

Calcinosis Escrotal Idiopática: Primer reporte de caso en Ecuador

Idiopathic Scrotal Calcinosis: Ecuador's first case report

Hans García-Bonilla^{1*} , Ricardo Suárez-León¹ , Hans Chávez-Maridueña¹ ,
Giovanny Pérez-Godoy¹ , Edgar Manzaba Mendoza¹ .

1. Servicio de Urología, Hospital General Monte Sinaí, Guayaquil, Guayas, Ecuador.

Correspondencia: Hans Alessandro García Bonilla*, Av. Casuarina Km. 7, Sector Monte Sinaí, Hospital General Monte Sinaí. Guayaquil-Ecuador. hgarciaBonilla@gmail.com

Artículo recibido: 09/09/2025

Artículo aceptado: 22/12/2025

<https://doi.org/10.61708/dh6a4r58>

Resumen:

La calcinosis escrotal idiopática (CEI) es una patología rara que afecta la piel escrotal, caracterizada por presentar nódulos simples o múltiples, con depósitos de calcio y sin alteraciones en pruebas de laboratorio complementarias. **Presentación del caso:** Presentamos el caso de un hombre de 47 años con múltiples lesiones indoloras blanquecinas y amarillentas en piel escrotal que disminuyen su calidad de vida, provocándole ansiedad y afectación en su desempeño sexual, por lo que se somete a tratamiento quirúrgico mediante exéresis de lesión y escrotoplastia, con resultado histopatológico de dermis papilar con presencia de depósitos de material amorfo calcificado rodeados por escasos histiocitos, compatible con calcinosis escrotal idiopática. Paciente con evolución favorable postquirúrgica y a su control. **Discusión:** Su etiología es desconocida y afecta a hombres jóvenes en su mayoría, con predisposición en pacientes de piel oscura; las lesiones son asintomáticas en su mayoría, pero visibles al examen físico. El tratamiento definitivo es quirúrgico, y su tasa de recurrencia no está bien descrita. **Conclusión:** Pese a ser una patología muy infrecuente y benigna, puede provocar graves daños en la esfera psicosocial del paciente. Por ello el objetivo de este reporte es reconocer las características clínicas permite lograr un correcto abordaje y tratamiento, sin descuidar el seguimiento para reconocer las posibles recurrencias postquirúrgicas.

Palabras clave: Calcinosis escrotal, Nódulos, Urología, Piel, Lesiones

Abstract:

Idiopathic scrotal calcinosis (ISC) is a rare pathology that affects the scrotal skin, characterized by presenting single or multiple nodules, with calcium deposits and without alterations in complementary laboratory tests. **Case description:** We present the case of a 47-year-old man with multiple painless whitish and yellowish lesions on the scrotal skin, which decreases their quality of life, causing him anxiety and affecting their sexual performance. He undergoes surgical treatment by excision of the lesion and scrotoplasty, with histopathological result of papillary dermis with the presence of amorphous calcified material deposits surrounded by few histiocytes, compatible with scrotal calcinosis idiopathic. Patient with favorable post-surgical evolution and follow-up. **Discussion:** Its etiology is unknown and it affects mostly young men, with a predisposition in dark-



skinned patients; the lesions are mostly asymptomatic, but visible on physical examination. Definitive treatment is surgical, and its recurrence rate is not well described. **Conclusion:** Despite being a very rare and benign pathology, it can cause serious damage to the patient's psychosocial sphere. Therefore, the objective of this report is to recognize the clinical characteristics allows for a correct approach and treatment, without neglecting follow-up to recognize possible post-surgical recurrences.

Keywords: Scrotal Calcinosis, Nodules, Urology, Skin, Lesions

Introducción

La calcinosis escrotal idiopática (CEI) es una patología benigna y rara que afecta la piel escrotal y se caracteriza por uno o varios nódulos calcificados con distintos tamaños. Al momento no existe un caso reportado en Ecuador; el primer caso reportado data de 1863, sin embargo, fue descrito por primera vez por Shapiro et al en 1970 (1). Su prevalencia es mayor en pacientes entre los 20 y 40 años y no está asociado a alteraciones en el metabolismo del calcio y fósforo. Histológicamente se caracteriza por depósitos de calcio rodeados por reacción de tipo granulomatosa, cuya fisiopatología de la enfermedad aún no está clara y es debatible (2). Con este trabajo damos a conocer el primer caso reportado de esta infrecuente patología en nuestro medio, teniendo como objetivo reconocer las características de presentación de esta patología y su manejo, así como su seguimiento postquirúrgico.

