

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

**Lesiones quísticas y sólidas del epidídimo: correlación
clínica y radiológica**

Cystic and solid lesions of the epididymis: clinical and radiological
correlation

Cristian Andrei Jiménez Solís

cristianandrei.jimenez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-5771-8198>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Paola Cristhina Alegría De Arco

cristalegria41@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-1303-8721>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Nhur Sharaf El Yasin

sharafelyasinnhur@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-4145-6073>
Investigadora Independiente
San José – Costa Rica

Rebeca Hernández Solano

hersol0612@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-6989-7920>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Julianne Maynard Carmiol

jmcarmiol@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-9155-4924>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

Gabriel Esteban Arroyo Chacón

gabo261999@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-4453-3278>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5454>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos


LATAM

Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 30 de octubre de 2025.
Aceptado para publicación: 06 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5454>

Lesiones quísticas y sólidas del epidídimo: correlación clínica y radiológica

Cystic and solid lesions of the epididymis: clinical and radiological correlation

Cristian Andrei Jiménez Solís

cristianandrei.jimenez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-5771-8198>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Nhur Sharaf El Yasin

sharafelyasinnhur@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-4145-6073>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

Rebeca Hernández Solano

hersol0612@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-6989-7920>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Julianne Maynard Carmiol

jmcarmiol@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-9155-4924>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

Gabriel Esteban Arroyo Chacón

gabo261999@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-4453-3278>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Paola Cristhina Alegría De Arco

cristalegría41@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-1303-8721>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Artículo recibido: 30 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 06 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La patología escrotal es uno de los motivos más frecuentes de consulta urológica; sin embargo, no toda lesión escrotal se origina en el testículo, siendo el epidídimo una de las estructuras paratesticulares más comúnmente comprometidas. Debido a lo anterior, el objetivo de este artículo es analizar las características clínicas y radiológicas de las lesiones quísticas y sólidas del epidídimo. Para ello, se consultaron estudios previos, incluyendo revisiones narrativas, una revisión sistemática, estudios observacionales retrospectivos y reportes de casos, relacionados con pacientes adultos con lesiones epididimarias. La evidencia disponible señala que patologías quísticas, específicamente el espermatocoele y el quiste del epidídimo, corresponden a las masas extratesticulares más frecuentes.

En contraste, las lesiones sólidas, aunque infrecuentes y en su mayoría benignas, pueden presentar un comportamiento maligno, por lo que una evaluación clínica detallada acompañada de herramientas como la ecografía escrotal resulta esencial para el estudio de estas entidades. En conclusión, una adecuada correlación clínica y radiológica es indispensable para establecer un diagnóstico diferencial preciso, optimizar la toma de decisiones clínicas y ofrecer al paciente el abordaje más oportuno.

Palabras clave: epidídimo, quistes del epidídimo, tumores del epidídimo, lesiones paratesticulares, ultrasonido

Abstract

Scrotal pathology represents one of the most frequent reasons for urology consultation; however, not all scrotal lesions originate from the testis, and the epididymis is a common site of paratesticular lesions. The aim of this article is to analyze the clinical and radiological features of cystic and solid epididymal lesions. For this purpose, previous studies were consulted, including narrative reviews, a systematic review, retrospective observational studies, and case reports, involving adult patients with epididymal lesions. The literature indicates that cystic pathologies, specifically spermatocele and epididymal cyst, are the most prevalent extratesticular masses. In contrast, although epididymal tumors are uncommon and mostly benign, some may exhibit malignant behavior, making a thorough clinical evaluation, complemented by scrotal ultrasonography, essential to evaluate these conditions. In conclusion, adequate clinical and radiological correlation is indispensable for an accurate differential diagnosis, optimizing clinical decision-making, and providing patients with the most appropriate management.

Keywords: epididymis, epididymal cyst, epididymal tumors, paratesticular lesions, ultrasound

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar:

LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades 7 (1), 2522 – 2533.
<https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5454>

INTRODUCCIÓN

La patología escrotal constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta urológica, siendo el cáncer testicular la entidad que mayor preocupación genera tanto en el paciente como en el profesional de salud, debido a su potencial impacto pronóstico. No obstante, es fundamental reconocer que no todas las lesiones escrotales se originan en el testículo, ya que existe una amplia variedad de estructuras paratesticulares que pueden verse comprometidas.

