN aislada (3) del aparato genital masculino, en que domina la clínica local (masa testicular, hidrocele), y los casos de afectación genital en el seno de una PAN sistémica (4), donde los síntomas generales son la norma y para cuyo tratamiento son necesarios los esteroides corticoides y/o fármacos inmunosupresores como la ciclofosfamida. La PAN es la causa más frecuente de vasculitis necrosante en los testículos.

Ante la sospecha de este proceso el objetivo del clínico es conseguir la confirmación histológica del cuadro. Se deben intentar realizar biopsias superficiales (piel, testículos, músculo o nervios periféricos), cuya rentabilidad aumenta tras la oportuna selección de acuerdo con los datos clínicos y electromiográficos. Dado el carácter segmentario de la lesión, una biopsia negativa no excluye el diagnóstico, y más aún si no se han usado los criterios clínicos de selección. En

estos casos una arteriografía abdominal puede ayudar, al demostrar irregularidades vasculares y, en particular, la presencia de microaneurismas (70% de los casos).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con cuadros de torsión testicular (5), procesos inflamatorios de tipo orqui-epididimitis (6) y con procesos neoplásicos (7). Los aspectos clínicos globales son fundamentales a la hora de hacer el diagnóstico diferencial con otras vasculitis, incluyendo la endarteritis obliterante y la enfermedad de Buerger (8, 9).

En conclusión, aunque los síntomas genitales no sean muy frecuentes en formas sistémicas de PAN, la biopsia de los nódulos testiculares o paratesticulares en pacientes con clínica sugestiva supone un medio de elevada rentabilidad diagnóstica en este tipo de vasculitis, debido al alto porcentaje de afectación histológica existente, a pesar de que en nuestra experiencia se producen pocas biopsias del área genital para estudiar esta afectación.



**Figura 2.** Detalle de un vaso dañado. Se observa una necrosis fibrinoide de la pared, y la infiltración por polimorfonucleares (original, hematoxilina-eosina  $\times 128$ ).

**BIBLIOGRAFÍA**

---

1. Rosenthal, S., Kim, Y.D., Wise, G.J. *Neuropathy and orchialgia in a 40-year-old man*. J Urol 1987; 138: 114-115.
2. Persellin, S.T., Menke, D.M. *Isolated polyarteritis nodosa of the male reproductive system*. J Rheumatol 1992; 19: 985-988.
3. Teichman, J.M. y cols. *Polyarteritis nodosa presenting as acute orchitis: A case report and review of the literature*. J Urol 1993; 149: 1139-1140.
4. Shurbaji, M.S., Epstein, J.I. *Testicular vasculitis; implications for systemic disease*. Hum Pathol 1988; 19: 186.
5. Suty, J.M., Hubert, J., Duquenne, M., Weryha, G., Mangin, P. *Bilateral testicular ischemia in vasculitis. Differential diagnosis with torsion and the value of color Doppler ultrasonography*. Prog Urol 1995; 5: 586-589.
6. Warfiel, A.T., Lee, S.J., Phillips, S.M., Pall, A.A. *Isolated testicular vasculitis mimicking a testicular neoplasm*. J Clin Pathol 1994; 47: 1121-1123.
7. Huisman, T.K., Collins, W.T., Voulgarakis, G.R. *Polyarteritis nodosa masquerading as a primary testicular neoplasm: A case report and review of the literature*. J Urol 1990; 144: 1236-1238.
8. Weingartner, K., Gerharz, E.W., Kohl, U., Bittinger, A., Schwerk, W.B., Riedmiller, H. *Focal necrotising vasculitis of the testis. Testicular manifestations of immunologic diseases in differential diagnosis of testicular cancer*. Urologe A 1994; 33: 320-324.
9. McLean, N.R., Burnett, R.A. *Polyarteritis nodosa of epididymis*. Urology 1983; 21: 70-71.