Descripción del caso

Masculino de 47 años con antecedentes personales de exéresis de lipoma supraclavicular, rinoplastia funcional y consumo de marihuana ocasional. Acude por presentar lesiones nodulares en escroto de diferentes tamaños que causan prurito ocasional y algunas con secreción blanquecina desde 15 años aproximadamente, sin tener causa aparente. Dichos nódulos han ido aumentando de tamaño y extendiéndose en toda la piel escrotal de forma progresiva en los últimos 3 años, afectando la esfera psicológica y sexual del paciente. En el examen físico se encontraron lesiones en escroto, unas aisladas y otras que se fusionan entre ellas, que ocupan el 90% de su superficie de color blanco y amarillento, con textura endurecida, forma redondeada, indoloras con superficie lisa que sobresalen de la piel, escasa movilidad, sin presencia de úlceras o infección (Figura 1a). Las pruebas de laboratorio (Tabla 1) se encontraron dentro de parámetros normales desde la valoración inicial, descartando patología endócrina.

Tabla 1. Screening de laboratorio inicial

Parámetro	Valor al ingreso	Valor al egreso	Intervalo normal
Hemoglobina	13.1 g/dl	12.5 g/dl	12 – 16 g/dl
Leucocitos	5300 Cel/mm3	6100 Cel/mm3	4000 – 1000 Cel/mm3
Calcio	9.7 mg/dl	9.4 mg/dl	8.5 – 10 mg/dl
Fosforo	3.43 mg/dl	4.1 mg/dl	2.5 – 4.5 mg/dl
Glucosa	84.2 mg/dl	81.3 mg/dl	70 – 100 mg/dl
Urea	28.7 mg/dl	26 mg/dl	18 – 55 mg/dl
Creatinina	0.79 mg/dl	0.73 mg/dl	0.7 – 1.3 mg/dl
PTH	39 pg/ml	41 pg/ml	10-65 pg/ml



Figura 1. Se observan múltiples nódulos invadiendo la zona testicular (a). Lesión cicatricial de 2 meses posterior a cirugía de extracción (b).

Se realizó la exéresis de la piel escrotal afectada, de aproximadamente 14 cm, con múltiples lesiones nodulares, de consistencia dura, de superficie lisa, entre 0.8 mm y 15 mm, de aspecto perlado, redondo, con áreas más claras por disminución de densidad de la piel y superposición del escroto (Fig. 2). Posteriormente se llevó a cabo una escrotoplastia con afrontamiento directo de bordes, sin colocación de drenajes. El fragmento de piel extraído fue enviado a estudio

histopatológico, donde se reportó epitelio plano estratificado queratinizado con acantosis, hiperqueratosis, con ligera elongación de las crestas interpapilares, dermis papilar con presencia de depósitos de material amorfo calcificado rodeados por escasos histiocitos y escasas glándulas sudoríparas ecrinas, glándulas sebáceas asociadas a folículos pilosos; hipodermis normal con diagnóstico compatible con calcinosis idiopática del escroto (Fig. 3).



Figura 2. Se evidencia piel escrotal con múltiples lesiones nodulares perladas de 0.8 mm a 15 mm de diámetro, distribuidas en tejido testicular.