En la práctica clínica persiste la creencia de que todas las lesiones escrotales extratesticulares son benignas, lo cual puede conducir a una subestimación diagnóstica y a un abordaje inapropiado. Si bien la mayoría de las patologías paratesticulares presentan un comportamiento benigno, se ha evidenciado la posibilidad de neoplasias malignas, las cuales requieren una evaluación diagnóstica particular y manejo específico (Rafailidis et al., 2021; Gabriel et al., 2023).

Entre las estructuras paratesticulares, el epidídimo es una de las más afectadas. Se ha descrito que lesiones como el espermatocelo y el quiste del epidídimo corresponden a las masas extratesticulares más frecuentes; sin embargo, las lesiones sólidas de este órgano, aunque son menos comunes, también son de relevancia clínica (Rafailidis et al., 2021; Gabriel et al., 2023). En este contexto, el presente artículo tiene el objetivo de analizar las características clínicas y radiológicas de las lesiones quísticas y sólidas del epidídimo. Para ello, se consultó literatura que incluyó revisiones narrativas y sistemáticas, estudios observacionales retrospectivos y reportes de casos en población adulta con patología epididimaria.

DESARROLLO

Anatomía y embriología

El epidídimo es un órgano tubular de 6-7 cm de largo localizado en la cara posterior del testículo y lateral al conducto deferente (Rafailidis et al., 2021). Tiene la función de madurar los espermatozoides formados a nivel testicular, permitiendo que, durante la eyaculación, estos se desplacen del epidídimo hacia el conducto deferente, donde continúan su trayecto hasta ser eventualmente expulsados a través de la uretra, como parte del semen (Wu et al., 2022).

Con base en Seevagan et al. (2019), el epidídimo está constituido por un único conducto epididimario que se origina a partir de la unión de los conductos eferentes del testículo, inclusive se menciona que si este conducto se desenrollara alcanzaría una longitud de aproximadamente 3 a 4 m. Este órgano es una estructura que consta de tres partes: cabeza, cuerpo y cola. Según Rafailidis et al. (2021), la cabeza es el segmento de mayor grosor con un diámetro de 12 mm, mientras que el cuerpo es de 4 mm.

Asimismo, de acuerdo con Seevagan et al. (2019), está revestido por un epitelio columnar ciliado y su luz se va ensanchando progresivamente conforme se va acercando a la cola, donde el músculo comienza a rodear el túbulo para continuarse como el conducto deferente. La irrigación arterial del epidídimo está dada por una rama de la arteria testicular que ingresa a nivel de la cabeza del epidídimo y recorre toda su estructura hasta que se anastomosa con la rama terminal de la arteria del conducto deferente.

En un contexto embriológico, las células de Leydig de los testículos aún en desarrollo secretan testosterona para mediar la diferenciación de los genitales externos masculinos, pero también permiten el mantenimiento de los conductos embriológicos masculinos denominados conductos mesonéfricos o de Wolff. Posteriormente, estos conductos mesonéfricos estarán encargados de dar origen al epidídimo, conducto deferente y glándulas seminales (Wu et al., 2022).

Evaluación escrotal

El ultrasonido (US) representa una herramienta esencial para valorar la patología del saco escrotal, ya que en primer lugar hace posible definir si corresponde a una lesión intra o extratesticular, para posteriormente evaluar su composición (sólida o quística), presencia o no de flujo Doppler y estructura afectada. De manera similar, hay ciertos hallazgos que ayudan a diferenciar una patología benigna de una maligna, por ejemplo, aquellas de carácter maligno se caracterizan por un mayor diámetro y volumen, acompañado de un aumento en la vascularidad (Rafailidis et al., 2021; Patil et al., 2015).

