

Caso radiológico de desafío diagnóstico

Drs. Nicolás López G, Alberto Marangoni, Tania Buccolini, Marco Marangoni, Rodrigo Re, Jorge Galíndez, Juan Gagliardino, Daniel Benítez.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes Sanatorio Allende, Córdoba. Argentina.

Historia clínica

Paciente de 37 años, sexo masculino, que consulta por dificultades en la función sexual, principalmente por dolor a nivel del pene y en hipogastrio, que interrumpe la eyaculación. El cuadro clínico se inició hace 10 años, aumentando su intensidad en los últimos meses, requiriendo medicación con antiinflamatorios y fármacos para aliviar los dolores de origen neuropáticos, con efectos transitorios. Las ecografías renales y vésico-prostática, y ecografía Doppler peneana se describen con resultados dentro de límites normales. Electromiografía de nervios pudendos no muestra alteraciones significativas. Se solicitó resonancia magnética de pelvis.

¿Cuál es su diagnóstico?

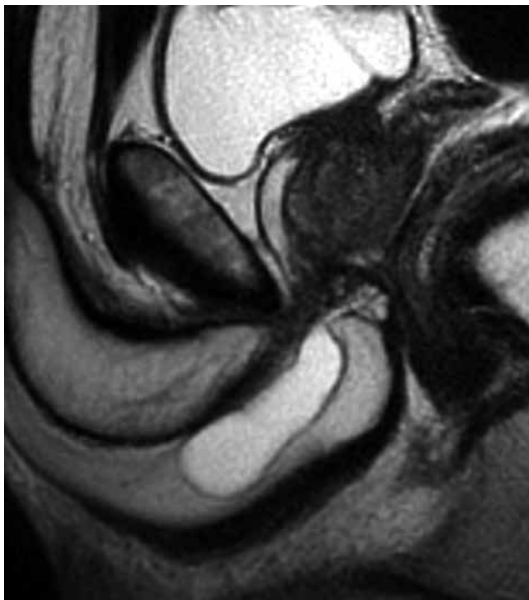


Figura 1.

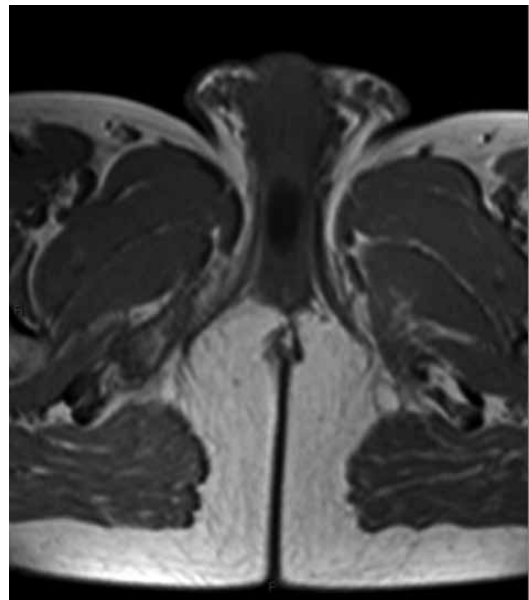


Figura 2.

Diagnóstico y resultado en la página 88.

Resultado caso radiológico de desafío diagnóstico

Dres. Nicolás López G, Alberto Marangoni, Tania Buccolini, Marco Marangoni, Rodrigo Re, Jorge Galíndez, Juan Gagliardino, Daniel Benítez.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes Sanatorio Allende, Córdoba. Argentina.

viene de la página 52.

Diagnóstico

Siringocele de las glándulas de Cowper

Hallazgos

La resonancia magnética de pelvis fue ejecutada con secuencias de 5 y 6 mm de espesor, ponderadas en T1 y T2 en planos axial, sagital y coronal, con inyección de Gadolinio. Las imágenes obtenidas demuestran la existencia de una dilatación de la glándula de Cowper izquierda, que se extendía a la altura de la uretra bulbar hacia caudal y anterior, generando una cavidad quística de 5 cm de longitud, 13 mm de espesor y con una pared de 1.5 mm (Figura 1). Discurría adyacente y a lo largo de la uretra bulbar y membranosa, aparentemente en el espacio del cuerpo esponjoso (Figuras 3 y 4). Con la inyección de Gadolinio reforzaba tenuemente la periferia en relación con la pared de esta formación quística (Figura 2).

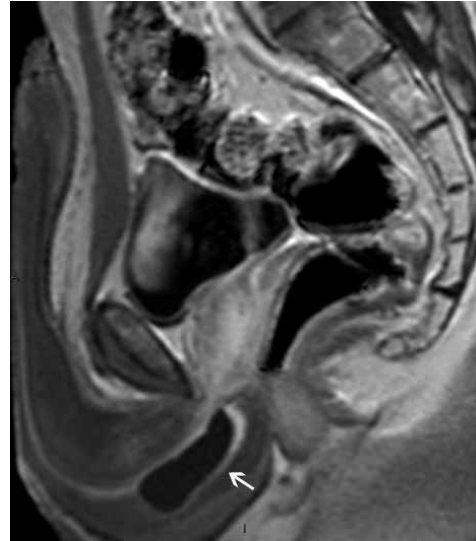


Figura 2. RM de pelvis, corte sagital T1 con inyección de Gadolinio, donde se puede observar el tenue realce de la pared del quiste (Flecha Curva).

