

SÍNDROME ESCROTAL AGUDO

CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO

- Varón de 34 años que acude a Urgencias por dolor en testículo izquierdo de 2 días de evolución, sensación distérmica sin termometrar y disuria.
- No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.
- No antecedentes médicos de interés.
- IQ: apendicectomía hace 15 años.
- No TTO habitual.

ESCROTO AGUDO

Definición

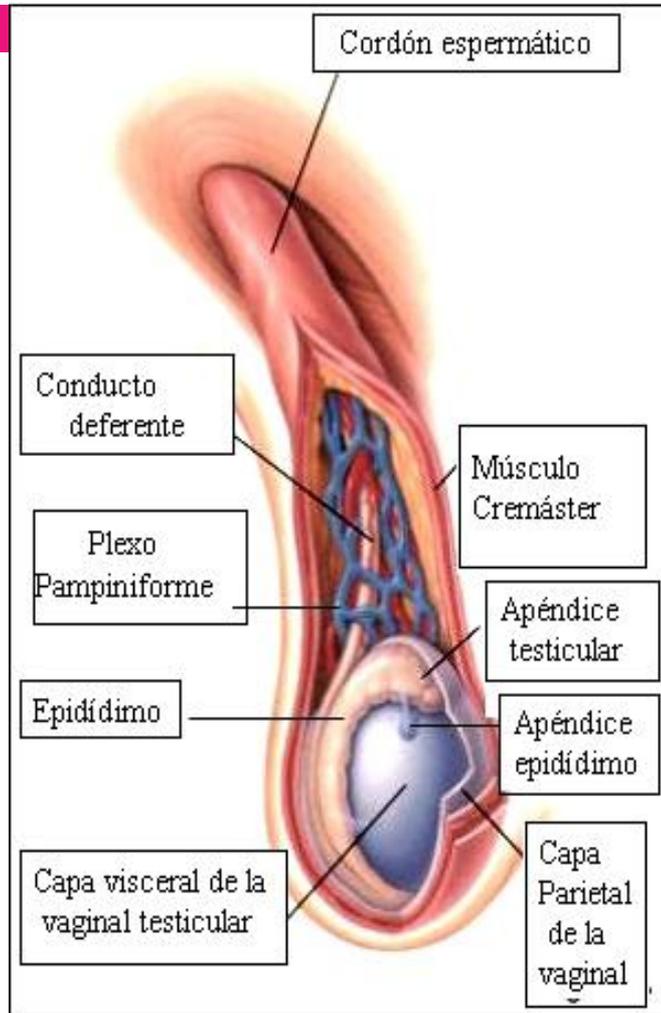
- El escroto agudo es un cuadro sindrómico en el que el paciente presenta dolor intenso de aparición aguda con irradiación ascendente, en la bolsa escrotal o en su contenido, y en la mayoría de las ocasiones con aumento de su tamaño y , que en función de su etiología, puede acompañarse de otros síntomas como signos inflamatorios, vegetativos, dolor abdominal y fiebre.

ETIOLOGÍA



- Las causas fundamentales del síndrome del escroto agudo son la torsión del testículo, también denominada torsión del cordón espermático, la orquioepididimitis aguda y la torsión de los apéndices testiculares.
- Estas 3 causas constituyen el 95% de los casos de síndrome de escroto agudo.

EXPLORACIÓN



- Los testículos son dos órganos glandulares con forma ovoidea de superficie lisa y consistencia firme.
- Están colgados en escroto por el cordón espermático inclinado hacia delante unos 30 grados y con el epidídimo descansando posteriormente en forma de coma.
- Están separados por un tabique medio y alojados en el interior de la bolsa escrotal.
- Los apéndices testiculares son restos embriológicos intraescrotales sin función y están situados en el polo superior de los testículos.

EXPLORACIÓN

- Existen una serie de signos, que sin ser patognomónicos, pueden ayudar a la hora del diagnóstico:
- Signo de Prehn + : la elevación del testículo afectado disminuye el dolor.
- Signo de Gouverneur + : testículo ascendido y horizontalizado, con epidídimo en posición anterior.
- Transiluminación + : nódulo azulado en polo superior.