En concordancia con Rafailidis et al. (2021), para llevar a cabo el US el paciente debe encontrarse en una posición de decúbito supino, con una toalla entre los muslos que proporcione soporte adicional al escroto y un gel tibio para evitar el reflejo del músculo cremastérico. En este ámbito, Gabriel et al. (2023) indica que por lo general se opta por utilizar un transductor lineal de alta frecuencia en contacto directo con la piel, sin embargo, se puede ameritar del uso de transductores de baja frecuencia que proporcionen un campo de visión más extendido con el fin de evaluar lesiones escrotales más extensas en su totalidad. Inicialmente, se evalúan los testículos en al menos dos planos (corte longitudinal y transversal), para posteriormente examinar el resto de estructuras extratesticulares a detalle, comparando siempre con el lado contralateral. Adicionalmente, en caso de que exista algún bulto, la palpación y confirmación ecográfica del área donde se percibe el hallazgo resulta esencial. Finalmente, se realiza una evaluación con Doppler.

En la ecografía, la cabeza del epidídimo sobresale del polo superior del testículo y posee una ecogenicidad similar o ligeramente más hiperecoica con respecto al tejido testicular. El cuerpo y la cola se sitúan por detrás y a lo largo del polo inferior del testículo y por lo general, son isoecoicos en comparación a este (Kühn et al., 2016).

Por otro lado, Pang et al. (2026) menciona que la resonancia magnética puede emplearse como método adicional en caso de duda con alguna patología escrotal. Esto, ya que posee la mayor capacidad para detectar vascularidad interna y el origen anatómico exacto de una lesión. Así como también, puede proporcionar información sobre la celularidad y eventual presencia de tejido graso.

Patologías quísticas

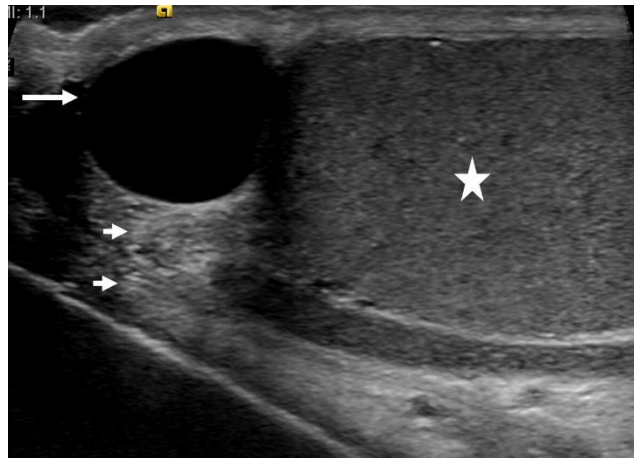
Quiste del epidídimo

Los quistes del epidídimo son la masa más frecuente de esta estructura. Es una patología benigna que hasta en el 50% de los escenarios corresponde a un hallazgo incidental, se encuentran en el 20-40% de los sujetos asintomáticos que se someten a un ultrasonido escrotal. La lesión tiende a ser unilocular y de pequeño tamaño, localizada más comúnmente en la cabeza del epidídimo, aunque pueden desarrollarse en cualquier segmento de este (Patil et al., 2015).

A nivel ultrasonográfico, según Rafailidis et al. (2021), estas lesiones son anecoicas, con bordes bien definidos, avasculares y con refuerzo acústico posterior (figura 1). Su tamaño varía entre menor a 1 y 9 cm, pudiendo llegar a confundirse con un hidrocele. Si la lesión es de mayor tamaño existe la posibilidad de encontrar septos simulando un hidrocele crónico, sin embargo, el quiste se caracteriza por generar un efecto de desplazamiento del testículo, a diferencia del hidrocele que lo envuelve.

Figura 1

Corte longitudinal de un saco escrotal derecho, que muestra el testículo (señalado con una estrella) por debajo de un quiste del epidídimo (identificado con la fecha larga)



Fuente: Reproducido de “Paratesticular lesions: Aetiology and appearances on ultrasound”, V. Rafailidis, D.Y. Huang, P.S. Sidhu, 2021 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864338/>). CC-BY 4.0.