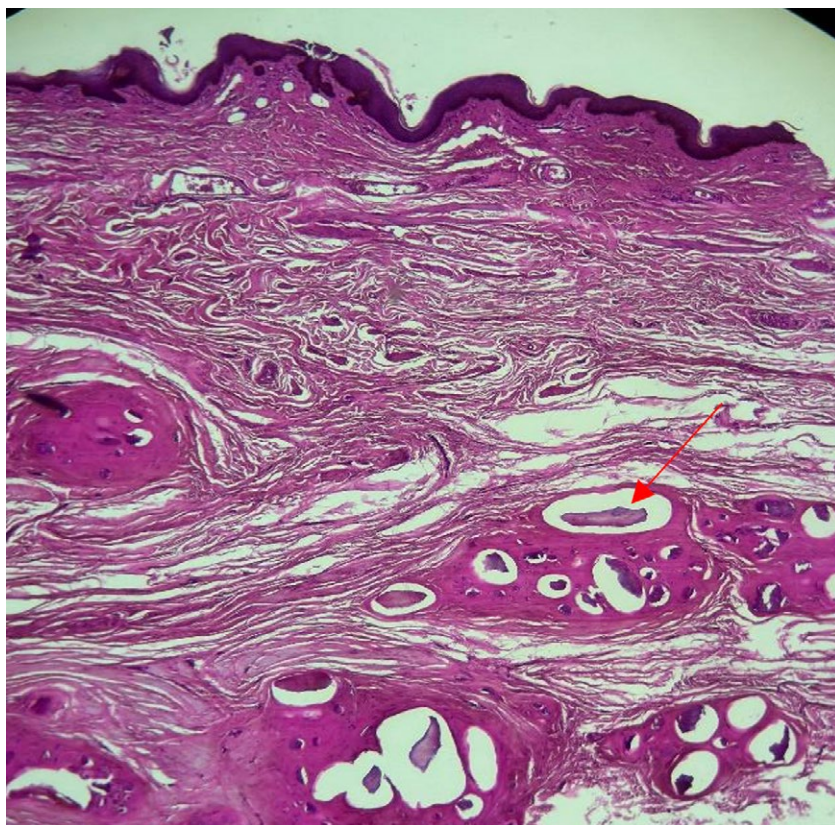


Figura 3. Se evidencia piel escrotal con múltiples lesiones nodulares perladas de 0.8 mm a 15 mm de diámetro, distribuidas en tejido testicular.

Paciente con evolución favorable de la recuperación postquirúrgica y sin alteración en parámetros de laboratorio (Tabla 1), con manejo antibiótico a base de Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días e Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 horas por 5 días, además de medidas de aseo y disminución de edema con hielo local, por lo que fue dado de alta a las 72 horas postquirúrgicas.

En el seguimiento postoperatorio a los 3 meses, paciente completamente asintomático, no se encontró recidiva de lesiones, y cicatriz quirúrgica sin alteración (Fig. 1b). Posterior a ello, a los 6 meses, se tuvo un último contacto con el paciente por vía telefónica manifestando mejor calidad de vida y desempeño sexual.

Discusión

La calcinosis escrotal idiopática (CEI) es una enfermedad rara que afecta la piel escrotal, de manera aislada o generalizada como en el presente caso. Puede encontrarse como nodulación única en hemiescrotal en sus formas leves o como múltiples nódulos calcificados a nivel de toda la piel escrotal en sus presentaciones severas. Es imprescindible reconocer las lesiones debido a la infrecuencia con la que se presenta para poder realizar un correcto abordaje de las lesiones, ya sea su presentación solitaria leve o severas como en este caso.

La CEI es una enfermedad que afecta principalmente a hombres jóvenes entre 20 y 40 años, pero también se han descrito casos en pacientes pediátricos y ancianos, de 9 y 85 años de edad respectivamente (3). Existe cierta predisposición en pacientes de piel oscura, sugiriendo la posibilidad de susceptibilidad étnica (4). El diagnóstico diferencial incluye neurofibroma solitario, angioqueratoma, esteatomas, oncocercomas, linfangioma, lipomas y fibromas (4). Una causa posible de esta patología es la calcificación distrófica de los conductos exocrinos debido a quistes epidérmicos preexistentes, conductos ecrinos o degeneración del dartos, sin embargo, se desconoce el proceso por el cual se inicia esta distrofia por lo que el término “idiopático” es el más aplicado (1). Este fue igualmente el escenario en nuestro caso, en el que no se evidenció ninguna condición subyacente que justificara la aparición de las lesiones.

Clínicamente, esta entidad representa un desafío diagnóstico y suele manifestarse como múltiples nódulos indolores de tonalidad amarillenta localizados en la piel escrotal. La mayoría de los pacientes refieren prurito o permanecen asintomáticos; siendo el principal motivo de consulta de esta enfermedad molestias estéticas, las cuales afectan la vida sexual del paciente. Esta descripción coincide con nuestro caso y con la literatura actual, donde predominan las molestias estéticas y afectación de la vida sexual en la relación de pareja (5).

Para su diagnóstico definitivo se debe realizar un estudio histopatológico de la lesión, siendo característico los depósitos basofílicos de calcio rodeados de infiltrado inflamatorio crónico con monocitos e histiocitos; el

reporte histopatológico de nuestro caso coincide con la literatura previamente mencionada (6). Sin embargo, se debe solicitar calcio, fósforo, creatinina, hormona paratiroidea y otros exámenes para descartar cualquier alteración endocrina o autoinmune (7).

El manejo primario de esta patología es quirúrgico, siendo la técnica de elección la exéresis del tejido lesionado con la técnica en bloque y posterior afrontamiento de bordes con sutura directa, dando excelentes resultados cosméticos (8). Otras técnicas tales como crioterapia o láser CO2 también son utilizadas en pacientes con lesiones de menor extensión que no desean someterse a cirugía convencional (9). En este caso la lesión fue retirada con cirugía convencional técnica en bloque pudiendo afrontar los bordes sanos directamente a través de sutura directa. La exéresis de la piel afectada no repercute en la estética del paciente, y logra un alivio para la esfera psicosocial de quien presenta esta patología.

