

Varón de 57 años con edema penoescrotal

Miriam Cuadrado-Álvarez¹, Marta Torres Arrese², Álvaro Gonzalo Balbás³, Gema María Núñez Lorenzo¹ y Gonzalo García de Casosola Sánchez²

¹Servicio de Medicina de Atención Primaria y Comunitaria, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Urología, Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Alcorcón (Madrid), España

Recibido: 09/07/2022

Aceptado: 04/08/2022

En línea: 31/12/2022

Citar como: Cuadrado-Álvarez M, Torres Arrese M, Gonzalo Balbás A, Núñez Lorenzo GM, García de Casola Sánchez G. Varón de 57 años con edema penoescrotal. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2022 (diciembre); 7(3): 6-8. doi: 10.32818/reccmi.a7n3a3.

Cite this as: Cuadrado-Álvarez M, Torres Arrese M, Gonzalo Balbás A, Núñez Lorenzo GM, García de Casola Sánchez G. A 57-year-old male with penoscrotal edema. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2022 (December); 7(3): 6-8. doi: 10.32818/reccmi.a7n3a3.

Autor para correspondencia: Marta Torres Arrese. mtorresa@salud.madrid.org

Palabras clave

- Angioedema
- Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina
- Bradiquinina

Keywords

- Angioedema
- Angiotensin-converting enzyme inhibitors
- Bradykinin

Resumen

Este caso pretende enfatizar la relevancia de la historia clínica. Presentamos el caso de un varón de 57 años con edema de partes blandas en pene y escroto de rápida instauración. La retirada de la medicación causante permitió una adecuada evolución.

Abstract

This case emphasizes that highlights the clinical history. We present the case of a 57-year-old man with rapidly developing soft tissue edema in the penis and scrotum. Withdrawal of the causative medication allowed an adequate evolution.

Puntos destacados

- El angioedema penoescrotal por la enzima convertidora de angiotensina (IECA) es una manifestación extremadamente rara.
- Se debe sospechar ante un edema monosintomático en un paciente con antecedente de toma de IECA.
- Se debe retirar el fármaco y evitar la retracción del prepucio.

Introducción

El angioedema penoescrotal es una entidad rara descrita en pocas ocasiones y que requiere un alto nivel de sospecha para un adecuado manejo y orientación diagnóstica.

Por otra parte, el angioedema por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) es una entidad rara, que afecta mayoritariamente a la región facial y la vía aérea superior. Se han descrito pocos casos de angioedema penoescrotal de esta etiología.

A continuación, se describe un caso de angioedema penoescrotal en un paciente tratado con enalapril.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Varón de 57 años sin alergias conocidas, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, hipertensión arterial y dislipemia; los dos últimos de reciente diagnóstico y para lo que había iniciado tratamiento con enalapril y simvastatina un mes antes.

Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón por edema penoescrotal de inicio brusco de 24 horas de evolución. Se trataba de un edema monosintomático; negando dolor o prurito, fiebre o sensación distérmica, disuria, hematuria o polaquiuria. Tampoco presentaba secreción uretral. No había presentado traumatismo previo.

La clínica no asociaba ni síntomas ni signos de insuficiencia cardíaca. Destacaba que veinte días antes acudió a este mismo servicio por un episodio similar que cedió con antiinflamatorios.

Exploración física

A la exploración física, el paciente se encontraba afebril y estable hemodinámicamente con tensión arterial de 147/75 mmHg y frecuencia cardíaca de 78 lpm.

La exploración física general no reveló alteraciones y en la genital presentaba ambos testes en bolsa escrotal, de tamaño y consistencia normal, no dolorosos a la palpación.

Destacaba importante edema penoescrotal, asimétrico y sin fóvea produciendo un signo clínico raramente visto y denominado «pene en acordeón». No asociaba eritema ni hipertermia. El edema no era doloroso a la palpación, aunque era de tal magnitud que dificultaba la exploración testicular y la retracción del prepucio (**figura 1**).



Figura 1. En la imagen se puede observar edema blando sin fóvea con afectación irregular en pene y escroto, produciendo el signo conocido como «pene en acordeón». Gran edema de tejidos blandos en prepucio que impide su retracción.