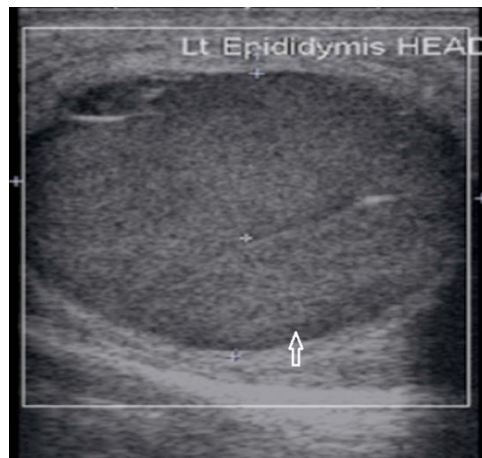
Espermatocele

De acuerdo con Venyo (2024) y Rodríguez (2014), el espermatocele hace referencia a una dilatación benigna de los conductos eferentes de la red testicular o cabeza del epidídimo. Su líquido usualmente es claro o un color blanco lechoso que contiene espermatozoides no viables. Por lo general, cursa de forma asintomática y al igual que el quiste del epidídimo, a menudo se detecta de forma incidental. No obstante, se puede llegar a palpar como una lesión de consistencia suave, morfología esférica y habitualmente, de pequeño tamaño aunque puede alcanzar dimensiones considerables.

Desde el punto de vista ecográfico, se aprecia como una estructura quística simple o mínimamente compleja con ecos de bajo nivel ocasionados por la presencia de espermatozoides (figura 2). Se puede encontrar el signo “tormenta nieve” debido al movimiento de estos ecos internos hacia y desde el transductor, resultando en una corriente acústica que se visualiza en el Doppler (Gabriel et al., 2023).

Figura 2

Visualización ecográfica del escroto donde se observa una lesión de gran tamaño en la cabeza del epidídimo con aspecto quístico, pero con la presencia de ecos internos



Fuente: Adaptado de "Common and Uncommon Presentation of Fluid within the Scrotal Spaces", V. Patil, C. Shetty, S. Das, 2015 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27689151/>). CC-BY-ND-NC

Ectasia tubular del epidídimo

La ectasia tubular del epidídimo es una patología caracterizada por la acumulación crónica de espermatozoides en los túbulos epididimarios. Suele manifestarse en individuos con antecedentes quirúrgicos como una extirpación de un quiste de epidídimo o una vasectomía. Asimismo, una obstrucción del conducto deferente por distintos motivos (como infecciones o traumatismos) puede conllevar a una acumulación lenta pero progresiva de espermatozoides, incrementando la presión tubular del epidídimo, condicionando así a una dilatación y cambios quísticos del mismo (Pedaprolu et al., 2024).

Generalmente, se identifica en sujetos masculinos mayores a los 55 años. Para su diagnóstico el ultrasonido también resulta esencial, en donde se puede observar un aspecto moteado característico ocasionado por las múltiples interfaces generadas por el hecho de que los túbulos epididimarios se encuentren llenos de líquido. Otro hallazgo descrito en la literatura es la presencia de un "megaesperma danzante", en donde se visualizan pequeños focos ecogénicos que oscilan continuamente dentro de los túbulos dilatados del epidídimo (Pedaprolu et al., 2024).

Quiste del apéndice del epidídimo

Con base en Patil et al. (2015), otra posibilidad diagnóstica, aunque menos frecuente, es el quiste que se origina del apéndice del epidídimo. Esta estructura se encuentra en la porción superior del epidídimo en alrededor del 30% de los sujetos masculinos y corresponde a un remanente de los conductos mesonéfricos.

Los quistes del apéndice del epidídimo son clínicamente insignificantes, aunque en algunos casos pueden llegar a torsionarse, ocasionando un dolor intenso. Son más sencillos de identificar mediante US en presencia de una hidrocele (Patil et al., 2015).

Patologías sólidas

Epididimitis crónica

La epididimitis crónica se describe como una sensación de incomodidad o dolor en el escroto, testículo o epidídimo, por un periodo de tiempo mayor o igual a 6 semanas. El origen de esta entidad está asociado a una gran variedad de causas, entre estas, la inflamación, infección u obstrucción de la vía urinaria. En otros pacientes, se observa una reacción granulomatosa ocasionada por tuberculosis, instilación intravesical de Bacillus Calmette-Guérin, sarcoidosis o brucelosis. De manera similar, se han descrito casos de epididimitis crónica no infecciosa secundaria a vasectomías (Çek et al., 2017).