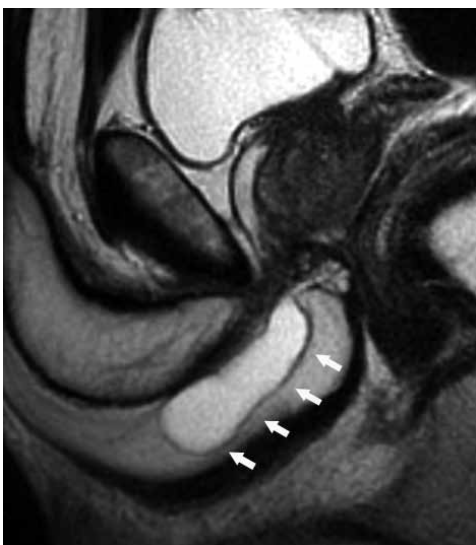


Figura 1. RM de pelvis, corte sagital ponderado en T2, donde se visualiza una dilatación quística, hiperintensa, del conducto de la GC izquierda (Flechas Blancas), a nivel parauretral, inmediatamente por debajo y hacia la izquierda de la uretra.

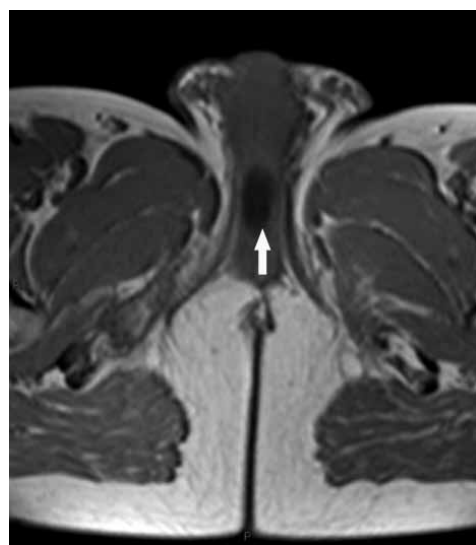


Figura 3. RM de pelvis, corte axial T1, donde se visualiza una imagen quística, ligeramente ovalada, hipointensa, entre los cuerpos cavernosos, que corresponde a siringocele de la Glándula de Cowper (Flecha Blanca).

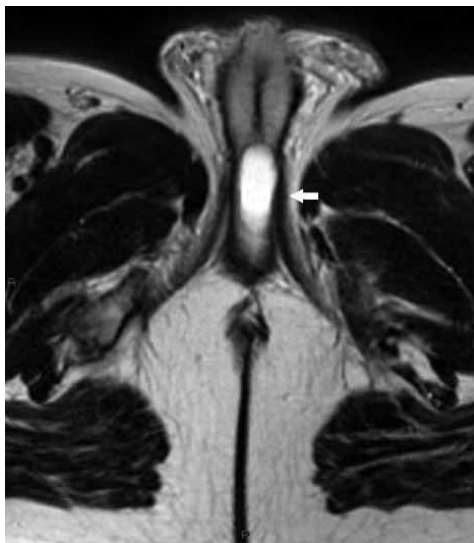


Figura 4. RM de pelvis, donde se visualiza la imagen quística hiperintensa en la secuencia ponderada en T2 (Flecha Blanca).

Discusión

Las Glándulas de Cowper (GC), son dos glándulas sexuales accesorias y simétricas, situadas en la membrana urogenital⁽¹⁻⁴⁾. Embriológicamente, son estructuras ectodérmicas que se originan de la uretra bulbomembranosa a partir de la 12ª semana de vida intrauterina^(1,5). Fueron descritas por primera vez en el siglo XVIII.

La dilatación quística de los conductos fue descrita por Edling en 1953 y el término siringocele y su clasificación fueron atribuidos a Maizels⁽¹⁾.

Las GC se localizan en el diafragma urogenital, laterales a la uretra bulbomembranosa y drenan por un conducto de 3-4 mm que transcurre en forma oblicua, con orificio paramediano a nivel de la uretra^(1,2). Las principales apoyan en el diafragma urogenital y las accesorias en el espesor del cuerpo esponjoso⁽²⁾. Son homólogas a las glándulas de Bartolino en la mujer^(2,3).

Las GC están involucradas funcionalmente en la inmunidad del tracto genitourinario y con la lubricación de la uretra durante la eyaculación^(1,4). Además, secretan ciertas glicoproteínas, entre ellas el Antígeno Prostático Específico⁽⁵⁾.