Pruebas complementarias

Se realizó ecografía clínica a pie de cama donde se objetivaron testes de tamaño normal, teste izquierdo con imagen compatible con microlitiasis, flujo doppler conservado y edema de cubiertas, así como hidrocele. No tenía masas ni inflamación de epidídimo y el flujo estaba conservado (**figura 2, 2.1 y 2.2**).

A nivel peneano también se objetivó edema de partes blandas con flujo arterial y venoso conservado (**figura 2, 2.3 y 2.4**).

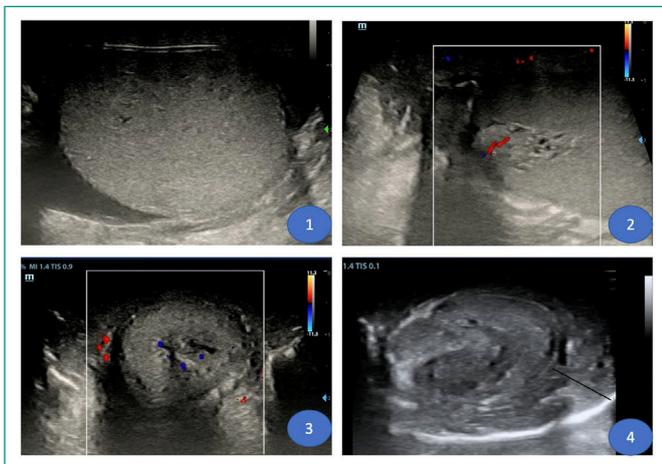


Figura 2. (2.1) Se observa presencia de edema a nivel de tejido celular subcutáneo. (2.2) Imagen doppler donde se muestra la conservación de flujo a nivel escrotal. (2.3) En la imagen doppler se objetiva el flujo arterial y venoso conservado a nivel peneano, en el que se observa edema superficial sin afectar a cuerpos. (2.4) A nivel peneano, se objetiva edema superficial sin afectar a cuerpos.

Evolución

Se descartaron datos de alarma en ese momento y se explicaron posibles complicaciones y signos de alarma futuros. Se indicó que no realizase retracción del prepucio para evitar que se complicase con parafimosis. Se suspendió tratamiento con enalapril, sustituyéndolo por amlodipino y se pautó tratamiento con dexketoprofeno durante 7 días.

Se realizó una consulta telefónica donde se comprobó que el edema había disminuido en 24 horas y había desaparecido por completo a las 48 horas. *A posteriori*, el paciente no presentó más episodios y fue remitido a consultas de Alergología.

Diagnóstico

Probable angioedema penoescrotal en relación con tratamiento con IECA.

Discusión

En el mundo, hay unos 40 millones de pacientes tratados con IECA. Uno de los efectos adversos que pueden producir es el angioedema, con una incidencia de en torno a 0,7%¹. Aunque el riesgo individual es bajo, la gran cantidad de personas que consumen dichos fármacos hace que sean la primera causa de angioedema inducido por medicamentos y suponen hasta el 30% de los angioedemas atendidos en Urgencias².

El angioedema relacionado con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (AE-IECA) es un edema asimétrico de piel y de tejido celular subcutáneo, sin fóvea, no eritematoso ni pruriginoso que afecta con más frecuencia a labios, lengua, cara y vías respiratorias superiores. También se han visto casos de angioedema visceral con afectación intestinal y mucho menos frecuente, afectación genital.

El AE-IECA puede ocurrir desde horas hasta años tras el inicio del tratamiento, e incluso una vez suspendido el tratamiento. Los episodios se instauran en minutos u horas y suelen durar entre 24 y 72 horas². Se cree que el angioedema por IECA se debe a la disminución de la degradación de la bradiquinina, de su metabolito activo des-ARG9-BD y de la sustancia P, que se degradan en mayor o menor medida por la enzima convertidora de la angiotensina (ECA).

Los niveles elevados de bradiquinina estimulan la vasodilatación y aumentan la permeabilidad vascular de las vénulas postcapilares, produciéndose extravasación de plasma al tejido celular subcutáneo². El AE-IECA es más frecuente en personas de raza negra y en mujeres.

Además, los pacientes fumadores, con enfermedad renal crónica, mayores de 65 años, consumidores de antiinflamatorios no esteroideos, con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica, con antecedentes de urticaria por otros fármacos o déficit de proteína inhibidora de C1 presentan mayor riesgo de padecer AE-IECA¹.