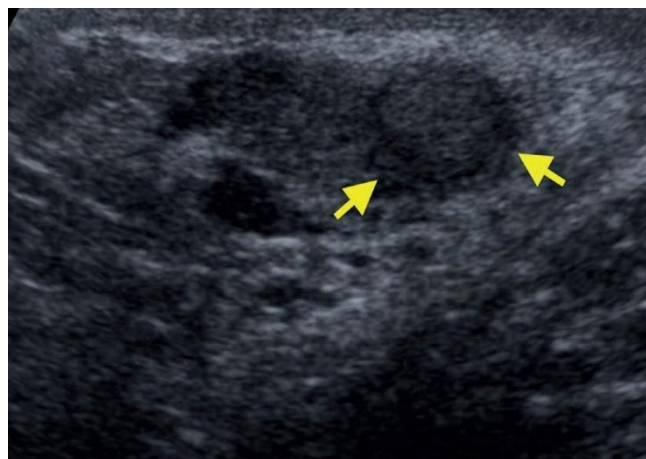
En concordancia con Çek et al. (2017), los pacientes manifiestan los síntomas por al menos 6 semanas. Al examen físico no suele encontrarse ninguna anomalía, aunque puede percibirse una induración a nivel del epidídimo. Rafailidis et al. (2021) describe que en US típicamente se demuestra un incremento de tamaño, ecogenicidad heterogénea y aumento de la vascularidad sanguínea. Adicionalmente, en algunos pacientes con epididimitis crónica se observan calcificaciones, hidrocele, engrosamiento de la pared escrotal e incluso fístulas.

Granuloma espermático

El granuloma espermático es una lesión granulomatosa poco común que representa del 5 al 7.5% de los nódulos del epidídimo. Se identifica como una lesión nodular en la porción superior del mismo y se genera como consecuencia a una respuesta inmunológica crónica secundaria a la extravasación de espermatozoides. Lo anterior, puede ser ocasionado por un trauma, infección o inclusive algún procedimiento quirúrgico, se estima que se encuentra hasta en el 42% de los sujetos masculinos sometidos a una vasectomía (Ko et al., 2018; Garrido et al., 2019). En ecografía, de acuerdo con Lizarán et al. (2022), el granuloma espermático se aprecia como una lesión de aspecto sólido de pequeño tamaño, hipoecoica o heterogénea, y con posibles calcificaciones (figura 3).

Figura 3

Lesión sólida hipoecoica bien definida de 1.5 cm a nivel del epidídimo derecho, reflejando un granuloma espermático



Fuente: Adaptado de "Tumor-like appearance of Spermatic Granuloma", P. Garrido, A. Díaz, L. García, I. Senra, M. Fernández, 2019 (<https://www.scielo.br/j/ibju/a/YDrKfYhrWC3SQpnqBHFVvgh/?format=pdf&lang=en>). CC-BY 4.0.

Pseudotumor fibroso

Rafailidis et al. (2021) indica que el pseudotumor fibroso es una condición benigna en la cual se desarrolla una reacción fibroinflamatoria de la túnica vaginalis, túnica albugínea, epidídimo o cordón espermático, generando uno o múltiples nódulos. Es la tercera lesión sólida paratesticular más frecuente, y si llega a alcanzar un mayor tamaño puede asemejar un comportamiento maligno.

Mediante ultrasonografía se identifica una lesión sólida de ecogenicidad variable, la cual puede estar cercana o adherida a la superficie testicular. Asimismo, es posible que se manifieste como múltiples masas hipoeoicas y con eventual presencia de calcificaciones (Rafailidis et al., 2021).

Tumores

Los tumores del epidídimo son raros, pueden ser tanto benignos como malignos, y representan tan solo el 5% de las masas escrotales y el 0.03% de los cánceres en hombres. La etiología de los tumores del epidídimo aún no está bien dilucidada debido a su baja prevalencia, sin embargo, se ha postulado que esto refleja el entorno antitumoral del epidídimo que de base se ha diseñado para la maduración de los espermatozoides. Los tumores del epidídimo derivan embriológicamente de una mezcla heterogénea de epitelio y mesotelio (Bhatt et al., 2021).