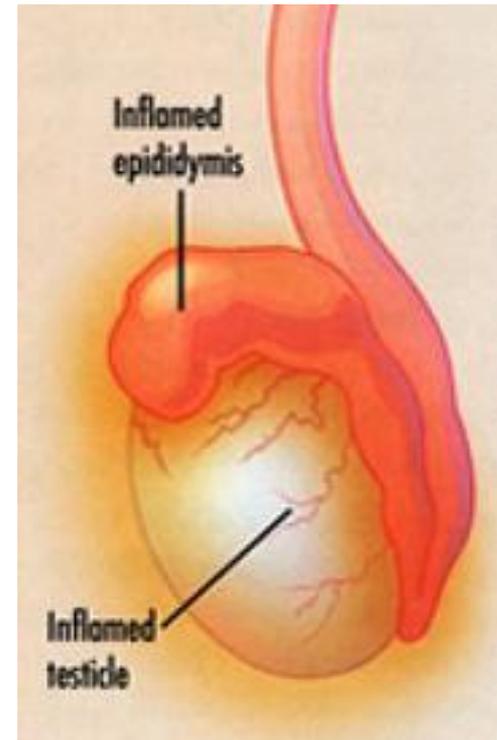
EXPLORACIÓN

Caso Clínico

- Buen estado general, NC y NH, T° 37.9°C, no síntomas vegetativos, eupneico en reposo.
- ACP: MVC, tonos cardiacos rítmicos sin soplos.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en zona suprapúbica e inguinal izquierda, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo conservado, PPRB negativa.
- Testículo izquierdo: aumento de tamaño del escroto, dolor a la palpación y tumefacción en polo superior de testículo, hiperestesia en trayecto del cordón espermático ipsilateral, signo de Prehn +, resto de signos exploratorios - .

EXPLORACIÓN

Caso Clínico



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Caso Clínico

- Hemograma y bioquímica: leucocitosis con desviación izquierda, PCR 23, resto sin alteraciones.
- Sistemático y sedimento de orina : leucocituria sin bacteriuria.
- Se solicita Ecografía para confirmar diagnóstico de sospecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



- Diagnóstico de sospecha: orquiepididimitis aguda.
- Diagnóstico diferencial: torsión de cordón espermático y torsión de la Hidátide de Morgagni o apéndice epididimaria.

ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA

- Síndrome clínico de menos de seis semanas de duración caracterizado por inflamación, dolor y tumefacción del epidídimo consecuencia de la propagación de la infección desde uretra o vejiga.
- Por lo general, la inflamación del epidídimo y del testículo se presenta conjuntamente.
- Es la causa más frecuente de escroto agudo en pacientes mayores de 18 años.

ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA

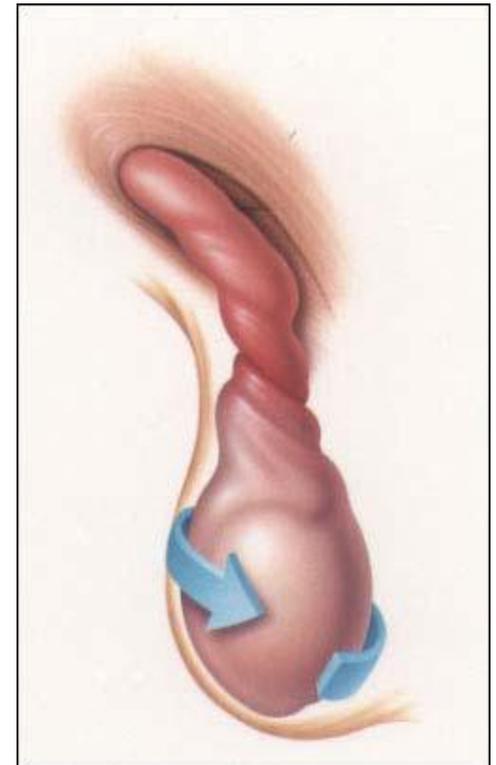
- Epidemiología:
- En ancianos y niños está causada con mayor frecuencia por *Enterobacterias*.
- En varones sexualmente activos por microorganismos de origen uretral transmitidos por vía sexual (*N.gonorrhoeae* y *C. trachomatis*).

ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA

- Clínica: Dolor intenso de instauración gradual con signos locales de inflamación en el hemiescroto afecto y afectación del estado general (*fiebre*).
- A la exploración se observa un epidídimo engrosado, doloroso, con cordón espermático sensible y tumefacto y frecuentemente con hidrocele reactivo.
- La elevación testicular mejora el dolor (*Signo de Prehn +*).
- Las pruebas de laboratorio suelen mostrar leucocitosis y neutrofilia y el sedimento de orina piuria y bacteriuria, aunque no es un hallazgo constante.
- La ecografía detectará un aumento del volumen global o parcial del epidídimo con hidrocele reactivo y separación de las líneas de la pared escrotal por el edema.
- El estudio con eco *doppler* detectará conservación del flujo sanguíneo en testículo.

TORSIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO

- La torsión del cordón espermático se considera una urgencia quirúrgica, ya que si no se establece el tratamiento en un plazo de 6 horas, puede evolucionar hasta el infarto de testículo, con la consiguiente pérdida del órgano.
- Aunque los términos de torsión testicular y torsión del cordón espermático se utilizan de forma indistinta, la torsión testicular verdadera es muy rara y tiene lugar cuando el testículo se retuerce sobre el epidídimo.



TORSIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO

- La incidencia estimada es de 1/4000 varones menores de 25 años y es la causa más frecuente de pérdida testicular en este grupo de edad. En adultos es anecdótica y suelen ser torsiones más severas con mayor tasa de pérdida testicular.
- La rotación es más frecuente en el interior de la túnica vaginal y de afuera a dentro y en sentido craneo-caudal.
- La evolución es gradual: primero con oclusión venosa que provoca congestión y edema intersticial, que llevan a la obstrucción del flujo arterial con infarto isquémico testicular.

TORSIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO

- Clínica: Dolor testicular agudo e intenso que puede irradiar hacia la zona inguinal o hipogastrio, con tumefacción testicular y afectación general con náuseas, vómitos y fiebre (secundaria a necrosis testicular isquémica).
- A la exploración se aprecia enrojecimiento y aumento del tamaño por la congestión venosa y el edema. Presentándose el testículo afecto ascendido y horizontalizado (signo de Gouverneur positivo) y doloroso al tacto con signo de Prehn negativo (la elevación del testículo hacia el canal inguinal aumenta el dolor).
- Otros datos sugestivos del cuadro son la palpación del epidídimo que se encuentra en posición anterior y que el cordón espermático suele tener una consistencia blanda y congestiva.

TORSIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO

- Estudio analítico: puede aparecer leucocitosis, con analítica de orina sin alteraciones.
- Ecografía-Doppler testicular: La ausencia de flujo arterial es típico de la torsión. En casos de duda diagnóstica es la técnica de elección.



TORSIÓN DE HIDÁTIDE DE MORGAGNI

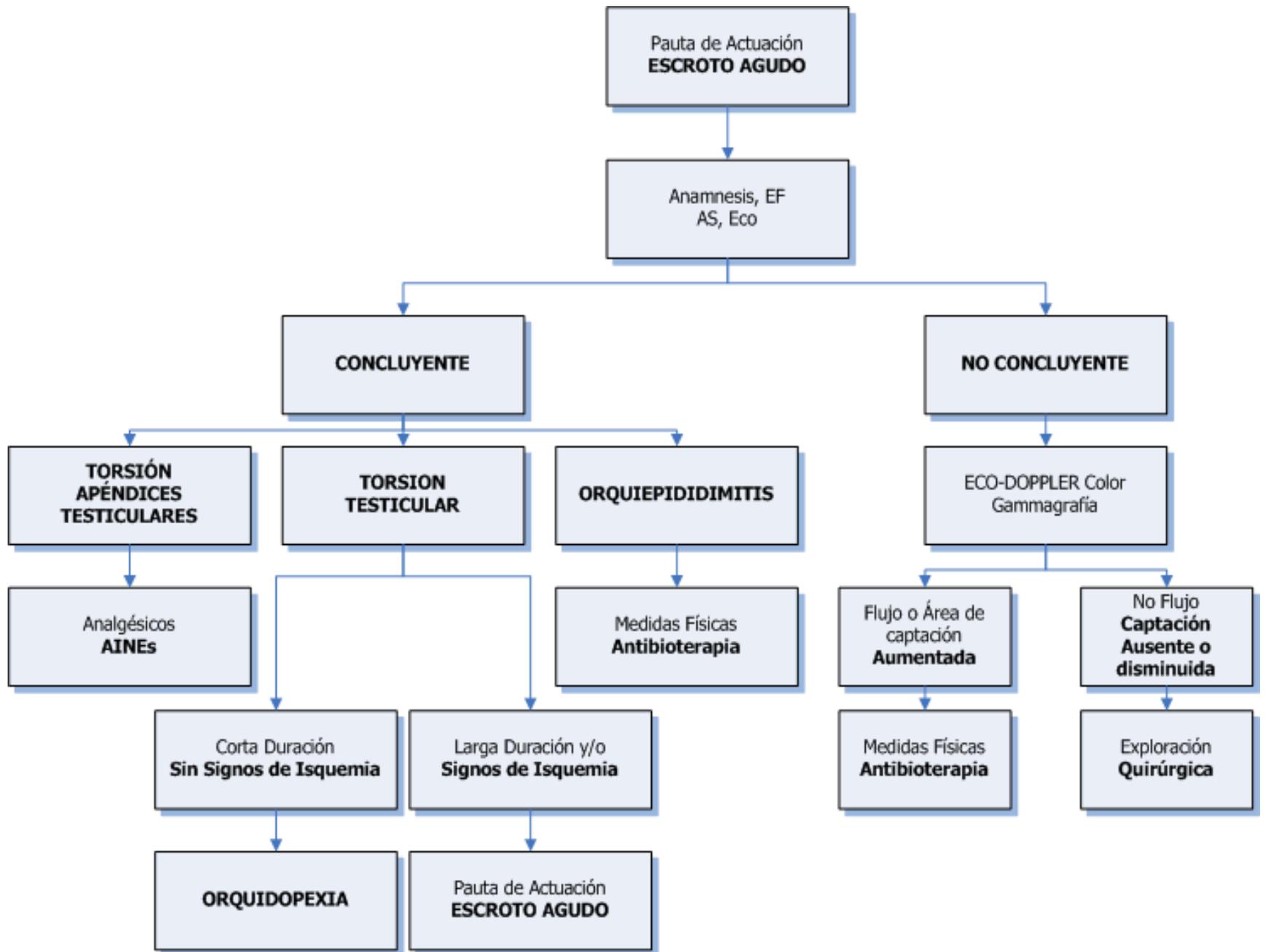
- Presenta un pico de incidencia a los 11-12 años, siendo excepcional en la edad adulta.
- Dolor testicular súbito, de menor intensidad que en la torsión testicular, sin afectación del estado general.
- A la exploración: masa palpable en el polo superior testicular correspondiente a la apéndice torsionado. La transiluminación puede mostrar un nódulo azulado característico en dicho polo.
- Analítica: Es rara la aparición de leucocitosis, al contrario que en la epididimitis y en la torsión testicular. El sedimento urinario habitualmente es normal.