El primer caso de angioedema peneano se describió en 1999³. Posteriormente, solo se han comunicado cinco casos más⁶: dos de ellos de aparición reciente tras el inicio del tratamiento^{3,4}; otro en un paciente en tratamiento con IECA de años de evolución⁵; otro más al aumentar la dosis de IECA⁶, y el último al iniciar el tratamiento con irbesartán cuando tenía tratamiento con IECA previo⁴. Por otra parte, solo uno de los casos descritos presentó progresión a angioedema orofaríngeo⁶.

Es fundamental realizar una correcta anamnesis, confirmando con el paciente cuál es el tratamiento que realiza en ese momento. Esta complicación es rara y, por tanto, hay que conocer las diversas causas que lo producen y tener en cuenta que el tratamiento farmacológico puede ser una de ellas.

Sin embargo, la principal medida terapéutica sin importar la ubicación afectada es la interrupción inmediata y evitar el uso futuro de todos los IECA. Tam-

bién hay que valorar las vías respiratorias, pues hasta el 10% de los pacientes con AE-IECA requerirán intubación⁴. En pacientes con síntomas progresivos o afectación de la vía aérea se debe intentar el manejo médico. Se ha demostrado que el icatibant, un antagonista sintético del receptor B2 de la bradicinina, es eficaz si se administra dentro de las primeras 10 horas⁷.

Los medicamentos aprobados para el angioedema hereditario también se han de considerar en los casos graves (plasma fresco congelado, concentrado de inhibidor de C1 purificado y ecallantide)⁸. Los pacientes con angioedema relacionado con IECA deben evitar todos los IECA en el futuro, ya que el uso continuo se asocia con una mayor recurrencia y gravedad; así como de los bloqueadores de los receptores de la angiotensina pues tienen un riesgo del 1,5 al 10% de angioedema recurrente cuando se cambia a este grupo farmacológico⁸.

A nivel AE-IECA con afectación genital se han probado y propuesto diferentes pautas de tratamiento como antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos o adrenalina local; pero probablemente la simple interrupción del tratamiento sea suficiente.

Es importante indicar a los pacientes que eviten la parafimosis secundaria por retracción del prepucio edematoso ya que esta es la complicación más frecuente⁴.

Bibliografía

1. Kostis JB, Packer M, Black HR, Schmieder R, Henry D, Levy E. Omapatrilat and enalapril in patients with hypertension: the Omapatrilat Cardiovascular Treatment vs. Enalapril (OCTAVE) trial. *Am J Hypertens.* 2004; 17 (2): 103-111. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2003.09.014>.
2. Banerji A, Clark S, Blanda M, LoVecchio F, Snyder B, Camargo CA Jr. Multicenter study of patients with angiotensin-converting-enzyme inhibitor-induced angioedema who present to the emergency department. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2008; 100(4): 327. doi: [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60594-7](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60594-7).
3. Henson EB, Bess DT, Abraham L, Bracikowski JP. Penile angioedema possibly related to lisinopril. *Am J Health Syst Pharm.* 1999; 56(17): 1773-4. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/56.17.1773>.
4. McCabe J, Stork C, Mailloux D, Su M. Penile angioedema associated with use of angiotensin-converting-enzyme inhibitors and angiotensin II blockers. *Am J Health Syst Pharm.* 2008; 65(5): 420-1. doi: <https://doi.org/10.2146/ajhp070299>.
5. Miller DG, Sweis RT, Toerne TS. Penile angioedema developing after 3 years of ACEI therapy. *J Emerg Med.* 2012; 43(2): 273-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.05.102>.
6. Wagner JG, Bench EM, Plantmason L. An Unusual Case of Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor-Related Penile Angioedema with Evolution to the Oropharynx. *West J Emerg Med.* 2015; 16(7): 1185-7. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.8.28061>.
7. Baş M, Greve J, Stelter K, Havel M, Strassen U, Rotter N et al. A randomized trial of icatibant in ACE-inhibitor-induced angioedema. *N Engl J Med.* 2015; 372(5): 418-25. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1312524>.
8. Lewis LM. Angioedema: etiology, pathophysiology, current and emerging therapies. *J Emerg Med.* 2013; 45(5): 789-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.03.045>.