Tumor adenomatoide

El tumor adenomatoide es el más frecuente de estos, con una prevalencia del 73% de todos los tumores del epidídimo y representando un tercio de todas las neoplasias paratesticulares. Es un tumor hamartomatoso de origen mesotelial. Se manifiesta como una masa sólida, benigna y habitualmente se diagnostica en hombres con edades entre los 20 y 50 años. Estas neoplasias por lo general afectan la cola del epidídimo, aunque pueden desarrollarse en cualquier otro segmento del mismo o bien, perjudicar otras estructuras como el cordón espermático, túnica vaginalis o en casos más extraños, túnica albugínea (Rafailidis et al., 2021; Ko et al., 2018).

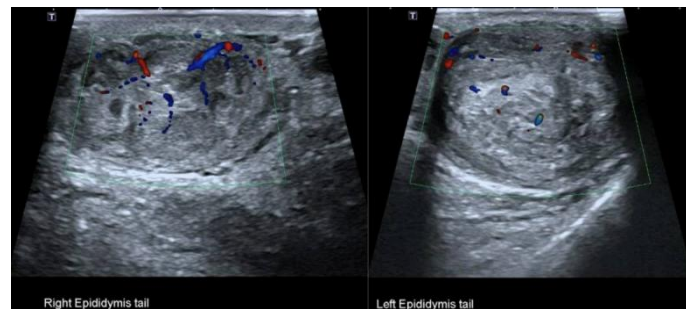
A nivel clínico, cursa de forma asintomática y con un crecimiento lento, denotado a la palpación como una masa de consistencia firme y redondeada (Rodríguez, 2014). Mediante US se aprecia como una lesión homogénea, hiperecoica, con morfología redondeada u ovoide, bordes bien delimitados, un tamaño menor a 7 cm y nula o poca vascularización al flujo Doppler (Rafailidis et al., 2021).

Leiomioma

Con base en Pang et al. (2026), el segundo tumor más común del epidídimo es el leiomioma. Un tipo de neoplasia benigna que surge de células mesenquimales responsables de la formación de músculo liso. Según Rodríguez (2014), usualmente afecta a varones de aproximadamente 50 años y clínicamente se caracteriza por una masa bien delimitada e indolora, a pesar de que en algunos casos los pacientes pueden reportar dolor. Pang et al. (2026) postula que los leiomiomas en ecografía se visualizan como lesiones bien definidas de ecogenicidad mixta con vascularización interna que puede estar presente o ausente, y ocasionalmente calcificaciones puntiformes (figura 4).

Figura 4

Ecografía escrotal que evidencia lesiones de ecogenicidad mixta y leve vascularización interna en ambos epidídimos



Fuente: Reproducido de “Systematic review of bilateral epididymal leiomyomas”, K.H. Pang, M. Walkden, A. Haider, P. Sangster, H.M. Alnajjar, A. Muneer, W.G. Lee, 2026 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40702966/>). CC-BY 4.0.

Tumor leiomioadenomatoides

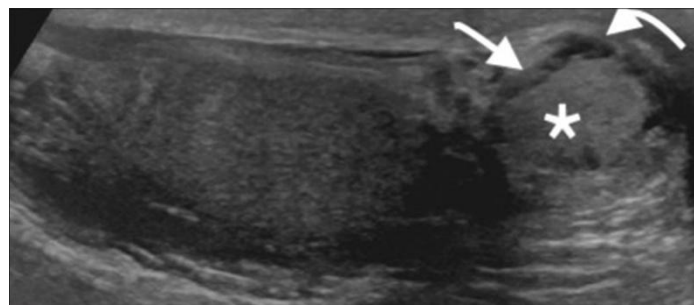
Una variante rara de estos dos tumores previamente mencionados es el leiomioadenomatoides, también se suele encontrar en pacientes masculinos de edad media y tiene la particularidad de que posee tanto células adenomatoides como fusiformes. A nivel clínico y radiológico no se puede distinguir de los otros, lo que eventualmente hace posible diferenciarlos es un análisis microscópico exhaustivo (Almohaya et al., 2021).

Cistadenoma papilar

En concordancia con Ko et al. (2018), el cistadenoma papilar es otra neoplasia inusual del epidídimo que puede ocurrir de forma esporádica (60% de los casos) o en asociación al síndrome de Von Hippel-Lindau (40% restante), es más, una presentación bilateral de este tumor es un hallazgo patognomónico de este síndrome. En la mayoría de los casos el paciente no aqueja síntomas y se llega a detectar de forma incidental durante un examen testicular por algún otro motivo. Típicamente en US se aprecian como lesiones sólidas con espacios quísticos pequeños que con mayor frecuencia comprometen la cabeza del epidídimo (figura 5).