Las lesiones de las GC son raras, presentando una prevalencia del 1-3% en las autopsias^(1,3). Son más frecuentes en jóvenes. La dilatación quística del conducto de las GC se denomina siringocele⁽⁴⁾.

En la mayoría de los casos son asintomáticas y su diagnóstico es incidental. La presentación clínica es variable pudiendo presentar infecciones urinarias a repetición, hematuria, disuria, obstrucción urinaria y trastornos de la actividad sexual, como infertilidad⁽¹⁻⁵⁾. El siringocele tiene habitualmente una etiología

congénita y muchas veces se relaciona con un tipo de válvula uretral conocida como collar de Cobb^(5,6). Sin embargo, también pueden ser secundarias a traumatismos, infecciones uretrales o cateterismos de la uretra.

Se las clasifica en cuatro tipos, según Maizels^(1,2,5-7):

- Tipo 1. Siringocele simple: dilatación distal del conducto que comunica con la uretra.
- Tipo 2. Siringocele imperforado: la dilatación del conducto no drena a la uretra quedando una cavidad quística.
- Tipo 3. Siringocele perforado: dilatación quística que drena a la uretra, adoptando un aspecto pseudodiverticular.
- Tipo 4. Siringocele roto: rotura de un siringocele imperforado con extravasación de las membranas a la uretra.

Campobasso los clasifica en obstructivos (Tipo 3 y 4 de Maizels) y no obstructivos (Tipos 1 y 2 de Maizels)⁽²⁾.

Muschat los divide en lesiones que protruyen a la luz uretral, resultando en compresión con signos de obstrucción y lesiones quísticas entre la uretra bulbar y el músculo isquio-cavernoso que puede presentarse como una masa en pelvis⁽²⁾.

Este caso clínico se interpretó como un siringocele de la GC, parauretral izquierdo, tipo 3 de la clasificación de Maizels, obstructivo y protruyente hacia la uretra.

El diagnóstico se puede hacer mediante cistouretrografía, ecografía, y RM, siendo esa última de mayor resolución y descripción anatómica.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con los divertículos y las fístulas uretrales. En el caso de los divertículos nunca se contrasta el resto del conducto de la GC. En el caso de las fístulas, suelen situarse en la proximidad del ligamento suspensorio del pene y tienen paredes irregulares⁽⁷⁾. Otros diagnósticos a tener en cuenta, pero infrecuentes, que presentan imágenes similares, son los adenocarcinomas de las glándulas bulbo-uretrales⁽⁸⁾.

El tratamiento más común es la marsupialización del quiste a la uretra por vía endoscópica. Algunos autores recomiendan la escisión quirúrgica a cielo abierto, especialmente cuando el siringocele se ha abscedado.

Conclusión

Los siringoceles de las GC son patologías poco frecuentes, de fácil interpretación en las imágenes. Su identificación es relevante dado que su sintomatología puede ser intensa, e incluso generar alteraciones en su vida sexual.

Palabras clave: Glándula de Cowper, Quiste Parauretral, Siringocele.

Bibliografía

1. Cequeira M, Xambre L, Silva V, Prisco R, Santo R, Lages R, et al. Siringocele imperforado de las glándulas de Cowper. Tratamiento por vía laparoscópica. Actas Urol Esp 2004; 28(7): 535-538.
2. Perea C, Gayubo F, Minardi B, Bianco L, Carpaneto E. Quiste de la glándula de Cowper en pediatría. Rev. de Cir. Infantil 2002; 12(4): 239-242.
3. Parsons R, Fisher A, Bar Chama N, Mitty H. MR Imaging in Male Infertility. Radiographics 1997; 17: 627-637.
4. Berrocal T, López Pereira P, Arjonilla A, Gutiérrez J. Anomalies of the Distal Ureter, Bladder, and Urethra in Children: Embryologic, Radiologic, and Pathologic Features. Radiographics 2002; 22: 1139-1164.
5. Pinós M, Lozano F, De Pablo A, Jiménez J, Jiménez J, Sarmiento C, et al. Siringocele de la Glándula de Cowper. Arch Esp de Urol 2001; 54(4): 381-383.
6. Navas J, García J, García F, Ros M, Rico J, Sempere A, et al. Siringocele de la glándula de Cowper. Presentación de dos casos diagnosticados en la edad adulta. Arch Esp de Urol 2002; 55(3): 322-324.
7. Server G, Rigabert M, Torralba J, Bañón V, Valdelvira P, Pérez M. Siringocele simple de la glándula de Cowper. Arc Esp de Urol 2001; 54(2): 163-165.
8. Merchant S, Amonkar P, Patil J. Imperforate Siringoceles of the Bulbourethral Duct: Appearance on Urethrography, Sonography, and CT. AJR 1997; 169: 823-824.

Correspondencia: Dr. Alberto Marangoni / alanmarangoni@gmail.com

Trabajo recepcionado el 11 de marzo de 2013, aceptado para publicación el 25 de abril de 2013.