La recurrencia en esta patología no está bien descrita ya que algunos estudios indican curación completa y otros indican alta recurrencia (10). Siendo esta la principal limitación en este estudio, ya que se dificulta el seguimiento objetivo a largo plazo del paciente y la correcta valoración de recurrencia de lesiones. Conclusión

La CEI es una patología muy infrecuente sin una etiología y fisiopatología definida. A pesar de ser benigna puede provocar un gran impacto en la calidad de vida del paciente por la anormalidad estética de sus genitales. El tratamiento quirúrgico ha probado excelentes resultados como en este caso, sin embargo, el seguimiento por largo tiempo para valorar recurrencias no ha sido correctamente estudiado, por lo que es necesario describirlo en futuros estudios. Este reporte contribuye a ampliar la literatura regional de la CEI, y a mejorar el manejo y seguimiento a largo plazo de este tipo de pacientes.

Contribución de los autores

García Hans: Conceptualización, Metodología, Investigación, Redacción-Revisión y Edición, Supervisión, Administración del proyecto. Suárez Ricardo: Conceptualización, Redacción-Borrador inicial. Pérez Giovanni: Investigación, Redacción-Borrador inicial. Chávez Hans: Conceptualización, Redacción-Borrador inicial. Manzaba Edgar: Conceptualización, Supervisión.

Declaración ética

El estudio no requirió aprobación por un comité de ética en investigación. Mediante consentimiento informado el paciente otorgó de manera voluntaria su permiso para la presentación de este caso, habiendo sido informado de la confidencialidad y el resguardo que se le darán a sus datos personales e imágenes clínicas.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos se encuentran en el sistema de historias clínicas del Hospital General Monte Sinaí y no están disponibles públicamente debido a que contienen información que

podría comprometer la privacidad del participante en este manuscrito.

Conflictos de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Agradecimiento

El autor principal, Dr. Hans García, agradece al Servicio de Urología del Hospital General Monte Sinaí por el apoyo continuo a la docencia e investigación en la realización de este manuscrito; de igual manera les expresa su gratitud a sus padres, apoyo incondicional en todos sus proyectos.

Referencias

1. Shapiro L. Idiopathic calcinosis of the scrotum. Arch Dermatol. 1970 Aug 1;102(2):199-204. doi:10.1001/archderm.1970.04000080071014
2. Yang X, Tian T, Wang Q. Idiopathic scrotal calcinosis: Case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2025 Jan;126:110770. doi: 10.1016/j.ijscr.2024.110770.
3. Michl UHG, Gross AJ, Loy V, Dieckmann KP. Idiopathic calcinosis of the scrotum – a specific entity of the scrotal skin. Case report. Scand J Urol Nephrol. 1994 Jun;28(2):213–217. doi: 10.3109/00365599409180506.
4. Khan MM, Mirza ZR, Cheema FE, Shahzad R. Idiopathic scrotal calcinosis – a case report. J Pak Med Assoc. 2023 Sep;73(10):2086–2088. doi: 10.47391/JPMA.6997.
5. Hedhli H, Hermi A, Raboudi M, Ichaoui H, Khiari R, Ghazzi S, et al. Idiopathic scrotal calcinosis: A new case report. Urol Case Rep. 2020 Sep;32:101-225. doi: 10.1016/j.eucr.2020.101225.
6. Gazzah W, Taher S, Lahouar R, Khalifa B, Naouar S, Salem B. Idiopathic scrotal calcinosis: Is the cause still unknown? A case report. Int J Surg Case Rep. 2024 Apr;117:109503. doi: 10.1016/j.ijscr.2024.109503.
7. Andola SK, Tandon T, Patil AG. Clinical-epidemiological, cytological and histopathological study of idiopathic calcinosis cutis of the scrotum. J Clin Diagn Res. 2017 Nov 1; (11):1-4. doi: 10.7860/JCDR/2017/27741.10814
8. Noel W, Hersant B, Meningaud JP. Traitement chirurgical de la calcinose scrotale en un temps. Prog Urol. 2016 Mar; 26(3):176–180. doi: 10.1016/j.purol.2015.12.004.
9. Cannarozzo G, Bennardo L, Negosanti F, Nisticò SP. CO2 laser treatment in idiopathic scrotal calcinosis: A case series. J Lasers Med Sci. 2020 Oct 3;11(4):500–501. doi: 10.34172/jlms.2020.79.
10. Kyei MY, Djagbletey R, Abrahams AD, Mensah JE. Idiopathic scrotal calcinosis: A case report and review of postoperative outcomes. Case Rep Urol. 2020 Sep 14;2020:1–5. doi: 10.1155/2020/8877695.