Figura 5

Paciente masculino de 34 años con antecedente de Von Hippel-Lindau, que consultó por historia de anomalía en el escroto derecho. Con ecografía que demuestra en el epidídimo derecho una lesión de predominio sólido (señalada con el asterisco) asociando pequeños cambios quísticos (identificados con la flecha curva). La cual, se identificó como un cistadenoma papilar luego del abordaje quirúrgico



Nota: Adaptado de "Papillary Cystadenoma of the Epididymis: A Case Report and Review of the Literature", por Y. Ko., Z. Nuffer., J. Jean-Gilles., V. Dogra, 2018 (<https://dx.doi.org/10.25259/AJS-14-2018>). CC-BY-NC-SA.

Tumores malignos primarios

Las neoplasias malignas del epidídimo, según Bhatt et al. (2021), tienen una muy baja incidencia, representando tan solo el 0.03% de todos los cánceres en varones. Se teoriza que este fenómeno está relacionado a que esta estructura anatómica genera un ambiente antitumoral, donde se exhiben supresores tumorales, factores antioxidantes, fuerte vigilancia inmunológica y rechazo a la angiogénesis. A consecuencia de su rareza, con base en Bhambhvani et al. (2021), los estudios se limitan principalmente a reportes y series de casos. Sin embargo, si se ha logrado demostrar que la mayoría de estos tumores son histológicamente sarcomas de tejidos blandos, como lo son el rabdomiosarcoma y el leiomiomasarcoma.

Por su lado, de acuerdo con Rodríguez (2014), el rabdomiosarcoma es la neoplasia paratesticular maligna más común y dentro de sus posibles orígenes se encuentra el epidídimo. Suele aparecer en las primeras dos décadas de vida y desde el punto de vista clínico se muestra como una masa indolora, grande, que puede desplazar o infiltrar el testículo. Por medio de US se visualiza como una lesión sólida y heterogénea, con zonas de necrosis e incremento al flujo Doppler.

El leiomiomasarcoma del epidídimo también es sumamente infrecuente. Se tiende a desarrollar entre los 60-80 años y similar al rabdomiosarcoma suele cursar como masas de gran tamaño, indoloras y de consistencia firme. A nivel ecográfico se describe un patrón heterogéneo con zonas hiper e hipoecoicas, con aumento del flujo sanguíneo. En ambos tumores previamente mencionados es crucial llevar a cabo una tomografía axial computarizada para un estadiaje de la patología (Rodríguez, 2014).

Tumores malignos secundarios

Las metástasis son muy infrecuentes y rara vez reflejan la primera manifestación de un cáncer no diagnosticado. A pesar de lo anterior, representan la fuente más común de una neoplasia sólida del epidídimo. Estas generalmente derivan de diseminaciones de cáncer de próstata, pulmón, riñón, estómago, leucemias, páncreas, vejiga (Ko et al., 2018; Rodríguez, 2014).

CONCLUSIONES

La patología escrotal es amplia y no se restringe exclusivamente a lesiones de origen testicular. Entre las masas paratesticulares, el epidídimo es una de las estructuras que con mayor frecuencia se ve comprometida. Si bien la mayoría de las lesiones quísticas y sólidas del epidídimo son de carácter benigno, la posibilidad de una neoplasia maligna debe de ser considerada. En conclusión, la correlación de los hallazgos clínicos y radiológicos constituye el pilar para establecer un diagnóstico diferencial preciso y orientar un abordaje adecuado. No obstante, la evidencia disponible continúa siendo limitada, predominando reportes de casos para muchas de las patologías. Esto resalta la importancia de impulsar estudios más amplios que profundicen en estas lesiones y respalden la toma de decisiones clínicas centradas en el paciente.