TORSIÓN DE HIDÁTIDE DE MORGAGNI



Tabla IV: Diagnóstico diferencial del escroto agudo

	Torsión Testicular	Torsión de Apéndices	Orquiepidimitis
Edad	Adolescencia Primer año de vida	Adolescencia pubertad	Edad adulta
Dolor Comienzo Intensidad Localización	Brusco Intenso Testicular con irradiación a ingle e hipogastrio	Progresivamente creciente Polo superior del testículo	Progresivamente creciente Testicular y epididimario con ocasional irradiación inguinal.
Fiebre	rara	rara	frecuente
Náuseas y Vómitos	frecuentes	raros	raros
Síndrome miccional	raro	raro	frecuente
Exploración testicular	Puede presentar elevación u horizontalización Aumento el tamaño Dolor a la palpación	Teste y epidídimo normales Nódulo firme, doloroso en polo superior del teste. Se visualiza por transparencia.	Teste y epidídimo engrosados, firmes, dolorosos a la palpación. Cordón engrosado y doloroso.
Signo de PREHN	No alivia el dolor	No alivio	Alivio del dolor
Sedimento orina elemental	Normal	Normal	Piuria frecuente
Eco Doppler Gammagrafía	Flujos disminuidos o ausentes	Flujo normal o disminuido	Flujos aumentados



CASO CLÍNICO

- Ante sospecha de orquiepididimitis, solicitamos Ecografía para confirmar el diagnóstico:
- Se objetiva un aumento del tamaño epididimario con pequeño hidrocele reactivo y separación de las líneas de la pared escrotal por el edema.
- Ante confirmación diagnóstica, no es necesario solicitar Eco-Doppler que mostraría flujo sanguíneo conservado o, incluso, aumentado.

TRATAMIENTO ORQUIEPIDIDIMITIS

- Medidas generales: Reposo relativo, elevación testicular y aplicación de frío en la zona.
- Analgésicos y antiinflamatorios.
- Tratamiento antibiótico empírico:
- En adultos menores de 35-40 años: Ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) + Doxiciclina 100 mg VO 1 cp cada 12 horas durante 14 días o Ciprofloxacino 500 mg VO 1 cp cada 12 horas durante 14 días.
- En adultos mayores de 40 años: Amoxi-clavulánico 500/125 mg VO 1 cp cada 8 horas durante 14 días o Ciprofloxacino 500 mg VO 1 cp cada 12 horas durante 14 días