REFERENCIAS

- Almohaya, N., Almansori, M., Sammour, M., Bin Ajjaj, A. (2021). Leiomyoadenomatoid tumors: A type of rare benign epididymal tumor. *Urology Case Reports*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2021.101700>
- Bhambhvani, H.P., Greenberg, D.R., Kasman, A.M., Eisenberg, M.L. (2021). Primary malignancies of the epididymis: clinical characteristics and prognostic factors. *The Canadian Journal of Urology*, 28(1), 10522-10529. https://www.canjurol.com/html/subscriber/Spdf/V28I01/CdnJU_V28I01-09_DrBhambhvaniS.pdf
- Bhatt, R., Davaro, F., Wong, R., Siddiqui, S., Hinyard, L., Hamilton, Z. (2021). Contemporary analysis of epididymal tumors using a national database. *Cent European J Urol*, 74(1), 39-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33976913/>
- Çek, M., Sturdza, L., Pilatz, A. (2017). Acute and Chronic Epididymitis. *Eur Urol Suppl*, 16(4), 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.eursup.2017.01.003>
- Gabriel, H., Hammond, N.A., Marquez, R.A., Lopes, C., Horowitz, J.M., Casalino, D.D., Nikolaidis, P., Miller, F.H., Bhatt, S. (2023). Gamut of Extratesticular Scrotal Masses: Anatomic Approach to Sonographic Differential Diagnosis. *Radiographics*, 43(4). <https://doi.org/10.1148/rg.220113>
- Garrido Abad, P., Díaz Menéndez, A., García Martín, L., Senra Bravo, I., Fernández Arjona, M. (2019). Tumor-like appearance of Spermatic Granuloma. *Int Braz J Urol*, 45(3), 634-636. <https://www.scielo.br/j/ibju/a/YDrKfYhrWC3SQpnqBHFBvgh/?format=pdf&lang=en>
- Ko, Y., Nuffer, Z., Jean-Gilles, J., Dogra, V. (2018). Papillary Cystadenoma of the Epididymis: A Case Report and Review of the Literature. *American Journal of Sonography*, 1(2), 34-40. <https://americanjs.com/papillary-cystadenoma-of-the-epididymis-a-case-report-and-review-of-the-literature/>
- Kühn, A.L., Scortegagna, E., Nowitzki, K.M., Kim, Y.H. (2016). Ultrasonography of the scrotum in adults. *Ultrasonography*, 35(3), 180-197. <https://doi.org/10.14366/usg.15075>
- Lizarán, I.E., Castellanos, H.J., Caldevilla, D., Dronoso, I., Pérez, I., Martínez, M., Campos, M., Giraldo, G. (2022). Patología escrotal no urgente. *Congreso Nacional SERAM*, 1(1). <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/9677>
- Pang, K.H., Walkden, M., Haider, A., Sangster, P., Alnajjar, H.M., Muneer, A., Lee, W.G. (2026). Systematic review of bilateral epididymal leiomyomas. *The Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 108(1), 9-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40702966/>
- Patil, V., Shetty, C., Das, S. (2015). Common and Uncommon Presentation of Fluid within the Scrotal Spaces. *Ultrasound International Open*, 1(5), 1-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27689151/>
- Pedaprolu, A.S., Semy, M.F., Bhargava, A. (2024). Tubular Ectasia of the Epididymis: A Case Report and Literature Review. *Cureus*, 16(8). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11439475/pdf/cureus-0016-0000068169.pdf>
- Rafailidis, V., Huang, D.Y., Sidhu, P.S. (2021). Paratesticular lesions: Aetiology and appearances on ultrasound. *Andrology*, 9, 1383-1394. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864338/>
- Rodríguez, T.L. (2014). Diagnóstico y tratamiento de los tumores del epidídimo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(3), 352-369. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v43n3/mil09314.pdf>

Seevagan, T., Hulligan, S., Phull, J., Aboumarzouk O.M. (2019). Testes Structure and Function. En O.M. Aboumarzouk (Ed.), *Blandy's Urology* (Tercera edición, pp. 729-739). Wiley Blackwell.

Venyo, A.K.G. (2024). Spermatocele: A review and Update. *International Journal of Clinical Therapeutics*, 3(6). https://clinicsearchonline.org/uploads/articles/1733551794IJCT-24-RA-19-Galley_Proof.pdf

Wu, E.H. y De Cicco, F.L. (2022). *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Male Genitourinary Tract*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562291/>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons 